

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ СКОЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Шевченко Марины Николаевны

Научный руководитель
преподаватель Беляева Л.Н.

Рецензент
заведующий поликлиникой ОГБУЗ «Детская
областная клиническая больница» Детская
поликлиника №1
Копица Г.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	7
1.1. Этиология и патогенез сколиоза.....	7
1.2. Клиническая картина болезни.....	11
1.3. Диагностические и лечебные мероприятия при сколиозе.....	15
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ.....	22
2.1. Характеристика базы исследования.....	22
2.2. Анализ результатов исследования	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	47

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одной из актуальных проблем в практике работы с детьми разного возраста являются нарушения осанки, такие как сколиоз и искривление позвоночника. Сколиоз – это сложная стойкая деформация позвоночника, сопровождающаяся, в первую очередь, искривлением во фронтальной плоскости с последующим скручиванием позвонков и увеличением физиологических изгибов позвоночника. При прогрессировании сколиоза развивается деформация грудной клетки и тазовых костей с сопутствующим нарушением функции органов грудной клетки и органов малого таза.

Данное нарушение вызывает значительное искривление позвоночника в нескольких плоскостях тела, что в свою очередь, нарушает симметрию тела, а так же часто ведет к нарушению в работе внутренних органов и систем, и в тяжелой форме его проявления может приводить к инвалидности. Установлено, что при сколиозе страдают многие системы организма: сердечно-сосудистая, дыхательная, мочевыделительная системы, желудочно-кишечный тракт и нервная система [5].

Сколиоз является одним из самых распространенных заболеваний в наши дни. В середине XX века он встречался от 1,3 до 9,1%. По последним данным сколиоз выявляется у 4 - 13% детей. Можно предположить, что традиционно проводимое консервативное лечение сколиоза не достаточно эффективно и необходимо внедрение новых продуктивных методов. По данным ряда врачей, после лечения сколиозов первой степени улучшение наступает в 17-18% случаев, стабилизация - в 78-79%, прогрессирование - в 3-4%, второй степени - соответственно в 7-8%, 67-68%, 24-25%, и третьей степени - 0%, 35-36%, 64-65%. Современные исследования показали, что неуклонное прогрессирование сколиоза возникает у каждого третьего ребенка школьного возраста. Первичная инвалидность детства в результате сколиоза составляет 8-9% в общей структуре

детской инвалидности.

Однако, раннюю диагностику такой массовой патологии, как сколиоз, можно осуществить только путем создания эффективной системы скрининга. Те традиционные методы обследования детей, которые существуют на данный момент, зачастую не позволяют диагностировать сколиоз на самых ранних стадиях его проявления. Нет объективных методов, позволяющих выявить предвестники возможного возникновения сколиоза. В большинстве случаев внешние признаки сколиоза проявляются уже при выраженной деформации позвоночника. Порой диагноз ставится случайно на основании рентгенограмм, выполненных в процессе обследования органов грудной клетки, почек; а также после флюорографии.

Большое количество больных сколиозом, явная нехватка способов диагностики сколиоза на ранних стадиях, отсутствие единой точки зрения в отношении выбора оптимальной лечебной тактики, отсутствие и индивидуального подхода в коррекции нарушений осанки, а также неудовлетворенность результатами лечения данной патологии создают медицинские, научно-практические и организационные проблемы и свидетельствуют об актуальности избранной темы.

Объект исследования – сколиоз, как общая проблема детского населения.

Предмет исследования – определить роль медицинской сестры в работе с детьми со сколиозом.

Цель исследования – изучить теоретические аспекты сколиоза и провести анализ наличия данной патологии среди детского населения, а именно школьного и дошкольного возрастов, и на основании полученных сведений сделать выводы и скорректировать рекомендации как для родителей и их детей, так и для медицинских сестер, направленные на решение проблемы сколиоза.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ по теме «Сколиоз»: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и

профилактика.

2. Дать характеристику базам исследования.
3. Проанализировать наличие искривления позвоночника у детей дошкольного и школьного возрастов.
4. Изучить физическую реабилитацию у детей при сколиозе.
5. Подведя итоги исследования, в заключении выделить выводы и рекомендации по проблеме сколиоза у детей.

Теоретическая значимость исследования заключается в обновлении сведений о наличии сколиоза у детей дошкольного и школьного возрастов, на примере некоторых учебных учреждений г. Белгорода и обновлении, а так же предложения имеющихся рекомендаций по решению данной проблемы.

Практическая значимость исследования заключается в том, что данные полученные в ходе работы можно использовать как статистический материал, направленный показать медицинским сестрам глубину проблемы сколиоза среди детей дошкольного и школьного возрастов, который замотивирует медицинских сестер более активно работать с детьми в школах и дошкольных образовательных учреждениях, и их родителями в решении этой проблемы.

Гипотеза исследования заключается в улучшении качества жизни детского населения, особенно по всеобщей проблеме сколиоза, направленное на раннюю профилактику, выявление и коррекцию данной патологии, путем улучшения работы среднего медицинского персонала, внедрению новых методов профилактики и коррекции сколиоза.

Методы исследования:

- теоретический анализ источников литературы,
- наблюдение,
- работа с медицинской документацией (медицинские карты детей),
- социологический метод (анкетирование),
- математический метод.

Структура и объем выпускной квалификационной работы.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав,

заклучения, списка использованных источников и литературы и приложений.

Данная дипломная работа включает текст общим объемом 52 страницы, а так же 18 рисунков, 3 приложений и 20 источников.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Этиология и патогенез сколиоза

Искривление позвоночника подразумевает под собой целый комплекс различных вариантов деформаций позвоночного столба. Для начала стоит отметить, что в норме позвоночник взрослого человека не должен быть абсолютно прямым.

Уже на этапе первого года жизни происходит формирование необходимых изгибов. К таким изменениям относят лордоз и кифоз, проявляющиеся в отклонении позвоночника кпереди и кзади соответственно. Они появляются по мере роста ребёнка и приобретения им определённых навыков. Так, появление физиологических отклонений позвоночного столба от своей вертикальной оси условно можно разделить на следующие этапы:

Шейный лордоз появляется в период, когда ребёнок учится держать голову. Грудной и крестцовый кифоз формируются во время приобретения навыка самостоятельного сидения. Поясничный лордоз становится заметен в период начала самостоятельного прямохождения.

Такие отклонения, как патологические лордоз и кифоз, а также сколиоз относятся к дефектам опорно-двигательного аппарата и подлежат коррекции и наблюдению со стороны опытных специалистов.

Около 80% искривлений позвоночника на сегодняшний день считаются идиопатическими. Причина их возникновения не выявлена. Причинами искривления осанки могут быть как отдельные неустановленные факторы, так и целый их комплекс [1, с. 24].

Врождённый сколиоз является следствием нарушения закладки костно-мышечных структур в период внутриутробного развития. Данный вид деформации в подавляющем большинстве случаев сложен и подлежит только

хирургическому лечению.

Основные пороки и отклонения в формировании позвоночника, способные спровоцировать развитие сколиоза:

- единичное или комплексное недоразвитие отдельных позвонков;
- сращение позвонков вследствие внутриутробного нарушения процесса деления позвоночного столба на сегменты;
- комплексная патология, объединяющая обе вышеуказанные;
- врождённая слабость мышечной системы.

Часто на фоне пороков развития опорно-двигательного аппарата, у больного диагностируют и другие аномалии развития органов и систем. Это могут быть проблемы с почками, мочевым пузырём и т. д. Ввиду особенностей строения и роста позвоночника по мере взросления, диагностируют врождённый сколиоз часто лишь в подростковом возрасте. Чем раньше выявлено заболевание, тем выше успех, достигаемый в ходе лечения.

Обособленно в числе причин врождённого сколиоза стоит диспластический синдром, заключающийся в нарушении функций соединительной ткани. Проявляется данное состояние изменением метаболизма и трофики межпозвоночных дисков и как следствие повреждением связи диска с телом позвонка. Далее происходит смещение и поворот позвонков вокруг продольной оси. Синдром носит наследственный характер. Одним из характерных внешних симптомов является рёберный горб.

Приобретённый сколиоз, в отличие от врождённого, на первых стадиях поддаётся успешному консервативному лечению.

К основным причинам возникновения (развития) сколиоза следует отнести:

- перенесённые заболевания (рахит, полиомиелит, синингомиелия);
- травмы и заболевания, носящие односторонний характер (ожоги, параличи, миозиты и т. д.);
- неправильная осанка, связанная с сидением за столом (это основная причина возникновения сколиоза у школьников и подростков), ношением

тяжестей в одной руке, занятиями односторонними видами спорта;

- неврогенные причины, вызванные неврологическими расстройствами;
- отличие в длине нижних конечностей;
- опухоли позвоночника;
- поражение костной ткани туберкулёзом, сифилисом [7, с. 416].

Причины приобретённого сколиоза могут носить и сочетанный характер.

Различают два типа сколиоза:

структуральный - типичная деформация с явлениями торсии - (torsio; лат. вращение, скручивание) поворот позвонков вокруг вертикальной оси позвоночника

функциональный, или статический сколиоз, он не связан с проблемами позвоночника, зависит от других патологий или состояний организма: наличие разницы в длине нижних конечностей или стойкий мышечный спазм, вызывающий искривление позвоночника и носит обратимый характер.

По данным А.И. Мовшовича, в основе генеза структурального сколиоза лежит асимметричный рост позвоночника, вызванный торможением ростковых элементов тел позвонков на вогнутой стороне искривления позвоночника врожденными или приобретенными факторами [11].

Однако для прогрессирующего сколиоза недостаточно только одностороннего нарушения развития ростковых элементов одного или нескольких позвонков. Необходим определенный патологический фон, например обменно-гормональный, который снижает прочность соединительнотканых структур, что вместе со статико-динамическими нарушениями создает условия для проявления первичного врожденного или приобретенного фактора. Таким образом, для возникновения и прогрессирования сколиоза необходимо сочетание трех факторов [4]:

1) первичного патологического фактора, нарушающего нормальный рост позвоночника (диспластические изменения в спинном мозге, позвонках, дисках; первичный фактор может быть и приобретенным);

2) фактора, создающего общий патологический фон организма и

обуславливающего проявление первичного фактора в целом сегменте позвоночника (обменные или гормональные нарушения);

3) статико-динамических нарушений – фактора, который приобретает особое значение в период формирования структурных изменений позвонков.

К развитию прогрессирующих форм сколиоза ведет как раз сочетание трех вышеперечисленных факторов. Если первичным фактором является заболевание, например остеохондропатия позвонков, а второго фактора не будет, то в этих случаях развивается непрогрессирующая или медленно прогрессирующая форма сколиоза. При наличии только третьего фактора (статико-динамических нарушений) возникает прочная осанка, функциональный или статический сколиоз [11].

В процессе формирования и развития сколиоза структурные изменения позвонков идут идентично независимо от этиологии заболевания. Прогрессирование деформации зависит от возраста и физиологических «скачков» роста скелета. При асимметричном росте позвонков происходит укорочение связок и мышц на вогнутой стороне начинающегося сколиоза, в то время как на выпуклой стороне они растягиваются. Такое нарушение симметрии приводит к развитию мышечной контрактуры, которая постепенно приобретает стойкий характер.

Уже небольшие искривления позвоночника нарушают условия динамического равновесия его - на вогнутой стороне искривления давление становится большим по сравнению с выпуклой стороной, что тормозит функцию эпифизарного росткового хряща и приводит к формированию клиновидных позвонков. Одновременно при продолжающейся статической нагрузке, асимметричной тяте мышц и с учетом физиологических изгибов позвоночника развивается горизонтальная торсия тел и ротационный поворот всего позвоночного столба в сторону выпуклости. Это приводит к деформации грудной клетки с образованием реберного горба [7, с. 419].

1.2. Клиническая картина болезни

В зависимости от того, в каком отделе позвоночника развивается патология, ее разделяют на четыре вида (Приложение 1):

Шейный – развивается в области шеи, затрагивает четвертый и пятый позвонки. Его внешние проявления – несимметричное расположение надплечий и плеч, частое возникновение головных болей.

Грудной – развивается в области седьмого-девятого позвонков. Проявляется асимметрией лопаток, деформацией грудной клетки. В тяжелых формах болезнь может вести к компрессии легких, нарушениям дыхания. У человека появляется одышка даже при незначительных нагрузках, например, при подъеме по лестнице.

Поясничной – патология затрагивает первый и второй поясничные позвонки. Внешне дефект практически незаметен, однако проблема уже на ранней стадии проявляется болями в области поясницы. Лечение этой формы заболевания считается наиболее простым.

Комбинированный – патология затрагивает одновременно первый-второй поясничные и восьмой-девятый грудные позвонки. Этот вид сколиоза отличается наибольшей склонностью к быстрому прогрессированию, потому признается медиками самым опасным. Возможен болевой симптом, нарушения кровообращения и дыхания [4, с. 111].

