

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/285201>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Физическая культура и спорт

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 6

1.1. Спастический тетрапарез, определение, этиология 6

1.2. Клиническая картина спастического тетрапареза 8

1.3. Средства и формы физической реабилитации при спастическом тетрапарезе 10

ГЛАВА 2. ЗАДАЧИ, МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 32

2.1 Задачи исследования 32

2.2 Методы исследования 32

2.2.1 Анализ научно-методической литературы 32

2.2.2 Педагогическое наблюдение 33

2.2.3 Педагогический эксперимент 33

2.2.4 Функционально-диагностические тесты 34

2.2.5 Методы математической статистики 35

2.3 Организация исследования 35

ГЛАВА 3. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СПАСТИЧЕСКИМ ТЕТРАПАРЕЗОМ 36

3.1 Программа физической реабилитации детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом 36

3.2 Методика применения средств и форм физической реабилитации детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом в первом периоде 42

3.3 Методика применения средств и форм физической реабилитации детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом во втором периоде 43

3.4 Методика применения средств и форм физической реабилитации детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом в третьем периоде 45

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА 48

ВЫВОДЫ 52

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 56

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) – серьезное заболевание, поражающее многие системы организма, включая нервную и мышечную системы. Проявления детского церебрального паралича распространены в раннем детстве, но становятся более выраженными по мере взросления нервной системы ребенка. Детский церебральный паралич вызывает двигательные нарушения в 100% случаев, речевые нарушения в 75% и психические расстройства в 50%.

По данным пресс-службы ведомства, в 2021 году в стране было 71 429 детей с ДЦП в возрасте от 0 до 14 лет и 13 655 детей в возрасте от 15 до 17 лет с этим диагнозом. Увеличение количества детей – инвалидов, их постоянная реабилитация и адаптация к социальным условиям обуславливает актуальность проблемы. Только во второй половине XX века появился ряд эффективных методов развития двигательного аппарата при ДЦП. Во многих исследованиях отмечается, что дети с ДЦП нуждаются в занятиях, которые будут укреплять опорно-двигательный аппарат и совершенствовать моторику детей.

Проблема восстановления нарушенных функций у больных детским церебральным параличом весьма актуальна. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей с диагнозом ДЦП приводят к снижению моторики верхних и нижних конечностей и снижают статокINETическую функцию позвоночного столба, что резко ограничивает возможности больного обслуживать себя и затрудняет их социальную адаптацию. Физическая реабилитация помогает тренировать и развивать моторику и силу детей с детским церебральным параличом, повышать их социальную адаптивность. Именно поэтому физическая

реабилитация должна стать основным звеном в улучшении физического состояния детей с диагнозом детский церебральный паралич.

Нами будет рассмотрена одна из наиболее прогностически неблагоприятных форм ДЦП - спастический тетрапарез, который формируется в результате патологического влияния комбинации перенесенного перинатального гипоксического эпизода и внутриутробной инфекции, в результате чего наблюдается диффузное поражение головного мозга, с возможным развитием вторичной микроцефалии. Данное заболевание характерно развитием двусторонней спастичности верхних и нижних конечностей или преобладающей в кистях.

Для рассматриваемого патологического процесса характерен широкий спектр клинических проявлений: поражения черепно-мозговых нервов, проявляющиеся нарушением слухового, зрительного анализаторов, псевдобульбарным синдромом, расстройства речи, когнитивные нарушения, эпилептические приступы, развитие тяжелых ортопедических осложнений (суставные контрактуры и деформации костей).

Выраженные двигательные нарушения и сниженная мотивационная доминанта к лечебному процессу существенно усложняют самообслуживание ребенка с ДЦП.

Таким образом, актуальность темы заключается в решении проблемы теоретического и экспериментального обоснования методики физической реабилитации детей со спастическим тетрапарезом.

Во время написания работы мы опирались на фундаментальные труды в области педагогики, воспитания, психологии таких ученых, как Л.М. Шипицыной, И.Ю. Левченко и др.

Цель исследования: экспериментально обосновать эффективность разработанной программы физической реабилитации для детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом.

Объект исследования: физическая реабилитация детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом.

Предмет исследования: средства и формы физической реабилитации детей дошкольного возраста со спастическим тетрапарезом.

Гипотеза: мы предполагаем, что разработанная программа физической реабилитации будет оказывать положительное воздействие на силу мышц и координацию движений детей со спастическим тетрапарезом.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Спастический тетрапарез, определение, этиология

Детский церебральный паралич (ДЦП) представляет собой группу устойчивых нарушений двигательного развития и статокINETической функции позвоночника, которые возникли в результате влияния внутриутробных инфекций или гипоксического повреждения головного мозга плода во внутриутробном периоде.

