

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ национальный исследовательский ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра теоретических основ
физического воспитания

«Эффективность комплексного применения средств реабилитации с целью коррекции
опорно-двигательной системы»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

студента 4 курса 416 группы

направления 49.03.01 «Физическая культура»

бакалавриат

Института физической культуры и спорта

Шоболовой Анны Васильевны

Научный руководитель
Доцент, к.м.н.

подпись, дата

Н. М. Царева

Зав. кафедрой, к.м.н., доцент

подпись, дата

Т.А.Беспалова

г. Саратов 2016г.

Содержание

| | |
|--|----|
| Введение..... | 3 |
| Глава 1. Обзор литературы по проблеме нарушений осанки плоскостопия | |
| 1.1 Нарушения осанки..... | 6 |
| 1.2 Проблемы плоскостопия..... | 7 |
| 1.3 Возможности адаптивной физической культуры в реабилитации детей с нарушением осанки и плоскостопием..... | 8 |
| Глава 2. Организация, материалы и методы исследования нарушений ОДА в экспериментальной группе..... | 10 |
| Заключение | 12 |
| Список литературы..... | 14 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Изменения в жизни общества нашей страны, произошедшие в последнее десятилетие, характеризуются усилением внимания к проблемам здоровья молодежи с нарушениями со стороны ОДА и осознанием реабилитации как важной государственной задачи.

В настоящее время в связи с постоянно меняющимися условиями экологии, нарастающей гипокинезией и прогрессирующей гиподинамией, все большее число людей страдает теми или иными заболеваниями и, в частности, часто встречающимися нарушениями со стороны ОДА. Известно, что основой различных нарушений осанки является недостаточная двигательная активность и неправильное положение позвоночника, при котором происходит образование навыка неправильной установки тела с недостаточной чувствительностью рецепторов, определяющих вертикальное положение позвоночника или ослаблением мышц, удерживающих это положение, а так же, с ограничением подвижности в суставах.

Отрицательное влияние на формирование осанки в детском возрасте оказывают вредные привычки, возникающие еще в раннем детстве, а также приобретенные в школьном возрасте, разные неправильные положения тела при занятиях и во время сна. Особенно портит осанку неправильная поза при письме и чтении.

Функционированию структурных деформаций позвоночника предшествуют функциональные изменения в костной, соединительной и нервно-мышечной ткани. Развившиеся деформации определяют ряд новых функциональных приспособлений, обуславливающих характер двигательных навыков.

Во многом развитие плоскостопия, нарушение осанки - результат нашей невнимательности к тому образу жизни и двигательной активности, которые мы разрешаем нашим детям.

Дефекты осанки могут быть связаны с изменением физиологической кривизны позвоночника, их усилением или ослаблением в сагиттальной плоскости и, как правило, связаны с асимметрией плечевого пояса. Распространенные дефекты осанки любого

возраста – выраженные изгибы позвоночника вперед (шейный и поясничный лордозы), назад (грудной и крестцовый кифозы) и боковые (сколиозы). Сложные

(комбинированные) виды искривления позвоночника встречаются реже. Дефекты позвоночника связаны с увеличением угла наклона таза. Зонами риска, определяющими характер нарушений осанки, являются шейный, грудной и поясничный отделы позвоночника, угол наклона таза, стопа, мышечная система. Нарушения и деформации осанки неблагоприятно сказываются на функциях внутренних органов: затрудняется работа сердца, лёгких, желудочно-кишечного тракта; уменьшается жизненная ёмкость лёгких; снижается обмен веществ; появляются головные боли, повышенная утомляемость; снижается аппетит, наблюдаемый становится вялым, апатичным, избегает подвижных игр.

«Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь»- древнее изречение Гиппократ в наш век научно-технического прогресса остается актуальным.

Признавая научную ценность указанных выше сведений, мы считаем целесообразным изучение возможностей применения в комплексе средств ЛФК, массажа, физиотерапевтических процедур, дыхательных упражнений, иглорефлексотерапии, пеших прогулок, подвижных игр, плавания в реабилитации молодых людей обоих полов 14-25 лет с нарушением ОДА, а актуальность данного исследования обусловлена увеличением числа пациентов с данными проблемами.

Объект исследования: юноши и девушки 14-25 лет с различными нарушениями ОДА, которые в течение года были под наблюдением методиста-инструктора (реабилитолога) с целью коррекции этих нарушений.

