

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МУРМАНСКИЙ АРКТИЧЕСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «МАГУ»)

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Опорно-двигательный аппарат

Выполнила студентка
Сотник Анна Игоревна,
специальное (дефектологическое) образование,
очная форма обучения

Научный руководитель:
Голишниковна Елена Ильинична

Мурманск
2015

***«Я, у кого ни роста, ни осанки,
Кому взамен мошенница природа
Всучила хромоту и кривобокость;
Я, сделанный небрежно, кое-как,
И в мир живых отправленный до срока
Таким уродливым, таким увечным,
Что лают псы, когда я прохожу ...»***

Уильям Джон Литтл, хирург-ортопед

СОДЕРЖАНИЕ

1. Определение понятия;
2. Нарушения ОДА;
3. Определение понятия;
4. Основоположник;
5. Первые учебные заведения в Европе;
6. Первые учебные заведения в России;
7. Руководитель клиники;
8. Причины возникновения;
9. Статистика;
10. Виды двигательных нарушений;
11. Классификация;
12. Специальное коррекционное обучение;
13. Категории учащихся с нарушением ОДА;
14. Вспомогательные приспособления для детей с ДЦП
15. Литература

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Опорно-двигательный аппарат - костно-мышечная система, единый комплекс, состоящий из костей, суставов, связок, мышц, их нервных образований, обеспечивающий опору тела и передвижение человека или животного в пространстве, а также движения отдельных частей тела и органов (головы, конечностей и др.)

НАРУШЕНИЯ ОДА

К нарушениям ОДА относятся:

- Врожденные дефекты.
- Приобретенные дефекты.

К врожденным дефектам ОДА, встречающимся у детей раннего возраста и дошкольного возраста относятся:

- врожденная косолапость
- врожденный вывих бедра
- врожденная мышечная кривошея и другие.

Врожденный вывих бедра - это самый частный из врожденных дефектов ОДА.

НАРУШЕНИЕ ОДА

- Кривошея – деформация шеи, характеризующаяся неправильным положением головы (наклоном вбок и поворотом ее).
- Врожденная косолапость - это деформация стопы, характеризующаяся ее отклонением внутрь от продольной оси голени. Врожденная косолапость может быть одним из признаков как системных заболеваний и дисплазии скелета- артрогрипоза, дизостоза, остеохондродисплазии, так и пороков развития, например продольной эктромелии. Она бывает одно- и двусторонней.
- Плоскостопие - это деформация стопы, характеризующаяся ее уплощением. Различают продольное и поперечное плоскостопие, возможно сочетание обеих форм. При поперечном плоскостопии уплощается поперечный свод стопы, ее передний отдел опирается на головку всех пяти плюсневых костей, а не на первый и пятый, как это бывает в норме. При продольном плоскостопии уплощен продольный свод и стопа соприкасается с полом почти всей площадью подошвы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Детский церебральный паралич - под этим термином объединяют ряд синдромов, которые возникли в связи с повреждением мозга и проявляются прежде всего неспособностью сохранять позу и выполнять произвольные движения. Слово "церебральный" означает «мозговой» (от латинского слова «cerebrum» - "мозг"), а слово "паралич" (от греческого «paralysis» - "расслабление") определяет недостаточную (низкую) физическую активность.

(Уильям Джон Литтл)

ОСНОВОПОЛОЖНИК ДЦП

Уильям Джон Литтль (1810-1894), британский ортопед, впервые установивший причинную связь между осложнениями при родах и нарушениями умственного и физического развития ребенка.



ПЕРВЫЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ В ЕВРОПЕ



Старейшим учреждением для реабилитации детей, страдающих

нарушениями моторики, в Бельгии является «Приют для девочек-инвалидов в

Кватрехте», где в 1921г. была создана база для начального образования 15

парализованных детей. В 1947г. первая школа, где обучались дети с

физическими недостатками, была создана в Нидерландах. Приблизительно в тот же

период такие учреждения стали появляться и на других континентах — в США,

Японии, Австралии.

ПЕРВЫЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ В РОССИИ



В России учреждение для детей с такой патологией впервые появилось в

Санкт-Петербурге в 1890 году. Общество «Синий крест» открывает «приют для

детей-калек и паралитиков» на 20 человек. В этом приюте детей наблюдали

врачи, они получали начальное образование и обучались ремеслу. В 1936 году на базе лечебно-

педагогического учреждения для детей с двигательными нарушениями был

организован Научно-исследовательский институт детской ортопедии и

травматологии имени Г.И. Турнера

РУКОВОДИТЕЛЬ ПЕРВОЙ КЛИНИКИ ОРТОПЕДИИ



Генрих Иванович Турнер (1858—1941) — врач, хирург-ортопед. Действительный статский советник. Заслуженный деятель науки РСФСР (1927). Один из основоположников отечественной ортопедии, организатор и руководитель первой в России кафедры и клиники ортопедии.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Органические нарушения:

- *ВРОЖДЕННАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ;*
- *МИОПАТИЯ – МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ;*
- *АРТРОГРИПОЗ – ИСКРИВЛЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ;*
- *АХОНДРОПЛАЗИЯ – ОТСТАВАНИЕ В РОСТЕ КОНЕЧНОСТЕЙ;*
- *ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТОМ (85%);*
- *ТРАВМЫ;*
- *ДЕФОРМАЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.*

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

НАРУШЕНИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМ И ПРАВИЛ:

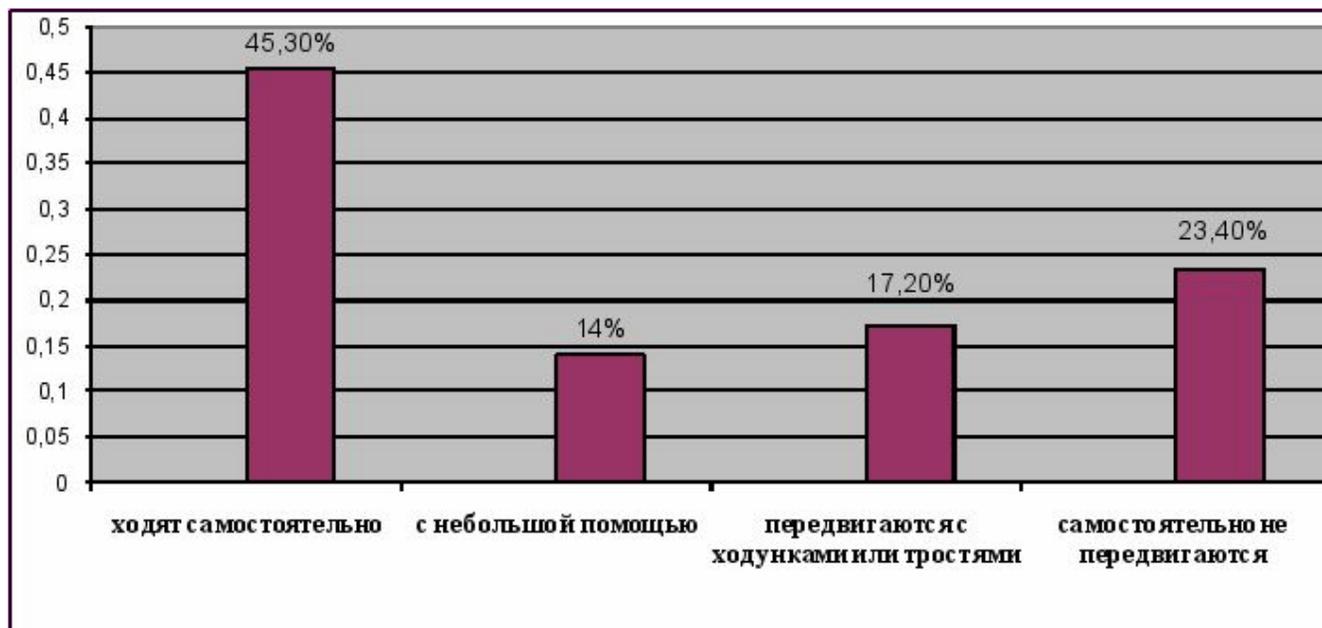
- *НЕДОСТАТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ;*
 - *НЕПРАВИЛЬНАЯ ПОСАДКА ЗА СТОЛОМ;*
 - *НЕУДОБНАЯ (ТЕСНАЯ) ОБУВЬ И ОДЕЖДА;*
 - *ПОСТОЯННОЕ НОШЕНИЕ ПОРТФЕЛЯ;*
 - *НЕПРАВИЛЬНАЯ (МЯГКАЯ) ПОСТЕЛЬ;*
- *НЕПРАВИЛЬНО ПОДОБРАННАЯ МЕБЕЛЬ.*

СТАТИСТИКА

- 71 500 детей с ДЦП в возрасте от 0 до 14 лет и более
- 13 500 детей в возрасте 15-17 лет.
- В 2009 году этот диагноз был впервые поставлен 7409 больным
- В 2010 году – 6978 детям.



