

УДК 376.2
ББК Ч 450

ГСНТИ 14.29.31 Код ВАК 13.00.03, 14.00.09

М. М. Ицкович,
А. П. Маршалкин,
Н. А. Топоркова,

M. M. Itskovich,
A. P. Marshalkin,
N. A. Toporkova
Russia, Ekaterinburg

Россия, Екатеринбург

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА
КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ И
УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО
АППАРАТА**

**COMPARATIVE
CHARACTERISTICS OF CLINICAL
DIAGNOSES AND THE LEVEL
OF PHYSICAL DEVELOPMENT
OF CHILDREN WITH DIFFERENT
MOVEMENT DISORDERS**

Аннотация. Рассматриваются различные классификации нарушений опорно-двигательного аппарата. Устанавливается взаимосвязь между клиническим диагнозом ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, степенью тяжестью патологии и уровнем общего физического развития.

Abstract. Different classifications of movement disorders are considered. Connection between a medical diagnosis of the child with movement disorders, a degree of disease severity and the level of physical development is found.

Ключевые слова: дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата; классификации нарушений опорно-двигательного аппарата; тяжесть имеющейся патологии; уровень физического развития детей школьного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Key words: children with movement disorders, classifications of movement disorders, the severity of disease, the level of physical development of school aged children with movement disorders

Сведения об авторе: Ицкович Марк Матусович, кандидат психологических наук, доцент.

About the author: Itskovich Mark Matusovich, Candidate of Psychology, Associate Professor.

Место работы: кафедра специальной педагогики и специальной психологии ФГБОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», г. Екатеринбург.

Place of employment: Chair of special pedagogy and special psychology, Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg.

Сведения об авторе: Маршалкин Александр Павлович, доцент.

About the author: Marshalkin Aleksandr Pavlovich, Associate Professor.

Место работы: кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза ФГБОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет», г. Екатеринбург.

Place of employment: Chair of Speech Therapy and Clinic of Dysontogenesis, Ural State Pedagogical University, Ekaterinburg.

Сведения об авторе: Топоркова
Нина Александровна, учитель.

Место работы: ГСКОУ СО
«Специальная школа-интернат № 17»,
г. Екатеринбург.

About the author: Toporkova Nina
Aleksandrovna, Teacher.

Place of employment: Specialized
school №17, Ekaterinburg.

Контактная информация: тел. 8 (343) 235-76-25.

В настоящее время продолжает оставаться актуальной проблема коррекции и реабилитации детей с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата. По официальным данным распространенность патологии опорно-двигательного аппарата у детей и подростков Свердловской области с 2009 по 2010 год увеличилась на 42,1%. Среди них наибольший удельный вес (до 89%) приходится на заболевания нервной системы, которые квалифицируются как церебральные параличи различного генеза, что приблизительно составляет более 2700 детей, 2000 из которых являются инвалидами по этому заболеванию.

Понятие «нарушения опорно-двигательного аппарата» (далее – НОДА) является собирательным и весьма обобщенным, в его основе лежит недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций различной степени выраженности. В специальной педагогике эти нарушения разделяют на три большие группы, в зависимости от причин и времени воздействия патогенных факторов.

1. Заболевания нервной системы (детский церебральный паралич (далее – ДЦП) и полиомиелит).

2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата (врожденный вывих бедра, криво-

шея, косолапость и другие деформации стоп, аномалии развития позвоночника, недоразвитие и дефекты конечностей, аномалии развития пальцев кисти, артрогрипоз).

3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата (травматические повреждения спинного, головного мозга и конечностей, полиартрит, заболевания скелета, в том числе, системные) [1, 2].

Однако в медицинских картах детей с НОДА, поступающих в образовательные учреждения, в том числе коррекционные, эти же самые нарушения квалифицируются в соответствии с Международной классификацией болезней – МКБ-10 и являются более дифференцированными. В МКБ-10 НОДА могут быть представлены в следующих рубриках:

- G00-G99 – болезни нервной системы, среди которых ведущее место занимают церебральный паралич и другие паралитические синдромы (G80-G83);

- Q00-Q99 – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения, где чаще всего отмечаются врожденные аномалии и деформации костно-мышечной системы (Q65-Q79);

- S00-S98 – травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин, среди которых на первом месте стоят травмы опорно-двигательного аппарата (S00-T14);

- M00-M99 – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Реже используется рубрика R25-R29 – симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам, а также A80-A89 – вирусные инфекции ЦНС и C00-C48 – новообразования.

