

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://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/99112>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Физическая культура и спорт

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 6

1.1. Общая характеристика особенностей физических качеств лиц с ДЦП и ампутантов..... 6

1.2. Адаптация пауэрлифтинга как эффективного способа физической реабилитации лиц с поражением опорно-двигательного аппарата 17

1.3. Потенциал пауэрлифтинга как эффективный способ физической реабилитации занимающихся с поражением опорно-двигательного аппарата 20

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 25

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТАННОЙ МЕТОДИКИ 30

3.1.1. Результаты опроса 30

3.1.3. Результаты предварительных педагогических наблюдений 36

3.2. Описание экспериментальной методики 39

3.3. Результаты педагогического эксперимента 49

3.4. Влияние занятий по экспериментальной методике на уровень физического состояния занимающихся с поражением опорно-двигательного аппарата 54

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 56

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 58

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 59

ПРИЛОЖЕНИЕ 63

ВВЕДЕНИЕ

Проблема инвалидности - это проблема мирового масштаба, существующая во всех странах независимо от уровня их экономического развития. Причем по проводимой тем или иным государством социальной политике относительно инвалидов судят о его цивилизованности. Наблюдающийся рост инвалидности населения в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением количества и интенсивности транспортных потоков, возникновением военных конфликтов и террористических актов, ухудшением экологических факторов, сокращением двигательной активности и увеличением фармакологических средств коррекции состояния здоровья человека, и с целым рядом других причин. Все это приводит к необходимости разработки комплексных мер по социальной защите данной категории населения, создания условий для их социальной реабилитации и интеграции. Важную роль в решении этой проблемы играет адаптивный спорт.

В последние десятилетия проблема реабилитации взрослых больных с поражением опорно-двигательного аппарата (ДЦП и аптутанты) становится все более актуальной, как указывает С.А. Бортфельд (С.А. Бортфельд, 2012).

Е.А. Виноградова и др. пишут о том, что современное лечение лиц с поражением опорно-двигательного аппарата характеризуется большим количеством методик раннего выявления заболевания, а также способов реабилитации уже в начале проявления заболевания. Однако взрослые, которые имеют синдром ДЦП и другие заболевания опорно-двигательного аппарата аналогичного лечения в своем детском возрасте не получали, поэтому количество взрослых с поражением опорно-двигательного аппарата в настоящий момент остается пока довольно высоким (Е.А. Виноградова, А.В. Гринина, Н.К. Кочурова, 2012).. Можно предложить, что выполнения упражнений посредством элементов пауэрлифтинга будут способствовать более успешной физической реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата (далее -ОДА)..

Пауэрлифтинг имеет довольно большой уровень популярности среди разных слоев населения России, а достижения российских спортсменов можно определить сотнями побед на Всемирных играх, чемпионатах мира и Европы .

В рассматриваемом виде спорта, в отличие, к примеру, от бодибилдинга, важными являются силовые

показатели, а не красота тела. В связи с этим огромную значимость приобретает проблема силовой подготовки пауэрлифтеров, а учебно - тренировочный процесс направлен на формирование силовых качеств, которые необходимы для достижения высоких показателей в пауэрлифтинге.

На нынешнем этапе развития общества пауэрлифтинг относится к перечню приоритетных видов спорта в России. Пауэрлифтинг также занимает особое место среди силовых видов спорта и объединяет в себе систему редкостных соревновательных упражнений. Благодаря сравнительно не сложной технике, согласованному влиянию техники на воспитание основных групп мышц, а также возможности определения сильнейшего атлета, как в отдельных упражнениях, так и в сумме троеборья, приверженцы находят пауэрлифтинг демократичным, доступным и популярным силовым видом спорта, который в настоящее время находится в перманентном состоянии развития. В связи с вышесказанным в современной спортивной науке проблематика пауэрлифтинга остается актуальной, но мало изученной темой.

Актуальность исследования. При анализе научно-методической литературы нами не было выявлено достаточных материалов об использовании упражнений из пауэрлифтинга, для физической реабилитации инвалидов с поражением ОДА.