Предмет исследования: роль различных реабилитационных комплексов в коррекции нарушений ОДА.

Гипотеза исследования: выбор и применение наиболее эффективных средств для коррекции нарушений ОДА у 16 юношей и девушек 14-25.

Цель исследования : изучение проблемы сколиотической болезни, а так же изучение результатов применения различных реабилитационных комплексов в коррекции нарушений ОДА .

Цель дипломной работы определили следующие задачи:

1. Проанализировать современные источники литературы, посвященные различным нарушениям со стороны ОДА.
2. Ознакомиться с современными методами коррекции нарушений ОДА.
3. Выбрать и применить реабилитационный комплекс в течении года для коррекции различных степеней нарушения осанки у 16 юношей и девушек 14-25.
4. Оценить эффективность разработанной и примененной коррекционной программы исправления нарушения осанки в наблюдаемой группе юношей и девушек .

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ И ПЛОСКОСТОПИЯ

1.1. нарушения осанки

Сколиоз (от гр. scolios – «изогнутый, кривой») – это прогрессирующее заболевание, характеризующееся дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси. Термин «сколиоз», предложенный еще Галеном (во II веке нашей эры), объединяет все виды стойкого бокового искривления позвоночника. Под термином «сколиоз» в настоящее время условно объединяются различные, но не совсем идентичные по патогенезу и механогенезу патологические изменения в позвоночнике и в паравертебральных тканях – в костной, нервно-мышечной и соединительно-тканной системах организма.

Осанка – это привычное положение тела непринужденно стоящего человека. Осанка зависит от степени развития мышечной системы, угла наклона таза, положения и формы позвоночника (физиологические изгибы). Нарушения осанки возникают у детей в раннем возрасте: в ясельном – у 2,1%; в 4 года – у 15-17% детей; в 7 лет – у каждого третьего ребенка. В школьном возрасте процент детей с нарушением осанки продолжает расти. Так, по данным Д. А. Ивановой с соавторами, нарушения осанки имеются у 67% школьников.

Различают три степени нарушения осанки.

I степень – характеризуется небольшими изменениями осанки, которые устраняются путем целенаправленной концентрации внимания ребенка.

II степень – характеризуется увеличением количества симптомов нарушения осанки, которые устраняются при разгрузочном положении позвоночника в горизонтальном положении или приподвешивании (за подмышечные впадины).

III степень – характеризуется серьезными нарушениями осанки, которые не устраняются при разгрузочном положении позвоночника.

Для детей дошкольного возраста наиболее характерны I-II степени нарушения осанки; для школьников – II-III степени.

В настоящее время различают семь видов нарушений осанки в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

В **сагиттальной плоскости** различают 5 видов нарушений осанки, вызванных увеличением (3 вида) или уменьшением (2 вида) физиологических изгибов .

При **увеличении физиологических изгибов** различают сутуловатость, круглую и кругло-вогнутую спину.

В зависимости от выраженности дуги искривления позвоночника сколиоз классифицируют по степеням:

I степень – дуга искривления до 10° ;

II степень – до 30° ;

III степень – до 60° ;

IV степень – 60° и более.

В зависимости от анатомических особенностей и степени бокового искривления различают две группы сколиозов: неструктурные, или простые, и структурные, или сложные. Большинство сколиозов I и II степеней относят к **н е с т р у к т у р н ы м**, с простым боковым отклонением позвоночника. Такая деформация, как правило, не имеет структурных, т. е. грубых анатомических изменений позвонков и позвоночника в целом, в частности, нет фиксированной ротации, характерной для структурного сколиоза.

1.2.проблемы плоскостопия

На формирование осанки большое влияние оказывает состояние нижних конечностей, в частности плоскостопие.

Плоскостопие - уплощение продольного или поперечного свода одной или обеих стоп; возможны сочетания обеих видов деформации стопы. При этом стопа соприкасается с полом (землёй) почти всей своей поверхностью, а её отпечаток лишен характерной внутренней выемки (рис.1). Рис.1. Отпечатки стоп у взрослых:



а. Нормальная стопаб. Плоская стопа

Плоскостопие развивается чаще в детстве, когда нагрузка на стопу не соответствует выносливости её мышц. Наиболее ранние признаки плоскостопия - ноющая боль в стопе, мышцах голени, бедра, в пояснице. К вечеру может появиться отёк стопы, исчезающий за ночь. В дальнейшем стопа деформируется, удлиняется и расширяется в средней части. При тяжёлых степенях плоскостопия значительно изменяется походка: становится неуклюжей, скованной. Чем же характеризуется плоскостопие как заболевание?

