

Лекция. Дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата

План лекции

1. Группы нарушений опорно-двигательного аппарата (ОДА)
2. Категории детей с нарушениями ОДА
3. Причины врожденных деформаций костно-суставного аппарата
4. Формы нарушений ОДА
5. Детский церебральный паралич (ДЦП)
6. Образований детей с нарушениями ОДА

Все нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) объединены в 4 группы и могут носить как врожденный, так и приобретенный характер.

1. Заболевания нервной системы:

- ДЦП
- Полиомелит

2. Врожденная патология ОДА:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалия развития позвоночника (сколиоз);
- артрогрипоз (врожденное уродство);
- недоразвитие и дефекты конечностей;
- аномалии развития пальцев кисти;

3. Прогрессирующие мышечные дистрофии

- миопатия (атрофический процесс в скелетной мускулатуре);
- миатония (врожденная генерализованная гипотония или атония мышц);
- атаксия (дискоординация движений) при наследственных заболеваниях;

4. Приобретенные заболевания и повреждения ОДА:

- травматическое повреждение спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевание скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (рахит)

У детей с нарушениями ОДА ведущим является двигательный дефект (не до развития, нарушение или утрата двигательных функций). Основную массу среди них составляют дети с церебральным параличом (89%) . У эти детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, по этому большинство из них нуждаются не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции. Все дети с нарушениями ОДА нуждаются в особых условиях жизни, обучения и последующей трудовой деятельности

Категории детей с нарушениями ОДА

Дети, у которых нарушения ОДА обусловлены органическими поражениями ЦНС:

- дети, с поражением зон головного мозга, ДЦП, опухолью, травматическими повреждениями;
- дети, с поражением проводящих нервных путей параличи кривошеи;
- дети, с поражением спинного мозга (последствия полиомиелита, травмы);
- дети, имеющие сочетания поражения нервной системы и ОДА, вследствие родовых травм;
- дети имеющие нарушения ОДА при сохранном интеллекте (сколиоз, миопатия, энцефалит);

Причины врожденных деформаций костно-суставного аппарата:

1. Экзогенные факторы:
 - физические (термические воздействия);
 - радиоактивное облучение;
 - химическое воздействие (яд, алкоголь);
 - инфекционные заболевания (грипп, корь);
 - факторы питания (недостаток белков, солей, витаминов);
2. Эндогенные факторы:
 - заболевания матери во время беременности;
 - гормональные расстройства;
 - иммунобиологические несоотношения.
3. Генетические нарушения, следствиями которых являются:
 - эктромелия- полное отсутствие одной или нескольких конечностей;
 - врожденная частичная ампутация (отсутствие части конечности);
 - врожденный ложный сустав;
 - амнеотические перетяжки- врожденные нитевидные вдавления на протяжении сегментов конечностей или пальцев циркулярно охватывающие мягкие ткани.

Задачи медиков при работе с детьми с нарушениями ОДА:

- Возможная медицинская реабилитация (рациональная протезирование и оперативное вмешательство);
- Профилактика последствий и послеоперационное ЛФК;
- Раскалечивание (оперативное лечение: разрезы пальцев, отрезание сухожилий).
- Индивидуальное возрастное протезирование (тутора, костыли, аппарат Елизарова, протезы)

Задачи педагогов при работе с детьми с нарушениями ОДА:

1. Коррекционная направленность всего процесса обучения.
2. Возможная психолого-педагогическая социализация.
3. Посильная трудовая реабилитация.

4. Полноценное, разноплановое воспитание и развитие личности ребенка.

Рассмотрим более подробно некоторые формы нарушений ОДА.

Паралич **Эрба**– паралич руки ребенка, вызванный повреждением плечевых нервов во время родов(один ребенок на 400 человек).

Признаки: одна рука повернута назад и не двигается так как другая рука.

Это заболевание чаще всего встречается у детей, которые родились ягодицами вперед.

Юношеский артрит

Юношеский артрит - воспаление суставов у детей 5-10 лет.

