Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФАКУЛЬТЕТ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

(ЗАОЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ)

КАФЕДРА ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

РЕФЕРАТ

Кифоз и ЛФК при его лечении

Выполнила:

студентка 11-з группы

факультета ВСО

Карагодина А. А.,

Проверила:

Богдалова Е. Ю.

ОРЕНБУРГ 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАНА - МАУ

.1 Симптомы болезни Шейермана

.2 Обследование при болезни Шейермана

.3 Лечение болезни Шейермана

ГЛАВА 2. КИФОЗ

ГЛАВА 3. КИФОЗ И ЛФК ПРИ ЕГО ЛЕЧЕНИИ

.1 Лечебная гимнacтикa при кифозе (сутулая и круглая спина)

.2 Общеразвивающие упражнения

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

ВВЕДЕНИЕ

В норме позвоночник и таз образуют вместе с нервно-мышечным аппаратом спины, живота, грудной клетки, диафрагмы и мышцами нижних конечностей одну гармоничную систему.

Правильно сформированный позвоночник имеет физиологические изгибы в сагиттальной плоскости (при осмотре сбоку) в виде шейного и поясничного лордоза и кифоза в грудном и крестцовых отделах. Эти изгибы наряду с эластическими свойствами межпозвоночных дисков обуславливают амортизирующие особенности позвоночника.

Отклонения этих показателей от нормы свидетельствуют о наличии нарушений осанки.

Кифоз - это искривление позвоночника выпуклостью назад. Выделяют кифоз физиологический, который наблюдается в норме у взрослых людей (кифоз грудной и кифоз крестцовый), и кифоз патологический, который появляется в результате заболеваний или травм позвоночника, а также при нарушениях осанки. Проще говоря, кифоз - это сутулость или горбатость.

Искривление грудного отдела позвоночника приводит к формированию «круглой спины». Круглая спина (как отклонение от нормального типа) представляет характерную позу: плечи свисают кпереди и книзу, угол наклонения таза уменьшен. Грудь сужена в положении экспирации ( выдоха). Диафрагма оттеснена книзу, брюшная стенка расслаблена, живот слегка выпячен. Центр тяжести проходит кзади на уровне поясничного отдела. Это положение компенсируется наклонением вперед верхней части туловища.
При этой форме искривления позвоночника в связи с клиновидной деформацией позвонков, дегенерацией межпозвоночных хрящей, деформирующим спондилоартрозом и другими причинами, как правило, развивается контрактура мышц передней брюшной стенки, грудных мышц и растяжение мышц спины, нарушается осанка (сведенные плечи, крыловидные лопатки).

В результате заметно ухудшается подвижность ребер, грудной клетки в целом, что приводит к уменьшению жизненной емкости и вентиляции легких, нарушается функциональное состояние позвоночника (особенно рессорная функция), следствием чего являются неблагоприятные изменения кардиореспираторной и других систем организма.

Такая деформация позвоночника, выраженная в различной степени, наблюдается чаще в детском и юношеском возрасте.

В патогенезе кифоза следует учитывать врожденную особенность строения позвоночника, слабость мышц всего туловища, некоторые заболевания позвоночника: рахит, туберкулезный спондилит, анкилозирующий спондилез, при травматических повреждениях позвоночника, параличе мышц спины, при мышечной дистрофии и др.

Увеличение грудного кифоза является проявлением заболевания позвоночника, которое проявляется в подростковом возрасте: юношеского кифоза - болезни Шейерман - Мау.

ГЛАВА 1. Болезнь Шейерман - Мау

Болезнь Шейермана обычно впервые проявляется в период активного роста, в возрасте 13 - 15 лет. В это время скелет подростка начинает быстро расти, однако мышцы спины не успевают подрастать и укрепляться с той же скоростью. В результате мышцы спины оказываются растянутыми вдоль позвоночника, а их способность к сокращению и выполнению своей поддерживающей функции (функции удержания позвоночника) оказывается существенно сниженной. То есть мышцы спины, будучи растянутыми и ослабленными, плохо держат осанку.

Как следствие, ребенку трудно подолгу стоять и сидеть ровно, его мышцы устают, он начинает сутулиться - тогда мышцы грудного отдела позвоночника еще больше растягиваются и частично атрофируются. В наиболее тяжелых случаях мышцы грудного отдела спины почти совсем перестают выполнять свою поддерживающую функцию и не держат спину. А оставшиеся без поддержки мышц, позвонки грудного отдела позвоночника при долгом стоянии или сидении подвергаются повышенному давлению и сплющиваются спереди, что приводит к еще большей сутулости.

