Диагностика нарушений ОДА

**Анамнез.**

Анамнестические сведения о детях собирают путем опроса родителей, чаще матери, иногда ухаживающего за ребенком лица (бабушка, няня). Нельзя исключать опрос и самого ребенка (школьного и даже дошкольного возраста), что может пополнить анамнез; кроме того, дружеская беседа с ребенком подготовит его к спокойному отношению к объективному обследованию.
 Результаты заносятся в индивидуальную коррекционную карту в разделе анамнез.

Анамнез:

Наследственность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания, травмы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности развития (1 год жизни, 2 год жизни и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Соматоскопия – наружный осмотр .**

**Общие правила осмотра**

Осмотр детей целесообразно проводить в утренние часы в хорошо освещенном и теплом помещении. Во время осмотра необходимо соблюдать следующие правила:

* Ребенок должен быть раздет до трусиков и разут
* Не должно быть никаких прикосновений, которые могли бы изменить привычную, непринужденную позу ребенка.
* Ноги должны располагаться на ширине ступни и параллельно, чтобы вес тела распределялся равномерно, носки стоп на одной линии

Желательно, чтобы ребенок фиксировал взгляд на яркой игрушке или предмете, находящемся на уровне его глаз. Это связано с тем, что дети весьма непродолжительно время поддерживают необходимую для осмотра позу.

Ребенок должен стоять в обычной для него позе и не прилагать дополнительных усилий для ее поддержания. Стоять по стойке «смирно» не нужно.

**Схема осмотра**

Вначале проводится общий осмотр, при котором определяется телосложение ребенка, состояние его мускулатуры, наличие признаков дисплазии соединительной ткани организма.

Осмотр проводится в следующей последовательности: спереди, сзади, сбоку и в наклоне вперед. Это позволяет оценить осанку во фронтальной (спереди и сзади), сагиттальной (сбоку) и горизонтальной (в наклоне вперед) плоскостях. Кроме того, желательно провести осмотр перед большим зеркалом - с целью проверки способности ребенка волевым усилием изменять характер осанки.

**Осмотр спереди** (фронтальная плоскость)

Голова и лицо - отмечается асимметрию лица и черепа, фик­сируется наличие отклонений средней линии головы во фронтальной и сагиттальной плоскостях (наклоны, сгибания, разгибания, повороты вправо-влево), определяется количество стигм дисэмбриогенеза.

Грудная клетка - отмечается форма грудной клетки, особенно если имеются деформации врожденного, рахитического или сколиотического происхождения. Форма грудной клетки может быть цилиндрической, уплощенной, бочкообразной и т. д. Желательно также при осмотре грудной клетки определить тип дыхания - грудное, диафрагмальное или полное.

Живот - отмечается, втянутый ли он, равномерно выпуклый или выступает за уровень грудной клетки; в положении лежа можно оценить, нет ли расхождения прямых мышц живота.

Положение таза– «косой», «скрученный».

Форма ног - прямые, Х-образные, О-образные.

**Осмотр сбоку.**

(сагиттальная плоскость)

Отмечается расположение всех частей тела сверху вниз - положение головы, плечевого пояса, форма грудной клетки, живота и спины, угол наклона таза, отклонение оси нижних конечностей. Особенно важно от­метить выраженность физиологических изгибов позвоночника (сглажены, увелнчен/уменьшен лордоз или кифоз) .Необходимо определить, имеется ли рекурвация (прогиб кзади) коленей, так как этот симптом является одним из проявлений гипермобильности суставов.

Принято выделять следующие формы нарушений осанки в сагит­тальной плоскости

Сутулая спина - увеличен грудной кифоз на уровне верхней трети грудного отдела позвоночника (нижняя часть кифотической дуги закан­чивается на уровне седьмого-восьмого грудного позвонка) при одно­временном сглаживании поясничного лордоза, плечи сведены вперед, лопатки крыловидные.

Круглая спина - увеличен грудной кифоз на протяжении всего грудного отдела позвоночника (нижняя часть кифотической дуги заканчивается на уровне 12-го грудного позвонка), мышцы спины перерастянуты, а мышцы грудной клетки спереди сокращены, поэтому плечи сведены, при этом обычно сглажен поясничный лордоз.

Кругловогнутая спина - увеличены все физиологические кривизны позвоночника, сопротивляемость его повышена, угол наклона таза увеличен, голова, шея, плечи наклонены вперед, живот выступает, колени максимально разогнуты, перерастянyты мышцы спины, брюшного пресса, ягодиц и задней поверхности бедер.

