ГОУ СПО

«Шарьинский педагогический колледж

Костромская область»

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**Профилактика плоскостопия у детей дошкольного возраста**

Студентки\_41\_группы дошкольного отделения

(заочная форма обучения): Малышевой Ю. Б.

Преподаватель:

Работа поступила в учебную часть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отдана на проверку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результат проверки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Методист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**План–содержание**

Введение

Глава 1. Теоретические подходы к проблеме формирования свода стопы у детей

1. Значение и необходимость формирования правильного свода стопы у детей дошкольного возраста

2. Методика обследования стопы

3. Физические упражнения как главное средство предупреждения плоскостопия у детей дошкольного возраста

Глава 2. Содержание практической работы по профилактике плоскостопия в старшей группе д/с «Теремок» г.Уреня Нижегородской области.

1. Диагностика состояния стопы у детей в старшей группе д/с «Теремок» г. Уреня Нижегородской области

2. Содержание педагогической деятельности по профилактике и коррекции плоскостопия в старшей группе д/с «Теремок» г. Уреня Нижегородской области

Заключение

Библиография

Приложение

**Глава 1. Теоретические подходы к проблеме формирования свода стопы у детей дошкольного возраста**

**1. Значение и необходимость формирования правильного свода стопы у детей дошкольного возраста**

Стопа является дистальным (дальним) сегментом нижней конечности, при стоянии и ходьбе выполняет опорную или толчковую, рессорную, балансировочную функцию.

В обеспечении рессорной функции кроме стопы участвуют суставы, подвздошно – крестцовые сочленения, позвоночник и межпозвоночные диски. Снижение функции одной из названных структур повышает нагрузку на другие составные части рессорной системы. Например, при выраженном плоскостопии у детей увеличивается поясничный лордоз (лордотическая осанка), которой компенсаторно сохраняет рессорную функцию позвоночника. С точки зрения биомеханики здоровая стопа имеет функционально целесообразное анатомо – физиологическое строение и от её состояния зависят плавность, лёгкость ходьбы и экономичность энергозатрат.

Нормальная здоровая стопа имеет один поперечный и два продольных свода. **Поперечный свод** стопы образован тремя клиновидными костями, кубовидной костью и основаниями плюсневых костей, которые принимают участие в образовании свода стопы, его выпуклая часть обращена кверху, вогнутая книзу. Поперечный свод расположен от подошвенной поверхности 1 – й плюсневой кости.**Продольные своды.** Внутренний(медиальный) свод образован таранной, ладьевидной, тремя клиновидными и первыми тремя плюсневыми костями. Расположен от подошвенной поверхности и пяточной кости до подошвенной поверхности 1 – й плюсневой кости. Высота свода составляет 5 – 7 см. внутренний продольный свод стопы выполняет рессорную функцию.

Наружный (латеральный) свод образован пяточной, кубовидной и двумя

Наружными плюсневыми костями. Расположен между подошвенными поверхностями пяточной кости и 5 –й плюсневой кости. Высота свода около 2 см. наружный продольный свод стопы выполняет опорную функцию.

Стопу образуют кости, мелкие суставы и мышечно - связочный аппарат. Основными мышцами, формирующими свод стопы, являются передняя и задняя большеберцовые мышцы, общий сгибатель пальцев и длинный сгибатель большого пальца.

Возрастные особенности детской стопы по сравнению со взрослой стопой.

1. Стопа более короткая.
2. В пяточной области стопа сужена.
3. Пальцы расходятся(у взрослого плотно налегают друг на друга)
4. На подошве сильно развита подошвенная клетчатка, заполняющая внутренний свод стопы.
5. Объём движений детской стопы больше вследствие большей эластичности мышечно – связочного аппарата. В и.п. стоя разгибание стопы составляет 15 – 25 градусов, сгибание – 45 – 50 градусов, отведение и приведение – по 12 градусов, пронация (вращение стопы, при котором внутренний край опускается, а наружный поднимается) и супинация (вращение стопы, при котором наружный край опускается, а внутренний поднимается) в пределах 13 градусов.

У детей, особенно новорождённых, отмечается большая подвижность в стороны тыльной поверхности стопы, у взрослых уже большая подвижность в сторону подошвенной поверхности.

1. Стопа ребёнка, особенно первого года жизни, имеет более выраженное супинаторное положение. При ходьбе дети часто ставят ногу не на всю подошвенную поверхность, а на её наружный край. С возрастом отмечается пронация стопы.
2. Детская стопа менее приспособлена к статическим нагрузкам (прыжкам, соскокам). При указанных нагрузках свод стопы несколько уплощается после нагрузки, под действием активного сокращения мышц возвращается в исходное положение. У ослабленных, физически плохо развитых детей связки и мышцы стопы систематически перенапрягаются, растягиваются и теряют пружинящие свойства, поэтому бег, прыжки, подскоки противопоказаны, так как стопа расплющивается, опускается её внутренний свод и развивается плоскостопие.

**Плоскостопие** – это деформация стопы, вызванная уменьшением высоты свода, в сочетании с пронацией пятки и супинацией переднего отдела стопы.