ДЦП является полиэтиологическим заболеванием. Основной причиной детского церебрального паралича является аномальное развитие структур головного мозга плода во внутриутробном периоде. В основе патогенеза формирования ДЦП лежит повреждение головного мозга плода в определенный момент действия триггерного фактора, который индуцирует формирование патологического мышечного тонуса (в большинстве - спастичность) при условии сохранения постуральных рефлексов и сопутствующим данный процесс нарушением формирования выпрямляющих цепно-приспособительных рефлексов. Основное отличие детского церебрального паралича от других параличей центрального генеза заключается во времени воздействия повреждающего фактора.

В каждом случае детского церебрального паралича соотношение факторов повреждения перинатального и пренатального периода различны. По данным различных авторов, до 80% повреждений головного мозга, которые индуцируют развитие церебрального паралича, возникают во время внутриутробного развития; в дальнейшем внутриутробная патология нередко усугубляется интранатальными факторами. Исследователи описывают более 400 различных триггерных факторов, влияющих на течение физиологического развития плода, однако их механизм повреждения, приводящий к формированию ДЦП до конца не изучена. Нередко наблюдается комбинации повреждающих факторов, которые наблюдаются и во время беременности, и во время родов.

Одной из главных причин ДЦП, влияющих на головной мозг плода исследователи считают внутриутробные инфекции вирусной этиологии. Также, внутриутробными причинами развития детского церебрального паралича являются злоупотребление алкоголем, наркомания во время беременности, стрессовые ситуации, травматическое повреждение плода, профессиональные вредности (рентгеновское излучение, анестетики) экстрагенитальные заболевания матери (пороки сердца, сахарный диабет, гипо- и гипертериоз, артериальная гипертензия, анемические состояния, ожирение и др.).

К факторам риска относятся также резус конфликт матери и ребенка, отслойка плаценты, аномалии предлежания плаценты, сниженное плацентарное кровообращение, кровотечения маточной этиологии. Большинство из этих неблагоприятных факторов внутриутробного периода индуцируют внутриутробную гипоксию плода и нарушают маточно-плацентарное кровообращение. Дефицит кислорода приводит к снижению синтеза нуклеиновых кислот и белков, что способствует развитию патологических процессов на этапе эмбрионального развития.

Различные осложнения во время родов: безводный период дольше 12 часов, тазовое предлежание плода, многоплодная беременность, стремительные, затяжные или преждевременные роды, слабость родовой деятельности, затянувшийся период стояния головки в половых путях, инструментальная акушерская помощь также считаются факторами риска детского церебрального паралича. Гипоксию, возникшую во время родов долго считали главной причиной поражения головного мозга у детей.

В исследовании истории болезни новорожденных, которые имели эпизод родовой асфиксии, было доказано, что у 25% детей не было неблагоприятного фона, отсутствовали факторы риска, приводящие к хроническому гипоксическому состоянию. Исходя из данного исследования, можно сказать, что связь между хронической гипоксией во внутриутробном периоде и развитием патологических процессов, приводящих к детскому церебральному параличу, не является абсолютной.

Важное место в этиологии детского церебрального паралича принадлежит родовым травмам черепа, возникающим под действием механического давления на плод, приводящее к кровоизлияниям в головной мозг, сдавлению головного мозга, разможжению и некрозу спинного мозга.

Однако, нельзя игнорировать тот факт, что травмы, возникающие вследствие механического давления на плод, чаще всего возникают уже при имеющимся нарушении развития плода, при нефизиологических родах, а, возможно и при физиологических. Совершенно нерешенной проблемой является влияние наследственности и генетических перестроек хромосом на возможность развития детского церебрального паралича.

Нередко, в основе диагностики ДЦП лежат генетические синдромы, не подходящих ни к одной клинической картине известных науке генетических заболеваний, особенности часто данный факт регистрируется при атаксической и дискинетической формах детского церебрального паралича. Таким образом, диагностированные атетозы и гиперкинезы, не имеющие достоверные данные анамнеза, обычно строго связанные с ядерной желтухой, должны иметь генетическую основу. При классической клинической

картине спастической формы детского церебрального паралича с появлением новых клинических синдромов или явным прогрессирующим ухудшением, должны насторожить врача о возможности развития у пациента спастической параплегии или других заболеваний нейродегенеративной этиологии.