Состояние ребенка постоянно ухудшается в течение нескольких лет.

Точные причины установить не возможно, но иногда это имеет отношение к способности иммунной системы противостоять возбудителям заболевания. Это заболевание не передается по наследству, не зависит от климата, питания или образа жизни, не влияет на умственные способности ребенка. Возможно медикаментозное лечение.

Дефекты тазобедренного сустава.

К таким дефектам относятся вывих бедра и разрушение или смещение головки бедренной кости.

Костные инфекции.

Костные инфекции (остеомиелит) – осложнения после травм, ожогов, пролежней, чаще всего встречается у лиц с отсутствием чувствительности в руках и ногах (незаращение позвоночника, травмы спинного мозга, проказа). Возбудители: грибки, бактерии (брюшного тифа, туберкулеза, стафилококка). Заболевания длятся годами, вызывая разрушение кости, тяжелые физические недостатки. Рекомендуются медикаментозное лечение.

Туберкулез позвоночника (болезнь Потта)

Это форма туберкулеза костей и суставов. Причина: внешние неблагоприятные бытовые факторы (неполноценное питание, инфекционные заболевания, плохие бытовые условия).

По возможности раннее лечение приводит к более эффективному восстановлению.

Рахит

Общее заболевание с нарушением обмена веществ и значительным расстройством костеобразования (слабость и деформация костей), недостаток в организме витамина D. Развивается при недостаточном употреблении содержащих витамин D продуктов (молоко, масло, животные жиры, печень, рыбий жир), а также при нарушении в организме его естественного образования под влиянием недостаточного ультрафиолетового (солнечного) облучения.

Несовершенный осеогенез

Редко встречающийся врожденный порок развития костной ткани, проявляющийся ломкостью костей, иногда обусловлен наследственными факторами. Ребенок рождается либо с согнутыми, вывернутыми конечностями или сломанными костями, ибо переломы проявляются позже. Вследствие

многочисленных переломов и изгибов костей такие дети остаются небольшого роста, начинают ходить позже, из-за переломов ходьба иногда становится невозможной.

Лечения заболевания полностью невозможно. Дети имеют хорошо развитые умственные способности, успешно обучаются в школе.

Карликовость (дети с заторможенным ростом)

Заболевание, препятствующее нормальному росту тела, в одном случае из пяти – наследственное.

Замедленный рост обуславливается такими факторами, как:

- 1) Нормально медленный рост – для некоторых детей естественен медленный рост и более позднее достижение половой зрелости;
- 2) Нормально маленький рост – если один или оба родителя имеют рост ниже среднего;
- 3) Не полноценное питание – продолжительная болезнь или лекарственная терапия.

Три вида карликовости:

- 1) Слишком короткие конечности по сравнению с туловищем. Это самый распространенный тип, характеризующийся слишком короткими руками и ногами, большой головой, выпуклым лбом и плоскими крыльями носа. Наблюдается искривление позвоночника кпереди, большой круглый живот, кривые ноги, могут быть дефекты тазобедренных суставов, косолапость, слабое зрение, глухота.
 - 2) Слишком короткое туловище по сравнению с конечностями.
 - 3) Нормальные пропорции тела при очень маленьком росте.
- Карликовость практически не лечится.

Детский церебральный паралич (ДЦП)

Это поражение двигательных систем головного мозга (двигательные нарушения, обусловленные спазмом мускулатуры), повреждение мозга, которое влияет на контроль за мускулами и суставами.

Среди детей с ДЦП наблюдаются дети с сохранным интеллектом (примерно 40-50%), дети с ЗПР (40-50%), а также умственно отсталые дети (7-10%).

