


Принято на заседании
Педагогического совета
Протокол № 1
«30» августа 2021 г.

СОГЛАСОВАНО:
Председатель Родительского комитета
 Н.С.Хворостина

Приложение № 1
Утверждаю:
Заведующий Муниципального бюджетного
дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад комбинированного вида №21
«Золотой ключик» г.Канск



 А.С.Овчинникова

**Психолого-возрастные особенности детей с ограниченными
возможностями здоровья**

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад комбинированного вида №21 «Золотой ключик»

Психолого-возрастные особенности детей с ограниченными возможностями здоровья

Характеристика фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с ОНР

У детей старшего дошкольного возраста с ОНР распространенными являются трудности в овладении звукопроизношением.

При нарушении фонетико-фонематической стороны речи у детей с ОНР выявляется несколько состояний:

недостаточное различение и затруднение в анализе только тех звуков, которые нарушены в произношении (наиболее легкая степень недоразвития);

нарушение звукового анализа, недостаточное различение большого количества звуков, относимых к разным фонетическим группам при сформированной их артикуляции в устной речи;

не различение звуков в слове, неспособность выделить их из состава слова и определить последовательность (тяжелая степень недоразвития).

Произносительные ошибки оцениваются по-разному: одни затрагивают лишь оттенки фонем и не нарушают смысла высказывания, другие ведут к смешению фонем, к их не различению. Последние — более грубые, так как затрудняют понимание высказывания.

У детей с нарушением формирования фонематических процессов наблюдаются общая смазанность речи, недостаточная ее выразительность и четкость.

А. Р. Лурия (1950) подчеркивает, что высшей категорией фонематического слуха является формируемая под влиянием обучения способность выделять звуки в слове, устанавливать их последовательность. Г. В. Гуровец, С. И. Маевская (1982) считают, что в основе возникновения фонетико-фонематических расстройств лежат нарушения различных уровней и отделов нервной системы.

Поражение **нижнелобных отделов** сенсомоторной области коры ведет к недостаточному пониманию речи окружающих. Речевая активность снижена, словарный запас беден, фраза короткая. Фонематические нарушения характеризуются отсутствием или заменами звуков.

При поражении **нижнетеменных отделов** сенсомоторной области коры фонематический слух не сформирован, наблюдаются нечеткость, смазанность речи, нестойкие звуковые замены, ускоренный темп речи, нарушение плавности речевого потока, спотыкание.

При поражении **верхневисочных отделов** коры головного мозга чувство ритма грубо нарушено, трудно сочетать речь с движением. При развивающейся большой речевой активности наблюдаются замена и потеря слоговых элементов, замены звуков, перестановки и пропуски слогов, нарушение ритмической структуры слова.

Особенности звуковой стороны речи и фонематического восприятия впервые были представлены в работах Р.Е.Левиной.

У детей I уровня речевого развития фонетико-фонематическая сторона речи характеризуется фонематической неопределенностью и нестойким фонетическим оформлением. Произношение звуков носит диффузный характер, что обусловлено неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями слухового распознавания. У таких детей дефектных звуков может быть значительно больше, чем правильно произносимых.

В произношении детей I уровня речевого развития противопоставляются друг другу лишь гласные—согласные, ротовые—носовые, взрывные—щелевые. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии: задача выделения отдельных звуков для ребенка с таким развитием речи непонятна и невыполнима.

У детей II уровня речевого развития характеризуется наличием множества искажений, замен и смешений; у них нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих. При этом звуки, находящиеся в изолированной позиции, дети могут произносить правильно, ошибки возникают при спонтанном

произношении. При правильном воспроизведении контура слов нарушается их звуконаполняемость («морашки» вместо ромашки, «кукика» вместо клубника).

По данным Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной, замена некоторых звуков другими, более простыми по артикуляции, чаще всего встречается в группе сонорных («дюка» вместо рука, «палоход» вместо пароход), свистящих и шипящих («тотна» вместо сосна, «дук» вместо жук). Смещение чаще всего касается йотированных звуков и звуков *ль, г, к, х*, при этом наблюдается искажение артикуляции некоторых звуков (межзубное произношение свистящих и шипящих, горловое *р*).

Одной из характерных особенностей детей II уровня речевого развития является недостаточность фонематического восприятия, неподготовленность к усвоению навыков звукового анализа и синтеза.