Плоскостопие достаточно серьезное ортопедическое заболевание, которое значительно нарушает функцию всего опорно-двигательного аппарата ребенка, негативно влияет на его общее самочувствие, снижает выносливость к физическим нагрузкам, ухудшает работоспособность и настроение.

При плоскостопии, в результате снижения высоты свода стопы и некоторого отклонения ее кнаружи теряется способность стопы противостоять нагрузкам, то есть нарушается ее рессорная функция.

Если ребенок стоит, то область внутреннего свода касается поверхности опоры и на него падает общий вес тела. Расположенные на уровне свода мышцы, сосуды, нервы растягиваются, вследствие чего возникают неприятные ощущения в стопах и мышцах голени: чувство усталости, онемения и даже боли.

Ребенок, страдающий плоскостопием, быстро устает от ходьбы и бега, плохо переносит статические нагрузки. Такой ребенок не может полноценно участвовать в подвижных играх, соревнованиях, ходить в длительные прогулки, походы и т.д. Это в свою очередь отрицательно сказывается на его общефизическом развитии, способности находить общий язык со сверстниками, снижает самооценку.

При движении ударяя стоп о поверхность земли передаются вверх почти без изменений и, достигая головного мозга, приводят к его микротравмам. Дети, страдающие плоскостопием, могут жаловаться на головные боли; они часто нервозны, рассеяны, быстро утомляются.Общий результат всего этого - нарушение сна.

Наиболее распространено продольное плоскостопие, которое составляет более 55% всех деформаций стопы. Поперечное плоскостопие встречается реже и у детей является следствием относительной слабости и недостаточности мышечно – связочного аппарата стопы и голени.

По происхождению различают врождённое и приобретённое плоскостопие. В свою очередь, приобретённое плоскостопие бывает рахитическим, паралитическим, травматическим и статическим.

**Врождённое плоскостопие.**

Врождённая деформация стопы встречается у 3 % детей. Причины: аномалии развития эмбриона, недоразвитие или отсутствие малоберцовых мышц и т.д. Одним из ранних клинических признаков плоскостопия можно считать отклонение пятки кнаружи, так как врождённое плоскостопие часто сочетается с вальгусной деформацией стопы. Последними исследованиями учёных доказано: утверждение, что человек рождается плоскостопым и лишь впоследствии формируется свод стопы, оказалось несостоятельным. В результате исследования сводов стопы 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 в 17 – 20 недель;----- величина свода стопы у плода превышает подобные значения у детей грудного и раннего возраста. Преобладание повышенного тонуса мышц сгибателей у плодов до рождения играет определённую 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 ребёнка 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 патологией.

**Приобретённое плоскостопие.**

1. **Рахитическое плоскостопие.** Развивается у детей дошкольноговозраста на фоне остаточных явлений2 – 3 степенейрахита при снижении плотности костной ткани и слабости мышечно – связочного аппарата.
2. **Паралитическое плоскостопие.**Развивается при парезах или параличах большеберцовых мышц на фоне перенесённого полиомиелита, поражения спинного и головного мозга – при детском церебральном параличе. При этом функция других мышц голени может оставаться удовлетворительной.
3. **Травматическое плоскостопие.** Формируется вследствие переломов различных костей стопы, при неправильно сросшихся переломов лодыжек. Для профилактики посттравматического плоскостопия после переломов и вывихов костей стопы, за исключением повреждения пальцев, назначают ношение супинаторов в течение года после травмы.
4. **Статическое плоскостопие.** Самый распространённый видплоскостопия составляет 82 – 90 % среди всех форм плоскостопия. Развивается в результате гипотонии мышц нижних конечностей, увеличения массы тела в течение короткого отрезка времени, длительного пребывания в статическом положении при некоторых профессиях.

**2. Методика обследования стопы**

Внешний осмотр стопы: - определение длины пальцев: второй палец самый длинный (греческий тип стопы) первый палец самый длинный (египетский тип стопы) – оба типа свидетельствуют о предрасположенности к поперечному плоскостопию: промежуточный тип при котором все пальцы одной длинны; - оценка положения стоп в исходном положении стоя. Осмотр осуществляется спереди, сзади, с внутренней стороны, со стороны подошвы. – оценка положения стоп в ходьбе.

Подометрия (прямой метод) – объективный метод исследования высоты внутреннего свода стопы с помощью циркуля. К косвенным методам относятся плантография и рентгенография.

Плантография – это один из самых информативных методов диагностики ранних стадий плоскостопия. Метод получил наибольшее распространение в спорте и лечебной физической культуре. По определению Н. Н. Ефименко, плантография – это методика получения отпечатков человеческих стоп в позе естественного прямостояния на специальном приборе – плантографе с последующим анализом, расшифровкой и диагнозом, а также с соответствующими рекомендациями по преодолению выявленных нарушений (отклонений).

