



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ПГУ
ФК
СИТ

МИНСПОРТ



Общественный проект
«МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ»
Поволжский федеральный округ

**МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ С
ОСОБЕННОСТЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ.**

**ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩИХ НАРУШЕНИЙ
(СЕНСОРНЫЕ, ДВИГАТЕЛЬНЫЕ, СОМАТИЧЕСКИЕ)**

Парфенова Лариса Анатольевна

к.п.н, доцент, заведующий кафедрой АФК Поволжского ГУФКСит

Визитная карточка



**Парфенова
Лариса
Анатольевна**

заведующий кафедрой АФК
кандидат педагогических
наук, доцент

300+

НАУЧНЫХ РАБОТ



80+

СПИКЕР/ЭКСПЕРТ



2

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ НКО



40+

АВТОР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ПРОГРАММ



20

РУКОВОДИТЕЛЬ ГРАНТОВЫХ
ПРОЕКТОВ



Росмолодёжь



План

1. Понятие, классификация интеллектуальных нарушений.
2. Причины возникновения интеллектуальных нарушений.
3. Психолого-педагогическая характеристика лиц с интеллектуальными нарушениями.
4. Характеристика сопутствующих нарушений (сенсорных, двигательных, соматических)

Информация по теме

Наука, изучающая проблемы обучения умственно отсталых детей – **олигофренопедагогика.**

Исследователи, внесшие свой вклад в изучение проблемы интеллектуальных нарушений за рубежом – врачи, психологи, педагоги: **Э.Сеген, Ж.Демор, М.Монтессори;**

Отечественные специалисты: **Л.С.Выготский, А.Р.Лурия, Ж.И.Шиф, С.Я.Рубинштейн, В.И.Лубовский, М.С.Певзнер, Г.Е.Сухарева.**

Основные понятия - умственная отсталость



- это стойкое снижение познавательной деятельности вследствие органического поражения центральной нервной системы, и в первую очередь, коры головного мозга.

Основные понятия


Впервые немецкий психиатр Э. Крепелин (1915), обобщив собственные наблюдения и обширные литературные данные, назвал врожденное слабоумие **олигофренией**.

Подчеркивая сборность выделенной им группы, он объединил в ней состояния, имеющие общую патогенетическую основу - тотальную задержку психического развития.

Интеллектуальное нарушение- это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Для выше описанных патологических состояний характерно следующее:

- эти состояния являются результатом дизонтогенеза (нарушения развития в пренатальном периоде) головного мозга и организма в целом;
- ведущим нарушением является интеллектуальная отсталость (слабость абстрактного мышления, выраженность нарушений интеллекта) и недоразвитие эмоциональной сферы;
- отсутствие прогрессивности (развития болезни с нарастанием позитивных и негативных симптомов).



Причина нарушения — воздействие на организм внешнего и (или) внутреннего фактора, определяющее специфику поражения или нарушения психомоторных функций.

ФАКТОРЫ:

Факторы риска – условия, которые предшествуют негативному результату и повышают вероятность наступления этого результата.

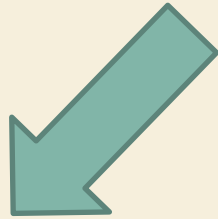
Факторы жизнеспособности – условия, которые повышают способность человека избегать негативных последствий, несмотря на объективную подверженность возникновению нарушения.

Современные факторы риска

Низкий уровень дохода в семье (низкий образовательный уровень, степень информированности, недостаточное питание и медицинское обслуживание).

Насилие (физическое, психологическое), пренебрежение жизненными потребностями ребенка.

Систематизация причин нарушений развития По характеру воздействия патогенных факторов



Эндогенные
(внутренние)
причины



Экзогенные
(внешние)
причины

По времени воздействия патогенных факторов:

Факторы, вызывающие внутриутробную (пренатальную) патологию развития

- Физические и психические **травмы**;
- **инфекции** (краснуха, токсоплазмоз);
- **интоксикации**;
- соматические **заболевания матери**.

Родовая (натальная) патология

- **Стремительные** роды;
- **затяжные** роды;
- **травмы** ребенка во время родов;
- акушерско-гинекологические **манипуляции**;
- **асфиксия** (удушье) новорожденного.

Факторы, вызывающие послеродовую (постнатальную) патологию развития

- Черепно-мозговые **травмы**;
- **инфекции**, в т.ч. нейроинфекции;
- **интоксикации**;
- воздействие **никотина, алкоголя, наркотиков**.