Таким образом, практически у всех детей с НОДА имеется два диагноза, свидетельствующие о нарушениях двигательных функций: неврологический и ортопедический, что дает большую информацию об имеющихся двигательных нарушениях и позволяет в определенной степени установить степень тяжести нарушений.

Одной из основных задач комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с НОДА, и в первую очередь с ДЦП, является коррекция нарушенных или несформированных двигательных функций. Поэтому лечебная физкультура, массаж, ортопедический режим, проводимые на фоне медикаментозной терапии, а в некоторых случаях хирургических вмешательств и систематической работы по коррекции психоречевых расстройств, являются неотъемлемой частью восстановительной терапии.

Целью нашего исследования является установление возможной взаимосвязи между клиническим

диагнозом ребенка с НОДА, обучающегося в специальной (коррекционной) школе, степенью выраженности заболевания и уровнем его общего физического развития

В исследовании принимала участие группа учащихся специальной (коррекционной) общеобразовательной школы для детей с НОДА в количестве 95 человек, в возрасте от 7 до 20 лет, из них 36 человек имели диагноз ДЦП в поздней резидуальной стадии, 36 – РЦОН с синдромами мозжечковой и пирамидной недостаточности, миотоническими и церебрастеническими, остальные имели врожденные аномалии развития головного мозга, гидроцефалию в сочетании с синдромами гиперактивности и эпилепсией. Все учащиеся регулярно проходили индивидуальные занятия по адаптивной физической культуре. Для каждого учащегося исследуемой выборки была подобрана индивидуальная коррекционная программа с целью максимальной компенсации выявленного по диагнозу дефекта.

Для анализа были выбраны три основных критерия:

- возраст: позволяет оценить продолжительность и эффективность коррекционной работы и неизбежные онтогенетические трансформации;

- степень выраженности (тяжесть) патологии – дает возможность выявить возможные изменения общего состояния ребенка при неизменном клиническом диагнозе;

– общий уровень физического развития – следует рассматривать как интегральный показатель двигательных функций.

По критерию «Возраст» учащиеся распределены на следующие возрастные категории: 1 группа – 7–10 лет; 2 группа – 11–13 лет; 3 группа – 14–16 лет; 4 группа – 17–20 лет.

По критерию «Тяжесть ортопедической и неврологической патологии» учащиеся были поделены на 3 группы: 1 группа – дети с легкой степенью заболевания; 2 группа – со средней степенью заболевания; 3 группа – с выраженной степенью заболевания. Необходимо отметить, что в настоящее время нет единой методики, позволяющей оценить степень выраженности (тяжести) патологии опорно-двигательного аппарата у детей. Нами была проведена экспертная оценка, в результате которой степень тяжести определялась по совокупности неврологической и ортопедической патологии с учетом категории тяжести, указанной в клиническом диагнозе.

Учитывая отсутствие универсальной методики оценивания уровня физического развития детей школьного возраста с НОДА, нами была использована оригинальная методика, которая включала в себя оценку мелкой моторики, движения верхних и нижних конечностей, силу мышц, подвижность суставов, двигательные навыки в различных положениях, навыки удержания тела в пространстве, координацию и вертикализацию тела.

Итоговая обработка результатов позволила выделить пять уровней физического развития. Критерий «Уровень физического развития» оценивался в процентах от нормы выполнения двигательных комплексов здоровыми детьми в соответствующей возрастной группе.

В соответствии с целью требуют разрешения следующие вопросы:

1. Влияет ли степень тяжести установленного заболевания на уровень физического развития учащегося?

2. Насколько с возрастом меняется влияние дефекта на уровень физического развития учащегося, при условии, что учащиеся регулярно занимаются адаптивной физической культурой?

Для ответа на первый вопрос была проведена корреляция по критерию Стьюдента (при условии $p < 0,05$) для трех групп учащихся, поделенных по критерию выраженности тяжести заболевания. Возраст учащихся, попавших в группы по критерию выраженности тяжести заболевания, не учитывался. В каждой из групп коррелировались уровень физического развития с возрастом учащегося. Полученные данные приведены в таблице 1.