Симптоматика заболевания зависит от его степени:

- Сколиоз первой степени

На этом этапе искривление практически не заметно визуально, оно выглядит как обычная сутулость и часто не воспринимается всерьез. Эта стадия болезни проявляется небольшим скручиванием в вертикальном положении. Угол кривизны не превышает 10 градусов. При поясничной локализации патологии у человека наблюдается асимметрия талии, при грудной – лопаток.

При диагностике проблемы используется внешний осмотр больного в

положении стоя, лежа и в наклоне, а также данные рентгенографии.

Симптомы сколиоза первой степени начинают возникать у ребенка в возрасте 4-5 лет и проявляются в виде сутулости к 7-10 годам. К проблеме нужно отнестись серьезно: в растущем организме болезнь может быстро прогрессировать. Напротив, своевременно начатое лечение (контроль осанки, ЛФК, физиотерапия) поможет вернуть исходную конфигурацию позвоночника.

- Сколиоз второй степени

Эта стадия заболевания имеет более выраженную симптоматику. К числу ее важнейших признаков относится:

- асимметрия позвоночного столба;
- асимметрия надплечий и лопаток;
- деформация грудной клетки (появляется горб);
- боли в области спины;
- нарушения в работе сердца и органов дыхания;
- затруднения в движениях;
- нарушения функций спинного мозга;
- быстрая утомляемость;
- бледный цвет кожных покровов.

Многое зависит от того, в каком возрасте диагностируется вторая степень заболевания. Если она обнаружена у ребенка в возрасте 8-12 лет, то существует серьезная опасность, что патология будет быстро прогрессировать и даже приведет к инвалидности. Проблема, выявленная у человека в возрасте от 18 лет, не представляет большой опасности, потому что риск ее развития минимален.

Специфический симптом сколиоза второй степени – торсия, т.е. скручивание позвонков. Из-за нее мышцы приобретают форму валика, а на спине больного образуется горб. У взрослых патология вызывает развитие остеохондроза.

Для диагностики проблемы используется внешний осмотр. Врачи используют простой тест: пациента просят наклониться, округляя шею, грудной

и поясничный отдел позвоночника. В таком положении становится хорошо заметна существующая асимметрия. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести рентгенографию [9, с. 214].

- Сколиоз третьей степени

Болезнь на этой стадии считается серьезной патологией. У пациента наблюдается не только искривление позвоночника, но и смещение других отделов опорно-двигательного аппарата, которое приводит к давлению на внутренние органы. В результате нарушается нормальная работа всех систем человеческого организма. Самый явный симптом этой формы заболевания – асимметрия в области лопаток.

Другие признаки сколиоза третьей степени – это:

- деформация грудной клетки;
- заметный горб в области лопаток (обусловленный торсией);
- перекосы таза;
- заметная скрученность позвоночного столба;
- частые и продолжительные боли в спине.

На этой стадии болезни возможна утрата мышечного тонуса на поврежденном участке, нарушение кровообращения и смещение внутренних органов. Возможно нарушение нормальной работы сердца и легких. Параллельно развивается неврологический синдром, который может проявляться в форме утраты чувствительности кожными покровами или полного обездвиживания конечностей (паралич).

Для детей и подростков, страдающих сколиозом третьей степени, характерен нестабильный эмоциональный фон. Они переживают из-за своих косметических дефектов и боятся операции. Для них типична скованность и замкнутость.

Чаще всего эта стадия патологии лечится оперативным путем. Ношение корсетов и общеукрепляющие мероприятия обычно бывают неэффективны без хирургического вмешательства.

- Сколиоз четвертой степени

Патология в этой стадии сразу же бросается в глаза, не заметить ее невозможно. Угол искривления позвоночника составляет более 50 градусов. Наблюдаются две дуги смещения (S-образная патология) или три дуги (Z-образная). Диагностика заболевания не представляет труда.

К числу основных симптомов патологии относятся:

- асимметрия корпуса, особенно в области спины;
- выраженная деформация грудной клетки, наличие горба;
- увеличение лопаточной или печеночной части с одной стороны;
- онемение конечностей;
- постоянные боли в спине, особенно в положении стоя.

Также наблюдаются изменения работы внутренних органов:

- смещение их относительно нормального расположения (заметно на рентгенограмме);
- частые рецидивы простуд;
- одышка из-за сдавливания легких;
- скачки артериального давления;
- частые желудочные расстройства [9, с. 216].

Со временем проблемы с опорно-двигательным аппаратом могут усугубляться, что ведет к физической беспомощности человека. По данным статистики, 47% людей, страдающих сколиозом в четвертой степени, нетрудоспособны.

Для таких больных характерен нестабильный эмоциональный фон. Серьезный физический дефект мешает пациенту нормально общаться с другими людьми, развивает в нем глубокое чувство неполноценности, что может вести к депрессиям.

1.3. Диагностические и лечебные мероприятия при сколиозе

Для диагностики нарушений осанки и выявления сколиоза врач-ортопед в первую очередь проводит осмотр пациента в нескольких положениях тела: лежа, стоя и сидя. После этого так же необходима визуальная оценка:

- симметричного положения плеч;
- треугольников талии;
- расстояние от позвоночного столба до края лопаток,
- измерение длины ног и рук,
- определение подвижности всех суставов, в том числе позвоночника,
- осмотр грудной клетки и живота, определение мышечного тонуса, видимых пороков развития и деформаций скелета [11, с. 197].

Рентгенография – основной метод диагностики заболеваний позвоночника, проводится в положении лежа (с умеренным растяжением) и стоя, в саггитальной и фронтальной плоскостях. Контрольные рентгенограммы проводят дважды в год. При имеющемся сколиозе и при решении вопроса о лечении проводят рентген по специальным укладкам – методики Нэша, Раймонди.

В периоды роста проводят трехмерное ультразвуковое или контактное сенсорное, светооптическое измерение профиля спины, сколиометрию Буннеля. В некоторых случаях применяется магнитно-резонансная томография.

Нередко на ранних стадиях заболевания (как правило, у детей, когда еще костный скелет окончательно не сформировался) сколиоз можно скорректировать, просто научив человека сохранять правильную осанку в различных положениях тела: стоя, сидя, в ходьбе, исключить стереотипные движения в повседневной жизни, такие как, ношение груза в одной руке или на одном плече.

Позвоночник, как и все остальные органы, чувствует себя комфортно только в оптимальных условиях, поэтому для лечения и профилактики сколиоза

просто необходимо научиться правильно сидеть, лежать и стоять.

Не секрет, что современный человек, вне зависимости, взрослый это или ребенок, по многу часов проводит сидя за столом. Поэтому научиться правильно сидеть – задача первоочередная.

Ни для кого не секрет, что сидеть нужно, сохраняя позвоночник в нейтральном положении, то есть, не нарушая физиологических изгибов позвоночника. При этом ягодицы необходимо расположить как можно ближе к задней части прямого и жесткого сиденья. Поясницу лучше слегка прижать к спинке стула, живот подбрать, плечи распрямить, немного опустить и расслабить. Голову стоит держать в естественном положении, не наклоняя вперед, стопы полностью поставить на пол или дополнительную опору.

Для того, чтобы не возникало чрезмерной статической нагрузки на мышцы спины, необходимо периодически менять положение, вставать и выполнять несложный комплекс упражнений.

Так же немаловажное значение в формировании правильной осанки имеет гигиена сна. Кровать, на которой спит ребенок, должна быть средней жесткости, желательно наличие ортопедического матраса. Оптимальной подушкой считается подушка-валик, которая служит опорой для третьего и четвертого шейных позвонков. Ее высота подбирается индивидуально, однако необходимо следить, чтобы позвоночник оставался прямым, а впадина между лопатками и затылком была заполнена.

Наиболее полезным положением для сна считают позу эмбриона на боку, со слегка согнутыми ногами. Во время сна на спине либо животе, в мышцах спины создается напряжение, что может спровоцировать сколиоз и ускорить износ позвоночных звеньев.

Вместе с тем, особое внимание необходимо уделять сохранению правильного положения осанки стоя. Оптимально удобно позвоночнику, когда плечи опущены и расположены горизонтально, лопатки приведены к позвоночнику, грудная клетка раскрыта. Выпячивание живота умеренное, левая и правая половины туловища симметричны, физиологические изгибы

позвоночного столба выражены не сильно.

Пациенты со сколиозом должны стоять на учете у опытного врача ортопеда или вертебролога и регулярно проходить диагностику, в результате которой можно следить за динамикой результатов совместной работы медицинских специалистов, родителей и ребенка. Возможное быстрое прогрессирование и воздействие искривления на состояние внутренних органов требует адекватного лечения, а также, при необходимости – направления к другим специалистам: пульмонологам, кардиологам и т. д. В зависимости от разных факторов, таких как: причины и выраженности патологии, наличия или отсутствия прогрессирования, лечение сколиоза может быть как консервативным, так и оперативным,. В любом случае – важно, чтобы оно было комплексным, постоянным, своевременным.

При сколиозах, обусловленных последствиями травмы, укорочениями конечностей и другими подобными факторами необходимо в первую очередь устранить причину. Например – использовать специальные стельки или ортопедическую обувь для компенсации разницы в длине конечностей. При нейrogenных и миопатических сколиозах консервативная терапия, как правило, малоэффективна. Требуется хирургическое лечение [11].

Консервативное лечение идиопатических сколиозов включает в себя специальную антисколиозную гимнастику и использование корсетов. При угле искривления до 15 градусов в отсутствие ротации показана специализированная гимнастика. Наиболее популярна в этом отношении гимнастика Шрот, названная так по имени ее разработчика – физиотерапевта-практика Катарини Шрот. Эту методику Катарина опробовала на себе, когда боролась с собственным сколиозом позвоночника, докучавшим ей многие годы.

Лечебная физическая культура является эффективно й при лечении сколиоза 1-3 стадий у детей и взрослых (Приложение 3). На последней – четвертой стадии она не только малоэффективна, но даже самые элементарные упражнения могут быть опасны.

Как и в любой терапии, здесь гимнастические упражнения подбираются

индивидуально, с учетом причин заболевания, возрастом пациента и степенью заболевания.

Также профилактике и коррекции сколиоза способствуют занятия некоторыми видами спорта. Особенно благоприятными при искривлении позвоночника являются такие виды двигательной активности, как ходьба на лыжах и плавание. Однако необходимо помнить, что при занятиях физкультурой и спортом нельзя перенапрягаться, поэтому всегда нужно внимательно прислушиваться к собственному организму, и соблюдать режим труда и отдыха.

При угле искривления 15-20 градусов с сопутствующей ротацией (у пациентов с незавершенным ростом) к гимнастике добавляют корсетотерапию. Использование корсетов возможно, как только в ночное время, так и постоянно – в зависимости от рекомендаций врача. Если рост завершился, корсет не нужен.

При прогрессирующем сколиозе с углом более 20-40 градусов показано стационарное лечение в условиях специализированной вертебрологической клиники. Если рост не завершен, рекомендуется постоянное ношение деротирующего корсета (не менее 16 часов в сутки, оптимально – 23 часа в сутки) в сочетании с интенсивной гимнастикой. После завершения роста корсет, как и в предыдущем случае, не требуется.

Корсеты бывают 2-х видов: поддерживающие и корригирующие. Поддерживающие корсеты снимают с позвоночника чрезмерные нагрузки, а корригирующие — призваны уменьшать угол деформации позвоночного столба.

Корригирующие приспособления: корсеты Шено, Лионский, Милуоки, подобные приспособлениям Шено отечественные средства. Такие устройства необходимо носить шесть месяцев, год либо дольше. Меняют их по мере роста человека или выравнивания позвоночного столба.

Корригирующие корсеты способны устранять деформации в двух плоскостях – боковой и переднезадней. Кроме того, они раскручивают

позвоночник посредством фиксации опорных зон корсета на теле пациента.

Поддерживающие корсеты: к ним относят реклинаторы, а также грудные и груднопоясничные приспособления коррекции осанки.

Реклинаторы – эластичные ленты, имеющие вид восьмерок, охватывающие плечевой пояс. Показаны при незначительных нарушениях осанки человека.

Грудные поддерживающие корсеты — корректоры, включающие жесткую спинную часть и пояс. Кроме того, они имеют на уровне талии дополнительные лямки. Подобные устройства эффективны при крыловидных лопатках и иных нарушениях осанки достаточно серьезной степени.

Груднопоясничные поддерживающие корсеты способны корректировать всю длину позвоночника. Подобные корсеты включают пояс, жесткую спинку и реклинатор.

Подобные приспособления рекомендованы для взрослых, занимающихся трудом, связанным со значительными физическими нагрузками. Корсеты призваны снимать боль и излишние нагрузки на позвоночник.

При угле более 40-45 градусов, как правило, требуется оперативное лечение. Показания к операции определяются индивидуально и зависят от причины развития сколиоза, возраста пациента, его физического и психологического состояния, вида и локализации деформации, а также эффективности консервативных методов лечения.