Для детей III уровня речевого развития характерно недифференцированное произнесение звуков (свистящих, шипящих, сонорных), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы (звук *сь* заменяет звуки *с, ш, ц, ч, щ*). Кроме того, звуки, сложные по артикуляции, заменяются простыми (*ф* или *т* заменяет группу свистящих или шипящих, звук *й* — звуки *л, р*).

У таких детей наблюдаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному, и смешения, когда в изолированной позиции звуки произносятся правильно, а в предложении они взаимозаменяются. Встречаются ошибки при передаче звуконаполняемости слов — перестановки, сокращения и замены звуков и слогов, особенно при стечении согласных звуков. Отмечается и недостаточность фонематических процессов.

По данным Т.Б.Филичевой, Г.В.Чиркиной, у некоторых детей наблюдаются нечеткое произношение звука *ы* (среднее между *ы—и*), недостаточное озвончение согласных *б, д, г* в словах и предложениях, замены и смешения звуков *к, г, х, т, д, дь, й*.

Фонематическое недоразвитие детей данной группы проявляется в несформированности процессов дифференциации звуков. Недоразвитие фонематического восприятия отмечается при выполнении элементарных действий звукового анализа — при узнавании звука, придумывании слова на заданный звук.

У детей с ОНР звукопроизношение нарушается по типу дислалии, дизартрии или ринологии. Для оценки особенностей нарушения звукопроизношения необходимо провести соответствующее обследование.

Характеристика лексико-грамматической стороны речи дошкольников с ОНР

Одной из выраженных особенностей речи детей с ОНР является более значительное, чем в норме, расхождение в объеме пассивного и активного словаря. Дошкольники с ОНР понимают значение многих слов; объем их пассивного словаря близок к норме. Однако употребление слов в экспрессивной речи, актуализация словаря вызывают большие затруднения.

Бедность словаря проявляется, например, в том, что дошкольники с ОНР даже 6-летнего возраста не знают многих слов: названий ягод (клюква, ежевика, земляника, брусника), рыб, цветов (незабудка, фиалка, ирис, астра), диких животных (кабан, леопард), птиц (аист, филин), инструментов (рубанок, долото), профессий (маляр, каменщик, сварщик, рабочий, ткачиха, швея), частей тела и частей предмета (бедро, стопа, кисть, локоть; манжета, фара, кузов) и др.

Многие дети затрудняются в актуализации таких слов, как овца, лось, ослик, грач, цапля, стрекоза, кузнечик, перец, молния, гром, валенки, продавец, парикмахер.

Особенно большие различия между детьми с нормальным и нарушенным речевым развитием наблюдаются при актуализации предикативного словаря (глаголов, прилагательных). У дошкольников с ОНР выявляются трудности в назывании многих прилагательных, употребляющихся в речи их нормально развивающихся сверстников (узкий, кислый, пушистый, гладкий, квадратный и др.).

В глагольном словаре дошкольников с ОНР преобладают слова, обозначающие действия, которые ребенок ежедневно выполняет или наблюдает (спать, мыть, умываться, купаться, одеваться, идти, бежать, есть, пить, убирать и др.).

Значительно труднее усваиваются слова обобщенного отвлеченного значения, слова, обозначающие состояние, оценку, качества, признаки и др.

Характеристика детей с тяжелыми нарушениями речи

Дети с тяжелыми нарушениями речи это особая категория детей с нарушениями всех компонентов речи при сохранном слухе и первично сохранном интеллекте. К группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи при дислалии, ринопалии, легкой степени дизартрии; с общим недоразвитием речи всех уровней речевого развития при дизартрии, ринопалии, алалии и т.д., у которых имеются нарушения всех компонентов языка.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи проявляется в нарушении звукопроизношения и фонематического слуха.

Общее недоразвитие речи проявляется в нарушении различных компонентов речи: звукопроизношения фонематического слуха, лексико-грамматического строя разной степени выраженности. Речь ребёнка оценивается по четырем уровням развития речи.

На I уровне речевого развития у ребёнка наблюдается полное отсутствие или резкое ограничение словесных средств общения. Словарный запас состоит из отдельных лепетных слов, звуковых или звукоподражательных комплексов, сопровождающихся жестами и мимикой;

на II уровне речевого развития в речи ребенка присутствует короткая грамматичная фраза, словарь состоит из слов простой слоговой структуры (чаще существительные, глаголы, качественные прилагательные), но, наряду с этим, произносительные возможности ребенка значительно отстают от возрастной нормы;

на III уровне речевого развития в речи ребенка появляется развернутая фразовая речь с выраженными элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития;

на IV уровне речевого развития при наличии развернутой фразовой речи наблюдаются остаточные проявления недоразвития всех компонентов языковой системы.

Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Таким образом, ТНР выявляется у детей дошкольного возраста со следующими речевыми нарушениями – дислалия, ринопалия, дизартрия, алалия, детская афазия, неврозоподобное заикание (по клинко-педагогической классификации речевых нарушений).

Дошкольники с задержкой психического развития могут быть включены в работу по АООП в разные возрастные периоды, при этом у них выявляется различная степень выраженности задержки развития, образовательных трудностей и различия в фонде знаний и представлений об окружающем, умений и навыков в разных видах детской деятельности. Для отбора вариативного содержания образовательной работы, для осуществления мониторинга ее результатов условно выделяется **3 варианта освоения образовательной** программы для каждой возрастной группы по каждой из образовательных областей, и соответственно определяются планируемые результаты (уровни освоения) для каждого из трех вариантов. Такая дифференциация не предполагает аттестации достижений ребенка, а служит исключительно задачам индивидуализации образования детей с ЗПР и является основой для выработки коллегиальных рекомендаций к выбору дальнейшего образовательного маршрута на этапе перехода на вторую ступень образования.

Возможность освоения **первого варианта** образовательной программы (по всем образовательным областям) означает устойчивую положительную динамику в развитии воспитанников в условиях целенаправленной коррекции. Однако дети по-прежнему могут

нуждаться в специальных условиях, т. к. у них сохраняются специфические трудности (из-за особенностей эмоционально-волевой сферы и поведения, парциальных недостатков познавательных процессов и регуляционных компонентов деятельности и др.), тормозящие самостоятельное усвоение Программы. В случае, если ребенок после оказанной ему специальной психолого-педагогической помощи способен усваивать первый вариант, о чем свидетельствуют положительные результаты диагностики, ПМПк ДОО может рекомендовать продолжить образование по ООП ДО. Но при этом рекомендуется продолжить психологическое сопровождение на весь период дошкольного обучения.

Второй вариант требует организации целенаправленной коррекционно-развивающей работы по преодолению недостатков регуляторной и когнитивной сфер, восполнения пробелов в усвоении знаний, умений и навыков, осваиваемых на предыдущей возрастной ступени. Сначала в рамках специально организованной совместной деятельности взрослого и ребенка и дальнейшего закрепления усвоенных представлений и навыков в самостоятельной деятельности воспитанника.

Третий вариант выбирается при более поздних сроках начала коррекционно-развивающего обучения (например, в старшем дошкольном возрасте) и/или выраженных трудностях освоения дошкольной образовательной программы. Предполагается тщательная адаптация и индивидуализация содержания образовательной и коррекционной работы на основе всестороннего изучения коррекционно-образовательных потребностей ребенка и его индивидуальных возможностей. Этот вариант предполагает консолидацию усилий всех педагогов сопровождения и семьи воспитанника, так как состояние ребенка требует решения широкого спектра коррекционно-развивающих задач: формирование социально приемлемого поведения, повышения познавательной мотивации и совершенствования регуляторной сферы деятельности, развития познавательных процессов и коммуникативно-речевой деятельности, а также восполнение пробелов в освоении дошкольной образовательной программы с ориентацией на индивидуальные возможности ребенка.

Особенности образовательной и коррекционно-развивающей работы с детьми с ЗПР состоят в необходимости индивидуально-дифференцированного подхода, снижения темпа обучения, структурной простоты содержания занятий, циклического возврата к уже изученному материалу и обогащения его новым содержанием, определения целевых ориентиров для каждого этапа образовательной деятельности с учетом возможностей конкретной группы и каждого ребенка. В связи с этим, рабочие программы педагогов в одинаковых возрастных группах могут существенно различаться.