С этиологической точки зрения, Лосева В.С, различает 5 видов плоской стопы: врожденную, рахическую, паралитическую, травматическую и статическую[25].

Для правильного формирования свода стопы нужна постоянная тренировка мышц и связок стопы. Заставляют работать мышцы и связки ходьба по жесткой траве, камням, песку. Без нагрузки мышцы стоп слабеют (как и любые мышцы без работы) и не поддерживают стопу в приподнятом состоянии. В результате чего возникает плоскостопие.

1.3 Возможности адаптивной физической культуры в реабилитации детей с нарушением осанки и плоскостопием

Возникновение и развитие нарушения осанки - сложный процесс, протекающий в период роста скелета. В литературе отмечается, что он развивается при наличии трех факторов[]:

1. Первичный патологический фактор — наследственный (нарушения на уровне генного аппарата, хромосом, проявляющиеся диспластическими изменениями в спинном мозге, позвонках, межпозвонковых дисках, сосудах и др.) или приобретенный.

2. Фактор, создающий общий патологический фон и обуславливающий проявления первого фактора в целом сегменте позвоночника (обменногормональные), эндокринные нарушения, остеопороз), — предрасполагающий фактор.

3. Статико-динамический фактор, имеющий особое значение в период формирования структурных изменений позвонков и реализующий действие первых двух факторов.

Учитывая, что врач-ортопед может влиять практически только на третий фактор, следует строить план лечения, исходя из следующих принципов:

Регулирование роста позвонков, образующих дугу искривления.

Уменьшение функционального компонента, т. е. нестабильности позвоночника. Наличие кривизны позвоночника всегда сопровождается функциональной компенсацией, развитием противоискривлений; чем мобильнее позвоночник, тем более выражены искривления при нагрузке

Устранение декомпенсации, искривления. Разная степень величины дуг искривления позвоночника неминуемо ведет к увеличению меньшей и отклонению корпуса, т. е. к декомпенсации

Медикаментозное, физиотерапевтическое воздействие на весь организм, направленное на нормализацию обмена веществ.

Для лечения нарушений осанки с древности медики применяют лечебную физкультуру. Этим методом лечения практически невозможно травмировать позвоночник, в связи с чем, он более распространен.

ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ОДА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРУППЕ.

Работа выполнялась на базе ООО НКЛ центра кинезотерапии по методу В.Дикуля в модификации Бубновского методистом-реабилитологом этого же центра.

В результате проведенного скрининга в исследование было включено 16 юношей и девушек 14-25 лет с различными нарушениями ОДА, которые в течение года были под наблюдением методиста-реабилитолога с целью коррекции этих нарушений. Процент заболеваемости сколеотической болезнью среди молодежи составляет до 80%, причем у женщин она встречается в 10 раз чаще чем у мужчин и не редко в сочетании с проблемными стопами (плоскостопием).

Занятия ЛГ проводились по индивидуально-групповому принципу с ежедневной коррекцией объема и интенсивности воздействия на основе субъективных и объективных данных.

На первом этапе проводились общеразвивающие и дыхательные упражнения статического и динамического характера в течение 10-15 мин.

Затем подключались специальные упражнения, направленные на перестройку патологического изменения тонуса мышц спины, таза и конечностей, а также на осуществление деторсии и выравнивание перекоса таза.

Основопологающим моментом коррекции сколиоза у подростков с укороченной нижней конечностью является ликвидация мышечных асимметрий тазового пояса и спины спомощью применения управляемой механокинезиотерапии в виде МРК.

Отбор больных проводился на основе обследования с анализом жалоб, данных анамнеза, дополнительных методов обследования. Принимали во внимание возраст, пол. При сборе анамнеза учитывалась длительность заболевания, устанавливались факторы риска.

На каждого пациента заполнялась амбулаторная карта:

В эксперименте приняли участие 16 юношей и девушек. У всех молодых людей отмечались в той или иной степени нарушения со стороны ОДА.

В самом начале исследования проводился общий осмотр, при котором определялось телосложение, состояние его мускулатуры, наличие признаков дисплазии соединительной ткани организма.

Осмотр проводится в следующей последовательности: спереди, сбоку, сзади и в наклоне вперед. Это позволило оценивать осанку во фронтальной (спереди и сзади), сагиттальной (сбоку) и горизонтальной (в наклоне вперед) плоскостях.