Считается, что около 75% всех случаев интеллектуальных нарушений имеют генетическое

около 25% - экзогенное происхождение, доля наследственных форм значительно варьируется в разных исследованиях, составляя от 20 до 90 %.

Диагностические критерии интеллектуальных нарушений

- **Клинический** - наличие органического поражения головного мозга;
- **Психологический** - стойкое нарушение познавательной деятельности;
- **Педагогический** - низкая обучаемость.

Состав лиц с ИН очень разнороден как по причинам и времени поражения головного мозга, так и по степени тяжести клинической картины и психолого-педагогическим характеристикам.

Физические нарушения у детей с ЛИН	Интеллектуальная недостаточность от умеренной до глубокой	Легкая интеллектуальная недостаточность
Сенсорные нарушения	11	2
Эпилепсия	32	7
Церебральный паралич	28	6

Среди клинических форм умственной отсталости выделяют олигофрению и деменцию

Олигофрения (oligophreniae: греч. oligos малый + phrēn - ум, разум) - группа различных по этиологии, патогенезу и клиническим проявлениям патологических состояний, характеризующихся врожденным или рано приобретенным (в первые три года жизни) слабоумием, которое выражается в недоразвитии психики, преимущественно интеллекта, и отсутствием прогрессивности, то есть прогрессирующего нарастания дефекта личности.

Деменция представляет собой распад сформированных интеллектуальных и психических функций, то есть, при деменции имеет место приобретенный интеллектуальный дефект.

Классификация умственной отсталости по степени выраженности интеллектуального дефекта

Выделяют три основных степени:

- **дебильность** - легкая умственная отсталость (IQ 50 - 69),
- **имбецильность** - средняя степень умственной отсталости (IQ 20 - 49)
- **идиотия** - глубокая умственная отсталость (IQ менее 20)



Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом IQ (отношением психического возраста к паспортному).

КЛАССИФИКАЦИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПО МКБ-10

F-70 (IQ50-69) Легкая умственная отсталость

F-71 (IQ35-49) Умеренная умственная отсталость

F-72 (IQ20-34) Тяжелая умственная отсталость

F-73 (IQ ниже 20) Глубокая умственная отсталость

F-78 Другие виды умственной отсталости

F-79 Неуточненная умственная отсталость

В 1994 г. по предложению ВОЗ в странах внедряется Международная классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), рассматривающая различные проявления врожденного слабоумия под единым названием **«Умственная отсталость»**.
Переход на новый классификатор МКБ-11 рекомендован ВОЗ с 1 января 2022 года, переходный период продлён до 2024 года. Психические и поведенческие расстройства
6A00 Нарушения интеллектуального развития

Международная классификация болезней 11-го пересмотра

6A00. Нарушения интеллектуального развития

6A00.0. Нарушение интеллектуального развития, лёгкое.

6A00.1. Нарушение интеллектуального развития, умеренное.

6A00.2. Нарушение интеллектуального развития, тяжёлое.

6A00.3. Нарушение интеллектуального развития, глубокое.

6A00.4. Нарушение интеллектуального развития, временное

6A00.Z. Нарушение интеллектуального развития,
неуточнённое

Классификация ИН

Рубрика и степень ИН (МКБ-11)	Рубрика (МКБ-10)	Степень умственной отсталости (МКБ-10)	Традиционный термин (МКБ-9)	Коэффициент интеллекта	<u>Умственный возраст</u>
6A00.0. Нарушение интеллектуального развития, лёгкое.	F70	Лёгкая	Дебильность	50—69	9—12 лет
6A00.1. Нарушение интеллектуального развития, умеренное.	F71	Умеренная	Нерезко выраженная имбецильность	35—49	6—9 лет
6A00.2. Нарушение интеллектуального развития, тяжёлое.	F72	Тяжёлая	Выраженная имбецильность	20—34	3—6 лет
6A00.3. Нарушение интеллектуального развития, глубокое.	F73	Глубокая	Идиотия	до 20	до 3 лет

Общие закономерности аномального развития:

- Темп психического развития неравномерен, в различные периоды происходит ускоренно либо замедленно.
- Созревание психических функций происходит поэтапно, в каждом последующем возрастном периоде происходит их качественное преобразование.