1.2. Клиническая картина спастического тетрапареза

Спастический тетрапарез — комплекс двигательных нарушений верхних и нижних конечностей, возникающий в результате различных неврологических заболеваний. Данная форма заболевания имеет наиболее неблагоприятный прогноз, является тяжелой формой ДЦП. Ее проявление заключается в двустороннем повышении мышечного тонуса, имеющий спастическую или смешанную природу, преимущественно в руках или также выраженным в нижних конечностях.

Спастический тетрапарез обусловлен нарушением развития головного мозга, заключающимся в незрелости тканей вследствие действия на них повреждающих факторов: эпизоды перинатальной гипоксии, внутриутробные инфекции, преимущественно вирусной этиологии, приводящие к гипоксическо-ишемическим повреждениям и формированию мультикистозного изменения мозговой ткани, возможно с развитием вторичной микроцефалии).

Спастический тетрапарез проявляется атрофией зрительного нерва и нарушениями работы зрительного и слухового анализатора, недоразвитием речи, нарушениями движений, психическими и интеллектуальными отклонениями, иногда с присоединением эпилептических приступов и развитием вторичных осложнений, в которых относятся суставные контрактуры и деформации костей. На МРТ у таких детей визуализируется картина перивентрикулярная лейкомаляция, повреждения деструктивно-атрофического характера с развитием гидроцефалического синдрома, мультикистозная корковая энцефаломалиция.

В дебюте заболевания ДЦП у ребенка отмечается сниженный тонус мышц, задержка угасания рефлексов безусловного типа. Для детей в период дебюта характерны следующие жалобы: ребенок не удерживает голову в вертикальном положении, взгляд не фиксирует, не поворачивается с живота на спину и в обратном направлении, ручками не захватывает предмет. После происходит повышение тонуса мышечного корса, повышаются глубокие сухожильные рефлексы, тонические рефлексы, происходит развитие патологических рефлексов, отсутствует развитие установочных рефлексов.

При нахождении ребенка в вертикальном положении он скрещивает ноги, в лежачем положении руки приводит к туловищу и сгибает в локтях, ноги вытягивает.

Псевдобульбарные симптомы, которые формируются из за надъядерного паралича характеризуются затруднением глотания и жевания, что часто приводит к развитию аспирационной пневмонии. Психические и интеллектуальные нарушения проявляются умственной отсталостью, речевые – выраженной дизартрией. Во время роста ребенка сгибательные контрактуры локтевых и коленных суставов прогрессируют. Вышеперечисленные нарушения и отсутствие мотивационной доминанты ограничивают пациентов в самообслуживании и простой деятельности.

1.3. Средства и формы физической реабилитации при спастическом тетрапарезе

В настоящее время существуют различные методы физической культуры для коррекции двигательных нарушений у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата вследствие последствий детского церебрального паралича. Большинство методов основано на позиционной терапии, техниках релаксации и стимуляции мышц, пассивных и пассивно-активных движениях.

Основными задачами физической реабилитации больных ДЦП являются:

1. Нормализация, рефлекторной двигательной активности, мышечного тонуса;
2. Снижение рефлекторной возбудимости двигательного аппарата;
3. Нормализация мышечной чувствительности;
4. Борьба с порочными двигательными стереотипами;
5. Стимуляция некоторых статокинетических рефлексов;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом [Текст] / Е.Ф. Архипов - М.: Просвещение, 2010. - 95 с.
2. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян. - М.: ЁЁ Медиа, 2015. - 983 с.
3. Бисярина, В.П. Анатомо-физиологические особенности детского организма. - М.: «Медицина», 2010. - 368

с.