Как вы понимаете, оказывается нарушенным равновесие тела, а вот этого наш организм не может допустить ни при каких обстоятельствах. Он реагирует на увеличение грудного кифоза (то есть на сутулость) усилением поясничного изгиба и сокращением поясничных мышц. Длительное "компенсаторное" сокращение поясничных мышц вызывает чувство тяжести в пояснице при малейшей вертикальной нагрузке - ходьбе, беге, стоянии. Кроме того, со временем спазм поясничных мышц ухудшает отток крови от нижних конечностей и вызывает нарушение кровообращения ног.

Течение болезни у ряда больных сопровождается многочисленными смещениями межпозвонковых суставов во всех отделах позвоночника, что иногда приводит к резкому ухудшению самочувствия (но, к счастью, это происходит не у каждого заболевшего).

И наконец, в самом худшем случае, деформация грудного отдела позвоночника приводит к горбатости, возникает "сжатость" грудной клетки и уменьшение объема легких, что способствует развитию частых бронхолегочных заболеваний. Но до такого плачевного состояния доходит крайне редко - лишь у одного больного из десяти. Поэтому вернемся немного назад и посмотрим, что происходит с позвонками у обычного (типичного) больного.

Как известно, состояние костей (их плотность) зависит от активности кровоснабжения, а в области позвоночника роль своеобразной помпы для прокачки крови выполняют мышцы спины. В силу того, что при болезни Шейермана "прокачка" крови мышцами грудного отдела резко снижается, ухудшается кровоснабжение позвонков и они становятся менее прочными, легко "продавливаются".

Именно при болезни Шейермана образуются грыжи Шморля, иногда единичные, а иногда множественные. Кроме того, позвонки сплющиваются спереди и приобретают типичную клиновидную форму, благодаря чему болезнь легко распознается на рентгеновском снимке, сделанном сбоку.

.1 Симптомы болезни Шейермана

Первым, самым ранним симптомом болезни Шейермана является чувство тяжести, усталости в спине. Причем нередко жалобы ребенка на усталость воспринимаются родителями как признак лени и игнорируются. А ребенку на самом деле трудно долго стоять или сидеть ровно, ему хочется прилечь, чтобы разгрузить уставшие мышцы спины.

По мере прогрессирования болезни появляются незначительные боли в спине - "боли усталости". Эти боли редко становятся интенсивными, поэтому обращение к врачу, как правило, откладывается.

Поначалу "боли усталости" исчезают после короткого отдыха. Однако со временем отдых перестает приносить заметное облегчение и чувство "тяжести" беспокоит ребенка даже после сна. В дальнейшем становится заметной характерная внешняя особенность: сутулость, которая все больше и больше усугубляется.

Постепенно появляется ограничение движения в грудном отделе позвоночника и укорочение поясничных мышц, что приводит к уменьшению гибкости при наклонах вперед. Наклоняясь, ребенок не может достать пола руками. Если из-за укорочения и спазма поясничных мышц ухудшается прохождение крови в нижние конечности, то после нагрузок ноги подростка начинает "крутить". Особенно сильно ноги "крутит" по ночам.

Иногда происходят болезненные спазмы мышц поясничной области и смещение позвонков грудного отдела позвоночника, что приводит к достаточно затяжным приступам острых болей в этих участках спины.

Пик болезни приходится на шестнадцати - восемнадцатилетний возраст, после чего, как ни странно, в ряде случаев состояние постепенно улучшается: ведь формирование скелета в основном уже завершено, и организм приспосабливается к болезни.

Относительно благополучный период продолжается лет 10 - 15, но примерно с тридцатилетнего возраста, если не принимать никаких мер, самочувствие вновь потихоньку ухудшается. Ведь в этом возрасте иссякает природный запас прочности, а поддержанием хорошей физической формы большинство тридцати - тридцатипятилетних людей не занимаются.

Без должного лечения перепады самочувствия - то улучшение, то ухудшение состояния - сопровождают пациента всю жизнь, но одно остается неизменным - ощущение постоянной усталости в спине и ногах. В пожилом возрасте может добавиться нарушение кровообращения нижних конечностей, которое проявляется снижением чувствительности ног, затруднением при ходьбе; ноги постоянно холодные - кровь с трудом проходит до кончиков пальцев. Кожа ног становится сухой, шершавой, иногда на ногах образуются трофические язвы. Но, к счастью, до такого доходит не очень часто, лишь в крайне запущенных случаях.

.2 Обследование при болезни Шейермана

В типичных случаях клиника болезни настолько характерна, что уточнение диагноза не представляет никаких затруднений - достаточно рентгенограммы грудного отдела позвоночника.

