

## Профилактика нарушений осанки и плоскостопия у дошкольника. Виды приобретенного плоскостопия. Профилактические мероприятия.

*Подготовила; Инструктор по ФК Кочешкова Н.С.*

Основой актуальных задач адаптивного физического воспитания в настоящее время являются правильное формирование опорно-двигательного аппарата, а также профилактика и коррекция возможных нарушений. Данные обстоятельства обусловлено тем, что среди функциональных отклонений, выявляемых у детей школьного возраста, большую часть составляют отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата, в частности нарушение осанки и уплощение стоп. Для своевременной и верной организации профилактических и коррекционных мероприятий для детей с нарушениями осанки и плоскостопия особое значение имеет точно установленный диагноз, который ставится медицинскими работниками дошкольных и школьных образовательных учреждений, детских поликлиник. С этой целью врачами лечебно-физкультурного диспансера регулярно проводятся семинары для медицинских работников, инструкторов ЛФК, учителей физической культуры по ранней диагностике пороков осанки, плоскостопия и их коррекции. При появлении дефектов осанки изменяется не только внешний вид ребенка, но и возникают нарушения деятельности внутренних органов. Сутулость, впалая грудь, сниженная емкость легких, предрасположенность к простудным заболеваниям, быстрая утомляемость – последовательно появляющиеся отклонения. В итоге длительных нарушений осанки развиваются стойкие искривления позвоночника – сколиозы. Нередко нарушения осанки сочетаются с деформациями стопы, плоскостопием, косолапостью. При плоскостопии в вертикальном положении 3 внутренний свод стопы ребенка касается поверхности опоры и на него падает общий вес тела. Как следствие, мышцы, сосуды, нервы, расположенные на уровне свода растягиваются, что приводит к возникновению чувства усталости, онемения и иногда боли в стопах и мышцах голени. Такой ребенок плохо переносит длительную ходьбу и бег, быстро устает при статических нагрузках и т.д. Данные обстоятельства непременно негативно скажутся на общефизическом развитии школьника, способности находить общий язык со сверстниками, самооценке. Нарушение осанки и плоскостопие связаны с функциональными изменениями опорно-двигательного аппарата, в результате которых закрепляется навык неправильного положения тела. Однако эти патологии при своевременно начатом комплексе коррекционных и профилактических мероприятий могут не прогрессировать и являются обратимыми. Таким образом, создание в младшем школьном возрасте

полноценной оздоровительно-коррекционной среды, включающей физкультурные занятия с использованием специального инвентаря и оборудования, массаж и физиотерапевтические процедуры, способствует формированию мышечного корсета, навыка правильного положения тела, укреплению мышц стопы и голени, что оказывает положительное влияние на формирование сводов стоп. распределению нагрузок на позвоночник, которые вызывают развитие сколиоза;

Нередко нарушения осанки сочетаются с деформациями стопы, плоскостопием, косолапостью, что отрицательно сказывается также и на положении таза и позвоночника. У таких детей наблюдаются неловкие движения, походка напряженная и неустойчивая.

В настоящее время плоскостопие определяется как деформация стопы, вызванная уменьшением высоты свода, в сочетании с пронацией пятки и супинацией переднего отдела стопы. Плоскостопие – серьезное ортопедическое заболевание, которое в значительной степени негативно влияет на функцию всего опорно-двигательного аппарата ребенка, ухудшает общее самочувствие, снижает выносливость к физическим нагрузкам и работоспособность в целом, ухудшает настроение. При плоскостопии рессорная функция данного отдела опорно-двигательного аппарата нарушается из-за снижения высоты свода стопы и некоторого отклонения кнаружи. При данном отклонении, если ребенок занимает вертикальное положение, область внутреннего свода касается поверхности опоры и на него падает общий вес тела. Расположенные на уровне свода мышцы, сосуды, нервы растягиваются, вследствие чего возникают чувство усталости, онемения и даже боли в стопах и мышцах голени. Вследствие этого ребенок плохо переносит длительную ходьбу и бег, быстро устает при статических нагрузках, что препятствует полноценному его участию в физкультурной деятельности со всеми детьми, а именно в подвижных играх, соревнованиях, совершению длительных прогулок, походов и т.д. Данные обстоятельства в свою очередь отрицательно скажутся на общефизическом развитии дошкольника, способности находить общий язык со сверстниками, самооценке. Во время движения ребенка, страдающего плоскостопием, удары стопами о поверхность земли передаются вертикально, достигая головного мозга, почти без изменений, что непременно приведет к его микротравмам. В этой связи такие дети нередко жалуются на головные боли; для них характерны нервозность, рассеянность, быстрая утомляемость, нарушенный сон]. Из всех видов деформаций стопы наиболее распространено продольное плоскостопие (55%), реже встречается поперечное, которое, как правило, вызвано относительной слабостью и недостаточностью мышечно-связочного аппарата стопы и голени. По происхождению выделяются врожденное и приобретенное плоскостопие, последнее может носить рахитический, паралитический, травматический и статический характер. Причинами возникновения

врожденной деформации стопы (встречается в 3% случаев) могут быть аномалии развития эмбриона, недоразвитие или отсутствие малоберцовых мышц и т.д. Отклонение пятки наружу является одним из ранних клинических признаков данного заболевания, так как врожденное плоскостопие часто сочетается с вальгусной деформацией стопы. Поэтому утверждение, что человек рождается с плоскостопным, а свод стопы формируется впоследствии, является несостоятельным.