Характерной особенностью дефекта при умственной отсталости (нарушение интеллекта) является нарушение высших психических функций - отражения и регуляции поведения и деятельности. Это выражается в нарушении познавательных процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления, воображения, речи, внимания); страдают эмоционально-волевая сфера, моторика, личность в целом. Дети отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Они, как правило, позже начинают ходить, говорить, в более поздние сроки овладевают навыками самообслуживания. Эти дети неловки, физически слабы, часто болеют. Они мало интересуются окружающим: не исследуют предметы, не стремятся узнать о них у взрослых, равнодушны к процессам и явлениям, происходящим в природе и социальной жизни. К концу дошкольного возраста их активный словарь беден. Фразы односложны. Дети не могут передать элементарное связное содержание. Пассивный словарь также значительно меньше по объему, чем в норме. Они не понимают конструкций с отрицанием, инструкций, состоящих из двух-трех слов, даже в школьном возрасте им трудно поддерживать беседу, так как они не всегда достаточно хорошо понимают вопросы собеседника. Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. Игровая деятельность не становится ведущей. В младшем дошкольном возрасте у них

преобладают бесцельные действия с игрушками (несет кубик в рот, бросает куклу), к старшему дошкольному возрасту появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), процессуальная игра - многократное повторение одних и тех же действий. Игровые действия не сопровождаются эмоциональными реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра самостоятельно, без специального коррекционного обучения не формируется. Общение ребенка с нормально развивающимися сверстниками затруднено: его не принимают в игру, так как он не умеет играть. Он становится отверженным в среде сверстников и вынужден играть с более младшими детьми. Такой ребенок испытывает стойкие трудности в усвоении программного материала по формированию элементарных математических представлений, развитию речи, ознакомлению с окружающим, конструированию. Если ребенок не получил в детском саду специальной педагогической помощи, он оказывается не готовым к школьному обучению.

Характеристика особенностей развития детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

Категория детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - неоднородная по составу. Группа воспитанников с нарушениями опорно - двигательного аппарата объединяет детей со значительным разбросом первичных и вторичных нарушений развития. Отклонения в развитии у детей с такой патологией отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности. В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются виды патологии опорно- двигательного аппарата (типология двигательных нарушений И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько; классификация, К.А. Семеновой, Е.М. Мастюковой и М.К. Смуглиной; Международная классификация болезней 10-го пересмотра). В зависимости от причины и времени действия вредных факторов отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата. По типологии двигательных нарушений, предложенной И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, выделяются:

I. Заболевания нервной системы: детский церебральный паралич, который может быть представлен следующими формами: спастическая диплегия; двойная гемиплегия; гемипаретическая форма; гиперкинетическая форма; атонически-астатическая форма (Классификация К. А. Семеновой); полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата: врожденный вывих бедра, кривошея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника (сколиоз), недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипозы.

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит), системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

IV. Группа нарушений опорно-двигательного аппарата наследственной патологии с прогрессирующими мышечными атрофиями (миопатия Дюшена, амиотрофия Верднига-Гофмана и др.).

По характеру двигательных расстройств выделяют две категории детей: с неврологическим характером двигательных расстройств, с ортопедическим характером двигательных расстройств, которые нуждаются в различных вариантах психолого-педагогической поддержки и создания специальных образовательных условий. К первой категории (с неврологическим характером двигательных расстройств) относятся дети, у которых нарушения опорно-двигательного аппарата обусловлены органическим поражением двигательных отделов центральной нервной системы. Большинство детей этой группы составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП). При ДЦП нарушения развития имеют, как правило, сложную структуру, т. е. отмечается сочетание двигательных, психических и речевых нарушений. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием

формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Разнообразие двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания.

У детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата первичным нарушением является двигательные расстройства, вследствие органического поражения двигательных центров коры головного мозга. У детей с нарушением опорно-двигательного аппарата наблюдается нарушение активного произвольного внимания, которое негативно отражается на функционировании всей познавательной системы ребенка с ОВЗ, так как нарушения внимания ведут к нарушениям в восприятии, памяти, мышлении, речи. Двигательные нарушения при ДЦП выражаются в поражении верхних и нижних конечностей (парезы и параличи) в виде нарушения тонуса мышц, патологических рефлексов, наличия насильственных движений- гиперкинезов, несформированности актов равновесия и координации, нарушения мелкой моторики рук, которые сочетаются с дефектами речевой системы, слуха, зрения и интеллектуальной недостаточностью (от легких форм ЗПР до тяжелой УО). Не существует четкой связи между выраженностью двигательных и интеллектуальных расстройств. Отмечается, что у детей с ДЦП потенциально сохранены предпосылки к развитию высших форм мышления, но множественные нарушения (двигательные, сенсорные, речевые), выраженность астенических проявлений, низкий запас знаний вследствие социальной депривации ограничивают возможности этой категории детей.