Все методы диагностики деформации позвоночника можно разделить: **субъективные и объективные**. К субъективным методам относится визуальный осмотр, который мы проводили для определения нарушения осанки детей исследуемых групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛФК и другие методы реабилитации, направленные на борьбу с таким недугом как сколиоз являются обязательными элементами в комплексном консервативном лечении. Сколиоз – это не просто деформация позвоночника, а общее тяжелое заболевание, которое вовлекает в патологический процесс наиболее важные системы организма: дыхательную, сердечно-сосудистую, нервную. По мере своего развития он приводит к значительным деформациям грудной клетки, позвоночника, таза, что, в свою очередь, замедляет физическое и половое развитие, если речь идет о молодом организме, приносит больным тяжелые страдания, как моральные, так и физические.

Лечение сколиотической болезни – процесс длительный, сложный, требующий активного и сознательного отношения больного к процессу.

Говоря о лечении сколиотической болезни I–II стадии, необходимо отметить комплекс консервативного лечения, который включает в себя ЛФК, массаж, лечебное плавание, методы ортопедической коррекции (корсетирование, гипсовые кровати), электростимуляцию, щадящий двигательный режим, обеспечивающий ограничение нагрузок на позвоночник.

Ведущее место в мероприятиях консервативного лечения отводится ЛФК, которая способствует формированию рационального мышечного корсета, удерживающего позвоночный столб в положении максимальной коррекции. Вопрос консервативного лечения сколиотической болезни особенно актуален на ранних стадиях заболевания. В результате проведенной работы и поставленных целей и задач мы представили следующие выводы:

1. Были проанализированы современные литературные источники, посвященные наиболее часто встречающимся нарушениям со стороны ОДА, а конкретно интересующими нас сколеоз и плоскостопие. В результате анализа полученных сведений было установлено, что данные нарушения ОДА встречается в 80% как нарушения осанки, чаще у женщин и не редко сопровождаются плоскостопием. Основой различных нарушений осанки является недостаточная двигательная активность и неправильное положение позвоночника, при котором происходит образование навыка неправильной

установки (тела) корпуса с недостаточной чувствительностью рецепторов, определяющих вертикальное положение позвоночника.

2. Ознакомились с современными методами коррекции нарушений ОДА, которые активно и эффективно используются во многих реабилитационных центрах.

3. Выбрали реабилитационный комплекс , предложенный В. Дикулем в модификации Бубновского и применили его на практике в течении года для коррекции различных степеней нарушения осанки у 16 юношей и девушек 14-25.

4. При оценке эффективности разработанной и примененной коррекционной программы исправления нарушения осанки в наблюдаемой группе юношей и девушек было установлено, что степень нарушения осанки регрессировала практически у всех наблюдаемых (реабилитантов) в той или иной степени, а нарушения со стороны стоп остались на том же уровне, что можно объяснить тем, что этой проблеме, вероятно, необходимо уделять больше внимания (и по срокам в том числе), используя несколько другие коррекционные программы.

В результате применения различных реабилитационных мероприятий в течение одного года, улучшается коррекция функционального состояния мышечного корсета, предотвращая тем самым появление проблем в виде дальнейших нарушений ОДА.

Достоверность различия в показателях степеней выраженности нарушений осанки до и после реабилитации- $p < 0,05$.

В результате проведенного эксперимента можно сделать вывод об эффективности данной коррекционной программы для молодых людей с различной степенью выраженности нарушением осанки: различия достоверны относительно показателей в обеих группах по полу, т.е. $p < (меньше) 0,05$.