Психическое развитие ребенка зависит от его обучения, воспитания, общения со взрослыми (обучение наиболее эффективно в благоприятные периоды).

Формирование и развитие психики ребенка происходит в различных видах деятельности.

Специфические закономерности аномального развития

<p>Первичное нарушение оказывает влияние на весь ход дальнейшего развития ребенка</p>	<p>У детей с ИН наблюдается недостаточное развитие психических процессов.</p>	<p>Дети с ИН испытывают трудности во взаимодействии с людьми и окружающей средой.</p>	<p>У детей с ИН снижена активность и реактивность.</p>
<p>Чем тяжелее первичный дефект, тем более выраженными будут вторичные нарушения</p>	<p>Чем раньше получен первичный дефект, тем тяжелее вторичные нарушения</p>		

Диагнозы и состояния, при которых наблюдается умственная отсталость (интеллектуальные нарушения)

Синдром ломкой X-хромосомы,
Синдром Дауна,
РАС,
Синдром Апера (Аперта),
Синдром Вильямса,
Фетальный алкогольный синдром,
Синдром Прадера-Вилли,
Фенилкетонурия,
Детский церебральный паралич



Синдром ломкой X- хромосомы (FXS – Fragile X, синдром Мартина-Белла) – наследственное генетическое заболевание, вызванное мутацией гена FMR1 (в нормальных условиях продуцирует белок (FMRP), необходимый для правильного развития ЦНС человека), которое у субъекта-носителя включает: задержку развития, трудности в обучении, социальные и поведенческие проблемы.

Синдром ломкой X-хромосомы вызывает умеренную умственную отсталость у мужчин и легкую умственную задержку у женщин.

Распространенность – 1:4000 мужчин и 1:8000 женщин



Синдром Дауна

Обусловлен трисомией по 21 хромосоме.

Частота рождения детей с синдромом Дауна приблизительно 1:700, однако в настоящее время, в связи с возможностями пренатальной диагностики, есть тенденция к ее снижению. Наиболее важным фактором риска данной хромосомной aberrации признается возраст матери (больше 35 лет).

Умственная отсталость при синдроме Дауна может быть выражена по-разному, чаще это умеренная и тяжелые степени, реже легкая.

Как правило, дети с синдромом Дауна достигают ключевых этапов развития позже, чем другие дети.



Расстройства аутистического спектра (РАС) – группа психических заболеваний, характеризуются искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями. Распространенность между 1% и 2% населения, встречается в 4,5 раза чаще среди мальчиков,

Ранний детский аутизм – сложное нарушение развития с искажением протекания различных психических процессов в когнитивной и психосоциальной сферах.

Аутизм – нарушение психического развития с дефицитом социальных взаимодействий, затруднением взаимного контакта при общении с людьми, повторяющимися действиями и ограничением интересов.

Атипичный аутизм – психоневрологическое расстройство, вызвано структурными нарушениями головного мозга, характеризуется дизонтогенезом; проявляется ограниченностью социальных взаимодействий, снижением познавательной активности, речевыми и двигательными стереотипиями.

Синдром Апера – редкое заболевание (частота – около 1:100000)

Одним из признаков заболевания является раннее закрытие черепных швов из-за этого увеличивается внутричерепное давление, что обычно приводит к умственной отсталости.

Немаловажными признаками синдрома являются высокий, выпуклый лоб, плоское или вогнутое лицо, в результате чего наблюдается нарушение костей лицевого черепа, что приводит к деформации челюсти, а также сращением рук и ног с вовлечением 2, 3 и 4-го пальцев.

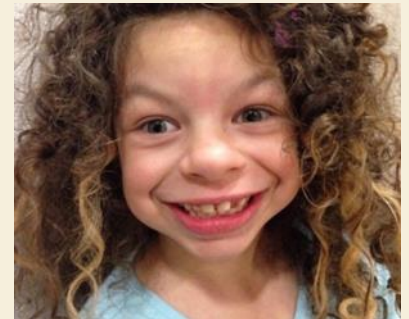
Интеллектуальная инвалидность от легкой до умеренной тяжести: IQ зависит от таких факторов, как возраст декомпрессионной хирургии черепа и наличие дополнительных аномалий головного мозга.



Синдром Вильямса - генетическое заболевание, возникающее в результате наследственных хромосомных мутаций, характеризуется общей задержкой умственного развития при развитости некоторых областей интеллекта, изменением внешности и аномалиями внутренних органов.