Остальные обследования проводят при каких-то сомнениях, например, когда болезнь Шейермана сопровождается нетипично сильными болями. Тогда может потребоваться проведение компьютерной томографии и анализов крови для исключения другой сопутствующей патологии позвоночника.

Кстати, родителям мальчиков будет полезно узнать, что обнаружение на рентгенограмме позвоночника клиновидной деформации 2-3-х позвонков или наличие нескольких грыж Шморля может служить основанием для освобождения от воинской обязанности.

.3 Лечение болезни Шейермана

Итак, с чего же начинать? Если речь идет о ребенке, необходимо создать ему щадящий режим. Нужно следить, чтобы ребенок поменьше сидел. Учитывая, что в школе за партой он должен сидеть поневоле, постарайтесь дома устроить так, чтобы ребенок играл и готовил уроки лежа или полулежа. Спать желательно (но не обязательно) на достаточно жестком матрасе, однако помните, что рекомендации, предписывающие спать на досках или деревянном щите, уже устарели. Конечно, если не проводить нормального лечения, не остается ничего другого, как только придумывать подобные экзекуции, но проблемы они не решат. Что действительно может помочь - это правильно подобранная лечебная гимнастика.

Лечебная гимнастика является главным, важнейшим и самым необходимым методом лечения: она обеспечивает 80% успеха в терапии болезни Шейермана.

В первую очередь, как вы понимаете, нужно укрепить мышцы спины и особенно мышцы грудного отдела позвоночника.

В меньшей степени при болезни Шейермана укрепляют мышцы шеи и поясницы. Но зато надо обязательно уделить внимание ягодичным мышцам, которые почти всегда ослаблены у таких пациентов.

Помимо укрепляющих упражнений, минут 10 - 15 в день необходимо посвятить упражнениям для растяжения поясничных мышц, чтобы уменьшить их спазм и напряжение.

Результата от гимнастики можно ожидать не раньше чем через месяц, а для достижения стойкого эффекта необходимо заниматься хотя бы 6 месяцев, после чего можно уменьшить продолжительность занятий до 20 - 25 минут через день либо прерваться на полгода, а потом повторить весь шестимесячный курс гимнастики заново. При болезни Шейермана все упражнения, выполняемые с отягощениями, можно делать только лежа.

Конечно, это усредненная примерная схема занятий. На самом деле любое лечение (а гимнастика - это тоже лечение!) должен назначать и расписывать врач с учетом стадии болезни и состояния пациента.

Массаж спины при болезни Шейермана применяется для восстановления кровообращения в мышцах и особенно полезен в сочетании с гимнастикой. В этом случае массаж ускоряет восстановительно-обменные процессы в мышцах после упражнений, а кроме того, повышает тонус мышц и их силу. Многие пациенты после сеанса массажа отмечают, что они могут стоять ровнее и им легче держать спину.

Конечно, нужно понимать, что одним массажем результата не добиться, а кроме того, при болезни Шейермана массаж желательно делать регулярно, хотя бы 2 - 3 курса в год по 6 - 8 сеансов. В силу относительной дороговизны процедуры не каждый может себе это позволить. Поэтому и выходит, что лучше гимнастики может быть только гимнастика, а массаж - лишь оптимальное дополнение к ней.

Постизометрическая релаксация (ПИР) при болезни Шейермана требуется всегда, когда имеется спазм и укорочение поясничных мышц. Нет другого метода, который мог бы лучше растянуть и расслабить мышцы поясницы. Поэтому ПИР бывает необходима практически половине пациентов, причем некоторым из них требуется достаточно большое количество подобных процедур - от 6 до 12 сеансов за курс лечения.

Мануальная терапия при этом заболевании, наоборот, используется минимально, и только тогда, когда имеются смещения межпозвонковых суставов в каких-то конкретных отделах и когда пациент в дальнейшем готов делать гимнастику. В противном случае состояние больного может со временем даже ухудшиться - мануальные манипуляции, проводимые подобным больным слишком активно, при ослабленных мышцах и связках могут вызвать дальнейшее "разбалтывание" позвоночника.

Лекарственные препараты при болезни Шейермана в большинстве случаев не очень нужны. Только тогда, когда разрушение позвонка зашло уж слишком далеко и есть вероятность дальнейшего ухудшения состояния костей позвоночника. Рекомендованы лекарственные средства для укрепления скелета. Это могут быть или препараты с витамином D (например, рыбий жир), или миакальцик в сочетании с кальцием, либо другие препараты для укрепления костей. Однако надо иметь в виду, что большинство подобных лекарств предназначено только для пациентов старше 18 лет.