5. Таким образом, мы выбрали эффективную и перспективную реабилитационную программу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальсевич В.К. Конверсия высоких технологий спортивной подготовки как актуальное направление совершенствования физического воспитания для всех//Теория и практика физической культуры, 1993, №4
2. Бирюков А.А. Самомассаж. Москва, 1983 г.
3. Бобырь А.И., Никитин В.В. Дефанотерапия нарушений осанки и сколиоза. Уфа.1999.
4. Большая медицинская энциклопедия.
5. Брыкин А.Т. Гимнастика. М.,1971.
6. Вавилова Е.Н. Укрепляйте здоровье детей. М. 1986.
7. Васичкин В. И. Лечебный и гигиенический массаж. - Мн.,1997.
8. Васичкин В.И. Справочник по массажу. - Л.: Медицина, 1991.
9. Велитченко В.К. Физкультура для ослабленных детей. - М.: ФиС, 1989.
10. Вейс М., Зембатов А. М., Физиотерапия. - Москва 1986 г.; Варшава 1989г.
11. Веневцев С.И., Дмитриев А.А. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушениями интеллекта средствами адаптивной физической культуры. - М. «Советский спорт», 2004.
12. Виленский М.Я. Физическая культура в гуманитарном образовательном пространстве вуза //Физ. культура: воспитание, образование, тренировка, 1996, № 1.
13. Выдрин В.М. Теория физической культуры (культурологический аспект). Учебное пособие - Л.: ГДОИФК им. П.Ф. Лесгафта, 1988.
14. Гришин Т.В., Никитин С.В. Методы профилактики нарушений осанки у детей в общеобразовательных школах //Вестник гильдии протезистов-ортопедов, 2000, № 3, с. 38-42.
15. Доленко Ф.Л. Берегите суставы. - 2 из п.- М.: ФиС, 1990.
16. Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры. - Л.: ВДКИФК, 1985.
17. Евсеев С.П., Шипицина Л.М. Частные методики адаптивной физической культуры. - М. «Советский спорт», 2004.
18. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи / Адаптивная физическая культура и функционально состояние инвалидов. – СПб, 1996.
19. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура. - М. «Гэотар-мед». 2002.
20. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение: (лечебная физкультура, массаж и трудотерапия) при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. - М.:

Медицина, 1969.

21. Котешева И.К. Оздоровительная методика при Сколиозе.
22. Куничев Л.А. Лечебный массаж. - Л.: Медицина, 1979.
23. Ловейко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при плоскостопии. Л. 1982.
24. Ловейко И.Д., Фонарев М.И. Лечебная физическая культура при заболеваниях позвоночника у детей. - Л.: Медицина, 1988. - 143 с.
25. Лосева В.С. Плоскостопие у детей 6-7 лет: Профилактика и лечение. Издательство: «Сфера», 2004.
26. Лубышева Л.И. Современные подходы к формированию физкультурного знания у студентов вузов. // Теория и практика физической культуры, 1993, №3.
27. Николайчук Л.В., Николайчук Э.В. Остеохондроз, сколиоз, плоскостопие. — Мн.: Книжный Дом, 2004. — 320 с. — (Домашний доктор).
28. Плаксунова Э. В. Коррекционное значение средств адаптивной физической культуры в восстановлении двигательной функции у детей с сочетанными нарушениями в развитии // Физическая культура. 1998. № 2.
29. Полеся Г.В., Петренко Г.Г. Лечебное плавание при нарушении осанки и сколиоза у детей. - К.: "Здоров'я", 1980.
30. Постникова В.М. Общая методика применения физических упражнений в лечебной физкультуре. М. 1967.
31. Потапчук А.А. Дидур М.Д. Осанка и физическое развитие детей. Санкт-Петербург. «Речь» 2001.
32. Рыжова С. П. Оздоровительная гимнастика для детей с нарушением осанки с использованием гимнастических мечей, разработанных Джоан Познер-Мейер. - М. «Советский спорт», 2004.
33. Сидоров С.П. Различные нарушения осанки у детей и подростков и занятия физкультурой и спортом. Москва. 2005
34. Спирин В.К., Городничев Р.М. Развитие теории оздоровительной физической культуры индивидуальной направленности для детей разного возраста // Матер. V Российского национального конгресса с международным участием. - СПб., 2000, с. 208 - 209.
35. Справочник по детской лечебной физической культуре / Под. ред. М.И. Фонарева. - Л.: Медицина, 1983.
36. Фонарев М.И. Справочник по детской ЛФК. - М., 1983.
37. Фридланд М.О. Статические деформации стопы у взрослых и детей. // Ортопедия и травматология. № 8. 1960.

38. Хансен Р., Тейлор Дж. Человек в движении: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1991.
39. Хрущев, С.В. Компьютерные технологии мониторинга физического здоровья школьников / С.В. Хрущев, С.Д. Поляков, А.М. Соболев // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. - 2004. - №4. - С.4-8.
40. Чаклин В.Д.,Абальмасова Е.А.сколиози кифозы. М."Медицина",1975.
41. Яковлев Э. Спорт не просто увлечение // Социальное обеспечение. 1981. № 6.