Плоская спина- градус кривизны позвоночника сглажен, таз имеет более горизонтальную установку, угол наклона таза уменьшен, сопротивляемость позвоночника снижена. При осмотре спина ребенка производит впечатление доски. Вследствие плохой сопротивляемости позвоночника легко образуются боковые искривления (сколиозы), чаше возникают компрессионные переломы позвоночника при действии механических повреждений, а также дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника.

Плосковогнутая спина - грудной кифоз сглажен, а поясничный лордоз увеличен, при этом угол наклона таза также увеличен, грудная клетка узкая, мышцы живота ослаблены, перерастянуты мышцы спины, ягодиц и задней поверхности бедер.

**Осмотр со стороны спины**

**(фронтальная плоскость)**

**Положение головы** - определяется степень наклона во фронтальной плоскости и поворот в горизонтальной плоскости по расположению мочек ушей.

**Положение плечевого пояса** - оценивается уровень надплечий, углов лопаток, «крыловидность» лопаток, симметричность их расположения по отношению к центральной позвоночной оси.

**Треугольники талии**- отмечается симметричность и глубина треугольников талии.

**Позвоночник** - положение позвоночника оценивается по линии остистых отростков, состоянию паравертебральных мышц. Отмечается уровень, длина и вершина дуги искривления. При осмотре области позвоночника могут быть отмечены изменения в виде пигментных или сосудистых пятен, усиленного рисунка подкожных вен, кровоизлияний, повышенной сухости кожи или локального усиленного роста волос.

По результатам осмотра спереди, сбоку и сзади определяется по­ложение таза и форму ног.

**Таз** - горизонтальное положение таза определяется по передним верхним остям гребней подвздошных костей при осмотре спереди, по межъягодичной складке и задним верхним остям подвздошных кос­тей - при осмотре сзади, по углу наклона таза - при осмотре сбоку.

**Нижние конечности** - отмечаем форму ног (прямые, 0- или Х-образные), рекурвацию в коленных суставах, варусное (кнаружи) или вальгусное (кнутри) положение пяток и наличие плоскостопия.

С целью предварительной оценки длины ног в положении пациента лежа на спине выполняется следующий тест. Обследующий сгибает ниж­ние конечности пациента в коленных суставах и приводит их к грудной клетке, затем устанавливает стопы на кушетку. При этом ноги остаются согнутыми в коленных суставах под углом примерно 90º. Затем плавно разгибает ноги. Все движения выполняются проводящим обследование человеком, пациент при этом максимально расслаблен и ему не помо­гает. Длина ног оценивается по нижнему краю внутренних лодыжек. Если они находятся на разном уровне, врач может также провести тест

Даунинга, который заключается в следующем: у пациента, находящегося в положении лежа на спине, укороченная конечность сгибается в ко­ленном суставе, отводится и ротируется латерально таким образом, чтобы стопа этой конечности оказалась на уровне коленного сустава «длинной» ноги. Затем укороченная нога, скользя по гребню больше­берцовой кости, выпрямляется. Все описанные движения выполняются плавно и непрерывно. Уменьшение разницы в длине ног указывает на функциональный характер дисфункции. Данная манипуляция является первым шагом в дифференциальной диагностике, позволяющей определить анатомическую или функциональную разнодлинность ног.

**Осмотр в наклоне вперед**

**(горизонтальная плоскость)**

Необходимо предварительно объяснить ребенку правильную последовательность действий и проконтролировать их выполнение. Ребенок должен прижать подбородок к груди, медленно наклониться вперед, не сгибая ног в коленных суставах, со свободно опущенными руками и согнутым положением головы ровно до горизонтального уровня спины.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Суставы*(движение в физиологических приделах, ограничения в движениях, деформация (где))* |  |  |  |
| Развитие мускулатуры*(хорошее, среднее, слабое, равномерное, неравномерное (где),тонус)* |  |  |  |
| Жироотложение*(нормальное, пониженное, повышенное, равномерное, неравномерное(где))* |  |  |  |
| Кожа*(цвет, сухость, влажность, наличиепиментации, высыпаний)* |  |  |  |
| Другие особенности ОДА |  |  |  |

Для оценки наличия, выраженности и симметричности мышечного валика и реберного выбухания необходимо осмотреть спину не только со стороны головы, но и со стороны ягодиц. При наличии признаков асимметричности и видимого одностороннего реберного выбухания можно заподозрить развитие сколиоза, так как это является признаком поворота (торсии) позвонков вокруг своей оси.