Другие методы лечения при болезни Шейермана абсолютно не актуальны и являются напрасной тратой времени, и денег. Да и вообще, как уже говорилось, на 80% залог успеха при этом заболевании - правильно подобранная лечебная гимнастика, не требующая финансовых затрат и сложных специальных приспособлений. Так что, как ни банально это звучит, в данном случае здоровье пациента - дело рук самого пациента.

ГЛАВА 2. Кифоз

Стойкий патологический кифоз в одном из отделов позвоночника при нормальной подвижности остальной его части компенсируется в момент нагрузки противоискривлением (компенсаторным лордозом) смежных отделов. Со временем компенсаторное противоискривление может сделаться стойким.

В грудном отделе достаточно незначительной деформации, чтобы кифоз сделался ясно заметным. В поясничном и шейном отделах позвоночника кифоз появляется при значительных изменениях.

Если искривление в сагиттальной плоскости (кифоз) ограничивается одним позвоночников, т. е. находится между затылком и тазом, плечи же располагаются прямо над тазом, деформация считается компенсированной. Линия, мысленно проведенная от наружного слухового прохода до наружной лодыжки, пересечет в этом случае лопаточный отросток и большой вертел бедра (рис. 1).



Рис. 1. Компенсированный кифоз верхнегрудного отдела позвоночника. Отвесная линия, проведенная от наружного слухового отверстия вниз, пересекает лопаточный отросток и большой вертел бедра.

При некомпенсированной деформации в искривление вовлекается не только позвоночник, но и все тело. Таз и плечи смещены и не накладываются друг на друга: плечи располагаются кзади, большие вертелы - кпереди от описанной линии, тазобедренные суставы переразогнуты.

Кифотическая кривизна образована грудными позвонками, тазом и нижними конечностями (рис. 2).



Рис. 2. Некомпенсированный кифоз грудного отдела позвоночника. Отвесная линия, проведенная от наружного слухового отверстия, проходит впереди лопаточного отростка и позади большого вертела бедра.

По форме кифозы бывают дугообразными и углообразными. Дуга кифотического искривления может быть длинной или короткой. Кифозирование нижнегрудного отдела, позвоночника укорачивает его и деформирует заднюю поверхность грудной клетки. Последняя при резко выраженном кифозе принимает форму крышки гроба, что особенно хорошо заметно при наклоне больного кпереди (рис. 3).



Рис. 3. Деформация грудной клетки при кифозе нижнегрудного отдела позвоночника.

При углообразном кифозе вершиной углового искривления становится остистый отросток одного, реже двух позвонков. Дугообразный кифоз с короткой дугой искривления и углообразный кифоз называют горбом.

При исследовании больного определяют уровень кифотического искривления позвоночника, его вершину и протяженность. В зависимости от локализации патологических изменений различают грудную форму кифоза, вовлекающую 6-10-й грудные позвонки и поясничную или пояснично-грудную, с поражением 1-2-го поясничных и 11-12-го грудных позвонков. Выясняют стойкость кифоза, наличие или отсутствие компенсаторного лордоза, уровень последнего и степень компенсации кифоза противоискривлением.

Определяют степень выраженности деформации, измеряют угол кифоза (КУ), образованный двумя касательными, одной на уровне 2-3-го грудных позвонков, другой на уровне 12-го грудного - 1-го поясничного позвонков (рис. 4).



Рис. 4. Определение угла кифоза (УК) между касательными.

Определяют также рост больного и вес, а в положении больного стоя - глубину шейного и поясничного выгибов (рис. 5).



Рис. 5. Измерение глубины шейного (FC) и поясничного (FL) лордозов.

Кифоз измеряют с помощью кифометра в положении:

привычной осанки;

выпрямленной осанки;

наибольшего сгибания и разгибания позвоночника.

Исследуют подвижность позвоночника, осматривая его сбоку. При наклоне кпереди позвоночник не обнаруживает равномерной дуги, как это наблюдается при сгибании кпереди здорового позвоночника. Участки позвоночника, вовлеченные в кифотическое искривление, сгибаются сильнее, чем смежные отделы (рис. 6, 7).



Рис. 6. Усиление кифоза грудного отдела при наклоне туловища кпереди.



Рис. 7. Усиление кифоза верхнепоясничного отдела. Наклон кпереди.

Причем смежные отделы позвоночника часто не принимают участия в акте сгибания, остаются разогнутыми. Активный наклон здоровой спины кзади обнаруживает полное разгибание позвоночника, образующее равномерную, выпуклую кпереди дугу; при кифозе хорошо заметно при разгибании остаточное искривление, располагающееся в зоне кифотической кривизны.