Для получения плантограмм необходимо иметь:

1. Плантограф, представляющий собой деревянную рамку размером не меньше 30×40 см и высотой 1 – 2 см, обтянутую полихлорвиниловой плёнкой:
2. Валик для нанесения красителя:
3. Типографскую краску (штемпельную):
4. Скипидар или касторовое масло для разведения краски и чистки плёнки после работы:
5. Канцелярские принадлежности – карандаши, угольники, транспортир, линейки:
6. Бумагу для плантограмм формата А – 4 (пористую):
7. Ростовой стул. Высота стула должна быть такой, чтобы у сидящего ребёнка углы в тазобедренном и коленном суставах равнялись 90˚

Техника получения плантограмм.

1. Подготовка плантографа: на внутреннюю сторону плёнки плантографа наносятся 2 – 3 капли штемпельной краски, смешанной с касторовым маслом, и равномерно раскатываются валиком по всей поверхности плёнки до образования тонкого слоя. На гладкой поверхности пола или специальной подставке расстилается лист бумаги и накрывается рамкой. Подкрашенная поверхность обращена вниз, к бумаге.
2. Подготовка исследуемого ребёнка: рядом с плантографом ставится ростовой стул, ребёнок садится по центру стула ближе к краю, аккуратно ставит ноги на плантограф всей подошвенной поверхностью стоп, встаёт с помощью обследующего, выпрямляется, смотрит перед собой и стоит в таком положении несколько секунд. Вес тела должен быть распределён равномерно на обе стопы. После этого ребёнок поднимает обе ноги. Рамку поднимают, проверяют качество отпечатков и при необходимости повторяют процедуру 2 – 3 раза.

Обработка плантограмм.

В настоящее время существуют несколько взаимодополняющих друг друга методик определения наличия плоскостопия по плантограмме.

1. Методика В. А. Яралова – Яралянца с соавторами, удобная для массовых обследований детей дошкольного и школьного возраста.
2. Методика определения степени плоскостопия. В отличие от предыдущей методики, констатирующей наличие или отсутствие плоскостопия у ребёнка, данная методика позволяет дифференцировано определить не только плоскостопие, но и его степень.
3. Методика определения степени плоскостопия по Чижину.
4. Методика Г. Г. Потихановой, С. Ф. Годунова, И. П. Черниной является более точной из всех перечисленных. Это графико – расчётный метод, основан на математических вычислениях.
5. Методика Н. Н. Ефименко (1999) – топографическая диагностика плантограммы. Этот метод интегрирует в себе элементы предшествующих методик и позволяет углублённо исследовать взаимосвязь изменений на плантограмме с неврологическим статусом ребёнка (человека).

Рентгенологическое исследование стоп.

В некоторых наиболее тяжёлых случаях для уточнения диагноза используется рентгенограмма. Метод основан на определении угла свода стопы и угла наклона пяточной кости. Рентгенограмма расшифровывается врачом. Определение угла свода стопы (боковая проекция рентгенограммы). Первая линия соединяет центр суставной поверхности таранной кости с головкой первой кости. Вторая линия соединяет центр суставной поверхности таранной кости с центром пяточной кости. Нормальная стопа – угол 90˚. Плоскостопие – угол 100 -120˚ и более.

Определение угла наклона пяточной кости.

Первая линия – горизонтальная от подошвенной поверхности пяточной кости. Вторая линия – от этой же точки до пересечения с подошвенной поверхностью 1 – плюсневой кости. Нормальная стопа – угол 16 – 20˚. Плоскостопие – угол 15 – 5 – 0˚.

1. Износ обуви. Оценка износа обуви является косвенным признаком диагностики плоскостопия («родительская диагностика»). В норме каблук изнашивается посередине и немного снаружи. При плоскостопии преимущественно изнашивается внутренний край каблука.

Клиническая картина при различных степенях и видах плоскостопия.

Продольное плоскостопие.

1. степень. Отличаются жалобы на повышенную утомляемость, боли в стопах при длительной вертикальной нагрузке. Походка не изменяется, рессорная функция стопы удовлетворительная. На плантограмме закрашивается 1/3 подсводного пространства. По результатам рентгенологического исследования угол свода стопы до 100˚, угол наклона пяточной кости 11 – 15˚
2. степень. Боли носят постоянный и интенсивный характер. В патологический процесс вовлекаются мышцы голени. Снижена эластичность походки, увеличивается нагрузка на наружный свод стопы. На плантограмме закрашивается 2/3 подсводного пространства. Угол свода стопы 110˚, угол наклона пяточной кости 6 – 10˚.
3. Степень. Непроходящие боли во всех отделах нижних конечностей – стопе голени, бедре, в поясничной области. Нарушена рессорная функция стопы. Тяжёлая походка. Стопа и пятка находятся в вальгусном положении. Имеющиеся изменения плохо поддаются коррекции. На плантограмме закрашено всё подсводное пространство. Угол свода стопы 125˚ и больше, угол наклона пяточной кости 5 – 0˚

Поперечное плоскостопие.

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

1 степень. Боли под головками 2 – й и 3 – й плюсневых костей.

2 степень. Усиливающиеся боли. Образуются натоптыши.

3 степень. Постоянные боли под головками 2 – й и 3 – й плюсневых костей, появление слизистых сумок. Большой палец отклоняется кнаружи из – за подвывиха. Развивается артроз сустава первого пальца.