Однако, не все реабилитологи применяют различные методики пауэрлифтинга в процессе физической реабилитации инвалидов с поражением ОДА. Все вышеизложенное и определило актуальность выбранной нами темы.

Объект исследования – физическая реабилитация инвалидов с поражением ОДА (ДЦП и ампутанты возраст с 14 до 20 лет).

Предмет исследования – повышение эффективности физической реабилитации инвалидов с поражением ОДА (ДЦП и ампутанты возраст с 14 до 20 лет).

Гипотеза: Предполагалось, что пауэрлифтинг в физической реабилитации инвалидов с поражением ОДА будет способствовать улучшению их физической подготовленности.

Теоретическая значимость. Мы попытались в теорию и практику адаптивного физического воспитания внести дополнение о значении использования упражнений из пауэрлифтинга в физическую реабилитацию инвалидов с поражением ОДА.

Можно предложить, что выполнение упражнений из пауэрлифтинга будут развивать двигательные качества, а значит и повысят результат физической реабилитации.

ГЛАВА 1. ОБЗОР НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Общая характеристика особенностей физических качеств лиц с ДЦП и ампутов

В настоящее время в России постепенно начинается работа по созданию качественно новых систем реабилитации людей после различных заболеваний, связанных с нарушением функций опорно-двигательного аппарата (в частности больных ДЦП и ампутов) основанных на методах и приемах адаптации различных упражнений в комплекс лечебных упражнений лечебно-восстановительной физкультуры, наряду с другими средствами реабилитации (Н.А. Гросс, С.П. Евсеев, 2014).

Во многом отсутствие проработанной системы реабилитации больных с нарушениями опорно-двигательной системы обусловлено недооценкой роли лечебной физкультуры и возможностей адаптированных упражнений из различных видов спорта в системе физической коррекции и реабилитации. К числу научно-практических задач и направлений по работе с совершенствованием программ реабилитации и коррекции пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата по различным причинам можно отнести проблематику полного или частичного восстановления возможности эффективного функционирования организма людям с ограничениями на основе внедрения в практику реабилитации и коррекции новых технологий, средств и методов адаптивной физкультуры и спорта.

Занятия доступными и адаптированными упражнениями из различных видов спорта, а также видами спорта, адаптированными под ограниченные возможности инвалидов, стимулируют их не прекращать постоянную работу над физической реабилитацией и коррекцией своих возможностей, заниматься физкультурой и спортом на систематической основе. Исследования, проведенные в последние десятилетия, свидетельствуют, что те люди, которые, несмотря на инвалидность, занимались спортом и реабилитационными упражнениями на постоянной основе, гораздо более эффективно существуют и действуют в условиях современного социума, а также более спокойно воспринимают физические

недостатки, психологически легче справляются с заболеванием и его последствиями. Соответственно, физическая реабилитация и адаптированные упражнения из различных видов спорта имеют особую актуальность и значимость, связанную с количеством людей с ограниченными возможностями в России (А.В. Гринина, Е.А. Виноградова, Н.К. Кочурова, 1974).

Ретроспективный анализ исследований позволяет говорить о том, что люди, страдающие ДЦП и имеющие ту или иную степень тяжести его осложнений, составляют значительную часть от общего числа инвалидов с тяжелыми степенями инвалидизации, которые нуждаются в постоянном комплексном уходе соответствующих специалистов разных профилей, а также в медико-социальной и физической реабилитации (А.А. Зимин, 2006).

Среди особенностей двигательной, физической и психологической деятельности подростков и взрослых больных с ДЦП и ампутанты следует назвать такие аспекты, как (В.А. Епифанов, 2013):

- нерациональные и неэффективные по структуре и составу движения опорно-двигательного аппарата
- сниженные показатели мышечной силы и работоспособности
- наличие непроизвольной двигательной активности
- низкий уровень развития физических качеств организма и т.п.