Все результаты осмотра необходимо занести в индивидуальную карту ребенка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пположение головы*(на одной вертикали с туловищем, подана вперед, наклонена вправо, влево)* |  |  |  |
| Положение плечевого пояса*(на одном уровне, одинаковость ширины левого и правого плеча, развернуты или поданы вперед)* |  |  |  |
| Позвоночник*(выраженность изгибов)* |  |  |  |
| Сколиоз *(наличае, вид, форма, степень)* |  |  |  |
| Треугольники талии*(симметричность)* |  |  |  |
| Форма спины*(плоская, круглая, кругловогнутая, плосковогнутая)* |  |  |  |
| Лопатки *(нормальные, крыловидные)* |  |  |  |
| Форма грудной клетки*(цилиндрическая, коническая, уплощенная, впалая, асимметричная, куриная, бочкообразная и др.)* |  |  |  |
| Форма живота*(прямая, впалая, отвислая, асимметричная)* |  |  |  |
| **Общая характеристика осанки***(правильная, сутуловатая, лордотическая,кифотическая)* |  |  |  |
| Форма рук*(прямые, Х-образные)* |  |  |  |
| Форма ног*(прямые, Х-образные, О-образные)* |  |  |  |
| Стопы , установка(вальгус., варус., нормальные, уплощенные, плоские, поые) |  |  |  |

**Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата и показателя физического развития**

Оценка функционального состояния систем организма, ответствен­ных за формирование осанки, и физических качеств, ее определяющих, в первую очередь необходима для определения базисного уровня, исхо­дя из которого будут строиться программы реабилитации. Кроме того, функциональные показатели более изменчивы и чувствительны к на­правленной тренировке; положительные сдвиги в отношении отдельных физических качеств и функций достигаются значительно раньше, чем изменение статических характеристик и формы тела. Оценка функционального состояния опорно-двигательного аппарата включает в себя оценку состояния позвоночника и мышечного корсета туловища.

Тест №1. Тест на определение подвижности позвоночника вперед.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание теста | Исходные данные | I квартал | II квартал | III квартал |
| Проводится из исходного положения стоя. Попросите ребенка нагнуться вперед, опустив руки вниз, не сгибая коленей. Если подвижность позвоночника в норме, ребенок концами пальцев достает пол. Расстояние от пола до средних пальцев опущенных рук измеряется линейкой или сантиметровой лентой. |  |  |  |  |
| Примечания: |

Тест №2. Тест на определение подвижности позвоночника назад.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание теста | Исходные данные | I квартал | II квартал | III квартал |
| Проводится из исходного положения стоя. Сначала измеряется расстояние от VII шейного позвонка до границы крестца и копчика в прямом положении. Затем измерение этого же расстояния производится при сгибании туловища и головы назад при выпрямленных в коленях ногах. Разница в сантиметрах показывает степень подвижности позвоночника назад. | I | I I | I | I I | I | I I | I | I I |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Примечания: |

Тест №3. Тест на определение подвижности позвоночника в стороны.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исходные данные | I квартал | II квартал | III квартал |
| право | лево | право | лево | право | лево | право | лево |
| I | I I | I | I I | I | I I | I  | I I | I | I I | I | I I | I | I I | I | I I |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Описание теста**:** определяется из исходного положения стоя, стопы вместе.

1. вначале измеряется расстояние от конца среднего пальца правой руки и левой руки до пола. При ассиметрии осанки эти показатели будут различными.
2. То же самое измерение проводится при сгибании туловища вправо и влево. Движения должны совершаться строго в одной плоскости.

Разница между I и II измерением в сантиметрах показывает степень подвижности позвоночника в стороны.

Норма боковой подвижности у детей дошкольного возраста 15-20 см.

Примечания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тест №4. определение силы и выносливости мышц спины (мин).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание теста | Исходные данные | I квартал | II квартал | III квартал |
| Проводится следующим образом: попросить ребенка, лежащего на полу на животе, приподнять голову и верхнюю часть груди и руки. Руки отведены назад или в «крылышках». По секундомеру определить время удержания этой позы. |  |  |  |  |
| Примечания: |

Тест №5. Определение силы и выносливости мышц брюшного пресса (раз).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание теста | Исходные данные | I квартал | II квартал | III квартал |
| Переход из исходного положения лежа на спине. Причем ребенок должен садиться с прямой спиной, руки на поясе. Для того, чтобы помочь ребенку в выполнении этого сложного упражнения, удерживать ноги ребенка в области голени. Задайте определенный темп: 16-20 полных движений в минуту. Упражнение прекращается при появлении явных признаков утомления: покраснение лица, дрожание, отталкивание от пола руками. |  |  |  |  |
| Примечания: |

Все данные заносятся в индивидуальные коррекционные карты контроля состояния ОДА и осуществления мониторинга.

**Мониторинговая таблица:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Антропометрия  |  |  |
| Соматоскопия  |  |  |
| Функциональное состояние ОДА | Тест №1 |  |  |
| Тест №2 |  |  |
| Тест №3 |  |  |
| Тест №4 |  |  |
| Тест №5 |  |  |