**3. Физические упражнения как главное средство предупреждения плоскостопия у детей дошкольного возраста**

Лечебная физическая культура (ЛФК) – метод профилактики, и реабилитации больных средствами физкультуры и спорта.

Физические упражнения подбираются в соответствии с состоянием больного, особенностями заболевания. Сейчас мы рассматриваем физические упражнения на предупреждение плоскостопия.

Основным средством профилактики плоскостопия является ЛФК, которое понимается в широком смысле этого слова. Лечебную гимнастику необходимо выполнять и в домашних условиях, и в условиях детской поликлиники, физкультурного диспансера.

**Физические** упражнения в системе физического воспитания по своему биологическому механизму воздействия на человека предоставляют широкие возможности достичь значительного оздоровительного эффекта.

Цель ЛФК: 1. Поддержание оптимального двигательного режима; 2.укрепление мышечного корсета в целом; 3.развитие и укрепление мышц голени, стопы и пальцев; 4.формирование и закрепление навыка правильной ходьбы.

Наибольший эффект оказывают упражнения, если их выполнять босиком и по несколько раз в день: утром, как только встал с постели, и после дневного сна. В период от 3 до 7 лет ребенок интенсивно растет и развивается, движения становятся его потребностью, поэтому физическое воспитание особенно важно в этот период.

Проводят специальные занятия по предупреждению плоскостопия. Продолжительность занятий – 10 минут. Перед упражнениями следует походить на носках, затем попрыгать на носках на одной, а затем на двух ногах.

I. Разминка.

1. Хождение на высоких носочках.

2. Хождение на пяточках.

II. Основной комплекс упражнений.

1. «Окно» - ребенок, стоя на полу, разводи и сводит выпрямленные ноги не отрывая подошв от пола.

2. «Каток» - ребенок катет вперед-назад мяч, скалку или бутылку. Упражнения выполняются сначала одной, затем другой ногой. 3. «Разбойник» - ребенок сидит на полу с согнутыми ногами. Пятки плотно прижаты к полу и не отрываются от него в течение всего времени выполнения упражнения. Движениями пальцев ноги ребенок старается подтащить по полу полотенце (или салфетку) на которой лежит груз (камень), сначала одной. Затем другой ногой.

4. «Сборщик» - И.П. – тоже. Собирает пальцами одной ноги различные мелкие предметы, разложенные на полу, и складывает их в кучку, одной ногой, затем другой. Следует не допускать падания предметов при переноске.

5. «Художник» - И.П. – тоже. Карандашом, зажатым пальцами ног, рисует на листе бумаги различные фигуры, придерживая лист другой ногой. Упражнение выполняется сначала одной, затем другой ногой.

6. «Гусеница» - И.П. – тоже. Сгибая пальцы ноги, ребенок подтягивает пятку вперед, затем пальцы расправляются и движение повторяется. Упражнение выполняется обоими ногами одновременно.

7. «Серп» - И.П. – тоже. Подошвы ног на полу, расстояние между ними 20 см. Согнутые пальцы ног сначала сближаются, а затем разводятся в разные стороны, при этом пятки остаются на одном месте.

8. «Мельница» - И.П. – тоже. Ноги выпрямлены. Описываются ступнями дуги в разных направлениях.

9. «Барабанщик» - И.П. – тоже. Стучим носками ног не касаясь его пятками.

10. «Веселые прыжки» - И.П. – сидя, ноги плотно прижаты друг к другу. Поднять ноги, перенести их через лежащий на полу брусок (высота 20 см.), положить на пол, вернуться в И.П.

11. «Носильщик» - поднять кубик (мешок, мячик) двумя ногами, перенести его вправо, положить на пол. Вернуть кубик И.П. Затем кубик перенести в левую сторону, вернуться в И.П.

12. И.П. – лежа на животе руки в упоре, ноги вместе. Носки оттянуты, повернуты вовнутрь. Перейти в упор лежа. С опорой на передний отдел стопы и кисти рук.

13. И.П. – лежа на спине ноги врозь скользить стопой правой ноги по голени левой.

14. И.П. – стоя на носках опускаться на пятки и снова подняться.

С физическими упражнениями сочетают все виды классического массажа: поглаживание, растирание, разминание, вибрация.

Профилактике и лечению начальных форм плоскостопия способствует ходьба босиком по неровной почве, рыхлому песку, гальке.

**Глава 2. Содержание практической работы по профилактике плоскостопия в старшей группе д/с «Теремок» г. Уреня Нижегородской области**

**1. Диагностика состояния стоп у детей в старшей группе д/с «Теремок» г. Уреня Нижегородской области**

В последнее время в детском саду увеличилось количество детей, имеющих нарушения опорно – двигательного аппарата.

В нашем учреждении существует специализированная группа для лечения и профилактики нарушений опорно – двигательного аппарата. Совместно с врачом детской консультации и медсестрой д/с «Теремок» мы обследовали детей средних, старшей, подготовительной и логопедической групп. Всего с нарушением осанки и плоскостопием было выявлено 42 человека (нарушение осанки и плоскостопие – 17 человек, нарушение осанки – 10 человек, плоскостопие – 15 человек).