Операция при сколиозе представляет собой выпрямление позвоночника до определенного угла с использованием металлических конструкций. При этом подвергшийся оперативному вмешательству отдел позвоночника обездвиживается. Для фиксации позвоночника применяются специальные пластины, стержни, крючки и винты. Для расширения позвонков, придания позвоночнику более правильной формы и улучшения консолидации используются костные трансплантаты в виде вкладышей. Операция по коррекции сколиоза может проводиться трансторакально, дорсально и путем торакофренолтомботомии.

На всех стадиях развития сколиоза взрослым и детям показан лечебный массаж мышц спины и груди. Он способствует снятию болевого синдрома, нормализации кровообращения, укреплению мускулатуры. Основная цель сеансов массажа мышц спины и груди – восстановить утраченные в процессе болезни силы. На гипертоничные мышцы воздействуют приемами, способствующими расслаблению мышц, а на гипотоничные – наоборот тонизацией.

Курсы массажа проводят несколько раз в год и зачастую сочетают с дополнительными корректирующими средствами такими, как физиотерапия.

Из методов физиотерапии для лечения сколиоза особенно хорошо подходят: лечение теплом, электротерапия и водолечение.

Теплолечение включает специальные обертывания с парафином и озокеритом. Такие процедуры стимулируют приток крови к зоне плечевого пояса, что благоприятствует лимфооттоку.

Водные процедуры, к примеру, хлоридно-натриевые ванны рекомендуют с целью поднятия общего тонуса.

Но, наиболее эффективна электростимуляция мышц, которую назначают курсами по 10 или 15 процедур. Она помогает укрепить мышечный каркас больного сколиозом, что при некоторых формах болезни нередко приводит к полному излечению [11, с. 346].

Профилактика сколиоза дает возможность предотвратить различные патологические процессы в позвоночнике (Приложение 2). Поэтому такие специальные процедуры стоит начинать проводить с раннего возраста. Ведь именно в период интенсивного роста и развития ребенка происходит формирование позвоночного столба и осанки человека.

Для профилактики сколиоза используются различные методики, но самыми эффективными из них являются: лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия, плавание.

Все вышеперечисленные методы нередко используются и для лечения различных заболеваний позвоночника. Это связано с тем, что подобные

процедуры улучшают кровообращение, налаживают обменные процессы в тканях, способствуют восстановлению подвижности позвонков и предотвращают отложение солей на сегментах позвоночного столба.

Также для профилактики сколиоза у школьников необходимо уделять особое внимание их осанке на занятиях. Так как систематическое и длительное нахождение в неправильной позе приводит к изменению осанки и дальнейшему искривлению позвоночника [7, с. 479].

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ НАЛИЧИЯ ИСКРИВЛЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

2.1. Характеристика базы исследования

Наше исследование проводилось на таких базах как: МБОУ СОШ № 42 г. Белгорода (в анкетировании приняли участие 80 респондентов), МБДОУ № 59 г. Белгорода (в анкетировании приняло участие 34 респондента).

Белгородская средняя школа №42 вошла в топ-100 лучших школ России. В школе в две смены обучается более 1000 учащихся в 41 классе-комплекте. Начальную школу составляют 18 классов-комплектов, основную – 17 классов-комплектов, среднюю школу – 3 класса-комплекта. Обучение осуществляется на русском языке.

Образовательный процесс осуществляется в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования, скорректирован для организации обучения по двум профилям: социально-экономическому и физико-математическому и направлен на реализацию следующих целей: обеспечение общего образования для каждого обучающегося на уровне требований государственного стандарта и выше; формирование и развитие универсальных учебных действий на уровне, достаточном для продолжения образования и самообразования; создание условий для развития обучающихся школы в соответствии с индивидуальными способностями и потребностями; сохранение и укрепление их физического, психического и социального здоровья.

Учебный план школы разрабатывается ежегодно, согласуется с управлением образования администрации г. Белгорода и Роспотребнадзором.

Каждая из образовательных ступеней МБОУ СОШ № 42 (начальная школа, основная школа, средняя школа) реализует свои специфические цели.

I Ступень обучения - Начальная школа:

Начальное общее образование (нормативный срок освоения – 4 года) обеспечивает развитие обучающихся, овладение ими чтением, письмом, счетом, основными учебными умениями и навыками учебной деятельности, простейшими навыками самоконтроля учебных действий, культурой поведения и речи, основами личной гигиены и здорового образа жизни.

Задачи начальной школы: обеспечение процесса адаптации детей к образовательной деятельности; обеспечение формирования навыков осознанного, выразительного чтения, грамотного письма, развитой речи в соответствии с программными требованиями; содействие формированию положительной мотивации учения; формирование основы культурного поведения и гуманного отношения к окружающему миру, экологической культуре; создание условий для развития интересов, склонностей, творческого мышления за счёт внешней дифференциации и личностно ориентированного подхода к обучению, формирование гигиенических навыков.

В соответствии с ФГОС НОО на ступени начального общего образования осуществляется: становление основ гражданской идентичности и мировоззрения обучающихся; формирование основ умения учиться и способности к организации своей деятельности — умение принимать, сохранять цели и следовать им в учебной деятельности, планировать свою деятельность, осуществлять её контроль, взаимодействовать со сверстниками и педагогом в учебном процессе; духовно-нравственное развитие и воспитание обучающихся, предусматривающее принятие ими моральных норм, нравственных установок, национальных ценностей; укрепление физического и духовного здоровья обучающихся.

II Ступень обучения - Основная школа:

Основное общее образование (нормативный срок освоения – 5 лет) обеспечивает освоение обучающимися общеобразовательных программ основного общего образования, условия становления и формирования личности обучающегося, его склонностей, интересов и способностей к социальному

самоопределению.

Задачи: обеспечение усвоения учащимися основ наук на уровне государственных стандартов, что позволит им продолжить обучение в средней школе или среднем специальном учебном заведении; оказание учащимся консультативной помощи в самоопределении и выборе профильного изучения предметов, углублённого изучения предметов на основе диагностики; создание условий для формирования первоначальных профессиональных намерений, потребности в самообразовании и необходимых для этого умений и навыков; создание условий для прочного усвоения учебного материала с учётом индивидуальных особенностей и учебных возможностей учащихся за счёт увеличения часов на изучение предметов, целенаправленной организации индивидуальных и групповых занятий; обеспечение дальнейшего усвоения учащимися важнейших нравственных норм и формирование установки на самовоспитание на основе общечеловеческих гуманистических ценностей и здорового образа жизни.

III Ступень обучения - Средняя полная школа:

Среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения – 2 года) является завершающим этапом общеобразовательной подготовки, обеспечивающим освоение учащимися образовательных программ данной ступени образования, развитие устойчивых познавательных интересов, интеллектуальных, нравственных потребностей, формирование навыков самостоятельной учебной деятельности на основе профильной дифференциации обучения и реализации программ профильного и углубленного изучения предметов.

Принципы построения базисного учебного плана для 10 -11-х классов основаны на идее двухуровневого (базового и профильного) федерального компонента государственного стандарта общего образования.

Задачи: обеспечение усвоения учащимися прочных и глубоких знаний, умений и навыков по всем предметам базового компонента на уровне требований государственного стандарта и выше, подготовка их к получению

высшего и среднего специального образования; содействие формированию у учащихся осознанных жизненных планов; содействие формированию у учащихся системы нравственных качеств, определяющих отношение к человеку, миру, самому себе; формирование у учащихся потребности к самообразованию; развитие творческих способностей учащихся.

Учебный план средней школы представлен профильными классами:

10 класс — социально-экономический профиль, профильные предметы: алгебра и начала математического анализа, геометрия, обществознание.

11 класс, соответствующий социально-экономическому (1 группа) профилю, профильные предметы: геометрия, алгебра и начала математического анализа, обществознание; соответствующий физико-химическому (2 группа) профилю, профильные предметы: геометрия, химия, физика.

Учитывая особенности формирования 11-го класса, на базовом уровне (учащимися всего класса) будут изучаться предметы: русский язык, литература, иностранный язык, информатика и ИКТ, история России, всеобщая история, право, география, биология, химия, физическая культура, основы безопасности жизнедеятельности, православная культура, профессиональная подготовка по профессии «Водитель транспортных средств категории «В».

Для старшеклассников профильных классов предусмотрена учебная практика в лабораториях фармацевтического и биолого-химического факультетов Белгородского национального исследовательского университета, на кафедре безопасности жизнедеятельности БГТУ им. В.Г. Шухова.

В целях формирования у учащихся опыта самоопределения и самореализации им предлагаются разнообразные кружки, клубы, секции дополнительного образования.

Приоритетные цели и задачи.

Создание образовательной модели, в рамках которой осуществляется целостный, системный подход к практическому выполнению идей личностно ориентированного образования.

Задачи:

1. Достижение высокого уровня профессиональной компетентности педагогов.

2. Разработка и апробация форм и способов, предоставления школьникам качественных образовательных услуг.

3. Активизация освоения педагогами инновационных востребованных педагогических технологий.

4. Организация современного урока в соответствии с требованиями ФГОС.

5. Организация работы с обучающимися, имеющими высокий уровень познавательной активности.

6. Педагогический мониторинг за результатами учебно-воспитательного процесса.

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 59 г. Белгорода функционирует с 1977 года.

В настоящее время детский сад работает по лицензии Серия 31Л01№ 0001829 Регистрационный номер № 8062 от 22.12.2015г. и государственной аккредитации серия ДД № 001789, регистрационный номер № 3022 от 09.09.2010г. в соответствии с которой, учреждение имеет право на осуществление образовательной деятельности по образовательным программам.

Дошкольное образовательное учреждение – отдельно стоящее здание, расположенное внутри жилого комплекса между улицами Костюкова и Королева. В настоящее время в МБДОУ д/с №59 функционирует 12 групп, в которых воспитывается 310 детей в возрасте от 2-х до 7 лет. Из них: 10 групп общеразвивающей направленности и 2 группы компенсирующей направленности для детей с нарушениями речи.

Старшая медицинская сестра – контролирует санитарно-эпидемический режим в детском саду, а также следит за соблюдением режима дня, питанием детей, правильным проведением утренней гимнастики, физкультурных занятий

и прогулок. Организует мероприятия по закаливанию детей и участвует в организации оздоровительных мероприятий. Ведет ежедневный учет детей, отсутствующих по болезни, изолирует заболевших детей. Кроме того, старшая медсестра готовит детей к врачебным осмотрам и сама участвует в них, проводит взвешивание, антропометрические измерения детей, осуществляет профилактические прививки и выполняет назначения врача. Составляет и раскладывает ежедневное меню и следит за качеством приготовления пищи. Она ежедневно производит пробу готовых блюд. Следит за выполнением графика получения пищи группами и проводит ежедневный обход групп, проверяя организацию питания в группах.

Согласовывает с родителями профилактические прививки детей, планируемые в дошкольном учреждении.

2.2. Анализ результатов исследования

Для проведения исследования нами была составлена анкета, представленная в приложении 4. В исследовании принимали участие 80 школьников, из них 32,5% беспокоят болезненные ощущения в области поясницы, что свидетельствует о том, что данный контингент школьников не следит за правилами правильной осанки, не распределяет правильно нагрузку на позвоночный столб, особенно во время уроков и выполнения домашнего задания, так как в школе именно большая часть времени проходит за партой.

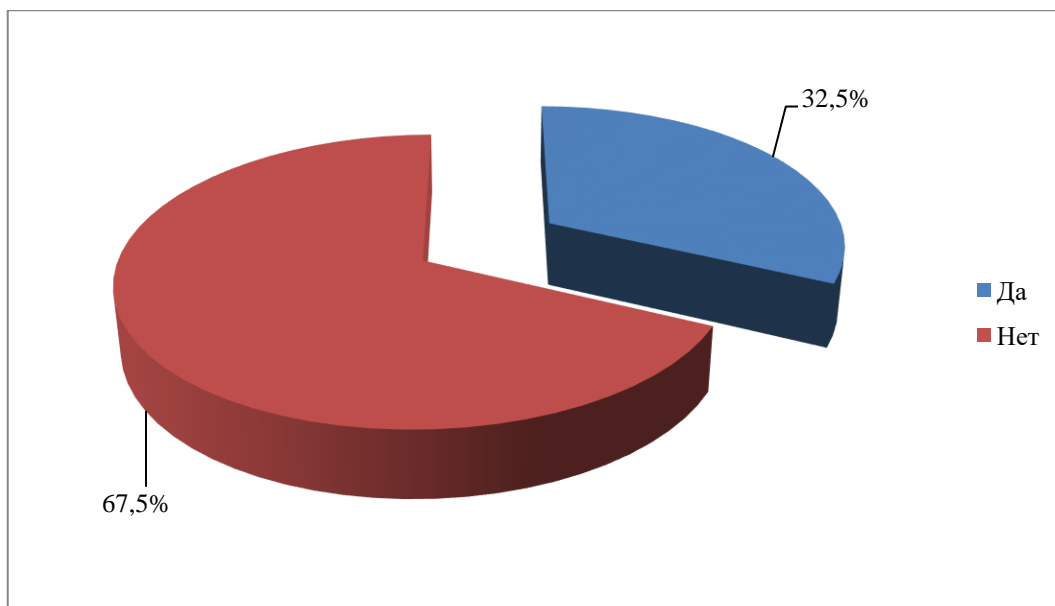


Рис.1. «Беспокоят ли Вас болезненные ощущения в поясничном отделе позвоночника?»