По результатам статистического расчета выявляется, что актуальный возраст учащегося не влияет на уровень его физического развития, к какой бы группе по степени тяжести заболевания он ни относился. Следовательно, мы можем поставить под сомнение общепринятое мнение, что тяжесть заболевания с неотвратимостью влечет за собой обязательное

снижение уровня физического развития учащегося. На учащихся данной выборки в исследуемой ситуации значимо влияют тяжесть заболевания, возрастной потенциал физического развития и эффект от коррекционных занятий адаптивной физкультурой. Согласно полученным данным исследования, большее влияние на уровень физического развития учащегося оказывают его по-

тенциал и качество коррекционных занятий. Поскольку возраст учащихся в каждой выделенной группе по признаку «Тяжесть заболевания» варьируется от 7 до 20 лет, то делать выводы о влиянии количества коррекционных занятий по адаптивной физкультуре на уровень физического развития детей не представляется возможным.

Таблица 1.

Зависимость степени физического развития при разной выраженности тяжести заболевания от актуального возраста учащегося

Критерий «уровень физического развития» для:	Means	Std.Dev.	Возраст
первой, легкой степени тяжести заболевания ($p < 0,05$ N=48)	91,25417	7,051753	0,226237
второй, средней степени тяжести заболевания ($p < 0,05$ N=19)	80,94737	9,577019	0,164756
третьей, выраженной степени тяжести заболевания ($p < 0,05$ N=23)	57,03043	22,77988	0,097188

Получив данные результаты, зададимся вопросом: «Изменяется ли влияние тяжести заболевания на уровень физического развития с

возрастом?». Ответ на данный вопрос дает таблица корреляций по признаку возрастной стратификации (см. таблицу 2).

Таблица 2.

Зависимость степени физического развития от тяжести заболевания при возрастном онтогенезе

Критерий «тяжесть заболевания»	Means	Std.Dev.	Уровень физического развития
тяжесть заболевания (возраст 7–10 лет)	2,22222	0,94281	-0,629186
тяжесть заболевания (возраст 11–13 лет) $p < 0,05$	1,60000	0,77013	-0,653607
тяжесть заболевания (возраст 14–16 лет) $p < 0,05$	1,56250	0,80071	-0,767701
тяжесть заболевания (возраст 17–20 лет) $p < 0,05$	1,91667	0,90034	-0,848316

Как видно из таблицы, степень влияния тяжести заболевания на уровень физического развития с

возрастом становится все более значимой. Данный факт выглядит парадоксальным, если учесть, что с

каждым учащимся исследуемой выборки проводились коррекционные занятия по адаптивной физической культуре, и чем старше ученик, тем большее количество занятий им посещено. Непротиворечиво истолковать данный факт можно, если учесть, что возрастной потенциал развития у ребенка в ходе онтогенеза снижается и компенсационные механизмы уже не имеют достаточной энергии. Кроме того, неизбежно происходит «привыкание» учащегося к дефекту и снижению мотивации к регулярным занятиям адаптивной физической культурой. Исходя из этого и учитывая, что успешная социализация предоставляет ему все больший набор возможностей и требует все больших расходов энергетического потенциала организма, становится вполне понятным, по какой причине влияние заболевания становится все более интегральным фактором в дальнейшем физическом развитии.

Остается выяснить вопрос, какую роль играют в физическом развитии учащегося с НОДА занятия адаптивной физической культурой? В исследуемой выборке средний

уровень физического развития с учетом его норм для каждого возраста составляет 80%, поэтому вполне возможно, что занятия адаптивной физкультурой и являются тем фактором, который разрушает непосредственную связь между тяжестью заболевания и актуальным уровнем физического развития.

Безусловно, в условиях срезового исследования доказать или опровергнуть данный факт не представляется возможным. Для полноценных выводов необходимо продолжить исследования на данной выборке и в ходе мониторинга выявить изменение показателей степени физического развития учащихся данной группы.

Литература

1. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями ОДА: учеб. пособие для студ. средних пед. учеб. завед. / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Академия, 2001.
2. Назарова, Н. М. Специальная педагогика : учеб. пособие для студ. пед. вузов / Под ред. Н. М. Назаровой. – М. : Академия, 2000.