«Лицо эльфа» – один из основных признаков недуга, характеризующий внешний вид больных. Также выявляют выраженные пороки лица, сердца и сосудов, костей и суставов, ЦНС.

Распространенность – 1:10000-20000.



Фетальный алкогольный синдром (FASDs) – совокупность врожденных пороков развития, обусловленных тератогенным воздействием этилового спирта на развивающийся плод. Характеризуется отставанием ребенка в физическом и нервно-психическом развитии, умственной отсталостью, проявлениями черепно-лицевого дисморфизма, врожденными пороками сердца, нарушением развития скелета и др. аномалиями. Распространенность – 0,2-7:1000 родов.

Классификация ФАС основана на принципах тяжести поражения и преобладания проявлений:

Легкая степень – несильные деформации черепа и лицевых костей, некоторые расстройства пищевого поведения, проблемы в обучении (плохо запоминает и усваивает новый материал).

Средняя степень – выраженные аномалии развития черепа, строение лица специфическое, психическое и физическое развитие тоже нарушено.

Тяжелая степень – врожденное слабоумие может принять степень дебилизма, соматические нарушения выражены серьезно, наблюдаются патологии ЦНС.

Синдром Прадера-Вилли - развивается вследствие генетических дефектов пятнадцатой хромосомы и включает характерные изменения внешнего вида больного в сочетании с ожирением наследственной природы и особенностями обмена веществ.

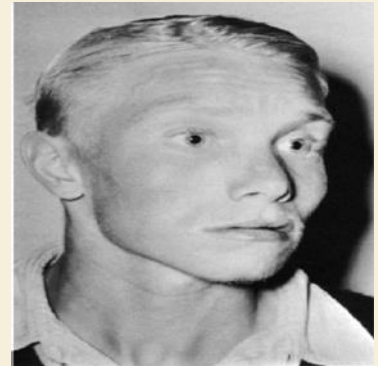
Клиническая картина при этом заболевании характеризуется замедлением физического и интеллектуального развития, нарушением координации движений, эпилептическими судорожными приступами.

Распространенность - 1 : 12 000-15 000 живорождённых младенцев. Патология встречается с одинаковой частотой у женщин и мужчин



Фенилкетонурия (выраженная fen-I-kee-toh-NOOR-ee-uh), или PKU, - наследственное заболевание, связанное с нарушением аминокислотного обмена, обусловленное недостаточностью печеночных ферментов, участвующих в метаболизме фенилаланина до тирозина, с последующим тяжелым поражением ЦНС проявляющимся, в частности, в виде нарушения умственного развития.

Это одно из немногих наследственных заболеваний, поддающихся успешному лечению. Распространенность — варьируется в различных группах населения. Например, среди европеоидных жителей США встречается в среднем в 1 случае на 10000. Наиболее высокий уровень — в Турции: 1 из 2600. В Финляндии и Японии уровень фенилкетонурии крайне низок: менее 1 случая на 119000 рождений. Мужчины и женщины страдают в равной степени



Детский церебральный паралич (ДЦП) - понятие, объединяющее группу двигательных расстройств, возникающих из-за повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде. Ведущие в клинической картине: двигательные нарушения с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями зрения, чувствительности, слуха.

Классификация ДЦП:

Спаستическая диплегия: поражены руки и ноги (нижние конечности в большей степени, чем верхние), задержка психического развития.

Двойная гемиплегия: тотальное поражение мозга. Дети не сидят, не стоят, не ходят. У 90% детей выраженная умственная отсталость. Речь отсутствует (отдельные звуки, слоги, слова).

Гемипаретическая форма: повреждение конечностей с одной стороны тела. Спастико-паретическая дизартрия, моторная алалия). Нарушения интеллекта: от легкой задержки до тяжелой.

Гиперпиретическая форма: двигательные расстройства – непроизвольные насильственные движения, произвольные движения (особенно тонкая моторика) нарушены. Психическое развитие и интеллект развивается вполне удовлетворительно, дизартрия.

Атонически-астатическая форма: дискоординированные движения, неустойчивость, тремор, мышечная слабость. Задержка развития речи. Нарушения интеллекта различной степени тяжести.



ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ИН

Психофизическое развитие включает ряд возрастных этапов, каждый из которых характеризуется своими особенностями.