Хотя, 67,5 %, и именно большая часть респондентов боли в пояснице не имеют, что может говорить о правильной посадке за партой, а возможно и выполнении разных ЛФК, гимнастических упражнений и т.д., что является профилактикой сколиоза (Рис. 1).

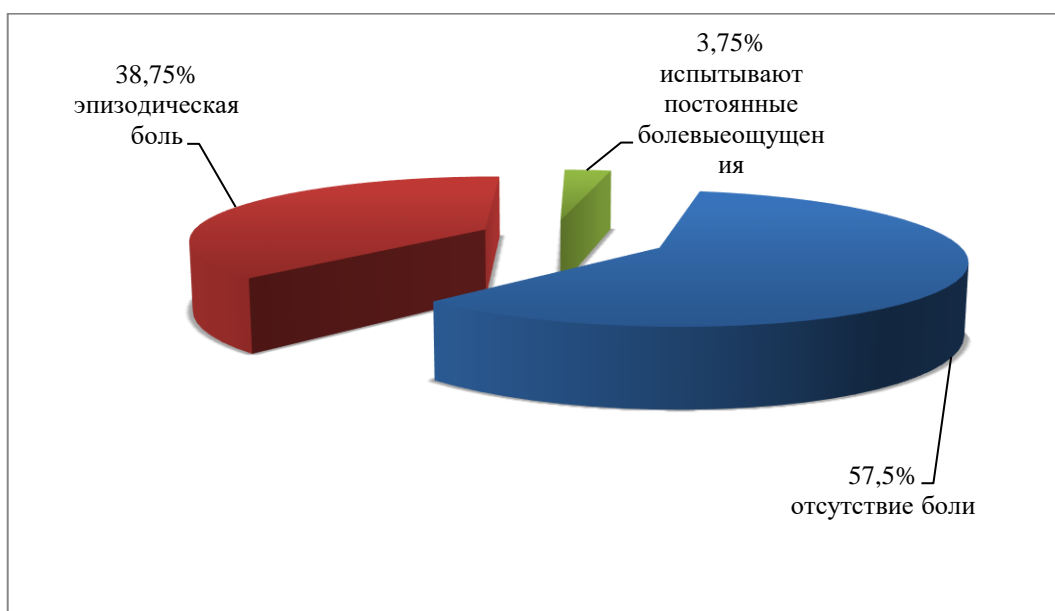


Рис. 2. Периодичность появления боли в позвоночнике

Анализ анкет показал, что 3,75% учеников испытывают постоянные болевые ощущения, 38,75 % - боль мучает эпизодами, возможно если что-то ее

спровоцирует, и 57,5 % не испытывают болевых ощущений (Рис. 2).

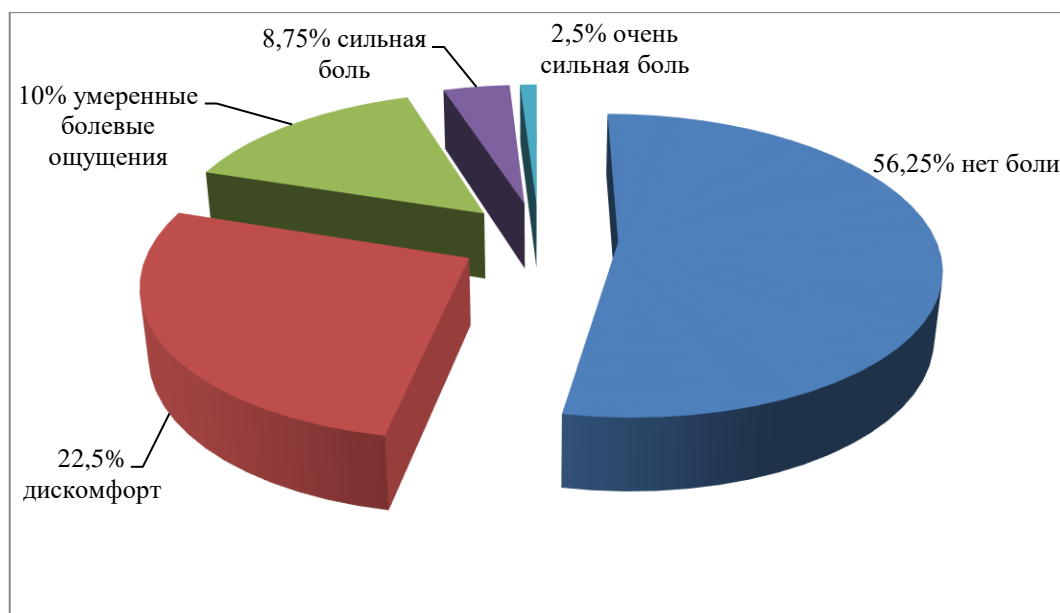


Рис. 3. Каким словом лучше охарактеризовать интенсивность Вашей боли в позвоночнике?

56,25% респондентов не испытывает болевых ощущений, 22,5 % - испытывают дискомфорт, 10 % - умеренные болевые ощущения, 8,75 % - сильная боль, и 2,5% человек испытывает очень сильная боль. Если учитывать, что такие данные получены у школьников, то это очень плохо, необходимо углубить профилактику, улучшить медицинские осмотры, заняться пропагандой ЗОЖ (Рис. 3).

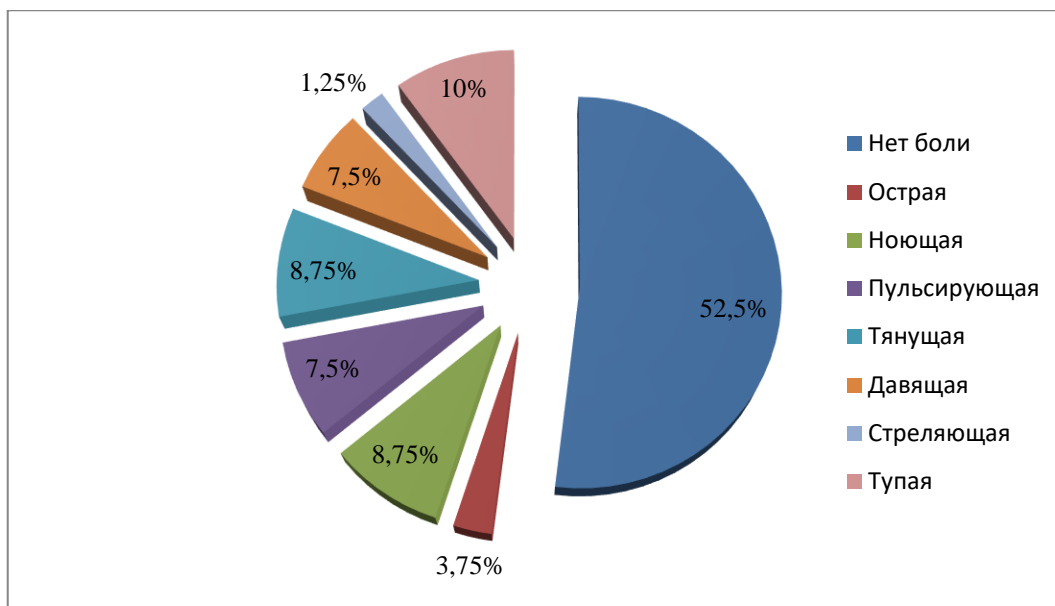


Рис. 4. Каким словом лучше описать характер Вашей боли в позвоночнике?

Как видно из рисунка 4 - 52,5 % (а это большинство учеников) – не испытывают болевые ощущения, у остальных - болевые ощущения достаточно разнообразны (см. Рис. 4).

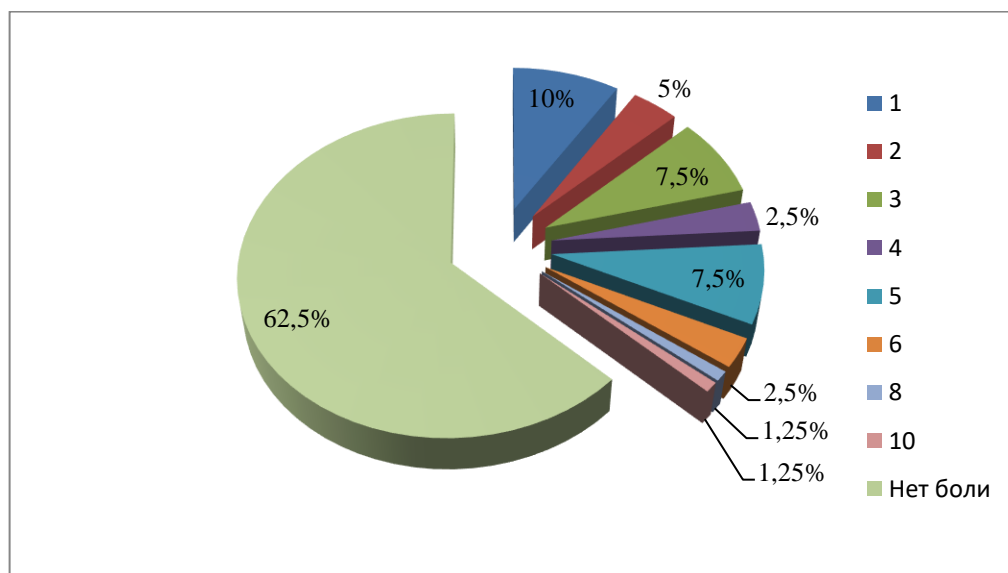


Рис. 5. Какова была средняя интенсивность Вашей боли в позвоночнике за последние 24 часа?

Результаты исследования показали, что у 62,5% учеников нет боли в позвоночнике на момент анкетирования, у 10% она была равна 1 по 10-бальной шкале (Рис. 5).

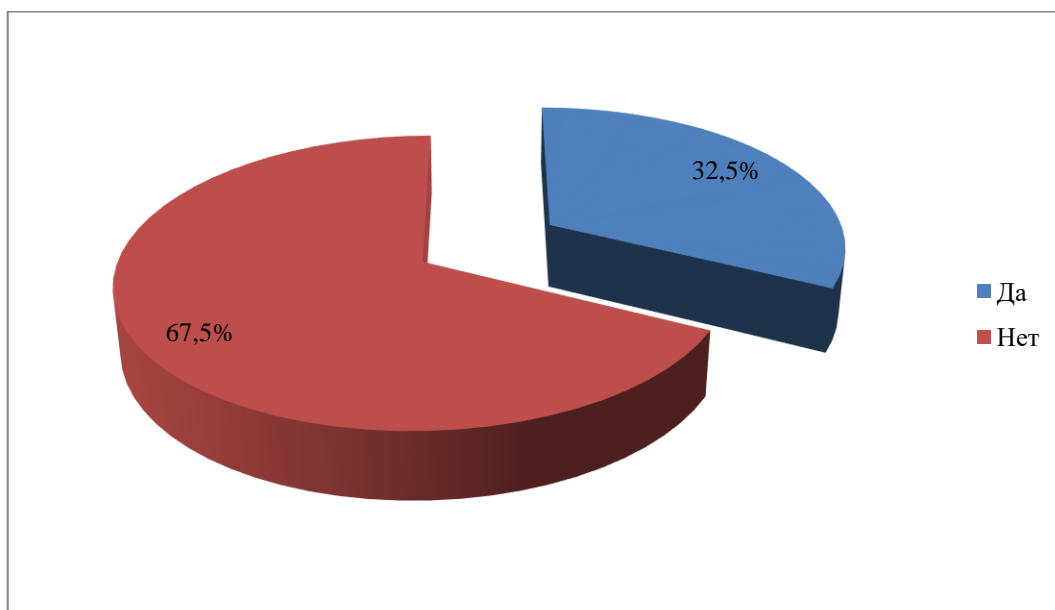


Рис. 6. Имеется ли чувство напряжения, скованности в спине?

67,5 % школьников не испытывают чувство скованности и напряжения в спине, а вот 32,5 % респондентов отмечают данные ощущения (Рис. 6).