На начало учебного года дети прошли обследование у специалистов, получили заключительный диагноз и были зачислены в специализированную группу.

Списочный состав детей в специализированной группе на 2009 – 2010 учебный год 16 человек в возрасте от 5 до 7 лет с диагнозом: плоскостопие 1 – 2 стадии + нарушение осанки – 7 человек нарушение осанки – 2 человека плоскостопие 2 стадии - 4 человека ожирение + плоскостопие 2 стадии – 3 человека.

Групповые и индивидуальные занятия проводятся ежедневно, согласно режиму дня и на февраль 2010 года была выявлена положительная динамика у 6 человек, у 10 человек динамика без изменений.

Проводилось индивидуальное занятие по коррекции осанки и плоскостопия с ребенком Смирновым Антоном, на котором я присутствовала. Антон не обращал на меня особого внимания, т.к. я работник данного ДОУ.

Был составлен анамнез, и проведена плантография. Занятие проводила инструктор ЛФК Мамедова М.Е.**Плантография в приложении.**

Анамнез – это опрос родителей или родственников.

В результате проведённой плантографии было выявлено плоскостопие 2 степени. И для сравнения мы сделали плантографию ещё одному ребёнку Голубевой Маше, у которой нет плоскостопия.

1.**Анамнез.**

Ф.и. ребёнкаСмирнов Антон.возраст: 5 лет.

Мальчик от первой беременности. Доношенный. Ранее развитие по норме, но выявлено плоскостопие 2 степени.

2. Физическое развитие.

Мальчик физически развит, рост соответствует норме. Движения по подражанию и речевой инструкции выполняет хорошо. Слух и зрение в норме. Культурна – гигиенические навыки сформированы недостаточно ( не следит за внешним видом ).

3.Перенесённые заболевания

Вывихов и переломов не было.

4.Клиника.

Внешний осмотр стопы - египетский тип стопы, стопа в средней части расширена, продольный свод опущен. Стопа уплощена.

5.Боль.

Постоянные жалобы на повышенную утомляемость, ноющие боли в нижних конечностях вечером перед сном. Боли в спине вследствие компенсаторного лордоза. Индекс Фридланта - процентное соотношение высоты свода к длине стопы – 25 процентов.

6.Самосознание.

Фамилию, имя, пол, функции тела знает. Возраст показывает на пальцах. Любит когдахвалят за сделанное, любит похвалить себя. Контроль за выполнением задания снижен.

7.Интеллектуальное развитие.

Речь, обращённую к нему, понимает хорошо. Фонематический слух развит словарный запас недостаточный, затрудняется в выборе слов, путает понятия. Строй предложения нарушен.

8.Внимание. Память.

Внимание не устойчивое, прерывистое. Способность к запоминанию снижено. Основные мысли при пересказе выделяет только с помощью наводящих вопросов. Основной смысл текста понимает хорошо.

9.Ориентировка во времени.

Сформированы представления (сейчас), (вчера), (сегодня), (завтра) – не дифференцирует. Название времён года знает, но последователь воспроизводит с помощью, так же и дни недели. Знает левую и правую руку. Не знает слова (около), (вокруг), (рядом)

10.Состояние игровой деятельности.

Предпочитает подвижные игры, не усидчивый.

11.Эмоциональные реакции.

Настроение неустойчивое, бурно реагирует на внешние раздражители, импульсивен, часто бывает в возбуждённом состоянии. В группе он лидер.

12.Волевые проявления.

В сложных ситуациях целеустремлён. В мотивациипоступков преобладают похвала и интерес.

Общие выводы.

Регулярное посещение детского сада являются хорошим показателем в общении со сверстниками, а его невнимание на занятиях причиной отставания в развитии мыслительной деятельности. Динамика положительная.

Рекомендации.

1. Включать мальчика в игры с правилами.

2. Давать задания от простого к сложному.

3. Развивать мыслительную деятельность через классификацию и обобщение. 4. Продолжать проводить индивидуальные занятия по коррекции осанки и плоскостопия.

**2. Содержание педагогической деятельности по профилактике и коррекции плоскостопия в старшей группе д/с «Теремок» г. Уреня Нижегородской области**

Вырастить здоровых, красиво сложенных детей – непростая задача. С каждым годом медицинские работники ДОУ выявляют всё больше детей с плоскостопием и нарушением развития опорно – двигательного аппарата.

Осанку ребёнка необходимо формировать с самого раннего возраста, как в семье, таки в детских дошкольных учреждениях. Предупреждение развития, а также устранение неправильной осанки и плоскостопия должны находиться в центре внимания родителей, педагогов, инструкторов по физической культуре и медицинских работников ДОУ.

Задачи оздоровительно – профилактических мероприятий:

1.Поддержание оптимального двигательного режима; 2.Укрепление мышечного корсета в целом; 3.Профилактика хронических заболеваний и травматизма.

Основным средством профилактики плоскостопия является ЛФК.

В МДОУ №5 д/c комб. вида «Теремок» используются практически все существующие формы ЛФК: утренняя гигиеническая гимнастика, занятия лечебной гимнастикой, самостоятельные занятия (под контролем воспитателей), прогулки, оздоровительный бег, игровые занятия.