Все перечисленные факторы во многом затрудняют успешность социальной реабилитации и адаптации к жизни в современном социуме, что требует комплексный подход к физической, психологической и социальной реабилитации личности во взрослом возрасте.

Следует отметить, что вплоть до второй половины XX века из всех детей, перенесших ДЦП, не более 5-10% могли дожить до зрелого возраста. В настоящий момент, благодаря развитию современной медицины, совершенствованию программ физической и социальной реабилитации, 60-95% детей с ДЦП могут рассчитывать не только повзрослеть, но и осуществлять полноценную эффективную деятельность в социуме. Увеличение продолжительности жизни больных с ДЦП позволило выявить ряд функциональных изменений в их организме с течением времени. К таким изменениям для взрослых людей с ДЦП следует отнести:

1. Феномен преждевременного старения.

Большинство взрослых больных с ДЦП демонстрируют функциональные признаки более раннего наступления старости – уже в возрасте 35-40 лет. Этот феномен обусловлен тем, что дополнительное напряжение, нагрузка на организм, связанная с вызванными заболеванием деформациями, подвергают их тело постоянному стрессу, и функциональные резервы тела быстрее истощаются. Задержки развития, которые также часто встречаются при ДЦП, приводят к тому, что недоразвитые органы и системы должны работать на том же уровне, что и людей с нормой развития, соответственно, ряд систем, на которые приходится наибольшая нагрузка – сердечно-сосудистая, опорно-двигательная, дыхательная – будут подвергаться преждевременному старению.

2. Функциональные проблемы при трудовой деятельности (Н.А. Еськин, 2007, В.А. Качесов, 2009).

Взрослые люди с ДЦП и мпутанты могут быть полноценными работниками, особенно в сфере умственного труда (при норме психического развития), а также в других сферах, однако постоянное посещение рабочего места в сочетании с феноменом преждевременного старения, делает сложным их трудовую активность по достижению среднего возраста. Если у больного есть возможность перейти на свободный график работы или домашнюю форму труда, то частые отдых и вспомогательное оборудование могут позволить им и дальше эффективно трудиться, для других категорий выходом может быть только досрочная пенсия.

3. Депрессивные расстройства (В.А. Епифанов, 2014).

С течением времени больные с нарушением опорно-двигательного аппарата, тем более при нормальном психическом развитии, но низкой степенью социальной адаптивности, подвергается воздействию эмоционального напряжения от восприятия болезни и своего положения в обществе. Так, доказано, что больные с ДЦП во взрослом возрасте страдают от депрессий и невротоподобных расстройств в среднем в 3-4 раза чаще обычного человека. Это во многом связано с аспектом психологического восприятия своей болезни, от поддержки близких, от отношения к больному со стороны социума, от склада характера самого больного – все это имеет очень большое значение для психологического статуса взрослого больного с ДЦП.

4. Синдромы, связанные с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Взрослые больные подвергаются сочетанному воздействию таких симптомов, объединенных в единый синдром, как слабость мышц и быстрая утомляемость, что связано с нарушениями в результате болезни, сопутствующими артритами, деформациями скелета. Усталость для больного с нарушением опорно-двигательного аппарата – это довольно серьезная проблема, поскольку на каждое движение больной

тратит в среднем в 3-5 раз больше энергии, чем обычный человек, и дополнительный синдром усталости и утомляемости сильно воздействует на их психологический статус.

5. Дегенеративный артрит и артроз

Опорно-двигательные нарушения, которые в детском возрасте могут не причинять помимо своего наличия других дополнительных неудобств, во взрослом возрасте могут стать причиной возникновения болевых симптомов, поскольку в результате постоянной повышенной нагрузки на деформированный костно-мышечный аппарата возникают дегенеративные изменения в суставах, приводящих к артритах и артрозам.

6. Болевой синдром.

Вопрос боли очень актуален для больного с нарушением опорно-двигательного аппарата, в особенности ДЦП, поскольку часто такие больные элементарно не могут точно локализовать источник боли, их степень и характер. Чаще всего боли у взрослых больных могут быть как острыми, так и хроническими, локализуются в области суставов – лодыжек, колен, бедер, в нижней или верхней частях спины.