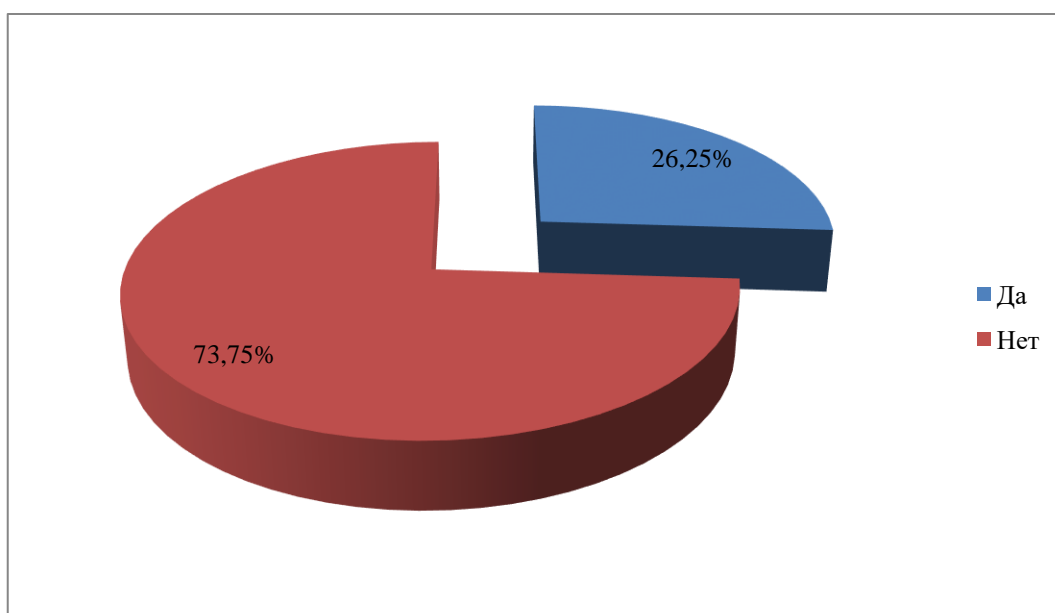


Рис. 7. Имеется ли чувство скованности, боли в спине по утрам, которые уменьшаются после разминки?

73,6% учеников не имеют чувства скованности, боли в позвоночнике по утрам, но и у 26,3% детей есть боль в позвоночнике по утрам. Это возможно из-за неправильной позы во время сна (Рис. 7).

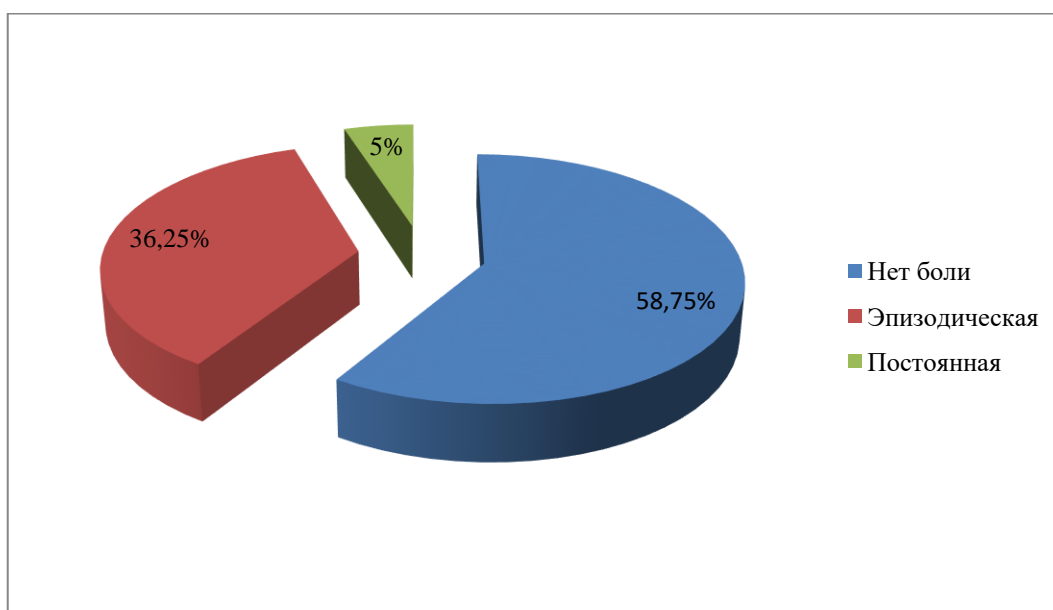


Рис. 8. Опишите периодичность появления боли в ногах (ноге)

У 58,8% учеников нет боли в ногах (ноге), но и у немалого количества (36,25%) эпизодическая боль в ногах (ноге), а у 5% человек постоянная боль в ногах (ноге). Боль в ногах может быть вызвана долгим хождением на каблуках, отсутствием физических нагрузок (Рис. 8).

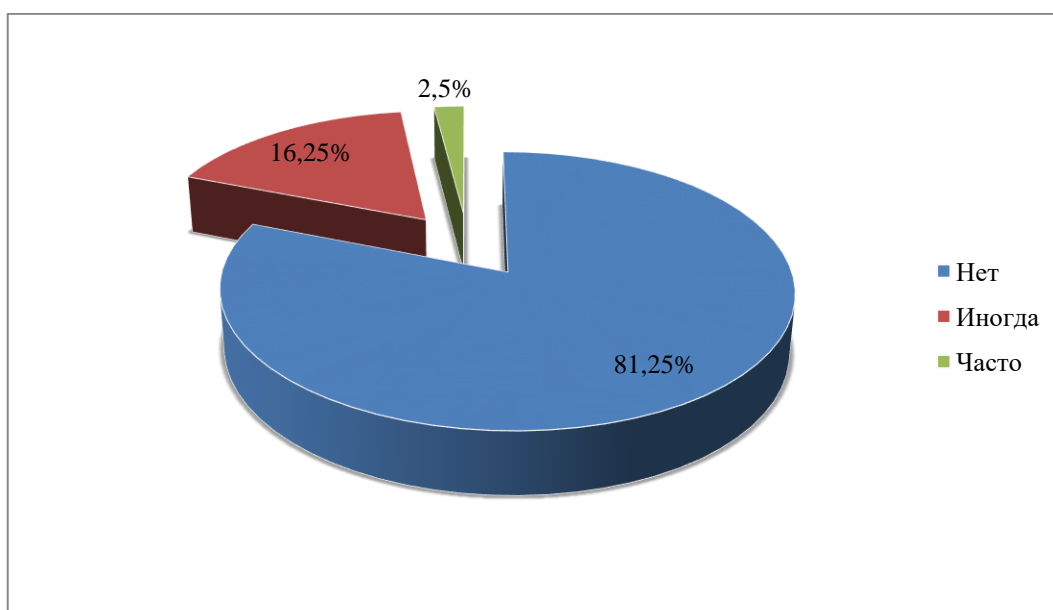


Рис. 9. Просыпаетесь ли Вы из-за боли в позвоночнике, ноге?

Вывод: у 81,25% учеников не болят ноги или позвоночник, 16,25% иногда просыпались из-за того, что у них болят ноги или спина, остальные 2,5% часто просыпали из-за боли в позвоночнике или ногах (см. Рис. 9).

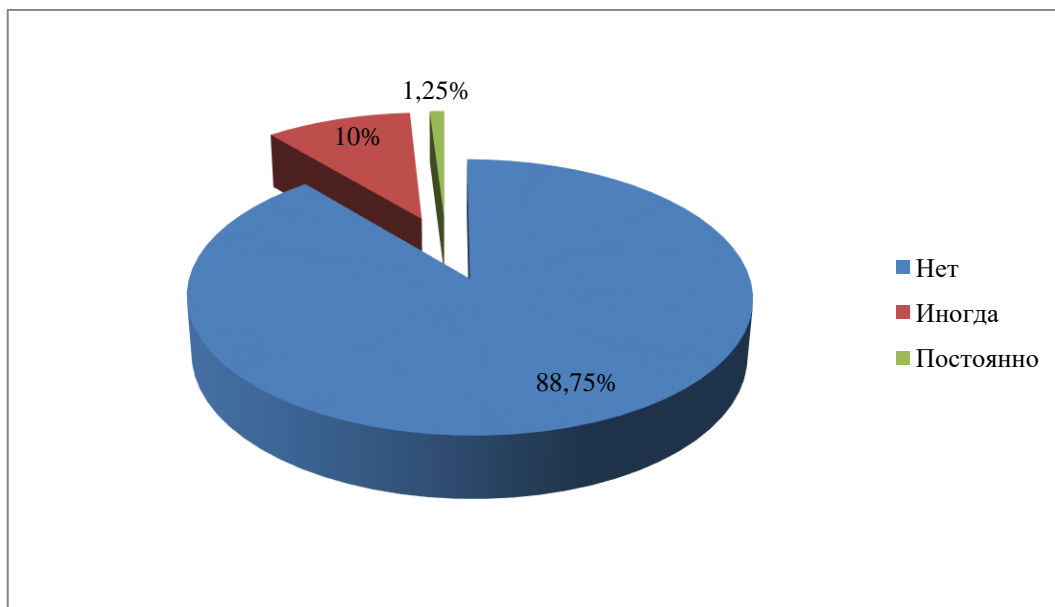


Рис. 10. Нуждаетесь ли Вы в приеме обезболивающих препаратов?

Вывод: для 88,75 % школьников не требуются методы обезболивания, для 10 % - иногда, и для 1,25 % - всегда (см. Рис. 10).

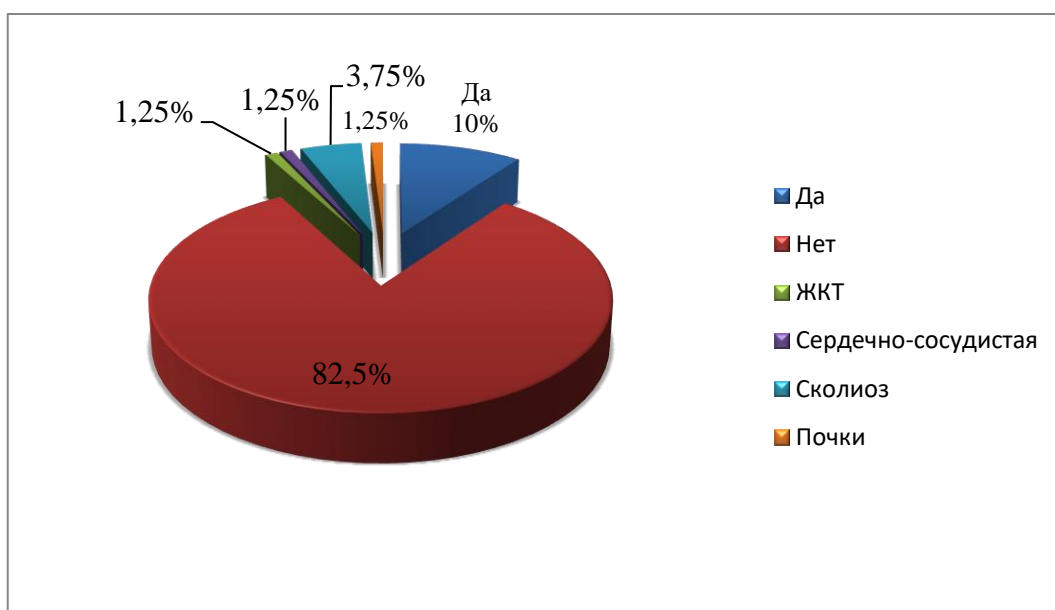


Рис. 11. Имеется ли у Вас в анамнезе сопутствующие заболевания?

Вывод: у 82,5 % школьников – нет сопутствующих заболеваний, но у 10% есть патологии, из которых у 1,25% анкетированных патология со стороны ЖКТ, у 1,25% со стороны сердечно-сосудистой системы, у 3,75% сколиоз, и у 1,25% проблемы с почками (Рис. 11).

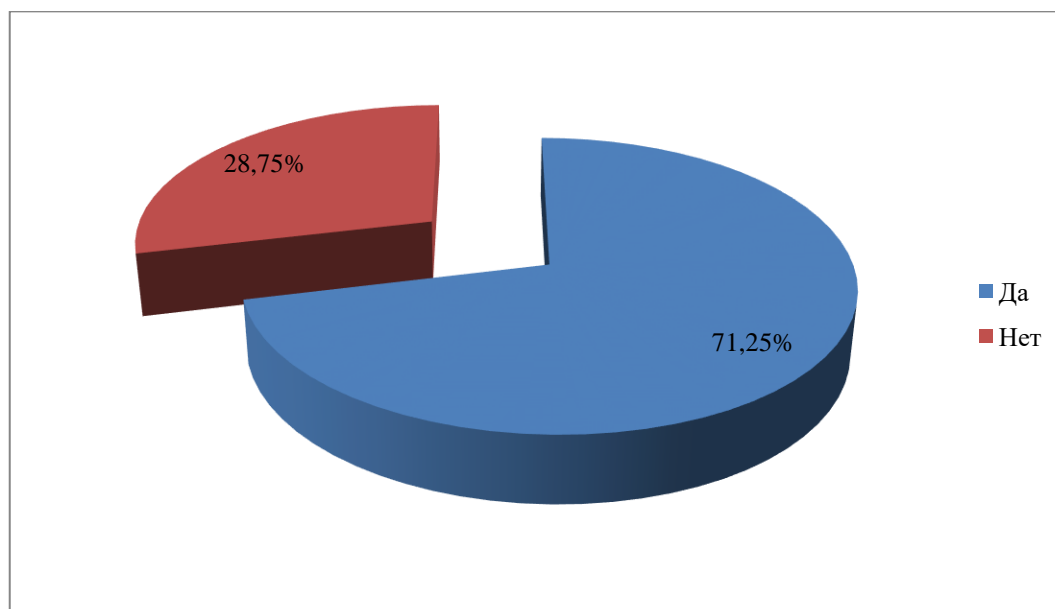


Рис. 12. Есть ли у Вас дома спортивный уголок?