Причины ДЦП:

- 1) Факторы, неблагоприятно воздействующие на плод внутриутробно:
 - Внутриутробные инфекции и инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности;
 - Интоксикации плода и токсикозы беременности;
 - Физические травмы, ушибы плода;
 - Несовместимость крови матери и плода по резус-фактору;
 - Психические травмы, в том числе отрицательные эмоции;
 - Физические факторы (перегревание, облучение и т.д.);
 - Некоторые лекарственные препараты;

- Родовые травмы;
- Кислородное голодание;
- Экологическое неблагополучие.

2) Факторы, неблагоприятно воздействующие на ребенка:

- Внутричерепные кровоизлияния;
- Длительные лихорадки;
- Ушибы головы, травмы, паралич;
- Перенесенные в детстве тяжелые болезни (менингит, энцефалит).

Особенности развития детей с ДЦП.

У всех детей с ДЦП отмечаются нарушения:

- 1) Развития речи;
- 2) Мышечного тонуса (по типу ригидности, спастичности, дистонии, гипотонии);
- 3) Ограничения или невозможность произвольных движений (парезы, параличи);
- 4) Наличие насильственных движений;
- 5) Нарушение равновесия и координации движений;
- 6) Нарушение ощущений движений;
- 7) Наличие патологических тонических рефлексов;
- 8) Снижение слуха;
- 9) Нарушение психического развития;
- 10) Недоразвития предметных действий (игровой деятельности, школьных навыков);
- 11) Задержка интеллектуального развития;
- 12) Эмоциональные нарушения: повышенная возбудимость, появления страхов, колебания настроения;
- 13) Нарушения формирования взаимодействий и взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, что приводит к эгоцентрическим установкам, пассивности;

Возможные отклонения при ДЦП:

- 1) Несформированность целенаправленных действий;
- 2) Недоразвитие абстрактного мышления;
- 3) Особенности развития речи (речевые расстройства);
- 4) Слабость лицевой мускулатуры, мышц языка;
- 5) Затруднения акта глотания;
- 6) Медленное усвоение отдельных понятий;
- 7) Личностные особенности (инфантилизм, аутизм);
- 8) Особенности эмоционально-волевой сферы;
- 9) Пограничные нервные-психические нарушения.

Формы ДЦП по характеру двигательных нарушений

- 1) Спастическая диплегия (параплегия-двойное поражение)- (40-50%)- парез (паралич) верхних и нижних конечностей с преимущественным поражением ног, руки поражены меньше, чем ноги. Обнаруживается в первые месяцы жизни,

ребенок может передвигаться самостоятельно или при помощи специальных приспособлений. Такие дети овладевают письмом, трудовыми навыками.

2) Двойная (двухсторонняя) гемиплегия (самая тяжелая форма) (гемиплегия – правосторонняя или левосторонняя) – (20-25%) – двигательные нарушения в одной из сторон тела, преимущественно в руках. Не сидят, не ходят. Выявляется при рождении. Возможна умственная отсталость всех степеней.

3) Атонически-астеническая форма (10-15%) – парезы, мышечная недостаточность, несформированность реакций равновесия, координации движений при поражениях мозжечка. Дети долго не могут сидеть, стоять, ходить. При лечении к 3-5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. У 50% из них возможна умственная отсталость, ЗПР.

4) Гиперкинетическая форма (самая легкая) (15-20%) – объединяет все формы насильственных движений.

- Атетоз-червеобразные непроизвольные движения;
- Тремор-быстрые, ритмически повторяющиеся непроизвольные движения мышц;
- Ригидность-сопротивление пассивному движению, при попытке врача поднять руку, эта рука становится «деревянной», напряженной, сопротивляется движению.

Это нарушение двигательной функции из-за насильственных, непроизвольных, чрезмерных движений (может сочетаться параличами и парезами), возможны дрожание, тики, спазмы. Психическое развитие приближенно к нормальному.

В интеллектуальном отношении прогностически неблагоприятна двухсторонняя гемиплегия. При всех остальных формах ДЦП возможен сохраненный интеллект. Однако возможно и снижение интеллекта в разной степени, не обусловленного ДЦП, так как одни и те же причины могут вызвать и ДЦП, и умственную усталость.