В результате исследования сводов стоп у эмбрионов, плодов и детей грудного и раннего возраста были сделаны следующие выводы:

- признаки формирования сводчатости стопы выявляются у эмбрионов в 9-10 недель; ➤ значительное увеличение угла свода стопы происходит на 17-20 неделе;
- величина свода стопы у плода превышает подобные значения у детей грудного и раннего возраста; ➤ преобладание повышенного тонуса мышц сгибателей у плодов до рождения играет определенную роль в значительной выраженности сводов стопы на этом этапе развития;
- у детей раннего возраста несформированный мягкий свод стопы симулирует плоскостопие при плантографии, заполнение подсводного пространства жировой клетчаткой увеличивает площадь опоры конечностей, что является важным элементом перехода ребенка из горизонтального в вертикальное положение;
- и у мальчиков, и у девочек в 2-3 года отмечено физиологическое снижение сводчатости стопы, стабилизация которой выявлена в возрасте 4,5-5 лет.

Таким образом, до 4,5-5-летнего возраста у большинства детей отмечается функциональное плоскостопие. У детей старше указанного возраста наличие плоской стопы в сочетании с отклонением пятки внутрь или наружу является патологическим состоянием.

Рассмотрим виды приобретенного плоскостопия.

Износ обуви тоже является признаком плоскостопия. Косвенные показатели данного метода относят к группе так называемой «родительской 21 диагностики». В норме каблук обуви изнашивается посередине и немного снаружи, при плоскостопии преимущественно – внутренний край..

При поперечном плоскостопии увеличивается нагрузка на плюсневые кости и появляются отпечатки головок 2-3-й плюсневых костей. В норме опорными точками стопы является пятка, головки 1-й и 5-й плюсневых костей. При I

степени имеют место боли под головками 2-й и 3-й плюсневых костей; при достижении II степени боли усиливаются, образуются натоптыши; III степень характеризуется постоянными болями под головками 2-й и 3-й плюсневых костей, появлением слизистых сумок, отклонением большого пальца кнаружи из-за подвывиха, развитием артроза сустава первого пальца. Известно, что заболевание легче предотвратить, чем лечить, тем более что нарушения осанки и плоскостопие на ранних стадиях развития относительно легко поддаются коррекции. В этой связи мероприятия, направленные на профилактику и коррекцию нарушений осанки и плоскостопия, у детей в дошкольном и школьном возрасте имеют огромное значение

## ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И ПЛОСКОСТОПИЯ

Появившиеся в дошкольном и школьном возрасте нарушения осанки и плоскостопие при отсутствии коррекционных мероприятий могут в дальнейшем привести к образованию стойких деформаций опорно-двигательного аппарата.

Профилактические мероприятия необходимо проводить практически с самого рождения. С первых месяцев после рождения ребенку для развития движений подвешивают игрушки над кроваткой или разбрасывают в манеже. Малыш, стремясь дотянуться до них, осваивает новые двигательные акты. В то же время, дети, постоянно лежащие в кроватках и туго завернутые, становятся вялыми, апатичными, мышцы их дряблые, развитие движений запаздывает. До третьего месяца жизни нельзя ребенку придавать вертикальное положение, до шести – позволять сидеть, до девяти-десяти 9-10 долго стоять на ножках. При обучении ходьбе использовать детские вожжи, так как держание за одну ручку может привести ассиметричному положению тела.

Для детей с нарушением осанки и плоскостопием необходимы занятия специальными корригирующими упражнениями во время физкультурных занятий или утренней гимнастики. Занятия проводятся с детьми до года индивидуально по 5-8 минут каждый день, а начиная с года до трех лет – группами по 4-5 человека и достигают 18-20 минут

. С детьми старше трех лет уже проводятся специальные гимнастические упражнения, подвижные игры, утренняя гимнастика, нагрузка должна строго дозироваться. Не рекомендованы продолжительные напряжения мышц, так как они вызывают задержку или напряжение дыхания. Общая продолжительность занятий для детей 3-5 лет достигает 20 минут, для детей 6-7 лет – 25 минут. С целью эмоционального подъема, развития чувства ритма и темпа физические упражнения следует проводить под музыку. Использование гимнастических стенок, заборчиков для лазания, горок, стоек для прыжков, а также мячей, обручей, флажков и прочего оборудования способствует более быстрому усвоению нужных движений и более увлекательному и менее утомительному

прохождению занятий.