Вывод: у 71,25% опрошенных школьников дома имеется спортивный уголок, он нестандартный у всех, больше распределен по увлечениям, но, тем не менее, дети имеют возможность заниматься физическими нагрузками в домашних условиях. У 28,75% опрошенных в силу каких-то причин нет такого спортивного уголка, одними их причин стала финансовая составляющая, другой причиной нежелание либо родителей, либо детей чем – то заниматься дома (Рис. 12).

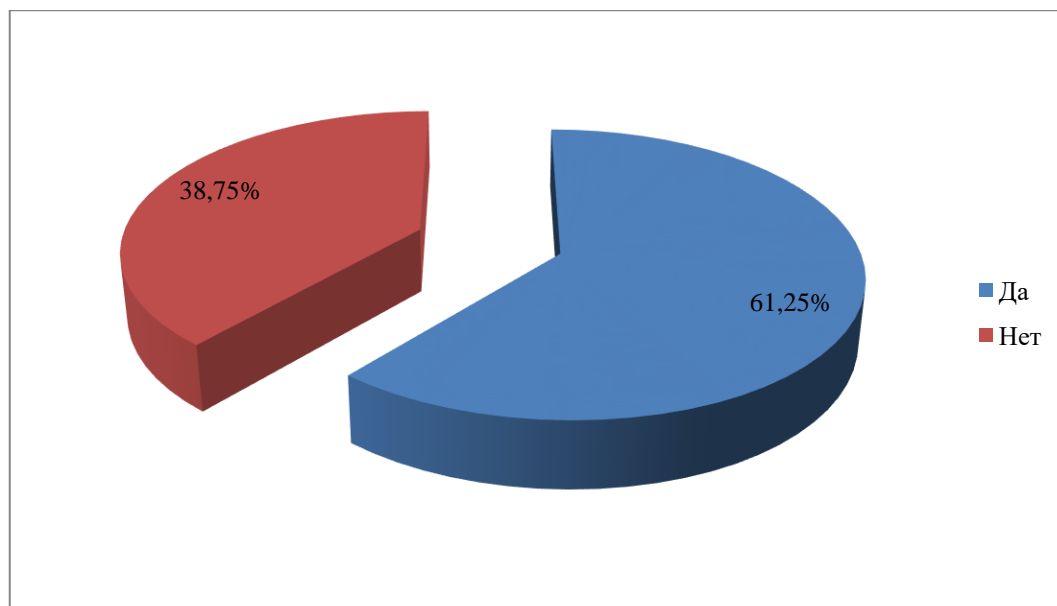


Рис. 13. Посещаете ли Вы спортивные секции?

61,25% респондентов увлекаются спортом, 38,75% не посещает такие секции, в силу далеко место жительства от места проведения секций, финансовой составляющей, и некоторые просто увлекаются другими видами деятельности (Рис. 13).

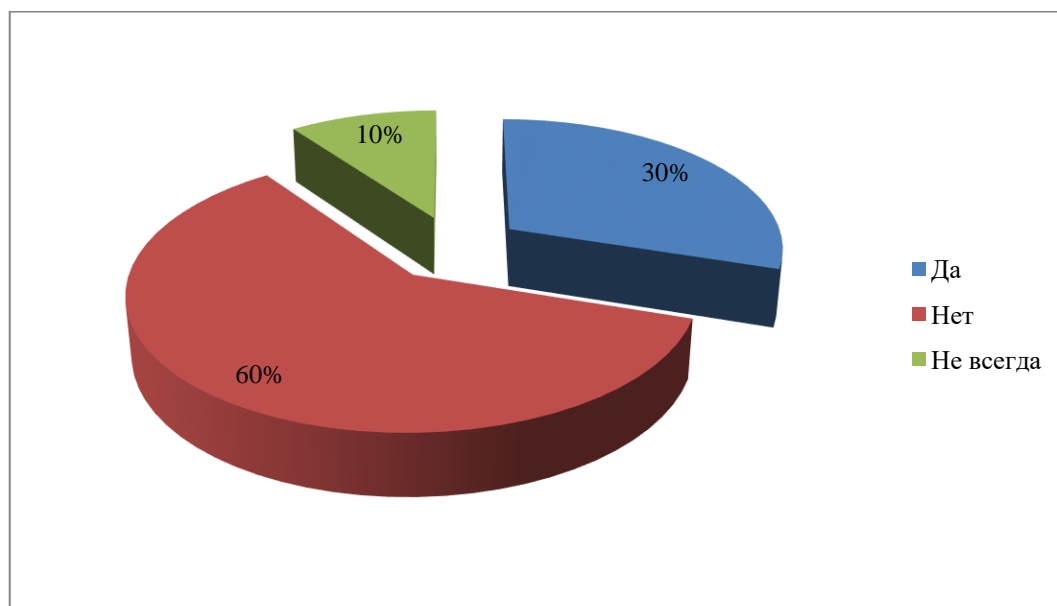


Рис.14. Проводите ли Вы утреннюю гимнастику?

60% детей не занимаются гимнастикой по утрам, и причин этому

большое множество, около 30 % опрошенных стараются выполнять гимнастику хотя бы утром, и 10 % говорят, что не всегда ее выполняют (Рис. 14).

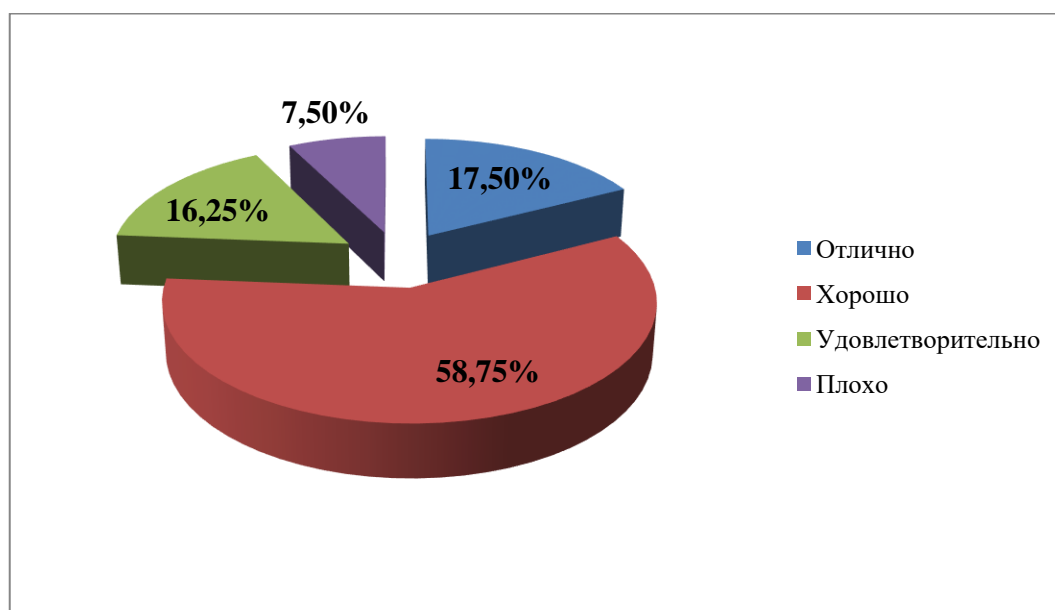


Рис.15. Как Вы оцениваете рацион питания ребенка?

Результаты анкетирования показали, что 58,75% детей расценивают питание как отлично и хорошо, никто из них не жалуется на недостаток каких-то продуктов в семье, около 16,25% детей считают, что оно удовлетворительное, и они хотят, что – то еще скушать, но у них нет такой возможности, и 7,5% ответили, что у них плохое питание (Рис. 15).

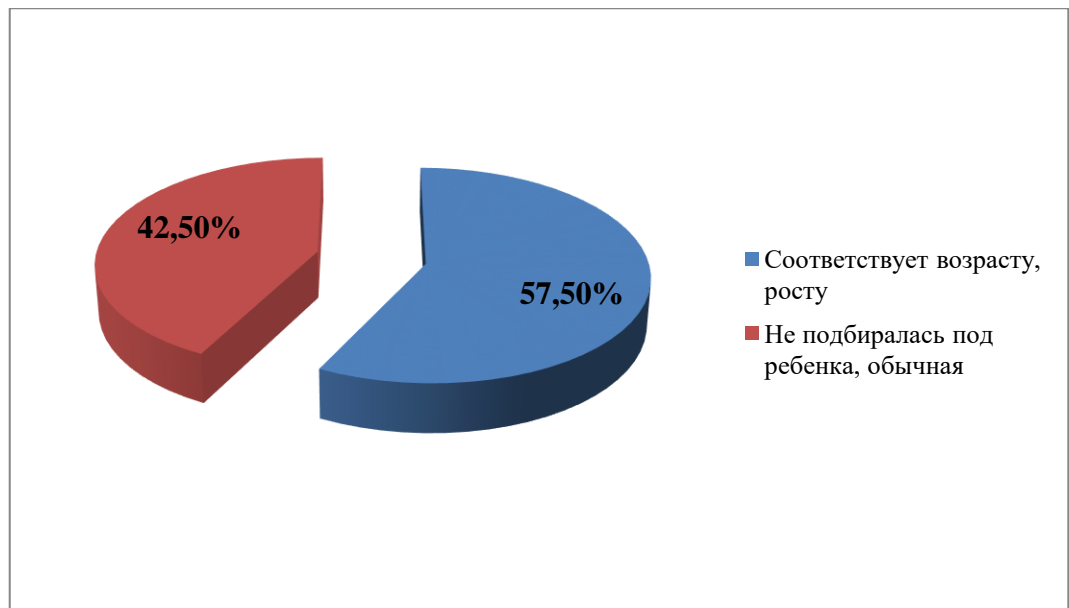


Рис.16. Дайте оценку своей мебели дома?

Вывод: что касается домашней мебели, то 57,5% детей говорят, что их мебель соответствует их возрасту, и 42,5% считают, что их мебель обычная, и никогда не подбиралась по возрасту (Рис. 16).

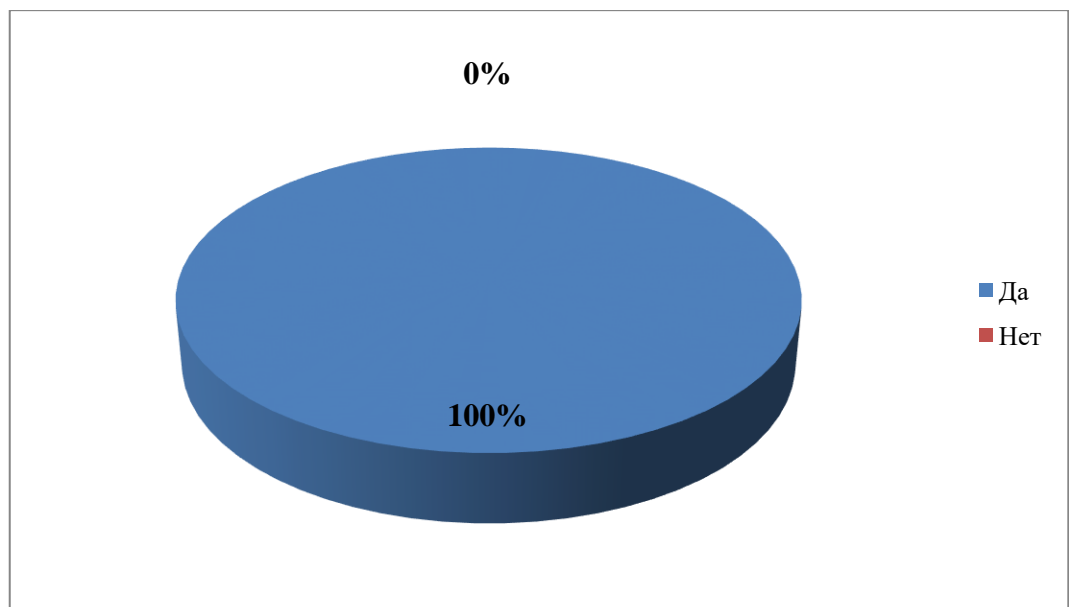


Рис. 17. Проводят ли с Вами работу по проблеме сколиоза медицинские сестры поликлиник и Вашего учебного учреждения?

100% анкетированных отметили, что с ними проводятся беседы, а также имеется возможность в проведении различных внеклассных занятий проблемам здоровья (Рис. 17).