4. Вайнер, Э.Н. Лечебная физическая культура / Э.Н. Вайнер. - М.: Флинта, 2011. - 424 с.
5. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Текст] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. - М.: Мир, 2010. - 103 с.
6. Гросс Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / Н.А. Гросс. - М.: Амфора, 2015. - 235 с.
7. Давыдкин Н.Ф. Медицинская реабилитация, восстановительная медицина – что это? (вопросы терминологии). Нелекарственная медицина. 2019 — № 1 — С. 4-11.
8. Декопов А.В., Бриль А.Г., Виноградов А.В., Куренков А.Л. Нейрохирургическое лечение спастического синдрома у детей с детским церебральным параличом. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2012;112(7-2):34-40.
9. Дмитриев, А.А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной. - М., 2004. -340 с.
10. Детские церебральные параличи. - Москва: РГГУ, 2011. - 132 с.
11. Детский церебральный паралич. - М.: Дидактика Плюс, 2012. - 520 с.
12. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений. Учебно-методическое пособие / Коллектив авторов. - Москва: Высшая школа, 2012. - 874 с.
13. Детская неврология. Клинические рекомендации / Под. ред. В. И. Гузевой. - М.: Специальное издательство медицинских книг, 2014. - 37 с.
14. Диагностические шкалы и тесты в нейрореабилитации. Руководство для врачей / Булекбаева Ш.А., Лисовский Е.В., Ризванова А.Р., Дарибаев Ж.Р. // Астана: АО «Республиканский детский реабилитационный центр», 2015. -146с.
15. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. - 598 с
16. Евсеев С.П. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов [Текст] / С.П. Евсеев. - М.: Новый мир, 2011. - 320 с.
17. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст] / С.П. Евсеев. - М.: Просвещение, 2011. - 296 с.
18. Ильина И. В. Медицинская реабилитация. Практикум : учеб. пособие для СПО / И. В. Ильина. — М.: Издательство Юрайт, 2019. — 393 с.
19. Ингерлейб М.Б. Анатомия физических упражнений/М.Б.Ингерлейб. – Ростов н/Д: Феникс, 2010 – 187 с
20. Козырева, О.В. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия. Учебный словарь-справочник. / О.В. Козырева, А.А. Иванов. - М.: Советский спорт, 2010. - 280 с.
21. Кударина А.С., Ашимханова Г.С., Жусупбекова З.Д., Садыков К.И., Саликов Ж.К. Особенности проведения лечебной физкультуры при детском церебральном параличе // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2017. – № 5. – С. 101-104;
22. Клочкова, Е.В. Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. Руководство / Клочкова Е.В. - М.: Теревинф, 2016. - 475 с.
23. Комплексная оценка двигательных функций у пациентов с детским церебральным параличом. Учебно-методическое пособие: моногр. / Коллектив авторов. - Москва: РГГУ, 2014. - 832 с.
24. Коняхина Г.П. Лечебная физкультура для детей с ограниченными возможностями здоровья: учебно-методическое пособие / Коняхина Г.П., Захарова Н.А. – Челябинск: Издательский центр «Уральская академия», 2019. – 81 с.
25. Кондрашев А.В., Ходарев С.В., Харламов Е.В., Душенков П.А. Медицинский массаж / под ред. Сидоренко Ю.А. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 400 с.
26. Левченко, И. Ю. Детский церебральный паралич. Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками: моногр. / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. - М.: Книголюб, 2017. - 176 с.
27. Малюкова, И.Б. Реабилитация детей с церебральными параличами. Формирование движений. Комплексные упражнения творческого характера / И.Б. Малюкова. - М.: ГНОМ и Д, 2018. - 616 с.
28. Немкова, С. А. Когнитивные нарушения при детском церебральном параличе / С.А. Немкова. - М.: Триада-Х, 2013. - 446 с.
29. Никитина, М.Н. Детский церебральный паралич / М.Н. Никитина. - М.: Медицина, 2017. - 120 с.
30. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасева. - М.: ИЦ Академия, 2013. - 416 с.
31. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам / Е.В.

- Семёнова, Е.В. Ключкова, А.Е. Коршикова-Морозова, А.В. Трухачёва, Е.Ю. Заблоцкис. – М.:Лепта Книга, 2018. – 584 с.
32. Рябова Е. В. Адаптивная физическая культура. Комплексы упражнений для детей с ДЦП: Формы спастической диплегии и тетраплегии: практическое пособие для педагогов-дефектологов / Е. В. Рябова. – М.: Издательство ВЛАДОС, 2020. – 316 с.
33. Семёнова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семёнова. – М.: ЁЁ Медиа, 2011. - 397 с
34. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. – М.: Закон и порядок, 2007. – 612 с.
35. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 608 с.
36. Хечумян А.Ф. Современные аспекты медицинской реабилитации / А.Ф. Хечумян // Современные вопросы биомедицины. — 2017. — Т. 1. — № 1 (1). — С. 10.
37. Цукер М.Б. Детские церебральные параличи, в кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8, М.: Новая наука, 2015. - 233 с.
38. Швиренко И.Р. Проблемные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях / И.Р. Швиренко // Университетская клиника. — 2017. — № 3-1 (24). С. 181-187.
39. Шипицына, Л.М. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Л.М. Шипицына. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. - 616 с.
40. Шипицына Л.М. Детский церебральный паралич [Текст] / Л.М. Мамайчук - СПб.: 2011. – 440 с.
41. Юнусов, Ф.А. Реабилитация детей с церебральным параличом и его синдромами: Практическое руководство / Ф.А. Юнусов. - М.: ИНФРА-М, 2018. - 382 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/285201>