Для полноценного физического развития детей в нашем учреждении имеется физкультурный зал, оснащённый различным оборудованием и инвентарём. Для коррекции нарушений осанки и плоскостопия оборудован кабинет лечебной физкультуры. Он включает в себя тренажёры для развития разных групп мышц, лечебные и массажные мячи различных диаметров, балансир, предназначенный для развития чувства равновесия, координаций, движений, гибкости и подвижности суставов.

Изготовлено нестандартное оборудование: «ортопедическая дорожка» состоящая из гальки и других тренажёров выполненных из дерева.

Занятия с детьми организованы как индивидуальные, так и подгрупповые. В каждой группе д/сада оборудована физкультурно – оздоровительная зона, оснащённая необходимым инвентарём для профилактики нарушения осанки и плоскостопия.

К сожалению, родители не всегда уделяют внимание формированию у ребёнка правильной осанки и профилактике плоскостопия. Только когда ребёнок становится взрослым, замечают, как плохо сидит недавно купленная вещь, а ноги в новых ботинках «шаркают» по земле.

В условиях семьи необходимо стремиться соблюдать тот же чёткий распорядок дня и занятий детей, что и в детском саду, поэтому проводятся родительские собрания на тему профилактик и нарушения осанки и плоскостопия:

– стараться приучать детей спать на жёсткой ровной постели, с невысокой подушкой. – не - не водить детей за одну и ту же руку. – обеспечить детям рациональное, полноценное питание. – наличие мебели и предметов обихода должны соответствовать росту и возрасту ребёнка. – постоянный контроль над осанкой за столом. – полезны занятия плаванием, ходьба на лыжах (с 4 – х лет), езда на велосипеде, ходьба и бег без обуви по тренажёрам, песку, гравию.

- применение общеразвивающих упражнений, укрепляющих, в частности, и нижние конечности; - ежедневное использованием утренней гимнастики, тёплых ванн (35 – 36 ) (ноги опущены до колена), массажа; - ношение обуви на каблуке не более 1 – 2 см. При такой высоте каблука уравновешивается нагрузка на передний и задний отделы стопы. Если высота каблука возрастает, происходит смещение нагрузки на передний отдел стопы, икроножные мышцы находятся в состоянии постоянного напряжения, изменяется угол наклона таза, деформируется осанка; - ношение обуви на 1 см. больше самого длинного пальца (чаще первого, но может быть, второго, третьего); - обязательным выполнением требования: не донашивать обувь старших детей, так как в этом случае портится индивидуальная форма стопы; - ношение обуви, которая не должна быть узкой или слишком просторной, а её подошва – толстой, поскольку снижается естественная гибкость стопы; - использование занятий в бассейне, горизонтальным пластическим балетом (Н.Н. Ефименко), массовым оздоровительным спортом, спартианскими играми (О.В Козырева) и т.д.; -постоянное вниманием за правильной установкой стоп при ходьбе. Носки следует держать незначительно развёрнутыми.

При начинающемся плоскостопии, кроме подбора обуви, необходимо уменьшить нагрузка на свод стопы при стоянии и ходьбе, вкладывать в обувь супинаторы. В конце дня рекомендуются теплые ванны с последующим массажем свода стопы и супинирующих мышц.

Массаж – необходимая часть комплексного лечения плоскостопия. Он позволяет нормализовать тонус мышц стопы и голени: укрепить ослабленные, растянутые мышцы и расслабить напряженные, а это очень важно для восстановления их согласованной работы. Кроме того, улучшая кровообращение и иннервацию, массаж способствует улучшению питания мышц, связок и костей стопы. Приносит облегчение в случае боли в стопах и восстанавливает нормальные условия. Для развития и роста нижних конечностей.

Задачи лечебной физкультуры при плоскостопии у детей.

Общие задачи: 1. Общее укрепление организма ослабленного ребёнка; 2. Поддержание психомоторного развития на возрастном уровне; 3. Профилактика нарушения осанки.

Специальные задачи: 1. Исправление имеющейся деформации стопы (увеличение свода, устранение пронации пятки и т.д.) 2. Укрепление мышц, формирующих свод стопы; 3. Формирование и закрепление навыка правильной ходьбы.

Средства, используемые для поставленных задач:

Лечебная физическая культура во всём своём многообразии.

Физические упражнения при плоскостопии, как общеразвивающие, так и специальные, проводятся в разгрузочном исходном положении (устраняющем статическую нагрузку) – лёжа, сидя, особенно в начале курса ЛФК. По мере укрепления мышечно – связочного аппарата голени и стопы в основной части курса вводятся упражнения, в исходном положении стоя, в ходьбе.

Все специальные упражнения выполняются в сочетания с упражнениями, направленными на воспитание правильной осанки, и общеразвивающими упражнениями - в соответствии с возрастными особенностями занимающихся.