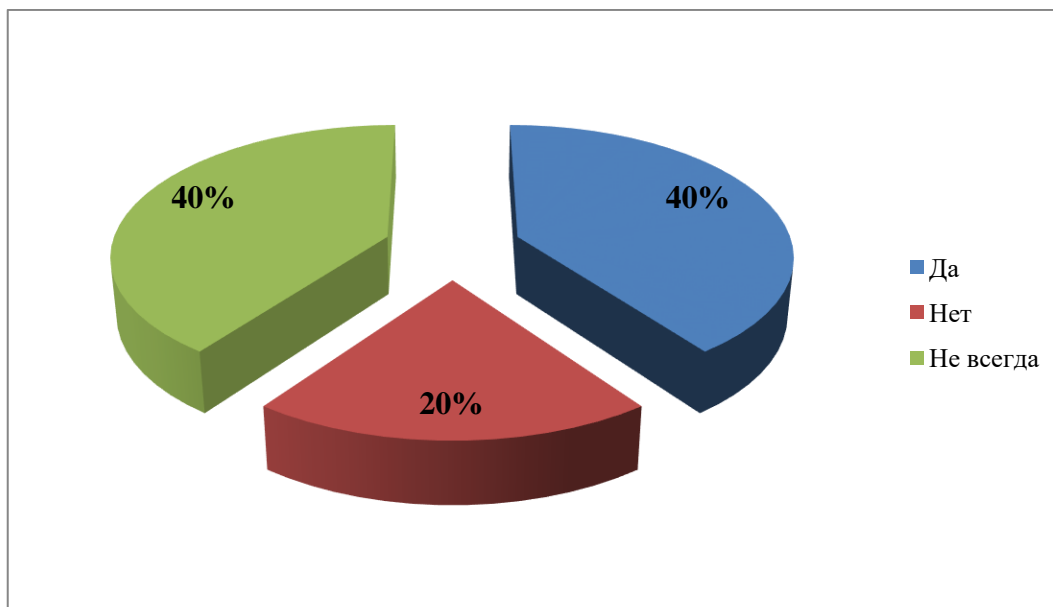


Рис.18. Вы выполняете требования направленные на профилактику и коррекцию сколиоза?

40 % опрошенных стараются выполнять рекомендации по профилактике сколиоза, еще 40 % выполняют рекомендации, но не всегда, а 20 % детей просто халатно относятся к здоровью и не стремятся выполнять какие-либо рекомендации (Рис. 18).

Исследование дошкольников проводилось так же методом, только в опросе принимали участие родители, учитывая маленький возраст. Вопросы задавались с 14 по 20 из анкеты, представленной в приложении 3. Так же изучались медицинские карты этих детей.

Надо отметить, что исследование детей дошкольного возраста проводилось с целью выявления факторов риска по развитию сколиоза.

Детский сад расположен не на окраине города, он хорошо оборудован, имеется все необходимое для проведения спортивных занятий. В отличие от некоторых детских садов, которые расположены на окраине города, многие

из которых не имеют необходимого оборудования и обустройства площадок для детей, в садиках, не имеющих такой проблемы риск развития у детей сколиоза ниже.

Питание в садике хорошее, это отмечают и сами родители. А, как известно, от питания тоже зависит развитие детского организма и костной системы в первую очередь.

Что касается проведенной беседы, выявлено, что у большей половины детей нет спортивных уголков дома, у их много игрушек, направленных на развитие, но спортивные уголки имеют единицы.

Как правило гимнастику по утрам практически никто не проводит, в силу того что поздно встают и не успевают в садик, родителям жалко будить детей раньше, часть родителей считает, что ребенок и так набегаётся за день, что ему не нужен этот уголок.

Почти все дети занимаются в спортивных секциях, либо собираются туда пойти.

Большинство родителей расценивает питание детей как хорошее, это подтверждают и медицинские карты, где у детей не наблюдается каких-то серьезных расстройств с питанием, возможно единичные дети имеют избыточную массу тела и так же единичные немного отстают, но этому могут быть и свои причины, например заболевания, приводящие к снижению веса, либо его повышению, в частности это заболевания эндокринной системы.

Родители говорят, что не всегда подбирают мебель точно по возрасту и росту, многие берут сразу больше, потому что ребенок растет, и не нужно было менять постоянно мебель.

Со всеми родителями проводится беседа по проблеме сколиоза, но не все выполняют профилактические требования.

3. Нами был проведен анализ детей школьного возраста, а так же родителей дошкольного возрастов, и в ходе исследований было получено следующее:

1. Дети школьного возраста:

- большинство учеников не беспокоят боли в позвоночнике,
- у большинства учеников не болят ноги,
- выявляемость детей с нарушением осанки становится меньше, но при этом детей со сколиозом становится больше,

- чем старше дети, тем выше показатель выявляемости сколиоза, это говорит о том, что у ребенка не соблюдались меры профилактики сколиоза, по тем или иным причинам,

- у 71, 25 % детей имеются дома спортивные уголки, это говорит о том, что у таких детей риск развития сколиоза ниже, они постоянно ведут активный образ жизни,

- около 61, 25 % детей занимаются в разных спортивных секциях (баскетбол, волейбол, теннис, гимнастика, борьба и т.д.),

- меньше половины детей выполняют утром гимнастику, это около 30 %, и около 10 % не всегда, возможно часть детей, пробел с гимнастикой компенсирует физической активностью в течение дня, посещая спортивные секции, а так же имея возможность в свободное время заниматься спортом дома,

- питание большая часть детей расценивает как отличное и хорошее, это около 17,50 % и 58,75 % соответственно,

- у большей части детей мебель соответствует их возрасту и росту,

- на 100 % медицинские работники выполняют свою работу в направлении профилактики сколиоза,

- не смотря на хорошую работу медицинских сестер, не все соблюдают поставленные рекомендации, что видно из опроса, где часть детей соблюдает и не всегда соблюдает рекомендации, это по 40 %, а меньшая часть, около 20 % не придерживается рекомендаций.

2. Что касается детей дошкольного возраста, то там исследование проводилось в направлении выявления факторов риска развития сколиоза, а именно:

- возможность детских садов заниматься с детьми спортивными

занятиями, играми и т.д., и надо отметить, что тут важное значение имеет сама оснащённость детских сади́ков спортивным инвентарем, так же наличием спортивных залов, площадок, бассейнов, а так же имеет важное значение и расположение детского садика, чем дальше он расположен от городской зоны, как правило, тем хуже состояние сади́ков и тем хуже его оснащённость,

- большая часть родителей не имеет для своих детей спортивных уголков,

- почти никто не проводит гимнастику по утрам,

- хотя надо отметить, что, несмотря на отсутствие спортивных уголков дома, и не проводимую гимнастику по утрам, большая часть родителей водит своих детей на занятия в спортивные секции (много детей занимается танцами, гимнастикой, борьбой и плаванием),

- питание у всех детей в садике и дома хорошее,

- мебель не подбирается под ребенка и это отмечают сами родители,

- так же как и школьники, родители отмечают хорошую активную работу медицинских работников, хотя сами признаются, что не придерживаются рекомендаций, и находят для этого оправдания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сколиоз – стойкое искривление позвоночника вбок относительно своей оси (во фронтальной плоскости). В этот процесс вовлекаются все отделы позвоночника, потому к боковому искривлению в последующем присоединяется искривление в переднезаднем направлении (усиление физиологических изгибов) и скручивание позвоночника. По мере прогрессирования сколиоза возникает вторичная деформация грудной клетки и таза, сопровождающаяся нарушением функции сердца, легких и тазовых органов. Искривление формируется в детском и подростковом возрасте. Сколиоз может развиваться вследствие травм, различных заболеваний и врожденных аномалий. В 80% случаев причина возникновения сколиоза остается неустановленной. Лечение может быть как консервативным, так и оперативным. Прогноз зависит от причины и степени сколиоза, а также наличия и выраженности вторичных деформаций и состояния внутренних органов.

Цель данной дипломной работы можно считать достигнутой, так как решены все поставленные для этого задачи:

1. С теоретической стороны, в дипломной работе были раскрыты основные аспекты по теме «Сколиоз», а именно определение, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение и профилактика.

2. Хорошо проведен обзор баз, на которых проводилось исследование детей дошкольного и школьного возрастов.

3. Нами был проведен анализ анкетирования детей школьного возраста, а так же родителей детей дошкольного возрастов.

Обобщив ответы анкетизируемых школьников, можно говорить о том, что у большинства опрошенных отсутствуют болевые ощущения в спине и конечностях, при наличии нарушений осанки; многие дети ведут активный образ жизни, занимаются физической культурой и различными видами спорта, имеют

в домашних условиях спортивный инвентарь и оборудование.

Но часть опрошенных детей признались, что редко соблюдают рекомендации, данные медицинским персоналом по профилактике и коррекции нарушений осанки, пренебрегают утренней гигиенической гимнастикой и физкультурными паузами в режиме учебного дня.

Что касается детей дошкольного возраста, то там исследование проводилось в направлении выявления факторов риска развития сколиоза. И можно так же отметить отсутствие ежедневной двигательной активности за пределами дошкольных учреждений, а так же недостаточную оснащенность специализированным оборудованием для проведения профилактирующих мероприятий по формированию правильной осанки у детей, посещающих детские сады.

Хотя надо отметить, что, несмотря на отсутствие спортивных уголков дома, и не проводимую гимнастику по утрам, большая часть родителей водит своих детей на занятия в спортивные секции (много детей занимается танцами, гимнастикой, борьбой и плаванием).

4. Дана характеристика физической реабилитации у детей при сколиозе.

5. После проведенного исследования можно дать следующие

рекомендации:

1. Для медицинских работников:

- мотивировать родителей и детей к проведению профилактики сколиоза;
- повышать свою квалификацию,
- разрабатывать и внедрять новые методы профилактики и мотивации для населения,
- проводить ежегодные осмотры детей в школах и детских садах, для раннего выявления патологии позвоночника и раннего начала лечебных мероприятий,
- медицинский персонал должен проводить мастер-классы по ЛФК, беседы, по возможности иллюстрированные выступления для родителей и их детей, по проблеме сколиоза и методах его диагностики, лечения и

профилактики,

- необходимо проводить физкультурные паузы между занятиями, так же вовлекать в данную проблему и учителей, так как они часто видят детей и имеют возможность регулярно контролировать их осанку.

2. Для родителей и детей:

- участвовать в осмотрах детей,
- придерживаться рекомендаций медицинских работников,
- заниматься гимнастикой по утрам, либо посещать спортивные секции, либо заниматься дома,
- правильно подобрать мебель, так как для ребенка это важно,
- выделить дома место хотя бы под небольшой спортивный уголок;
- уделять внимание правильному питанию детей,
- стремиться к повышению качества жизни своего ребенка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосов, В. Н. Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых [Текст] / В.Н. Амосов. - М.: Вектор, 2010. - 128 с.
2. Авдеева, Т.Г. Введение в детскую спортивную медицину / Т.Г. Авдеева, Л.В. Виноградова [Текст]. – СПб.: Феникс, 2014. – 416 с.
3. Белоголовский, Г.Г. Пособие по массажу / Г.Г. Белоголовский. [Текст] – СПб.: Феникс, 2016. – 362 с.
4. Гитт, В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов [Текст] / В.Д. Гитт. - М.: Единение, 2010. - 128 с.
5. Джошуа Клиланд Клиническое обследование в ортопедии с иллюстрациями Неттера. Доказательный подход / Джошуа Клиланд, Шейн Коппенхейвер, Джонатан Су. – Изд-во «Панфилова», 2018. – 624 с.
6. Дубровский В.И. Физическая реабилитация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья / В.И. Дубровский, А.В. Дубровская. – СПб: «Бином», 2017. – 448 с.
7. Епифанов, В.А. Реабилитация в травматологии и ортопедии / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 416 с.
8. Епифанов, В.А. Медицинская реабилитация / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 672 с.
9. Качесов, В.А. Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга. [Текст] Книга 1 / В.А. Качесов. – М.: Гэотар – медиа, 2017. – 340 с.
10. Клебанович, М. М. Массаж при болях в спине и сколиозах / М.М. Клебанович. [Текст] - М.: Книга по Требованию, 2009. - 97 с.
11. Красикова, И.С. Детский массаж и гимнастика для профилактики и лечения нарушений осанки, сколиоза и плоскостопия / И.С. Красикова. – М.: Огни, 2012. - 320 с.