Больному предлагают наклониться вперед со свободно свисающими руками. Затем он должен поднимать голову и надплечья, причем врач надавливает в это время рукой на поясничный отдел позвоночника, стараясь удержать тазобедренные суставы согнутыми. При таком исследовании разгибается грудной отдел позвоночника. В положении лежа на животе позвоночник полностью разгибается, если больной заложит руки за голову и приподнимет над ложем голову с зажатыми над ней руками. В таких условиях, делается хорошо видимым остаточный кифоз, не исправляющийся при разгибании.

Кифоз не болезнь, а симптом, который может возникнуть вследствие многочисленных предрасполагающих или вызывающих деформацию причин. В задачу исследования в каждом отдельном случае входит не только определение особенностей кифоза, но и выяснение причины его возникновения. Кифоз может развиться при изменениях позвонков (тел, дужек), межпозвонковых дисков, при слабости связочного аппарата, снижении силы длинных мышц спины.

В клинических условиях наблюдаются кифозы врожденные и приобретенные. Врожденный кифоз может быть обусловлен задним клиновидным полупозвонком, синостозом тел позвонков, недоразвитием межпозвонковых дисков, широким врожденным расщеплением дужек. Приобретенные кифозы наблюдаются при рахите, после операции ламинэктомии с удалением многих дужек, при травматических, воспалительных и опухолевых поражениях тел позвонков, при остеохондропатии позвонков, деформирующем спондилозе, остеопорозе и заболеваниях костного мозга (детская лейкемия). К сплющиванию тел позвонков и к кифозу приводят некоторые системные заболевания скелета (энхондральный дизостоз, хондродистрофия, остеопсатироз и др.) и первичные миопатии (прогрессивная мышечная дистрофия, миатония, миастения). Такие кифозы стоят на границе между врожденными и приобретенными, так как основное заболевание является врожденным.

Кифоз может развиться в любом возрасте. Каждому возрасту присуща своя, типичная для данного возраста причина кифоза. Возрастные особенности некоторых кифотических искривлений настолько характерны, что иногда при формулировке диагноза добавляют к слову кифоз не его причину, а возраст больного. Например, рахитический кифоз называют младенческим кифозом (kyphosis infantilis), а деформирующую остеохондропатию позвоночника (osteochondropathia deformans dorsis. m. Scheuermann) - юношеским кифозом (kyphosis adolescentium).

Младенческий кифоз (kyphosis infantilis) обнаруживают при осмотре сидящего младенца сбоку (рис. 8).



Рис. 8. Круглый горб (при рахитическом кифозе), обнаруживаемый при сидении младенца.

Кифоз имеет вид сравнительно короткий дуги с вершиной на уровне I-III поясничных позвонков. Если при укладывании ребенка на живот дуга искривления полностью исчезает, то кифоз считают нестойким, обусловленным слабостью связочно-мышечного аппарата. При стойкой деформации кифоз полностью не выравнивается даже тогда, когда ребенок уложен на живот; к изменениям связочно-мышечного аппарата присоединяется при стойком кифозе деформация тел позвонков, принимающих клиновидную форму. Самой частой причиной младенческого кифоза является рахит, поэтому младенческий кифоз правильнее именовать рахитическим кифозом (kyphosis rachitica). Оба наименования могут быть совмещены, например младенческий рахитический кифоз (kyphosis infantilis rachitica).

Широко распространенный в свое время взгляд на рахитический младенческий кифоз как на «зачаток» сколиоза не подтвердился дальнейшими наблюдениями; значение рахита в возникновении сколиоза невелико.

Вторым видом младенческого кифоза является стойкое дугообразное искривление поясничного отдела позвоночника, наблюдаемое иногда у новорожденного и переходящее в более поздний возраст. Оно не имеет отношения к рахиту и обусловливается энхондральным дизостозом - kyphosis infantilis dysostotica (Mau, 1962).

Детский кифоз (kyphosis juvenilis, предъюношеский кифоз, детский пояснично-грудной кифоз). Мышечная форма кифоза наблюдается у детей плохого физического развития или у недавно перенесших тяжелое заболевание. Она представляет собой нарушенную осанку у ребенка в период роста, обусловленную общей мышечной слабостью. Костная форма детского кифоза развивается как вторичная деформация при заболеваниях и повреждениях, разрушающих тела позвонков (туберкулезный спондилит и др.).