Отмечается связь интеллектуальных расстройств с формой ДЦП, что обусловлено локализацией поражения головного мозга. Таким образом, ведущий дефект при ДЦП - двигательные нарушения в значительной степени определяет специфику когнитивных функций детей с этим заболеванием. Несформированность двигательных навыков и умений проявляется не только за счет собственно нарушенной моторики, но и в недостаточности более сложных функций, необходимых для познавательной деятельности, в основе которых лежит движение (зрительно-моторная координация, пространственный анализ и синтез и др.)

Особенности состояния здоровья детей с мышечной дистрофией Дюшенна (МДД)

Важно отметить, что в большинстве случаев симптомы задержки моторного и речевого развития в раннем возрасте у детей уже имеются, но родители обычно не обращают на них внимания. Врачи, не связывая нарушения с ПМД, обычно ставят «диагноз»: «вялый ребенок»

Клинические проявления МДД обычно замечают к 3-5 годам жизни: изменяется походка по типу «утиной», отмечаются запинания при ходьбе, мальчики испытывают проблемы во время бега, прыжков и активных игр с ровесниками, а также сложности при подъеме по ступенькам. К 5 годам мышечная слабость выявляется при мышечных тестах, наблюдается вставание «лесенкой». В 6-летнем возрасте отмечаются контрактуры ахилловых сухожилий и подвздошно-большеберцовых трактов походка на передних отделах стоп, гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, слабость проксимальных мышц ног и таза. Затем эта слабость распространяется на руки, шею, другие области, появляется затруднение при стоянии без посторонней помощи или неспособность подняться по лестнице. Ранние признаки могут включать псевдогипертрофию мышц и низкую выносливость. По мере прогрессирования состояния миоциты испытывают истощение и постепенно замещаются жировой и фиброзной тканью. К 8-10 годам могут потребоваться костыли при ходьбе, к 12 годам большинство пациентов прикованы к инвалидной коляске. Контрактуры становятся необратимыми, часто возникает и прогрессирует сколиоз, вызывающий боль. Происходит деформация грудной клетки и ухудшение функции легких, которая и без того нарушена вследствие ослабления дыхательной мускулатуры. В 16-18 лет большинство пациентов легко подвергаются тяжелым респираторным инфекциям, нередко с летальным исходом. Другие причины

смерти - аспирация пищи и острое расширение желудка. Нарастает кардиомиопатия, хотя летальный исход от острой сердечной недостаточности встречается редко. Средняя продолжительность жизни человека составляет примерно 25 лет.

Особенности изменений костной системы при МДД.

Снижение подвижности, прогрессирующая мышечная слабость, прием препаратов и другие факторы способствуют развитию патологических изменений со стороны костной системы у детей с МДД. Большая вероятность развития сколиоза, остеопароза и перелома позвоночника.

Сердечно-сосудистая система при МДД. Дефицит дистрофина поражает не только скелетные, но и сердечные мышцы, что приводит к кардиомиопатии, аритмии, сердечной недостаточности. Кардиомиопатия - самое частое осложнение и являющееся причиной смерти. Обычно мышца сердца поражается позже, чем скелетные мышцы. При биопсии миокарда отмечают гипертрофию, атрофию и фиброз миокарда. Для контроля за состоянием здоровья назначают ЭКГ и ЭХО-КГ, при нарушении ритма - суточное мониторирование ЭКГ.

Дыхательная система при МДД. Отсутствие дистрофина влияет на состояние мышц, участвующих в акте дыхания. Самая распространенная причина смерти - дыхательная недостаточность.

У ходячих - респираторная функция длительно остаётся нормальной или умеренно сниженной. У неходячих детей дыхательная функция снижается быстрее и развивается дыхательная недостаточность по рестриктивному типу, так как способность легочной ткани к расширению и спаданию ограничена из-за мышечной слабости, деформации позвоночника, контрактур и ожирения.

Пищеварительная система при МДД.

Для них характерно недоедание или переедание в некоторые периоды жизни, и/или недостаточность калорий, белков и других незаменимых элементов пищи, воды. В наиболее поздних стадиях атрофии поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры, слабость мышц диафрагмы и глотки приводят к гастроэзофагеальному рефлюксу, дисфагии, сильной потере веса, при которой необходимо зондовое питание. В последние годы, в связи с увеличением продолжительности жизни детей с МДД, отмечают новые осложнения: расширение желудка и кишечника, замедленное опорожнение желудка и непроходимость кишечника.