СТАТИСТИКА



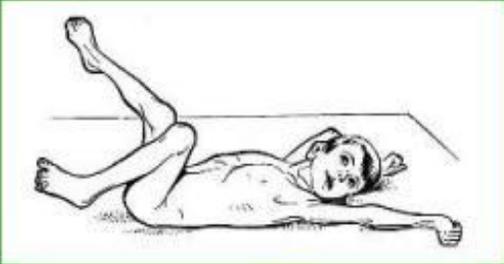
ВИДЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

- Параличи-отсутствие движений;
- Дистонии-нарушение мышечного тонуса;
- Гиперкинезы-насильственные движения;
- Атаксии-нарушение равновесия и координации движений;
- Сколиозы-нарушение осанки;
- Кинестезии-нарушение ощущений движений;
- Плоскостопие;
- Парезы-ограничение движений.

ПРИМЕРЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

www.themegallery.com

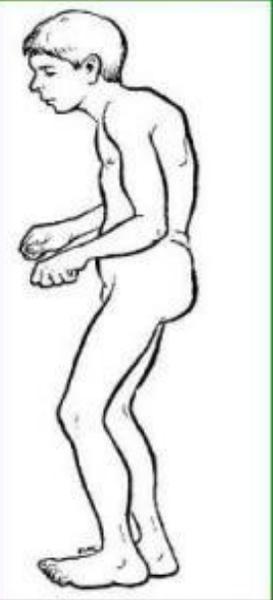
ПРИМЕРЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ



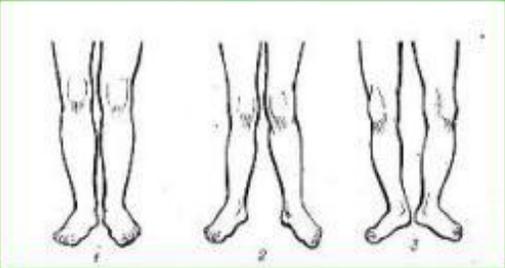
ГЕМИБАЛЛИЧЕСКИЙ ГИПЕРКИНЕЗ



ТОРСИОННЫЙ СПАЗМ



ХАРАКТЕРНАЯ ПОЗА БОЛЬНОГО ПРИ СИНДРОМЕ ПАРКИНСОНИЗМА



НОРМА

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ФОРМИРОВАНИЕ ФОРМЫ НОГ

PPt4WEB.ru
Company Logo

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- Гемибаллизм — производимые с большой силой крупные, размахистые бросковые движения конечностей.
- Торсионный спазм проявляется в виде тонического искривления позвоночника в поясничном и шейном отделах. Характеризуется возникающими при ходьбе штопорообразными движениями туловища.
- Основными симптомами паркинсонизма являются нарушение двигательной активности и мышечная гипертония. Движения больного становятся бедными, маловыразительными (олигокинезия) и замедленными (брадикинезия). Больные малоподвижны, инертны, скованны, при переходе из положения покоя в движение часто застывают в неудобной позе (поза восковой куклы или манекена).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СЕМЕНОВОЙ КСЕНИИ АЛЕКСАНДРОВНОЙ



Ксе́ния Алекса́ндровна Семёнова (род. 10 августа 1919, Уфа) — советский и российский врач-невролог, доктор медицинских наук (1964), профессор, заслуженный деятель науки РСФСР. Благодаря усилиям известного врача Министерством здравоохранения СССР созданы центры и отделения в большинстве республик Советского Союза, по всей стране приняты новые методы восстановительного лечения больных детским церебральным параличом и другими паралитическими заболеваниями.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

1. Спастическая диплегия – нарушение работы мышц рук и ног, при этом в большей степени страдают ноги, и ребенок испытывает проблемы с ходьбой различной степени выраженности. Поражение рук также варьируется от неловкости при выполнении движений до выраженных ограничений движений. Первые клинические проявления невролог может выявить с 4-6 месяцев, в виде задержки угасания врожденных рефлексов, а также нарастания мышечного тонуса. Речевые нарушения отмечаются в 80% случаев в виде дизартрии, дислалии и т. д., снижение интеллекта в 30-50% случаев. Прогноз: при своевременно начатом и регулярном лечении; самостоятельно ходят до 20-25% детей, с использованием костылей, и других средств - до 40-50% пациентов.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