Наиболее эффективное лечение такого симптома – это профилактика костно-мышечных нарушений и деформации с раннего возраста, что может позволить избежать накопления напряжения и прогрессии деформации и боли. Часть хронических болевых симптомов, связанных с деформациями опорно-двигательной системы, можно устранить хирургическим путем.

7. Сопутствующие заболевания.

Взрослые больные могут быть подвержены более высокому риску развития таких сопутствующих патологий, как дисфункция мочевого пузыря, гипертония, сложности с глотанием и т.п. После полового созревания возможны различные искривления позвоночника, для них характерна повышенная ломкость костей и частые переломы – особенно при занятиях неадаптированной лечебной физкультурой. Сочетание сложностей с дыханием, трудности с гигиеной и нарушения в структуре эмали зубов могут привести к кариесу и пародонтиту. Также 25-39% больных ДЦП имеют проблемы со зрением, 8-18% - со слухом. Ввиду уникальности каждого случая взрослого больного им следует регулярно проходить медосмотр для оценки своего физического статуса, чтобы предотвратить развитие других патологий и болезней, не связанных с непосредственным заболеванием. Проблематика постоянного ухода и сопровождения взрослого больного также имеет место, поскольку многие взрослые больные могут пережить основных опекунов (В.А. Епифанов, 2014, В.А. Епифанов, 2013).

В России для реабилитации больных с нарушением опорно-двигательного аппарата используется комплекс мероприятий медико-социальной реабилитации, в который входят меры по восстановлению физического, психологического и социального статуса людей с ограниченными возможностями здоровья (Е.Т. Лильин, О.В. Степанченко, А.Г. Бриль, 1999).

ВОЗ определяет медико-социальную реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки или переподготовки индивидуума на оптимум его трудоспособности».

Основной целью реабилитации больного с нарушением опорно-двигательного аппарата следует назвать его восстановление как полноценно функционирующей личности и элемента общества, способного осуществлять физические, физиологические, психологические и социальные функции. Многоаспектность направлений и задач медико-социальной реабилитации обуславливает условное введение разделения на отдельные направления работы с больными:

- Медицинская реабилитация
- Физическое восстановление
- Психологическая поддержка
- Социальная адаптация
- Профессиональная подготовка
- Педагогическое сопровождение (для детей и больных с отклонениями в психическом развитии).

Как указано в Декларации о правах инвалидов, принятой ВОЗ, реабилитация должна способствовать полноценной или близкой к таковой социальной интеграции инвалидов к окружающей среде, в том числе не только путем их адаптации, но и адаптации социальной среды к ним и их потребностям.

Медицинская реабилитация, как часть медико-социальной реабилитации – это сложный активный процесс восстановления нарушенных из-за нарушения опорно-двигательного аппарата функций организма, если это невозможно в полной степени – то реализация в наиболее эффективной и оптимальной степени физического, социального и психологического потенциала инвалида.

Цель этого направления реабилитации состоит в том, чтобы максимально улучшить здоровье больного, предупредить возникновение различных осложнений, восстановить или компенсировать в наиболее

возможной степени нарушенные функции, обеспечить облегчения выполнения бытовых и трудовых задач (В.Е. Васильева, 1970).

Медицинская реабилитация должна проходить с момента прекращения острой фазы болезни и до наиболее возможного улучшения состояния здоровья и трудоспособности (Б.П. Волков, 2014)

Физическая реабилитация больного, как часть его медицинской реабилитации, включает в себя использование средств и методов физкультуры и адаптивной физкультуры, а также массаж и занятия адаптированными видами спорта (Д.С. Дмитриев, 2003).