Подготовительная часть занятия 4 – 5 минут. **1.** Ходьба по массажному коврику 30 – 45 сек. На маленьком коврике переступать с ноги на ногу. Темп медленный. **2.** И.п. – лёжа на спине; 1 – руки через стороны вверх, посмотреть на кисти рук – вдох. 2 – руки через стороны вниз – выдох. При движении кисти рук касаются пола. На выдохе подбородок тянется к груди.3 – 4 раза, темп медленный. **3.** И.п. – то же, руки в стороны ; 1 – поворот вправо, ладони вместе; 2 – и. п. 3 – 4 – то же влево. Пятки на полу. Стопы расслаблены. 2 – 3 раза в каждую сторону, темп медленный. **4.** И. п. – то же, руки заголову; 1 – 4 – попеременное (одновременное сгибание ног в суставах). Сгруппироваться без помощи рук 2 – 3 раза, темп средний.

**5.** И. п. – то же; 1 – отвести правую ногу в сторону; 2 – И. п; 3 – 4 – то же левой. При движении носок на себя. 4 раза каждой ногой, темп средний.

Основная часть занятия 20 мин.**6.** И. п. – то же, руки вдоль туловища; 1 – поднять правую ногу; 2 – присоединить к ней левую: 3 – согнуть стопы в голеностопном суставе; 4 – и. п. Дыхание произвольное, ноги в коленях не сгибать. 3 – 4раза, темп средний. **7.** И. п. – сидя на полу с опорой на предплечье – «Ловись, рыбка»; 1 –согнуть стопу, поднять ногу; 2 – и. п., стопа расслаблена; 3 – 4 – то же другой ногой. Ногу поднимать медленно, чтобы рыбка не сорвалась с крючка. 3 – 4 раза каждой ногой, темп медленный. **8.** И. п. – то же; 1 – 4 согнуть пальцы и удержать их; 5 – 6 – развести пальцы в стороны. Методист проверяет работу всех пальцев, особенно мизинца. Последний раз – кто сильней (удерживать 10 – 12 счётов). Стопа находится в согнутом положении. 4 – 6 раз, темп медленный. **9.** И. п. – лёжа на спине, руки и ноги в стороны; 1 – 2 – поза «плод», кисти рук на стопах. В группировке кисти подтягивают передний отдел стопы. 2 – 3 раза, темп средний. **10.** И. п. – сидя, руки в упоре сзади; 1 – правая стопа согнута, левая старается разогнуть её, надавливая на передний отдел; 2 – то же правой ногой. Следить за прямой спиной ребёнка. Усилие выбирает ребёнок. 3 – 4 раза каждой ногой, темп медленный.

**11.** И. п. – то же; «встряхнуть» ноги – сгибание и разгибание коленей. Пятки касаются пола. Дыхание произвольное. 4 – 6 раза, темп средний. **12.** И. п. – сидя, руки в стороны; ходьба на ягодицах взад вперёд, назад. Смотреть вперёд, положение рук может быть разным. По 10 «шагов» в каждом направлении.**13.**И.п. – то же; «гусеница» большая и «гусеница» маленькая. Большая «гусеница» - передний отдел стопы поднимается над полом, маленькая – пальцы соприкасаются с полом.2 – 3 раза, темп средний. **14.** И.п. – то же; 1 – поднять платочек пальцами. 2 – отпустить. Выполнять попеременно или одновременно.4 – 6 раз каждой ногой, темп средний. **15.**И.п. – то же; собрать шарф стопами, в среднем отделе собрать небольшой валик. Расправить шарф в обратном направлении. Пятка остаётся на месте, движение выполняют передний отдел стопы и пальцы.1 – 2 раза, темп средний.

**16.**И.п. – то же; «Каракатица» - поднять платочки пальцами каждой ноги и идти вперёд, затем назад .Если ребёнок уронит платок следует его поднять и продолжать движение в заданном направлении.10 – 12 шагов в каждом направлении. **17.** И.п. – лёжа; «Я на солнышке лежу». Расслабиться.15 – 20 сек. **18.** И.п. – сидя на стуле, стопы на гимнастической палке; Спина прямая, смотреть перед собой.12 – 16 раз, темп средний. **19.** И.п. – то же стопы вместе; 1 – поднять пятки; 2 – развести в стороны и поставить на пол; 3 – 4 вернуться в и.п. Надплечья расслаблены. Положение рук различное.4 – 6 раз, темп средний. **20.** И.п. – то же; 1 – одновременно согнуть стопы и пальцы; 2 – и.п., расслабить стопу. Движение выполняется плавно.6 – 8 раз, темп средний. **21.** Игра на месте. Дети сидят по кругу, у одного ребёнка шарф в пальцах. Передавать шарф по часовой стрелке, затем в обратном направлении. Учитывается лучшее время всей команды в каждом направлении. Отличаются дети, не уронившие шарф.2 – 4 раза.

Заключительная часть занятия 4 – 5 минут.

**22.** Ходьба с правильной установкой стоп. Движения непринуждённые, спинка прямая,30 сек. – 1 мин. **23**. Ходьба на носках, пятках 30 сек. – 1 мин. **24.** Стоя взявшись за руки, перекаты с пятки на носок. Каждый старается поддержать партнёра.4 – 6 раз, темп средний. **25.** Стоя, встряхнуть правую ногу, затем левую.2 раза.

