

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 современного общества, произошедшие в последнее десятилетие, характеризуются усилением внимания к проблемам здоровья молодежи с нарушениями со стороны опорно-двигательного аппарата и осознанием профилактики и реабилитации как важной государственной задачи.

В настоящее время в связи с тем, что постоянно меняются условия среды обитания, которые характеризуются нарастающей гипокинезией и прогрессирующей гиподинамией, все больше людей страдает теми или иными заболеваниями с нарушениями со стороны опорно-двигательного аппарата (ОДА). Как известно, основой различных нарушений осанки является не только недостаточная двигательная активность и неправильное положение позвоночника, при которых 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.

Кроме того, 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, которые ведут к различным деформациям и определяют ряд новых функциональных приспособлений, обуславливающих характер двигательных навыков.

Во многом развитие плоскостопия, а так же нарушение осанки - результат нашей невнимательности к тому образу жизни и двигательной активности, которые мы разрешаем нашим детям, ослабляя родительский контроль, показываем им на своем примере не правильное отношение к собственному здоровью.

Дефекты осанки могут быть так же связаны с изменением физиологической кривизны позвоночника, усилением или ослаблением в сагиттальной плоскости и , как правило, связаны с асимметрией плечевого пояса. Распространенные дефекты осанки в любом возрасте это выраженные изгибы позвоночника вперед (шейный и поясничный

лордозы), назад (грудной и крестцовый кифозы) и боковые (сколиозы). Сложные, т.е.(комбинированные) виды искривления позвоночника встречаются гораздо реже. Дефекты позвоночника, как правило, связаны с увеличением угла наклона таза. Зонами риска, определяющими характер нарушений осанки, являются шейный, грудной и поясничные отделы позвоночника, а так же угол наклона таза, стопа, мышечная система. Нарушения и деформации со стороны осанки неблагоприятно сказываются на функциях внутренних органов, что приводит к затруднению работы сердца, лёгких, желудочно-кишечного тракта; уменьшению жизненной ёмкости лёгких; снижению обмена веществ; кроме того, появляются головные боли, повышенная утомляемость; снижается аппетит, наблюдаемый становится вялым, апатичным, избегающим 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 именно 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. Актуальность данного исследования обусловлена увеличением числа пациентов с данными проблемами за последние годы.

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. характеристика нарушений осанки

Сколиоз (от гр. scolios – «изогнутый, кривой») – это прогрессирующее заболевание, которое характеризуется дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси. Термин же «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 изученному патогенезу, а та же и механо-генезу патологические изменения в позвоночнике и в паравертебральных тканях – в костной, нервно-мышечной и соединительно-тканной и других системах организма.

Осанка – это привычное положение тела непринужденно стоящего человека, которая зависит от многих причин: степени развития мышечной системы, угла наклона таза, положения и формы позвоночника (физиологические изгибы). Нарушения осанки может возникать у детей в раннем возрасте: в ясельном – у 2,1%; в 4 года – у 15-17% детей; а, 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 при подвешивании (за подмышечные впадины).

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

Для детей дошкольного возраста по данным многих авторов наиболее характерны I-II степени нарушения осанки; а для школьников – II-III степеней.

В настоящее время выделяют 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 их называют простые, и структурные, или сложные. Большинство сколиозов I и II степеней относят к неструктурным, 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 стопа б. 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, т. е. рахитическую, 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 опорно-двигательного аппарата. В литературе отмечается, что он развивается при наличии не менее трех факторов:

1. Первичный влияющий патологический фактор — наследственный (нарушения на уровне генетического аппарата, хромосом, который проявляется дисплазией как в спинном мозге, так и непосредственно, в позвонках, межпозвонковых дисках, сосудах и т.д.) или приобретенный.

2. Фактор, создающий общий патологический фон и обуславливающий проявления первого фактора указанного выше в целом сегменте позвоночника, т. е. обменно-гормональные, эндокринные нарушения, ведущие к остеопорозу,— это так называемый, предрасполагающий фактор.

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

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

1.Регулирование роста позвонков, образующих дугу искривления.

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

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

4.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 при адекватном подходе травмировать позвоночник. В связи с чем, он нашел наибольшее распространение.

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

Работа выполнялась на базе ООО НКЛ центра кинезотерапии по методу В.Дидуля в модификации С.М. 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 с помощью применения управляемой механо-кинезио-терапии 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 обязательно 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 обязательный 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 и другие. 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 необходимость применения комплекса 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 сколиоз 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 С.М.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 корректирующих мероприятий в течение одного года, улучшается статус 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 достаточно эффективную и перспективную реабилитационную программу.