Формы ДЦП по степени выраженности нарушений движений и несформированности двигательных навыков:

1) Тяжелая степень поражения конечностей – 10-15%- такие дети с трудом передвигаются и навыки самообслуживания развиты частично.

2) Средняя степень поражения конечностей - 50-60% дети передвигаются самостоятельно, но ограниченно, нуждаются в ортопедических приспособлениях.

3) Легкая степень поражения – 25-40%- у детей наблюдаются порочные установки конечностей, двигательные навыки недостаточно автоматизированы.

Коррекционная работа при ДЦП

Основные цели коррекционной работы при ДЦП: оказание детям медицинской, педагогической, психологической, логопедической и социальной помощи, обеспечения максимальной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения.

Основные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом:

- 1) Комплексный характер коррекционной - педагогической работы;
 - 2) Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции;
 - 3) Организация работы в рамках ведущей деятельности;
 - 4) Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психоречевого развития;
 - 5) Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.
- Образование детей с нарушением ОДА

Обеспечение и воспитание детей с нарушением ОДА протекает в двух направлениях:

- 1) Лечебная педагогика осуществляет подбор методов лечения больного ребенка. Действия врача и педагога должны быть направлены на использование естественных лечебных факторов и физиологических защитных свойств и механизмов организма человека и могучего целебного воздействия на его психику общего спокойного состояния и радостного настроения.

Без доброты нет и не может быть радости, без радости нет лечебной педагогики....

- 2) Реабилитационная педагогика осуществляет педагогическое воздействие на больного или трудно обучаемого ребенка или подростка с целью коррекции его поведения, оптимизация его эмоционального состояния интеллектуальной деятельности, ликвидации педагогической запущенности.

Основные принципы обучения и воспитания детей с нарушениями ОДА

- 1) Компетентность (профессиональная грамотная работа с ребенком)
- 2) Сочетание индивидуального подхода с групповым
- 3) Ежедневный учет психофизического состояния ребенка при определении объема и характера проводимых с ним занятий
- 4) Приобретенное формирование качеств личности, необходимых для дальнейшей социальной адаптации
- 5) Взаимосвязь в работе специалистов
- 6) Сочетание в коррекционном процессе работы по развитию нарушенных функций и формирования приемов их компенсации. Чем тяжелее патология, тем больше акценты смещаются в сторону создания компенсаторных средств.

Комплексная работа при ДЦП.

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной на развитие моторики речи, интеллекта.

В процессе коррекционной работы не только развивают двигательные навыки, но и активизируют сенсорную систему опорой на ведущие анализаторы. На основе предметной и игровой деятельности стимулируют сенсорно-моторное развитие и активизируют речевые функции.

Одной из важных задач являются организации логопедической работы при ДЦП. Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при ДЦП проявляется в том, что видна корреляция между нарушениями артикуляционной моторики и двигательным расстройством.

Система логопедического воздействия при ДЦП имеет комплексный характер и содержит коррекцию звукопроизношения: развитие фонематического восприятия; формирование смысловой стороны речевой деятельности.

Логопедическая работа при ДЦП, характеризующегося дизартрией, проводится поэтапно. Первый этап – подготовительный. Идет развитие артикуляционной моторики, уточняется словарный запас, коррекция дыхания и голоса. Второй этап – формирование звукоподражательных комплексов, развитие речевого общения, овладение звуковым анализом, коррекция артикуляционных нарушений.

У детей с детским церебральным параличом развитие двигательных функций нарушено с рождения.

Большое значение в физическом воспитании детей с ДЦП имеют упражнения, направленные на развитие специфических манипуляций, специальные упражнения по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы. Кроме лечебной гимнастики, для подготовки ребенка к самостоятельному передвижению широко используются различные виды массажа.

При воспитании ребенка с детским церебральным параличом необходимо обращать внимание на коррекцию эмоционально-волевого развития, предупреждение выраженной неврологической симптоматики, повышенную возбудимость нервной системы.