



# Тема: «Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата».

Выполнил: Шикунова Людмила Олеговна  
Москва 2012-2013 г.

Когда мы видим ребенка с нарушениями двигательных функций, то понимаем, что его воспитание, в том числе подготовка к взрослой жизни требует от всех членов семьи особых усилий.

Вообще, дети с такими нарушениями составляют довольно большую группу.

По статистике 5—7 % детей в нашей стране страдают нарушенными функциями двигательной сферы, носящими как врожденный, так и приобретенный характер. Нарушения опорно-двигательного аппарата могут быть мышечного, костного происхождения, а также наблюдаться по причине искажений в центральной нервной системе.

Из-за отрицательного воздействия нарушений в движениях на другие системы организма такие дети часто отстают в интеллектуальном и психическом развитии. Отставание в развитии в свою очередь плохо воздействует на общение со сверстниками и в конечном счете ухудшает положение в их обществе.

Вообще, дети с такими нарушениями составляют довольно большую группу.

Это дети с врожденными или приобретенными заболеваниями нервной системы (последствия перенесенной нейроинфекции, детский церебральный паралич, полиомиелит); врожденной патологии опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра; кривошея; косолапость и другие деформации стоп; аномалии развития позвоночника (сколиоз); недоразвитие и дефекты конечностей; аномалии развития пальцев кисти; артрогрипоз); приобретенными заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата (травматическое повреждение спинного мозга, головного мозга и конечностей; полиартрит; заболевания скелета: туберкулез, опухоли костей, остеомелит, рахит, хондродистрофия).

Таких детей объединяет то, что у них имеется двигательный дефект. В настоящее время большую часть (89%) среди них составляют дети с церебральным параличом. Особенностью таких детей является то, что у них двигательные расстройства нередко сопровождаются комплексом других нарушений: психическими и речевыми. Поэтому такие дети нуждаются не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

# ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

- 1) врожденная патология опорно-двигательного аппарата: вывих бедра, кривошея, аномалии развития позвоночника, косолапость и различные деформации стоп, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии формирования пальцев кисти;
- 2) заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, полиомиелит;
- 3) приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного и головного мозга, конечностей, полиартрит, заболевания скелета, в том числе рахит. Независимо от того или иного вида нарушений

## Особенности развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект. Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом. У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Другие категории детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, как правило, не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это поражение двигательных систем головного мозга. Основными клиническим синдромом ДЦП являются двигательные нарушения вследствие спазмов мускулатуры. При этом заболевании наиболее тяжело страдают большие полушария головного мозга, регулирующие произвольные движения, речь и другие корковые функции. Поэтому детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений.

Такие дети поздно начинают держать голову, поворачиваться с боку на бок, на живот, на спину, сидеть, стоять, иногда не могут ходить.

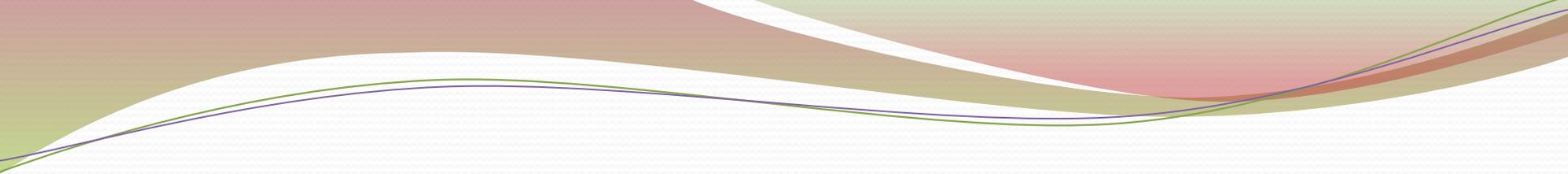
При тяжелой степени двигательных нарушений ребенок не овладевает навыками ходьбы, не может управлять своим телом, а также без посторонней помощи обслуживать себя. При средней степени двигательных расстройств дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, как правило, не в состоянии самостоятельно передвигаться по городу, ездить на транспорте. Навыки самообслуживания развиты у таких детей не полностью. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно, как в помещении, так и на улице, могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, однако у них может быть нарушение походки, движения неловкие, замедленные, снижена мышечная сила.