Подвижные игры при плоскостопии.

1. «Ловкие ноги». Дети сидят на полу, опираясь сзади руками, ноги вытянуты вперед, стопами удерживают мяч. Перекладывают мяч в сторону, передавая его другому игроку.
2. «Великаны и Карлик». «Великаны» ходят приподнимаясь на носках как можно выше, «Карлики» передвигаются присев на корточки.

**Заключение**

Каждый хочет видеть своих детей здоровыми, сильными, жизнерадостными, стройными, красивыми. Почему же многие юноши и девушки, школьники и младшие дети ходят «не поднимая ног», опустив голову, с сутулой спиной, расслабленными мышцами живота, с безвольно опущенными руками, сидят, сгорбившись, вобрав голову в плечи?

Вырастить здоровых, красиво сложенных детей – задача каждой семьи.

Начинать нужно с профилактики заболеваний грудного возраста детей.

Педагогический коллектив детского сада понимает важность и нужность всех оздоровительных мероприятий, которые проводятся у нас с детьми. Поэтому основной задачей нашего учреждения является оздоровление, обеспечение всестороннего физического развития ребёнка. Наш детский сад имеет определённые условия и хорошую материальную базу, что позволяет нам в полной мере заниматься оздоровлением дошкольников.

Инструктор ЛФК Мамедова М.Е. д/с «Теремок» написала статью и отдала её для публикации в газету «Уренские вести» под названием «Позаботьтесь о здоровье своих детей».

Профилактике плоскостопия нужно уделять отдельное внимание, т.к. стопа – это фундамент, опора нашего тела, и любое нарушение развития может отражаться на осанке ребёнка.

В коррекции различных видов плоскостопия преобладают функциональные методы лечения, среди которых ЛФК занимает ведущее место.

Очень важно эмоциональное состояние в семье.

Нужно воспитывать у родителей ответственность за своих детей и продолжать работу с родителями о соблюдении ортопедического режима в домашних условиях.

Рациональное питание, свежий воздух, солнце, водные процедуры, движения, физкультура, спорт – залог здоровья наших детей.

Помните! Легче предупредить заболевание, чем его лечить.

**Библиография**

1.Аленькин П.Ф. «Массаж и движения». –Екатеринбург., Средне – Уральское книжное издательство, 1992 г.

2.Белая М.А. «Руководство по лечебному массажу»,2 – е изд. – М.: Медицина, 1983 г.

3.Вавилова Е.Н. «Укрепление здоровья детей». М. 1995 г.

4.Данько Ю.И. «Очерки физиологических упражнений». М.: Медицина 1974 г.

5.Егоров Б.Б. «Развивающая педагогика оздоровления». М. 1994 г.

6.Зайцев А.А., Копеева Е.П., Палищук Н.К., Самугуб С.А. «Физическое воспитание дошкольников». – Калининград, 1997 г.

7.Зациорский В.М., Аруин А.С., Селуянов В.Н. «Биомеханика двигательного аппарата человека». – М.: ФиС, 1981 г.

8. «Как вырастить здорового ребёнка»/Под ред. В.П. Алферова. – Л.: Медицина, 1991 г.

9.Красикова А.С. «Профилактика лечения плоскостопия». М.,2002 г.

10.Легафт П.Ф. «Собрание педагогических сочинений». – М.: ФиС, 1953, Т.4.

11.Легафт П.Ф. «Анатомия мышечной системы». Л.:ФиС,1938 г.

12. «Лечебная физкультура при заболеваниях в детском возрасте»./Под.ред. С.М. Иванова. – М.: Медицина, 1975 г.

13. «Лечебная физкультура : справочник»/Под.ред. В.А. Епифанова. –М.: Медицина 1988 г.

14.Маркс В.О. «Ортопедическая диагностика». – Минск : Наука и механика, 1978 г.

15.Матвеев С.В., Херодинов Б.И. «Здоровый ребёнок. Физическое воспитание и врачебный контроль». – СПб.; Сотис,1999 г.

16.Обижесвет В.П. «Настольная книга медицинской сестры детского сада» 1998 г.

17.Осокина Т.И. «Пособие для воспитателей». М. 1988 г.

18.Олонцева Г.Н. «Учебное пособие». М. 1985 г.

19.Скоролупова О.А. «Контроль как один из этапов методической работы в дошкольном образовательном учреждении». М. 2003 г.

20.Спешнев Ф.Ф. «Спортивно – вспомогательная гимнастика». – М. :ФиС. 1957 г.

21. «Справочник по детской лечебной физкультуре»/Под ред. М.И. Фонарёва. – Л.: Медицина. 1983 г.

22. «Травматология и ортопедия»./Под ред. Г.С. Юмашева. – М.:Медицина.1990 г.

23.Хухлаева Д.В. «Теория и методики ОРВ детей дошкольного возраста». М.1978 г.

24.Щербак А.П. «Тематические физкультурные занятия и праздники в дошкольном учреждении». М. 1999 г.

25.Юмашев Г.С., Репкер К. «Основы реабилитации». М.: Медицина.1973 г.