По мере взросления во время занятий и приема пищи родителям необходимо следить за правильной посадкой детей. Нарушению осанки благоприятствует длительное и вынужденное сидение, особо опасна мебель (стол и стул), которая не соответствует пропорциям тела и росту ребенка, поэтому требовать от детей правильной посадки можно тогда, когда мебель правильно подобрана. Чтобы ребенок сидел прочно и удобно, глубина сиденья стула должна быть равной  $\frac{2}{3}$  бедра, а ширина – больше ширину таза ребенка на 10 см, высота стула над полом – равна длине голени вместе со стопой (измерять следует до подколенной впадины, прибавляя 2 см на высоту каблука). Высота сиденья является важным параметром, так как высокое сиденье не позволяет ногам касаться пола и тело принимает менее устойчивое положение; при низком же – ноги отводятся в сторону, что искажает позу, или подбираются под сиденье, что приводит к чувству онемения в них из-за сильного сдавливания крупных вен, проходящих в подколенной впадине. Высота стола над сиденьем определяется возможностью свободно (без поднимания или опускания плеч) класть ребенку предплечья на крышку стола. При чрезмерной высоте рабочей поверхности стола ребенок поднимает плечи, чаще правое; при недостаточной – сутулится при сгибании. Для того, чтобы ребенок мог нормально опираться о спинку стула, дистанция между спинкой стула и ближнем краем стола должна быть на 3-5 см больше переднезаднего диаметра грудной клетки. Если край стула заходит под край стола хотя бы на 2-4 см или край стула и стола находятся на одной отвесной линии, то нормально опираться на спинку при выполнении какой-либо работы за столом ребенок не может. Необходимо исключить сон ребенка на очень мягком матрасе.

Во время регулярных прогулок на свежем воздухе, подвижных игр и специально подобранных коррекционных физических упражнений, которые можно отнести к профилактическим мероприятиям, не разрешать детям долго стоять или сидеть на корточках на одном месте, ходить на большие расстояния (дозировка прогулок и экскурсий), носить тяжести, подолгу стоять с опорой на одну ногу (катание на самокате). Данные предписания важны для слабых и болезненных детей, особенно с признаками рахита. В теплое время года занятия по развитию движений проводят на участке. Одежда во время занятий должна быть легкой, не стесняющей движений.

С целью предупреждения и коррекции плоскостопия рекомендованы умеренные упражнения для мышц ног и стоп, ежедневные прохладные ножные ванны и особенно хождение босиком летом по рыхлой, неровной поверхности. В этих условиях ребенок произвольно вынужден перенести тяжесть тела на наружный край стопы и поджать пальцы, что непременно способствует укреплению свода стопы. При использовании спортивного инвентаря должен

быть соблюден ряд правил, которые предупредят развитие нарушений опорно-двигательного аппарата ребенка. Так, например, в велосипеде расстояние от сиденья до опущенной педали должно быть равно длине голени со стопой. В среднем для детей 3-5 лет оно равно 25, для детей 6-7 лет – 30 см. При этом наиболее удобно расстояние по вертикали от руля до сиденья для детей 3-5 лет – 18, а 6-8 лет – 20 см.

Детские коньки для лучшей их устойчивости должны быть небольшой высоты и иметь широкие лезвия. Ботинки для катания на коньках должны быть низкими, на тонкой подошве, без каблука, с твердым задником и шнуровкой от самого носка. Такие ботинки обеспечивают хорошую устойчивость стопы и предупреждают ее вывихи. Шнуруются ботинки у пальцев свободно, а на подъеме туго.

В летнее время детей можно привлекать к определенным видам труда: выращивание цветов и овощей, рыхление земли, полив и пропалывание грядок и т.д. Все эти виды двигательной деятельности способствует развитию мышц и двигательных навыков, но при соблюдении условия – инвентарь, которым дети пользуются (лопаты, грабли, тачки и т.п.), должен полностью соответствовать росту, пропорциям тела и силам ребенка. Таким образом, в этой главе рассмотрены этиология, патогенез и клиника нарушения осанки и плоскостопия у детей, различные методы диагностики этих заболеваний, а также способы профилактики. Мы пришли к выводу, что диагностика нарушений осанки и плоскостопия необходима в старшем дошкольном и младшем школьном возрастах, т.к. выявив первоначальные признаки заболевания можно предупредить их последствия и провести основными задачами коррекционно-оздоровительной работы с детьми, имеющими нарушение осанки и плоскостопие, является формирование мышечного корсета, навыка правильного положения тела, укрепления мышц туловища, стопы и голени, исправление деформации стоп. Несомненно в этой работе ведущая роль принадлежит специально подобранным упражнениям, систематические занятия которыми содействуют развитию двигательного аппарата детей, повышают возбудимость мышц, темп, силу и координацию движений, мышечный тонус, общую выносливость, способствуют формированию правильной осанки и исправлению свода стоп. Большая активность мышц влечет за собой усиление деятельности практических всех физиологических систем ребенка, особенно дыхательной и сердечно-сосудистой. Однако в коррекционно-оздоровительную работу с детьми, страдающими нарушением осанки и плоскостопием, необходимо включать и дополнительные средства адаптивной физической культуры, как массаж и физиотерапевтические процедуры. поскольку комплексное воздействие будет способствовать наибольшей эффективности.

*Будьте здоровы!*