Также следует учитывать тот факт, что на всех этапах физической реабилитации больных может использоваться лечебная физкультура и ее отдельные методы и приемы. Принято считать, что физкультура – это первостепенное средство для восстановления двигательной активности при нарушении опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация взрослых больных – это задача комплексного характера. Мало только восстановить или частично компенсировать нарушенные физические функции организма, следует учитывать также помощь личности больного, его адаптацию к социальным условиям. Это требует учета и клинико-биологических факторов болезни, и ее течения у конкретного больного, и психосоциальных факторов: особенностей личности и социального окружения больного (С.П. Евсеев, 2012).

Соответственно, психологическая поддержка должна осуществляться на всех этапах восстановительных мероприятий. Одним из главных средств психологической реабилитации следует признать физические упражнения, которые положительно влияют на психологический статус больного и снижают эмоциональное напряжение .

Социальная реабилитация, в свою очередь – это комплексы меры государственных и социальных мер по возвращению нормальной социальной жизни больным. К таким мероприятиям можно отнести профессиональную ориентацию и обучение отдельным трудовым навыкам, обучение бытовому обслуживанию, приспособление различных рабочих мест и мест посещения соответствующим оборудованием, расширяющим возможности инвалидов (Л.В. Козлова, 2013).

Сложной многогранной и актуальной проблемой остается совершенствование процесса реабилитации детей с врожденной и приобретенной патологией ОДС (опорно-двигательной системы).

ДЦП является одним из самых тяжелых нервных заболеваний у детей, характеризующимся поражением мозга. Отмечается постоянная тенденция к увеличению числа детей с заболеванием ДЦП.

Распространенность ДЦП в разных странах, в том числе и в нашей стране, составляет 3-9 случаев на 1000 детей. Дети, страдающие заболеванием ДЦП, имеют в 100 % – двигательные нарушения; в 75 % – речевые нарушения; в 50 % – психические нарушения; 25 % – сенсорные.

Характерной чертой этого заболевания является неспособность больного сохранять нормальную (вертикальную) позу и выполнять произвольные движения. Определить точную причину, приводящую к ДЦП, не всегда удастся. Это может быть сочетание нескольких неблагоприятных факторов как в периоде беременности, так и в родах. Повреждения участков нервной системы могут произойти на различных этапах развития ребенка от его внутриутробного развития и до 3-х лет жизни.

Вот только несколько из неблагоприятных факторов: инфекционные агенты, особенно вирусного происхождения – герпес, оспа, токсоплазмоз, ветряная оспа, краснуха, возраст матери.

Церебральный паралич вызывает повреждение тех участков центральной нервной системы, которые отвечают за управления движением. На фоне порезов и параличей заболевание проявляется в виде имеющих патологические стереотипы поз, состояний и ходьбы. В результате недоразвития мозга и его повреждения наблюдаются различные клинические проявления синдромов, характеризующиеся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения. В грудном возрасте у детей формируются рефлекторно обусловленные контрактуры суставов.

В работах авторов большое значение в происхождении ДЦП придается влиянию на плод различных инфекционных агентов, особенно вирусного происхождения (токсоплазмоз, краснуха, герпес, ветряная оспа).

Основными причинами, приводящими к ДЦП, являются инфекции, полученные как во время беременности, так и непосредственно перед ней, сердечно-сосудистые, дыхательные или почечные патологии, сахарный диабет, осложнение течения беременности и травмы при родах. Но в 60% случаях возникновению ДЦП способствовали инфекции (грипп, ангина, ОРЗ) и т.д. По статистике в России официально зарегистрировано 8 тыс. детей с диагнозом ДЦП, из них более 3 тыс. живут в Москве. По остальным регионам цифры варьируются. В среднем на каждую тысячу рожденных младенцев приходится от 2 до 9 детей с данной патологией.

Из анализа литературных источников выявить точную причину, приводящую к ДЦП, не представляется возможным.

Спинномозговая травма зависит от степени повреждения спинного мозга и может иметь следующие причины: сотрясение, ушиб, гематома сдавливания спинного мозга.

Для сотрясения спинного мозга характерна обратимость возникающих в нем патологических изменений, что и обуславливает практически полное выздоровление больного. У больных с сотрясением спинного мозга клинически проявляется синдромом частичного или реже полного нарушения его проводимости.