Для подготовки ребенка средней и легкой степени двигательных расстройств к семейной жизни в первую очередь необходимо формировать навыки к самообслуживанию и передвижению.

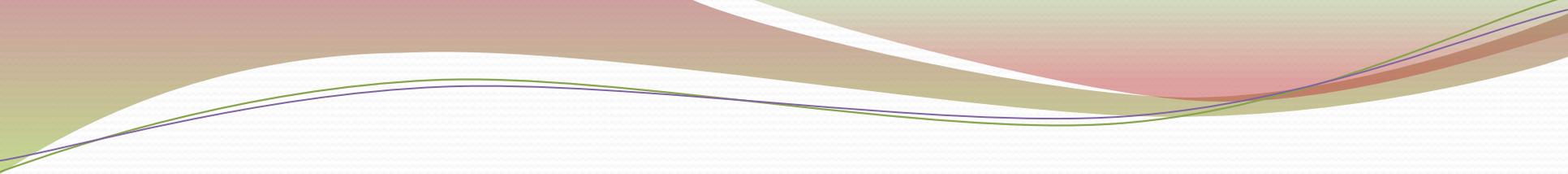
Очень важным для ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата является формирование способности самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Это предполагает умение самостоятельно управлять физиологическими отправлениями; соблюдать личную гигиену (мыть лицо и все тело, мыть волосы, причесываться, чистить зубы, подстригать ногти); одевать и снимать верхнюю одежду, нижнее белье, головные уборы, перчатки, обувь, пользоваться застежками. Необходимо обучать ребенка самостоятельно кушать: подносить пищу ко рту, жевать, глотать, пользоваться посудой и столовыми приборами. Необходимо также прививать навыки пользоваться бытовыми приборами (замками, кранами, выключателями, телефоном, утюгом и другими).

Постепенно, по мере развития ребенка можно обучать его приготовлению пищи (чистке, мытью, резанию продуктов, их обработке, пользованию кухонным инвентарем), а также выполнению бытовых потребностей (покупке продуктов, одежды и других предметов обихода); стирке, чистке одежды и других предметов обихода; уборке помещений.



С самого раннего возраста усилия родителей должны быть направлены на развитие у ребенка навыков самостоятельного передвижения - способность самостоятельного перемещения в пространстве, преодоления препятствий, сохранение равновесия тела. Необходимо развивать у ребенка способность к самостоятельной ходьбе по ровной местности, по лестнице, ходить по наклонной плоскости. Необходимо обучать его изменять положение своего тела (вставать, садиться, ложиться, опускаться на колени и подниматься, перемещаться на коленях, ползать), а также пользоваться общественным и личным транспортом (входить, выходить, перемещаться). Это возможно осуществить с помощью социально-бытовой реабилитации, помощь в которой оказывают социальные службы по месту жительства.



Все дети нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности. В их социальной адаптации определяются два направления.

- Первое имеет целью приспособить к ребенку окружающую среду. Для этого существуют специальные технические средства передвижения , предметы обихода , пандусы, съезды на тротуарах.
- Второй способ адаптации ребенка с двигательным дефектом — приспособить его самого к обычным условиям социальной среды.

# Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата у дошкольников

Актуальность данной проблемы обусловлена значительной распространенностью заболеваний костно-мышечной системы у детей. При обследовании 6-7-летних детей по данным статистики обнаруживается нарушение осанки в 34% случаев. К 8-летнему возрасту это число увеличивается до 60%, к концу обучения в школе 82% выпускников по данным диспансеризации имеют заболевания опорно-двигательного аппарата разной степени выраженности.

## ● **Развитие костной системы:**

Формирование скелета продолжается до 18-20 лет. Скелет дошкольников еще не обладает достаточной прочностью и легко подвергается деформациям под влиянием неблагоприятных внешних воздействий: узкая неудобная обувь; неправильное положение тела во время сна; длительное нахождение в одной позе и др.