2. Гемиплегическая форма - одностороннее поражение руки и ноги. Клинические проявления в зависимости от степени выраженности становятся заметными в возрасте от нескольких недель до года. Как правило, родители замечают, что их ребенок по-разному использует руки в своей деятельности, либо ближе к году, когда ребенок начинает ходить, что ребенок подволакивает одну ногу. Прогноз при своевременно начатом лечении, как правило, благоприятный. Дети чаще ходят самостоятельно, а инвалидизация зависит от ограничений движений в руке. Речевые нарушения отмечаются у 40% больных, снижение познавательной деятельности - у 40% больных, судороги – у 30% больных. Это наиболее благоприятная форма для будущего прогноза развития ребенка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

3. Двойная гемиплегия (тетрапарез) — самая тяжелая форма ДЦП. Клинические проявления врач может увидеть уже в раннем младенческом возрасте. Поражены все конечности, но чаще руки поражены несколько больше, чем ноги. Интеллектуальный дефицит отмечается более чем у 90% детей, до 50-75% детей имеют микроцефалию, у 40% отмечаются различные поражения черепных нервов: атрофия зрительных нервов, нарушения слуха. Такие дети часто имеют нарушения глотания, жевания, что может приводить к поперхиваниям при принятии пищи и увеличивать риск хронической аспирационной пневмонии (воспаление в ткани легких вокруг вдыхаемых частичек пищи), которая является наиболее тяжелым осложнением, часто приводящим к гибели ребенка. Прогноз неблагоприятный, дети, несмотря на лечение, очень плохо поддаются вертикализации, т. е. выучиваются самостоятельно садиться, вставать. Но даже в случае положительной динамики в двигательном развитии ребенка, из-за выраженных интеллектуальных нарушений социализировать (интегрировать в общество) такого ребенка очень сложно.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

4. Гиперкинетическая форма (дискинетическая) - возникают различные произвольные движения в руках, ногах, лице, туловище, которые мешают поддержанию ровной позы, координированным манипуляциям конечностей. Патологические движения появляются ближе к году. Движения могут быть как медленными и вычурными, так и быстрыми, отрывистыми. До 75% детей могут ходить самостоятельно без поддержки, однако, как правило, не ранее чем с 5-6 лет. Очень часто отмечается нарушение слуха - до 40-50% детей, повышенное слюноотечение, нарушение глотания и артикуляции, а вот снижение интеллекта при данной форме встречается редко. Прогноз развития и социальной адаптации при гиперкинетических формах ДЦП неплохой, многие дети могут обучаться в средних и высших учебных заведениях и работать по специальности.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

5. Атонически-астатическая форма – характеризуется нарушением координации и равновесия у ребенка. Характерна выраженная общая мышечная слабость («вялый ребенок»). Самостоятельная ходьба у части детей возможна, однако достаточно поздно. Походка неустойчивая, с широко расставленными ногами. Высокая частота интеллектуального дефицита и речевых нарушений — до 90% случаев, что затрудняет социальную адаптацию таких детей. Считается, что под маской атонически-астатической формы ДЦП могут скрываться многие наследственные болезни и синдромы, плохо поддающиеся диагностике.

КЛАССИФИКАЦИЯ ДЦП

6. Смешанная форма - это сочетание двух и более форм у ребенка. Прогноз зависит от степени выраженности двигательных, психических нарушений, а также своевременно начатого лечения.

Симптомы церебрального паралича и их выраженность могут варьировать в течение жизни, несмотря на то, что повреждение мозга остается неизменным.

Также, стоит помнить, что ДЦП не является наследственным заболеванием, оно не передается от родителей к детям, однако, от родителей к детям могут передаваться предрасполагающие к церебральному параличу причины (например, семейные нарушения свертываемости крови, приводящие к преждевременным родам).

СПЕЦИАЛЬНОЕ КОРРЕКЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Образование осуществляется в соответствии с уровнями образовательных программ 3 ступеней:

I ступень — начальное общее образование (нормативный срок освоения 4-5 лет);

На первой ступени образовательные задачи решаются на основе комплексной коррекционной работы, направленной на формирование всей

двигательной сферы воспитанников, их познавательной деятельности и речи.