На основании педагогического опыта и имеющихся психолого-физиологических исследований принято выделять следующие возрастные этапы психического развития детей:

младенческий от рождения до 1 года,
преддошкольный - от 1 до 3 лет,
дошкольный - от 3 до 7 лет,
младший школьный - от 7 до 12 лет,
подростковый - от 12 лет.

Для детей с нарушением интеллекта характерно наличие патологических черт в эмоциональной сфере:

- повышенной возбудимости или, наоборот, инертности;
- трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности.

У детей с нарушением интеллекта наблюдаются нарушения в физическом развитии:

- дисплазии,
- деформации формы черепа и размеров конечностей,
- нарушение общей, мелкой и артикуляционной моторики,
- трудности формирования двигательных автоматизмов

При нарушении интеллектуального развития главными и ведущими неблагоприятными факторами оказываются:

- слабая любознательность (ориентировка),
- замедленная обучаемость ребенка, т.е. его плохая восприимчивость к новому.

Младенчество (от 2-х мес. до 1 года):

- задерживаются навыки прямостояния;
- задерживается социально-эмоциональное развитие;
- отсутствует хватание предметов;
- не сформирована зрительно-двигательная координация.

РАННИЙ ВОЗРАСТ (от 1 года до 3 лет)

- овладение ходьбой задерживается;
- предметная деятельность не возникает;
- развитие речи и общения задерживается;
- отставание в социальном развитии.

Дошкольный возраст (от 3 до 7 лет):

- не получает полноценного развития игровая, трудовая и продуктивные виды деятельности;
- ярко проявляются нарушения в познавательной сфере;
- отсутствует готовность к учебной деятельности.

- Для детей с нарушением интеллекта дошкольный возраст оказывается началом развития перцептивного действия.
- На основе проснувшегося у ребенка интереса к предметам, к игрушкам возникает и ознакомление с их свойствами и отношениями.
- Пятый год жизни оказывается переломным в развитии восприятия умственно отсталого ребенка. Дети уже могут делать выбор игрушки по образцу (по форме, цвету, величине).
- У отдельных детей имеются продвижения в развитии целостного восприятия.

- К концу дошкольного возраста более половины детей с нарушением интеллекта достигают уровня развития восприятия, с которым нормальные дети начинают дошкольный возраст.
- Перцептивная ориентировка возникает у них на основе усвоения сенсорных эталонов, которые способствуют запоминанию слов, обозначающих свойства формы, величины и цвета.

- У детей с нарушением интеллекта наглядно-действенное мышление характеризуется отставанием в темпе развития.
- Не всем детям к концу дошкольного возраста оказывается доступным выполнение даже таких практических задач, в которых действие, выполненное орудием или рукой, направлено на достижение практического результата.
- У детей отсутствует активный поиск решения, они остаются равнодушными к результату.

Младший школьный возраст (от 7 до 10 лет):

Ведущей деятельностью детей школьного возраста является учебная. Учебная деятельность младших школьников с проблемами интеллектуального развития имеет особенности, которые определяются уровнем психофизического развития.

Физическое развитие

более низкие по сравнению с нормой показатели длины тела, массы тела, объем грудной клетки; нарушена осанка, отсутствует пластичность, эмоциональная выразительность движений, которые плохо координированны; сила, быстрота и выносливость у детей с нарушением интеллекта развиты хуже, чем у детей в норме.
(А.А. Дмитриев, Н.П. Вайзман, В.М. Мозговой)

Внимание

- трудность его привлечения,
- невозможность длительной активной концентрации,
- быстрая и легкая отвлекаемость,
 - неустойчивость,
 - рассеянность,
- низкий объем внимания (И.Л. Баскакова, С.В. Лиепинь, М.П.Феофанов и др.).

Восприятие

- снижена скорость восприятия (К.И. Вересотская);
 - снижен объем восприятия;
 - восприятие характеризуется недифференцированностью (М.М. Нудельман);
- нарушено пространственное восприятие и ориентировка в пространстве.

Память

- страдают произвольное и произвольное запоминание (М.Н. Перова, И.М. Яковлева);
 - самостоятельно не овладевают приемами осмысленного запоминания;
- сохраняемые в памяти представления менее отчетливы и расчленены;
- забываются знания о сходных предметах и явлениях, полученные в словесной форме;
- испытывают большие трудности при воспроизведении последовательности событий (Л.В. Занков, М.И. Кузьмицкая, Ж.И. Шиф).