Кифоз взрослых и пожилых (kyphosis praesenilis, senilis). Кифотическое искривление позвоночника, появившееся в детском или юношеском возрасте, усиливается у пожилых (рис. 9).

 

Рис. 9. Схематическое изображение перехода от вялой, нефиксированной, к фиксированной круглой спине при юношеском кифозе и, наконец, к окончательной фазе кифоза по Kohler.

У взрослых резко выраженный кифоз, обезображивающий нормальную форму спины, может возникнуть при хроническом прогрессирующем спондилоартрите, известном под названием болезни Бехтерева или анкилозирующего спондилита (spondylitis ankylopoetica). Начало заболевания обычно относится к третьей декаде жизни, мужчины поражаются в девять раз чаше женщин. Развитой анкилозирующий спондилит хорошо известен по конечной стадии заболевания - спина больного образует непрерывную дугу от основания черепа до крестца. Нижняя половина живота вздута, колени согнуты, руки откинуты назад.

В пожилом возрасте наблюдаются несколько видов кифоза. Кифоз при обезображивающем спондилозе (spondylosis deformans kyphotica) может быть первичнокостным или первичнохрящевым. Первичнокостная форма обычно является последствием юношеского кифоза (см. выше), первичнохрящевая возникает на почве дегенерации межпозвонковых дисков, что сближает ее с остеоартрозом периферических суставов. Обезображивающий спондилоз может протекать с кифозом или без него. Кифоз, таким образом, не является особенностью, характерной для спондилоза, а может сосуществовать с ним как результат старческой инволюции позвоночника.

Пресенильный кифоз (kyphosis praesenilis) представляет собой особую форму кифотического искривления позвоночника. Чаще всего пресенильный кифоз развивается у женщин в возрасте 50-55 лет через 1-1,5 десятилетия после прекращения менструального цикла. Отличается он от сенильного кифоза не только более молодым возрастом больных, но и болезненностью, не наблюдающейся при старческом кифозе. Пресенильный кифоз протекает на фоне значительно распространенного остеопороза. В патологии его играют роль гормональные нарушения, но не только они, так как к определенному возрасту прекращается менструальный цикл у всех женщин, а остеопороз возникает не у каждой.

Старческий (сенильный) кифоз (kyphosis senilis) - это «старческая» спина, кифотическое искривление которой резче всего бывает выражено в верхней и средней частях грудного отдела позвоночника. Деформация развивается вместе с физиологическим процессом старения, медленно, сверху вниз. Изменения локализуются в передней части дисков, подвергающихся процессу дегенерации и сплющиванию вплоть до соприкосновения вентральных краев тел смежных позвонков. Сами тела позвонков первично не обнаруживают больших изменений, принимая слегка клиновидную форму. Отличается старческий кифоз от остаточных изменений юношеского кифоза у стариков расположением вершины дуги искривления. При старческом кифозе она лежит в верхней части грудного отдела позвоночника, при остаточных явлениях юношеского - в нижней части.

Кифоз при деформирующей остеодистрофии (osteodystrophia s. osteitis deformans Paget) локализуется в поясничной области. Изменения формы черепа и конечностей настолько характерны, что диагноз заболевания становится очевидным при первом взгляде на больного. Типичная картина измененного внешнего вида наблюдается обычно в поздних стадиях болезни Пэджета, длящейся несколько десятилетий. Ранние стадия ее могут долгое время оставаться нераспознанными.

ГЛАВА 3. Кифоз и ЛФК при его лечении

Кифоз - искривление позвоночника в сагиттальной плоскости с образованием выпуклости, обращенной кзади. При резко выраженной сутулой спине позвоночник может быть искривлен на всем протяжении - от поясничного до шейного отдела. При искривлении преимущественно верхнего грудного отдела позвоночника кифоз носит название «круглая спина». При этой деформации позвоночника (особенно при круглой спине) в связи с клиновидной деформацией позвонков, дегенерацией межпозвоночных хрящей, деформирующим спондилоартрозом и другими причинами, как правило, развивается контрактура мышц передней брюшной стенки, гpyдных мьшц и растяжение мышц спины нарушается осанка (сведенные плечи, крыловидные лопатки). В результате заметно ухудшается подвижность ребер, грудной клетки в целом, что приводит к уменьшению жизненной емкости и вентиляции легких, нарушается функциональное состояние позвоночника (особенно рессорная фyнкция), следствием чего являются неблагоприятные изменения кардиореспираторной и других систем организма.