Изменения со стороны нервной системы. Прием стероидов, а также социальные факторы, связанные с инвалидностью (изоляция и др.) влияют на эмоциональную сферу, формируя повышенную тревожность, «взрывоопасный характер»; а отсутствие дистрофина, влияя на мозговое развитие, вызывает проблемы в когнитивной, вербальной сферах, социальном взаимодействии. Для детей с МДД характерны отставание в речевом развитии, ограничение словарного запаса, краткосрочной вербальной памяти и фонологической обработки. J.G. Hendriksen и J.S. Vles доказали, что у детей с МДД чаще встречаются синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), аутизм и обсессивно-компульсивные расстройства. Исследования V.J. Hinton и соавт. подтвердили наличие серьёзных нарушений внимания у детей с МДД.

НОДА сочетаются с нарушениями работы многих органов и систем. У детей обычно отмечается повышенная утомляемость и плохое самочувствие. Обращать внимание на опорно-двигательный аппарат детей важно ещё и потому, что будущая учебная нагрузка связана со значительным статическим напряжением, длительным удержанием относительно неподвижной позы и резким снижением двигательной активности.

В младшем дошкольном возрасте привычным положением является приведение плечевого пояса вверх и вперёд, напряжение шеи, воротниковой зоны, вследствие чего углы лопаток отстают и часто асимметричны, отмечается деформация спины, бёдер. Одним из факторов нарушения ОДА является и нарушение осанки.

Поэтому ребёнок с правильной осанкой усваивает быстро и легко выполняет те движения, которые очень тяжело даются детям с нарушенной осанкой. Такие дети при ходьбе опускают голову, сутулятся, походка у них тяжёлая, шаркающая. Во время бега они почти не работают руками, не умеют согласовывать дыхание с движениями, а также страдают одышкой. Дети плохо выполняют упражнения на равновесие, им трудно попадать мячом в цель. Осанка вырабатывается в детстве, в процессе роста ребёнка. Основную роль в её формировании играют состояние позвоночника, равномерное развитие мышц и мышечной тяги. Позвоночный столб можно образно сравнить с мачтой, удерживаемой в вертикальном положении растяжками, роль которых выполняют в организме мышцы. Если мышцы туловища развиты равномерно и тяга мышц-сгибателей уравновешивается тягой мышц-разгибателей, то корпус и голова занимают правильное положение. Формирование осанки у ребёнка начинается сразу же после рождения. Позвоночный столб новорожденного очень подвижен и легко принимает форму той поверхности, которая служит для него опорой. Если поверхность ровная, то позвоночник прямой.

В процессе нормального развития у ребёнка появляются физиологические изгибы, свойственные позвоночнику взрослого человека. В возрасте двух месяцев, когда ребёнок начинает держать голову, образуется шейный изгиб. В возрасте 6 – 7 месяцев, когда ребёнок садится, у него возникает грудной изгиб, когда ребёнок встаёт на ноги – поясничный.

Физиологические изгибы в позвоночнике способствуют амортизации толчков и сотрясений, неизбежно возникающих при ходьбе, беге, прыжках. До 7 лет эти изгибы не имеют постоянной формы и легко изменяются в зависимости от положения тела. К 14 -15 годам они становятся постоянными, закрепляются и приобретают индивидуальный характер, оказывая влияние на тип осанки. Нормальная глубина их - 3-4 см. Чрезмерная или недостаточная кривизна позвоночника является нарушением осанки. Среди такого рода нарушений чаще всего встречаются: сутулость, вялая осанка, плоская спина.

При сутулости у детей увеличен грудной изгиб позвоночника, выступают лопатки, грудь обычно впалая, живот выпячен. Сутулый ребёнок не может выпрямиться на длительное время, так как у него быстро наступает усталость.

При ослаблении мускулатуры и нарушениях в изгибах позвоночника у детей наблюдается вялая осанка. У них обычно бывает впалая грудь, плечи выдаются вперёд, живот внизу выпячен.

Наиболее неблагоприятный тип осанки - плоская спина, когда не образуется достаточно глубоких изгибов позвоночника. Туловище при этом отклоняется назад, живот выпячивается. Такой позвоночник плохо смягчает толчки и сотрясения.