Речевое развитие

- Страдают все компоненты речи:
- **ЛЕКСИКА** (скудный словарный запас, пассивный словарь превышает активный);
- **ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ** (фрагментарность речи, структурная неформленность предложений, пропуски главных членов предложения, замедленный тем становления связной речи);
- **ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЕ** (большое количество дефектных звуков, искажение звуков и замены, дефекты звукопроизношения сочетаются с нарушениями звуковой структуры слова:
 - пропуски согласных при их стечении («такан» — стакан),
- замена первого согласного звука («светы» — цветы), переставляют звуки соседних слогов («моносaft» — космонавт),
 - пропускают слоги («сатар» — санитар) (Р.И. Лалаева).

Мышление

- недифференцированность обобщений (затрудняет учеников изменение выделенного принципа обобщения – по цвету, трудно переключиться на другую классификацию — по форме);
 - неполноценность мыслительных процессов (анализа – затрудняются выполнить мысленное расчленение предмета, явления, ситуации ; синтеза – не развито умение собрать отдельные части структуры в «рабочую модель» ; абстрагирования – неумение отделить существенные признаки от несущественных; сравнения – отождествляют сходные объекты);
- недостаточно критично относятся к результатам своего труда.

Нарушение строения и мотивации деятельности

- отмечается нарушение соотношения цели и действия (процесс выполнения действий формальный);
 - учащиеся подменяют или упрощают цель;
- поставленную задачу школьники с нарушением интеллекта выполняют без предварительной ориентировки в ней;
 - затруднен перенос полученных знаний;
 - затрудняются составить план собственной деятельности;
- часто затрудняются переключиться с одного действия на другое;
 - не критичны к результату собственной деятельности.

Эмоциональная сфера

- характеризуется незрелостью и недоразвитием (К. Левин, С.Я. Рубинштейн, О.К.Агавелян, С. Д. Забрамная);
- эмоции недостаточно дифференцированы (переживания примитивны, часто неадекватны, непропорциональны воздействиям окружающего мира по своей динамике, наблюдаются чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малосущественным поводам, стереотипность и инертность эмоциональных переживаний или легкость, поверхностность переживаний серьезных жизненных событий; быстрые переходы от одного настроения к другому; эмоциональные проявления учащиеся не контролируют, затрудняются в понимании эмоций людей; сложные эмоции социально-нравственного характера остаются им недоступны (Н.Б. Шевченко и др.).

Самооценка

- наблюдается неадекватная самооценка,
- имеет место как завышенная, так и заниженная самооценка.

Волевые процессы

- многие учащиеся безынициативны,
- характерны непосредственные, импульсивные реакции на внешние впечатления,
 - необдуманнные действия и поступки,
 - неумение противостоять воле другого человека,
 - повышенная внушаемость,
- затруднено усвоение детьми нравственных понятий, развитие и установление нравственно приемлемых отношений.

- Согласно Международной классификации психических и поведенческих расстройств интеллектуальные нарушения могут развиваться наряду с любым психическим расстройством.
- Частота психических расстройств у лиц этой категории в 3-4 раза выше, чем в общей популяции.
- По статистике в 40-75% случаев в детской и подростковой психиатрии отмечается сочетанность нарушений интеллекта с другими расстройствами.
- Как в отечественной, так в иностранной литературе широко освещаются вопросы сочетания нарушений интеллекта с такими заболеваниями, как эпилепсия, ожирение, депрессивное расстройство.

- С увеличением тяжести интеллектуального расстройства повышается вероятность осложняющих факторов: судорожного синдрома, проявлений детского церебрального паралича, нарушений в системе отдельных анализаторов и др.
- Среди вторичных нарушений в опорно-двигательном аппарате отмечаются деформация стопы, нарушения осанки (сколиозы, кифосколиозы, кифозы, лордозы), диспропорции телосложения, функциональная недостаточность брюшного пресса, парезы, кривошея.

Выводы по теме

- Умственная отсталость – сложное нарушение психофизического развития человека, имеющее в своей основе органическое поражение центральной нервной системы, в первую очередь, головного мозга.
- Причиной интеллектуальной недостаточности могут быть врожденные и приобретенные аномалии мозга.
- Формы нарушения интеллекта зависят от времени наступления и характера протекания патологического процесса.
- Степень снижения интеллекта зависит
- от тяжести повреждения мозговых структур.
- Обучение лиц с нарушениями интеллекта требует создания специальных педагогических условий.