При этой патологии, помимо соблюдения рационального режима статической нагрузки на позвоночник, лечения положением, назначения массажа и других ортопедических средств консервативного лечения, используют физические упражнения, выгибающие корпус, укрепляющие мышцы спины, увеличивающие подвижность позвоночника в грудном отделе и “вытягивающие” его, формирующие правильную осанку (различные варианты упражнений на четвереньках в ползании, висы, упражнения лежа на животе, лечение положением на клиновидной подставке и т. д.). Все эти упражнения необходимо проводить на фоне общеукрепляющих мероприятий, использования дыхательных упражнений, с учетом физической подготовленности больного, его функциональных возможностей.

3.1 Лечебная гимнастика при кифозе (сутулая и круглая спина)

болезнь шейерман кифоз гимнастика

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Раздел занятия | Исходное положение | Упражнения | Число повторений | Методические указания |
| Вводный | Основная стойка | Подняться на носки, руки через стороны вверх (вдох), опустить руки через стороны, вернуться в исходное положение | 6-8 раз | Медленно |
| Основной | Стоя, ноги на ширине плеч, гимнастическая палка на лопатках | Поднять палку вверх, запрокинуть голову назад (вдох), вернуться в исходное положение (выдох) | 8-10 раз | Медленно |
|  | Стоя на четвереньках (коленно-кистевое положение) | Ползание на четвереньках в “полуглубоком” положении (голова приподнята, локти в стороны, грудная клетка опущена) | 50-70 шагов | В среднем темпе |
|  | Лежа на спине, руки согнуты в локтях | С опорой на локти и затылок пpогнyrь позвоночник в грудном отделе (вдох), опуститься в исходное положение (выдох) | 10-12 раз | Медленно |
|  | Лежа на животе, руки к плечам | С напряжением прогнуть позвоночник, запрокинуть голову, опираясь на предплечья оторвать грудную клетку от пола (вдох), вернуться в исходное положение (выдох) | 5-7 раз | Медленно |
|  | Лежа на животе, руки держат гимнастическую палку на лопатках | 3aпрокинyrь голову, прогнуть позвоночник, вернуться в исходное положение | 4-6 раз | Медленно. Дыхание произвольное |
|  | Стоя, ноги на ширине плеч, в руках гимнастическая палка на лопатках | Присесть с палкой на лопатках (выдох), вернуться в исходное положение (вдох) | 8-10 раз | В среднем темпе |
| Заключительный | Стоя, руки на затылок, пальцы сплетены | Поднимаясь на носки, отвести локти в стороны (вдох), опускаясь, вернуться в исходное положение (выдох) | 6-8 раз | Медленно |

3.2 Общеразвивающие упражнения

. Лежа на спине, руки в стороны, в правой руке теннисный мяч. Руки соединить впереди, переложить мяч в левую руку. Вернуться в исходное положение. Руки соединить впереди, переложить мяч в правую руку. Вернуться в исходное положение. Смотреть на мяч. Повторить 10-12 раз.

. Лежа на спине, руки вдоль туловища, в правой руке мяч. Поднять руку вверх (за голову) и, опуская ее, переложить мяч в другую руку. То же повторить другой рукой 5--6 раз. Смотреть на мяч. При поднятии рук - вдох, при опускании - выдох.

. Лежа на спине, руки вперед - в стороны. Выполнять окрестные движения прямыми руками в течение 15-20 с. Следить за движением кисти одной, затем другой руки. Дыхание произвольное.

. Лежа на спине, руки вперед - в стороны. Махи одной ногой к разноименной руке. Повторить 6-8 раз каждой ногой. Смотреть на мысок. Мах выполнять быстро. Во время маха - выдох.

. Лежа на спине, в поднятых вперед руках держать волейбольный мяч. Махи ногой с касанием носком мяча. Повторить 6-8 раз каждой ногой. Смотреть на мысок. Во время маха - выдох.

. Лежа на спине, руки вперед. Выполнять окрестные движения руками, опуская и поднимая их. Следить за кистью одной, затем другой руки. Выполнять 15-20 с.

. Лежа на спине, в правой руке, поднятой вперед, держать теннисный мяч. Выполнять рукой круговые движения вперед и назад в течение 20 с. Смотреть на мяч. Менять направление движения через 5 с.

. Сидя на полу, упор руками сзади, прямые ноги слегка подняты. Выполнять окрестные движения 15-20 с. Смотреть на мысок одной ноги. Голову не поворачивать. Дыхание не задерживать.

. Сидя на полу, упор руками сзади, прямые ноги. Поочередно поднимать и опускать ноги. Выполнять 15-20 с. Смотреть на мысок одной ноги.

. Сидя на полу, упор руками сзади. Мах правой ногой вверх - влево, вернуть в исходное положение. То же левой ногой вверх - вправо. Повторить 6--8 раз каждой ногой. Смотреть на мысок.