Интенсивное утолщение стенок костей идет до 6-7 лет. Окостенение скелета (заменяя хрящевой ткани на костную) идет неравномерно: окостенение кистей заканчивается в 6-7 лет, а стопы к 20 годам, поэтому напряженная ручная работа в детском возрасте, ношение неудобной обуви ведет к искривлениям костей, нарушениям работы суставов.

До 12 лет позвоночник ребенка очень эластичен и легко подвержен искривлениям в неблагоприятных условиях развития.

Особое значение для правильного формирования скелета имеет полноценное и богатое витаминами и микроэлементами питание. В противном случае из-за недостатка необходимых веществ возможно развитие рахита – заболевания, связанного с деформациями костей скелета, таких как искривление ног, деформации позвоночника, грудной клетки, свода стопы и т.д.

- **Осанка:**

Осанкой называется правильная поза, которую занимает тело человека, находясь в спокойном положении стоя.

## **Нормальная осанка характеризуется следующими признаками:**

- Центральные оси туловища и головы совпадают и находятся перпендикулярно полу.
- Тазобедренные и коленные суставы разогнуты.
- Изгибы позвоночника умеренно выражены.
- Плечи умеренно развернуты и слегка опущены.
- Лопатки симметричны и не выдаются.
- Грудная клетка цилиндрическая, умеренно выступает вперед.
- Живот плоский и равномерно умеренно выпуклый.

При дефектах осанки наблюдаются изменения изгибов позвоночника, плеч, лопаток, грудной клетки, живота. Наиболее распространенный из всех видов деформаций – сколиоз – боковое искривление позвоночника. Визуально это можно определить асимметричным положением лопаток, головы, грудной клетки. Иногда можно даже наблюдать реберный горб. Асимметрия лопаток – начальная стадия сколиоза. При этом состоянии углы лопаток находятся на разном уровне, одно из плеч может быть опущено.

## **Причины формирования неправильной осанки:**

- Ослабление, плохое развитие мышечной массы плечевого пояса.
- Отставание развития мышц от темпов роста скелета.
- Неправильная поза ребенка во время сна, игр, чтения, рисования и т.д.
- Дефицит витамина D и кальция в организме.

Нарушение осанки в свою очередь сказывается на многих функциях организма. Дети с неправильной осанкой отстают в физическом развитии, нарушаются функции дыхания и сна, т.к. изменяется положение внутренних органов. Снижается амортизация позвоночных дисков, т.е. все удары, нагрузки на позвоночник не гасятся, а передаются на костный скелет и деформируют позвонки. Это чревато микротравмами головного мозга, что ведет к головным болям, снижению функции памяти, внимания, пониженной работоспособности.

## **Для формирования правильной осанки полезно:**

- Занятия плаванием.
- Ношение предметов на голове.
- Стойка у стены спиной.
- Тренировка координации движений (упражнения «ласточка», равновесие на одной ноге, ходьба по бревну).
- Физическое воспитание, обеспечивающее развитие мышечной системы.
- Обеспечение достаточной двигательной активности детей (утренняя гимнастика, подвижные игры, физкультпаузы, как можно меньше статических поз).
- Своевременное определение детей группы риска и направление их к специалисту.

## **Для формирования правильной осанки вредно:**

- Катание на велосипеде, низко нагнувшись к рулю.
- Катание на самокате.
- Поднимание тяжестей согнувшись.
- Удерживание тяжелых предметов на вытянутых руках.
- Несбалансированное питание, бедное необходимыми веществами и злоупотребление газированными напитками.
- Неровная поверхность кровати, мебели для сна.
- Несоответствующая возрасту, неудобная обувь.
- Длительное нахождение в неподвижной позе.

## Используемая литература

1. Интернет ресурсы: Учебно образовательный портал Лекции-онлайн по Специальной педагогике.
2. Бородулина С.Ю. Коррекционная педагогика: психолого-педагогическая коррекция отклонений в развитии и поведении школьников.-Ростов н/Д: Феникс, 2004.с.138

Там же, с.139.

3. Пенькова И.В., Сулейманова И.И. Профилактика нарушения осанки детей младшего школьного возраста в процессе физического воспитания: Учеб.-метод.пос.-Тюмень:Вектор БУК, 2000.40с.