Физическое развитие детей с особенностями интеллектуального развития

Факторы



- генетические аномалии
- метаболические нарушения
- неблагоприятные пренатальные и перинатальные факторы
- задержка роста
- развития моторных функций, гипотония мышц
- недостаточная координация движений
- задержка в освоении возрастных моторных навыков (ходьба и бег)

Аномалии в развитии скелета и соединительной ткани, что может дополнительно осложнять способность к самостоятельному перемещению и выполнению ежедневных действий.



Нарушения функций зрения у лиц с особенностями интеллектуального развития могут варьироваться по степени и характеру, усиливая вызовы, с которыми сталкиваются дети и их семьи в процессе адаптации и развития.

Одной из ключевых особенностей ЛИН является недостаточная способность к восприятию и интерпретации сенсорных стимулов (*нарушения зрения, такие как амблиопия, косоглазие, миопия или гиперметропия*) могут затруднять визуальное восприятие и, следовательно, ограничивать возможности для развития социальных и познавательных навыков.



При этом **своевременная диагностика и корректировка** таких нарушений являются **необходимым условием успешной интеграции детей в образовательную среду.**



Кардиоваскулярная система также может быть вовлечена в процесс патологических изменений. Исследования показывают, что среди детей с ЛИН **выше вероятность возникновения врожденных пороков сердца, артериальной гипертензии и нарушений ритма сердца. Эти состояния могут обострять стрессовую нагрузку организма и влиять на общую физическую активность ребенка, снижая его социальную адаптацию.**

Эндокринная система является еще одной областью, которая требует внимания. У детей с ЛИН **часто наблюдаются эндокринные дисфункции, такие как гипотиреоз, который может снижать метаболическую активность и вызывать дополнительные когнитивные нарушения.** Дисбаланс гормонов роста может привести к проблемам с развитием костной системы и ростом, что еще более ограничивает функциональную независимость ребенка.



Не менее важны **нарушения желудочно-кишечного тракта, которые могут проявляться в форме кишечных дисфункций, таких как запоры, гастроэзофагеальный рефлюкс и пищевая непереносимость.** Эти состояния не только **ухудшают общее состояние ребенка, но и требуют особого подхода к питанию и поддержке пищеварительной системы.**

Профилактика инфекционных заболеваний

Стоит обратить внимание и на иммунную систему. Дети с ЛИН **подвержены повышенному риску инфекционных заболеваний**, что может быть связано с как с врожденными иммунодефицитными состояниями, так и с нарушением барьерных функций организма. Учитывая сопутствующие проблемы, дети часто нуждаются в индивидуализированной вакцинации и регулярном медицинском осмотре для предотвращения вторичных инфекций.

Комплексное лечение и поддержка детей с ЛИН требуют **междисциплинарного подхода**, который включает неврологов, кардиологов, эндокринологов, гастроэнтерологов и других специалистов для учета всех аспектов здоровья ребенка. **Успешная интервенция основана на своевременной диагностике**, целенаправленной терапии и образовательных мероприятиях, направленных на улучшение качества жизни и максимальную интеграцию ребенка в общество.



Список рекомендуемой литературы

- 1. Официальные генеральные и спортивные правила Специальной Олимпиады /Общероссийская общественная благотворительная организация помощи инвалидам с умственной отсталостью «Специальная Олимпиада России».–М: «Гарант-Инвест», 2018.–164 с.
- 2. Синельникова Т.В. Адаптивная физическая культура для лиц с нарушением интеллектуального развития [Текст] : учебное пособие /Т.В. Синельникова, Л.В. Харченко - Омск: Изд-во Омского гос. ун-та, 2018. - 119 с.
- 3. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. /С.П. Евсеев – Москва: Спорт, - 2016. - 614 с.
- 4. Повышение эффективности процессов совершенствования двигательной деятельности, образования, воспитания и социализации лиц с интеллектуальными нарушениями и ПОДА: учебное пособие /С.П. Евсеев, О.Э. Евсеева, Е.Б. Ладыгина и др. – СПб, 2018. – 118с.
- 5. Адаптивное физическое воспитание и спорт/под ред. Джозефа П. Винника; пер. с англ. – К.: Олимп. лит., 2010. – 608 с.

Спасибо за внимание!