До сих пор мы рассматривали искривления позвоночника в направлении вперёд-назад. Другой особенностью, подстерегающей ребёнка, являются искривления позвоночника влево-вправо, так называемая сколиотическая болезнь. Эта болезнь оказывает очень большое влияние на общее состояние организма.

Врождённый сколиоз встречается редко. Обычно он развивается после рождения ребёнка как следствие нервно-мышечной недостаточности, в результате которой неправильные привычные позы могут вызвать боковые искривления позвоночника.

К нарушениям опорно-двигательного аппарата относится и деформация нижних конечностей (плоско-вальгусная деформация стоп, плоскостопие, рекурвация коленных суставов).

Раздражительность, плохое настроение, боли в ногах, спине, голове - все эти недомогания могут быть вызваны плоскостопием. Плоскостопие гораздо более распространено, чем обычно думают; и те, у кого есть такая деформация, страдают от болей не только в ногах, но и во всём теле. Их походка становится неуклюжей, а сама ходьба причиняет боль. При плоскостопии нарушается или снижается внутренний продольный и часто внешний поперечный свод стопы. Соединяясь между собой, кости

стопы образуют четыре свода. Нормальная стопа имеет свод на внутренней стороне. Эта внутренняя часть при ходьбе не касается земли. Высота этого свода бывает разной у разных людей и даже разных народов. Поэтому не по высоте свода следует судить о том, есть ли у человека плоскостопие или нет, а по тому, как ноги переносят нагрузку при ходьбе, по их общей структуре.

Удерживают своды в нормальном положении связки, мышцы ног, сухожилия и мышцы стоп. Уплотнение свода может быть следствием слабости мышц и связок, или паралича мышц (младенческий паралич), или травм, или размягчения костных тканей, как при рахите.

Различают поперечное плоскостопие, при котором нарушается внешний поперечный свод, и, что встречается чаще, продольное плоскостопие, при котором опускается продольный свод.

Во многих случаях наблюдается нарушение обоих сводов. Привычка стоять, развернув стопы, всегда усиливает тенденцию к формированию плоскостопия. Строение ноги таково, что она не должна выносить сверхтяжесть тела на внешней, а не на внутренней стороне стопы. Развёрнутые в сторону пальцы ног способствуют переносу тяжести на её внутреннюю сторону, что и приводит к нарушению свода.

Помимо ослабления внутреннего продольного свода стопы и образования плоскостопия привычка разворачивать стопы в стороны нарушает осанку и лёгкость походки, которая становится нервной и неловкой.

Низкий свод или отсутствие его могут быть врождёнными. В некоторых случаях свод, который формируется сразу после рождения, так и не появляется. При врождённом плоскостопии человек не ощущает дискомфорта, хотя у него и отсутствуют гибкость и энергичность шага. Для исправления этого состояния мало что можно сделать.

При детском церебральном параличе наблюдаются самые разнообразные двигательные нарушения. Причем объем и локализация поражений головного мозга определяют характер, форму и тяжесть проявлений мышечных нарушений. Основные мышечные нарушения при детском церебральном параличе представлены следующими вариантами: напряжение мышц; спастическое сокращение мышц; разнообразные движения непроизвольного характера; нарушения походки; ограниченная подвижность. Они испытывают затруднения в освоении навыков лепки, рисования, другой манипулятивной деятельности, требующей тонкой зрительно-моторной координации. Кроме нарушений двигательной активности, детский церебральный паралич может сопровождаться патологиями зрения, слуха и речевой деятельности. Очень часто ДЦП сочетается с различными формами эпилепсии и нарушениями умственного и психического развития. Также дети имеют нарушения восприятия и ощущений. Вследствие перечисленных нарушений, у людей с детским церебральным параличом имеются определенные проблемы в процессе еды, непроизвольные мочеиспускание и выделение кала, трудности с процессом дыхания вследствие неправильного положения тела, формирование пролежней и трудности в восприятии информации, которые отражаются на обучении.

Для детей с ДЦП характерен выраженный психофизический инфантилизм, что проявляется в их эмоциональной лабильности, утомляемости, повышенной возбудимости, раздражительности. Отмечаются повышенная тревожность и выраженные страхи. Сниженный уровень мотивации, с одной стороны, и нередко завышенная самооценка, с другой, создают разрыв между уровнем притязаний и уровнем достижений.

Муниципальное казенное учреждение
Муниципального бюджета
ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО
ПРОФИЛЯ

№ 21

Пролито, пронумеровано
лист
Заведующий МБДОУ №21
А.С. Овчинникова