Развиваются преходящие парезы (реже параличи), расстройства чувствительности, иногда парестезии. Могут временно нарушаться функции тазовых органов.

Ампутация – одна из древнейших операций. Наиболее часто операция ампутации проводится при сосудистых заболеваниях конечностей, опухолях и тяжелых травмах. Сосудистые заболевания конечностей – лидирующая причина ампутаций у людей в возрасте 50 лет и старше, и занимает 90 % всех ампутаций.

Ампутации нижних конечностей выполняются в пять раз чаще, чем верхних.

При ампутации конечностей с организмом человека происходят следующие изменения: уменьшается масса тела и сосудистое русло, развивается гипокинезия, стресс, ожирение и другие неблагоприятные факторы (Евсеев С.П., 2010). Что касается функциональных систем, то в организме человека, после ампутации конечностей, практически во всех его системах наблюдается снижение резервных способностей организма, развиваются метаболические нарушения, в частности страдает липидный обмен, изменяется вегетативная регуляция, нарушаются адаптивно-компенсаторные реакции, снижается физическая работоспособность и толерантность к физической нагрузке, развиваются психоэмоциональные изменения.

Характеристика нарушений у инвалидов с ампутацией нижних конечностей: нарушается статодинамическая функция опорно-двигательного аппарата, ослабляется мышечное равновесие, в мышцах усеченной конечности возникают атрофические процессы, формируются контрактуры и тугоподвижность в сохраненных суставах, общий центр массы тела смещается в сторону сохранившейся конечности и вверх, появляются вторичные деформации костно-мышечной системы.

Для инвалидов с ампутацией нижних конечностей характерен малоподвижный образ жизни, в основном это сидячее положение, что приводит к гипокинезии и ожирению, а также к развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопрос перспективности увеличения качества восстановления больных с поражением опорно-двигательного аппарата не имеет однозначного ответа. Но даже если моторные навыки нарушены в значительной степени, все равно возможно значительное восстановление двигательных возможностей больного.

Для того, чтобы достичь стойких положительных результатов, следует постоянно применять комплексы преимущественных лечебных и социально-психологических мер в соответствии со специф

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова Л.Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Физ. культура» / Артамонова Л.Л., Панфилов О.П., Борисова В.В.; общ. ред. О.П. Панфилова. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС», 2010. – 389 с.
2. Батурина В.В. Ортопедия, травматология и протезирование / В.В. Батурина, Н.В. Бореичук. – Киев: Здоровья, 2013. – 164 с.
3. Билецкая М. В. Отдаленные последствия внутричерепной родовой травмы новорожденных. // Педиатрия, акушерство и гинекология. - 1972, № 3, с. 134-141
4. Бортфельд С. А. ЛФК и массаж при ДЦП / С. А. Бортфельд, Е.И. Рогачева. – М.: Книга по требованию, 2012. – 176 с.
5. Бурчинский С.Г. Новые подходы к фармакотерапии когнитивных и депрессивных расстройств при психосоматической патологии // Международный неврологический журнал. - 2010. - № 3(33). - С. 129-132.
6. Вайнер Э.Н. Лечебная физическая культура / Э.Н. Вайнер. – М.: Флинта, 2012. – 424с.
7. Васильева Л.Ф. Мануальное мышечное тестирование. – М., 2012. – 180 с.
8. Васильева, В. Е. Лечебная физическая культура: учебник для институтов физической культуры / Под общей редакцией профессора В. Е. Васильевой. – Издательство «Физкультура и спорт» Москва 1970. – 368 с.
9. Виноградова Е. А., Гринина А. В., Кочурова Н. К. Вопросы трудоустройства больных церебральными параличами.- В кн.: Реабилитация детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 2012. - С. 217-225.