. Сидя на полу, упор руками сзади. Правую ногу отвести вправо, вернуть в исходное положение. То же повторить другой ногой влево 6-8 раз каждой ногой. Смотреть на мысок.

. Сидя на полу, упор руками сзади, прямая нога слегка приподнята. Выполнять круговые движения ногой в одном и другом направлении. Повторить 10--15 с каждой ногой. Смотреть на мысок.

. Сидя на полу, упор руками сзади, но подняты обе ноги. Выполнять круговые движения в одном и другом направлении 10-15 с. Смотреть на мыски.

. Стоя, держать гимнастическую палку внизу. Поднять палку вверх, прогнуться - вдох, опустить палку - выдох. Смотреть на палку. Повторить 8-12 раз.

. Стоя, держать гимнастическую палку внизу. Присесть и поднять гимнастическую палку вверх, вернуться в исходное положение. Смотреть на палку. Повторить 8-12 раз.

. Стоя, держать гантели впереди. Круговые движения руками в одном и другом направлении - 15-20 с. Смотреть то на одну, то на другую гантель. Выполнять круговые движения 5 с в одном направлении, затем 5 с в другом.

. Стоя, держать гантели впереди. Одну руку поднимать, другую - опускать, затем наоборот - 15-20 с. Смотреть то на одну, то на другую гантель.

. Стоя, гантели в опущенных руках. Поднять гантели вверх, затем опустить. Смотреть сначала на правую гантель, затем на левую. Вновь перевести взгляд на правую гантель. Выполнять движения глазами в одном и другом направлении 15-20 с. Менять направление движения глаз через 5 с.

. Стоя, в вытянутой руке обруч. Вращать обруч в одну, затем в другую сторону 20-30 с. Смотреть на кисть. Выполнять одной и другой рукой.

. Стоя, смотреть только вперед на какой-либо предмет. Повернуть голову направо, затем налево. Повторить 8-10 раз в каждую сторону.

. Стоя, смотреть только вперед на какой-либо предмет. Голову поднять, затем опустить, не изменяя взгляда. Повторить 10 раз. Смотреть на какой-либо предмет.

Примечание. Упражнения 3 и 4 можно выполнять с гантелью массой 3-4 кг.

При выполнении упражнений рекомендуется голову не поворачивать, движения глазами выполнять медленно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осанка - это привычное, непринужденное положение тела, которое сохраняет человек в покое и при движениях, основанное на условных рефлексах, приобретаемых и закрепляемых в процессе жизни.

При нормальной осанке изгибы позвоночного столба в сагиттальной плоскости равномерны. Вершины изгиба отклоняются от проекции обшей линии тяжести не более чем на 2 см в поясничном отделе вперед, в грудном - назад. Во фронтальной плоскости позвоночный столб не имеет боковых отклонений и располагается посредине туловища. Голова стоит вертикально, плечевой и тазовый пояса расположены симметрично, лопатки на одинаковом уровне плотно прилегают к грудной клетке сзади.

Нарушение выше указанных расположений частей тела ведет к возникновению порочных осанок, причину их появлений связывают с нарушением статики (неправильное сидение в школе, привычка стоять на одной ноге, длительная работа у станка с наклоном туловища и др.). Благодаря изгибам позвоночника вы не чувствуете толчков и сотрясений при ходьбе и прыжках, изгибы амортизируют эти вибрации, увеличивая эластичность позвоночного столба. Также позвоночник амортизирует давление веса головы, плечевого пояса, рук и туловища на нижние конечности. Кроме того, изгибы обеспечивают устойчивость всего тела в вертикальном положении.

Помните, что природа дает человеку здоровый позвоночник, а наша беспечность и нездоровый образ жизни приводят к различным его заболеваниям.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Введение в теорию физической культуры. Учебное пособие для институтов физической культуры. Под редакцией Л.П. Матвеева - М.: Физкультура и спорт 1983г. - С. 128., с. 6 - 12.

. Доктор Евдокименко «Боль в спине», изд. «Академия здоровья» 2006г. - С. 256.

. Дембо А.Г., Попова С.Н. Спортивная медицина, лечебная физическая культура. Учебник для учащихся техникумов физкультуры. Под редакцией - М.: Физкультура и спорт 1985г. - С. 368., с. 234., с. 243.

. Ред. А.А. Гужаловский. Основы теории и методики физической культуры. Учебник для техникумов физической культуры. - М.: Физкультура и спорт, 1986г. - С. 352., с. 5., с. 167.