СПЕЦИАЛЬНОЕ КОРРЕКЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

II ступень — основное общее образование (нормативный срок освоения — 6 лет);

На второй ступени образования закладывается фундамент об-

щеобразовательной и трудовой подготовки, продолжается коррекционно-восстановительная работа по развитию двигательных, мыслительных, речевых навыков и умений, обеспечивающих социально-трудовую адаптацию

воспитанников.

СПЕЦИАЛЬНОЕ КОРРЕКЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

III ступень — среднее (полное) образование (нормативный срок освоения— 2 года).

На третьей ступени образования обеспечивается завершение общеобразовательной подготовки воспитанников с учетом их возможностей, обусловленных особенностями их психофизического развития, на основе дифференцированного обучения, создаются условия для их активной социальной интеграции.

КАТЕГОРИИ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

1. Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата различного этиопатогенеза, передвигающиеся самостоятельно или с ортопедическими средствами и имеющие нормальное психическое развитие или задержку психического развития. Эта группа выделяется в настоящее время для обучения в специальных школах-интернатах по адаптированной массовой программе.
2. Дети, лишенные возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания с задержкой психического развития и разборчивой речью. Эта группа в настоящее время обучается на дому по программе массовой школы без учета специфики нарушений. Учащиеся нуждаются в коррекционных занятиях по развитию моторики, пространственной ориентировке, специальном оборудовании учебного процесса.

КАТЕГОРИИ УЧАЩИХСЯ С НАРУШЕНИЕМ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

3. Дети с задержкой психического развития при ДЦП осложненной тяжелыми дизартрическими нарушениями, нарушениями слуха. Учащиеся нуждаются в корректировке программ ряда общеобразовательных предметов, специальные методы развития речи и коррекций нарушений звукопроизношения. В настоящее время многие из этих детей снимаются даже с домашнего обучения из-за трудности установления с ними речевого контакта. Для работы с ними нужны подготовленные специалисты;

4. Дети с ДЦП и умственной отсталостью различной степени тяжести. Эта категория детей в наибольшей степени нуждается в разноуровневых программах и в различных формах обучения. Особое внимание должно быть уделено предметам коррекционного цикла.

Вспомогательные приспособления для детей с ДЦП

- мобильность (сиденья, ходунки, параподиум, вертикализаторы, инвалидные кресла)
- развитие (вертикализаторы, столы, стулья, тренажёры, велосипеды)
- гигиена (сиденья для ванны, кресла-туалеты)

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ДЦП

- Выполнение физических упражнений, самостоятельно или при помощи взрослых.
- Массажные процедуры.
- Закаливание и укрепление организма, активный образ жизни.
- Рефлексотерапия, иглоукалывание.
- Привлечение ребенка к легкой трудовой деятельности.

РАЗВИТИЕ МИМИКИ ЛИЦА У ДЕТЕЙ С ДЦП

- взрослый должен демонстрировать малышу, как принюхивается щенок, прислушивается птица, как кошка выслеживает мышку. Затем следует попросить ребенка повторить увиденное;
- продемонстрировать удивленные глаза, попросить повторить;
- описать момент счастья и удовольствия, показать, как радуется ласке котенок, а щенок – вкусному угощению;
- описать ощущение боли, продемонстрировать боль в животе, плач, чувство холода;
- показать момент отвращения: пусть малыш представит, что пьет горькое лекарство или ест лимон;
- объяснить, что такое злость, показывая сердитого человека;
- продемонстрировать чувство страха, потери родного дома или родных людей;
- развивать чувство стыда и вины за свои поступки, научить просить прощения.

ЛИТЕРАТУРА

Азбукина, Е.Ю. Основы специальной педагогики и психологии [Текст]: учебник/ Е.Ю. Азбукина, Е.Н. Михайлова. – Томск: Издательство Томского государственного педагогического университета, 2006. – 335 с.

Аксенова, Л.И. Специальная педагогика [Текст]: учеб. пособие. для студ. высш. пед. учеб. заведений/ Л.И. Аксенова, Б.А. Аксенова, под ред. Н.М. Назаровой. – 3-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 400 с.

Л.М. Щипицына, И.И. Мамайчук. Детский церебральный паралич [Текст]: учебник для студ. высш. учеб. заведений. -Санкт-Петербург :Издательство "Дидактика Плюс"Москва Институт общегуманитарных исследований 2001

German-pediatrics [Электронный ресурс] – Режим доступа:
<http://www.wp-german-pediatrics.ru/>

Tiensmed[Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.tiensmed.ru/>