10. Волков Б.П. Гамов В.П. Гориловский Л.М. Справочник практического врача – М.: Эксмо, 2014. – 528с.
11. Гринина А. В., Виноградова Е. А., Кочурова Н. К. Трудоспособность и фактическое трудоустройство больных детским церебральным параличом. - В кн.: Детские церебральные параличи. Л., 1974, с. 17-19
12. Гросс Н. А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2014. – 235 с.
13. Дмитриев, В. С. Адаптивная физическая реабилитация: структура и содержание: Дис. д-ра пед. наук. - М., 2003. - 475 с.
14. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура. – М.: Советский спорт, 2010. – 240 с.
15. Евсеев С. П. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло. - М., 2012. - 488 с.
16. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. / В.А.Епифанов. – М.: Гэотар-Медиа, 2014. – 568с.
17. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. Учеб. пособие для вузов. - М.: ГЗОТААМЕД, 2014. - 560 с.
18. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Епифанова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 352 с.
19. Еськин, Н.А. Комплексная диагностика заболеваний и повреждений мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата: автореф. дис.... канд. мед. наук / Н.А. Еськин. – М., 2007. – 22 с.
20. Зимин А.А. Критерии эффективности индивидуальных программ физической реабилитации больных юношеского и зрелого возрастов с последствиями детского церебрального паралича: дис. канд. пед. наук. - Малаховка, 2006. - 157 с.
21. Кастл Э. Школы и мастера фехтования: благородное искусство владения клинком. – М., 2009. – 280 с.
22. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. Книга 1. – СПб.: Правда, 2009.
23. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семенов; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 4-е. – Ростов/Д : Феникс, 2014. – 475 с.
24. Козлова Л.В., Козлов С.А., Семенов Л.А. Основы реабилитации. - Ростов н/Д: Феникс, 2013. - 480 с.
25. Комплексная реабилитация и профилактика больных и инвалидов: Учеб. пособие / Под ред. С.П. Евсеева. - М.: Советский спорт, 2011. - 320 с.
26. Кондратьев В. Антонович А. Историческое фехтование. - М., 2002.
27. Лечебная физическая культура: учебник для студ. высш. учеб. заведений / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева [и др.]; под ред. С. Н. Попова. – 6-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 416 с.
28. Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. проф. А.Епифанова. - М.: Медицина, 2011. - 528с.
29. Лильин Е.Т., Степанченко О.В., Бриль А.Г. Современные технологии в лечении детского церебрального паралича. // Неврологический вестник № 2. – 1999.
30. Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов. Учебное пособие. / Под ред. проф. С.П. Евсеева. – 2-е изд., стереотип. – М.: Советский спорт, 2014. – 320 с.
31. Лян Р. В. Лечебная гимнастика при мозжечковых формах детских церебральных параличей.- В кн.: Курортное лечение больных. Киев, 2010, с. 351-352.
32. Меженина Е. П. Лечение больных с церебральным параличом. // Ортопедия, травматология, 1963, № 10, с. 76-80
33. Меженина Е. П. Некоторые вопросы организации медицинской помощи, образования, воспитания и привития трудовых навыков детям с церебральными спастическими параличами. //Актуальные проблемы восстановления трудоспособности инвалидов. – М.: Книга по требованию, 2010. - С. 66-69.
34. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича. - М.: Медицина, 2011. – 180 с.
35. Пауэрлифтинг – спорт с ПОДА [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://a-centr.yam.sportsng.ru/Power_PODA. (Дата обращения: 06.04.2020).
36. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. - Калуга, 2010. – С. 5-7.
37. Шашурина В. Н. 10-летний опыт санаторного лечения детского церебрального паралича.- Труды Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. М., 1971, т. 15, с. 483-486.
38. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры. – М., 2014. – 608 с.
39. Шейко Б.И. Методика обучения технике соревновательных упражнений в пауэрлифтинге /Б. И. Шейко, Б.Г.Лукиянов. Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы физической культуры, спорта и туризма». -УГАТУ,2009.-С. 88-90.

40. Шейко Б.И. Пауэрлифтинг. (настольная книга пауэрлифтера). – Москва: «Типография «Новости», 2005. – 544 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://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/99112>