12. Миронов, С.П. Ортопедия[Текст]: нац. рук. / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1018 с.
13. Миронов, С.П. Травматология / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с.
14. Миронов, С.П. Клинические рекомендации. Травматология и ортопедия детского и подросткового возраста / под ред. С. П. Миронова, Г. П. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 428 с.
15. Никифорова, Е. К. Профилактика и лечение деформаций опорно-двигательного аппарата на почве полиомиелита / Е.К. Никифорова. - М.: Медицина, 2011. - 176 с.
16. Панаев, М.С. Основы массажа и реабилитации в педиатрии / М.С. Панаев. – М.: Гэотар – медиа, 2015. – 316 с.
17. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 360 с.
18. Попов С.Н. Физическая реабилитация / С.Н. Попов. – Ростов н/Д.: «Феникс», 2015. – 608 с.
19. Скоблин, А.А. Комплексная медицинская реабилитация больных с заболеваниями позвоночника. Клинико-биомеханическое исследование / А.А. Скоблин, А.С. Витензон. – Издательство: Science Press, 2013. – 430 с.
20. Фурман, А.Г. Оздоровительная физическая культура / В.Г. Фурман, М.Б. Юспа. – СПб.: Бином, 2016. – 228 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Фото-сопровождение дипломной работы

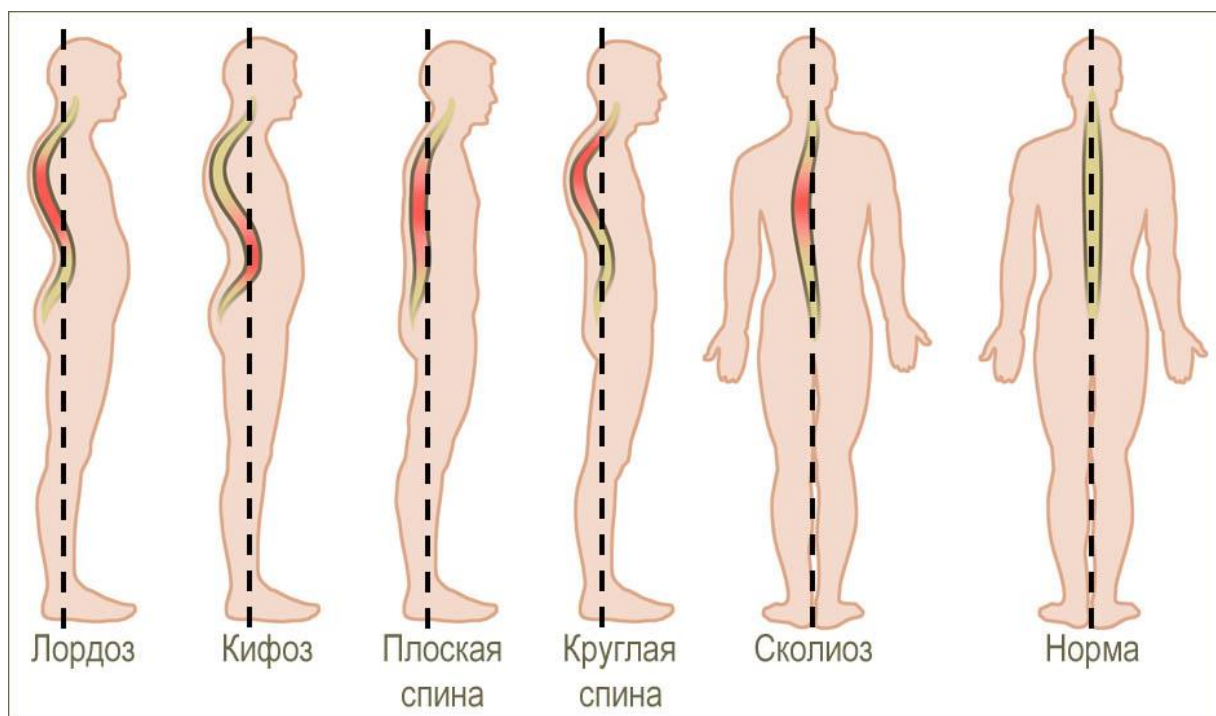


Рисунок 1. Норма и виды сколиоза

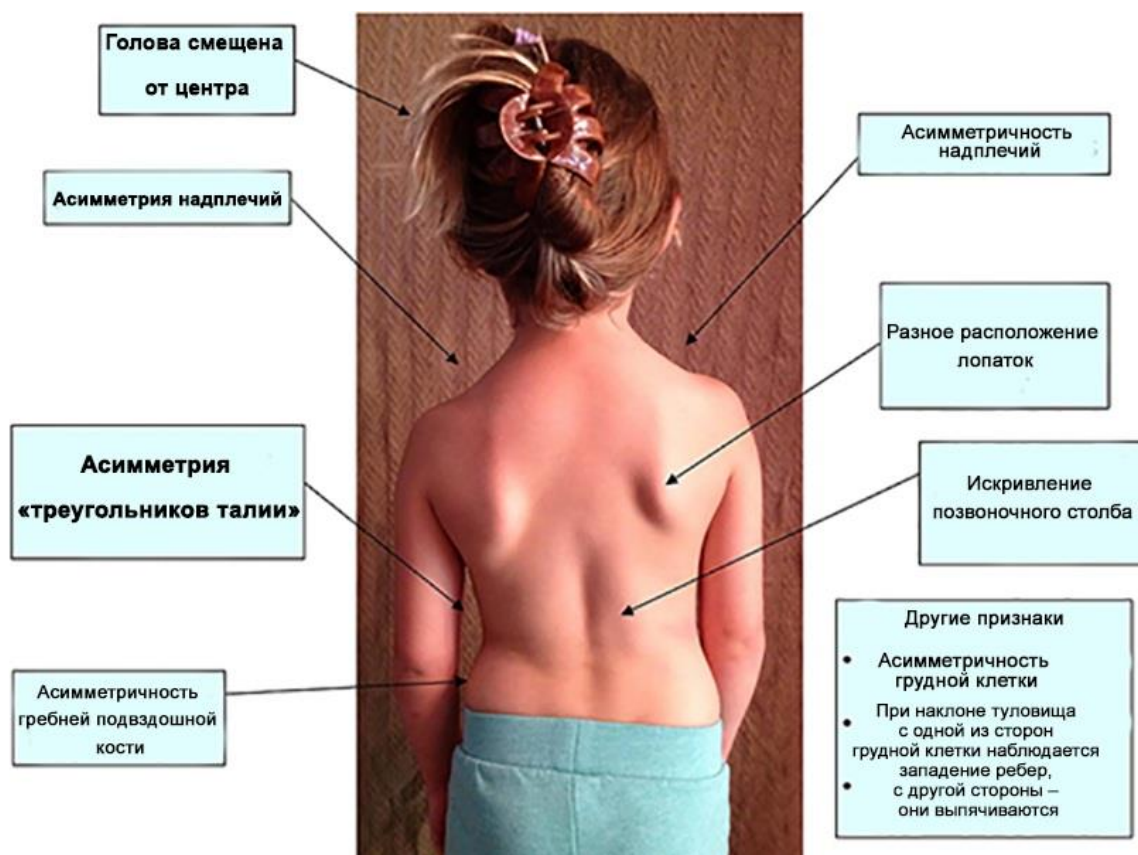


Рисунок 2. Фото сколиоза у детей

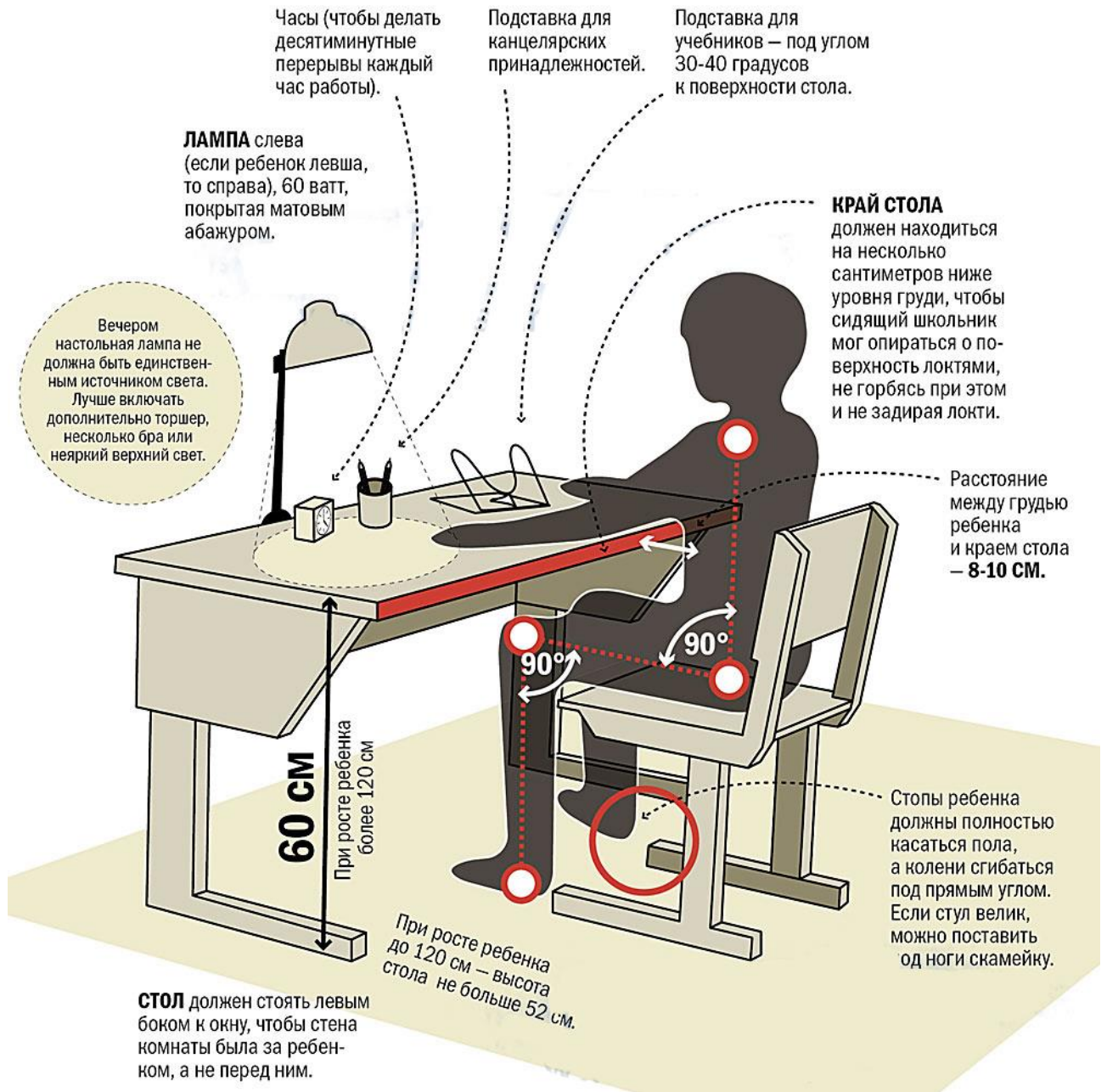


Рисунок 3. Профилактика сколиоза

ЛФК при сколиозе

1. Лежа на спине

- Руки необходимо вытянуть за головой и поочередно подтягивать носки на себя, затем тянуть их в противоположную сторону, затем вращать стопами. (Время выполнения упражнения около минуты).

- Приподнимите ноги для упражнения «велосипед». Старайтесь держать угол между полом и ногами по возможности маленьким. (Необходимо сделать 2-3 подхода).

- Подтягивайте колено к груди, обе ноги попеременно. При этом каждый раз при подтягивании прижимайте колено руками к груди, а при его опускании, отводите руки за голову. (Необходимо сделать не менее 10 повторов упражнения).

2. Лежа на животе

- Согните руки. На вдохе старайтесь приподнимать голову и плечи и опускать на выдохе. (Повторяем 6 раз).

- Нужно приподнять голову и руки и начать делать энергичные перекрестные движения руками. (Повтор упражнения – 10 раз).

- Вытягиваем руки вперед, затем поднимаем ноги и верхнюю часть туловища. Получается некое подобие лодочки. Можно покачаться туловищем от головы к ногам и обратно. (Выполнение упражнения требует 2-3 подходов).

3. Стоя

- Ладони кладем на плечи, выполняем вращения согнутыми руками. (Количество повторов упражнения – 10).

- Тянемся головой вверх, не поднимаясь на носочки. Техника выполнения упражнения медленная и осторожная. На вдохе необходимо тянуться вверх, а на выдохе — опускаться вниз. В точке максимального напряжения нужно задерживаться на несколько секунд.

Упражнения для формирования правильной осанки

1. Принять правильную осанку, стоя у стены или гимнастической стенки. При этом затылок, лопатки, ягодичные мышцы, икроножные мышцы и пятки должны касаться стены.

2. Принять правильную осанку, отойти от стены на 1—2 шага, сохраняя принятое положение.

3. Принять правильную осанку у стенки, сделать 2 шага вперед, присесть, встать. Вновь принять правильную осанку.

4. Принять правильную осанку у стенки. Сделать 1—2 шага вперед, расслабить

последовательно мышцы шеи, пояса верхних конечностей, рук и туловища. Принять правильную осанку.

5. Принять правильную осанку у стенки, приподняться на носки, удерживаясь в этом положении 3—4 с. Вернуться в исходное положение.

6. То же упражнение, но без гимнастической стенки.

7. Принять правильную осанку, присесть, разводя колени врозь и сохраняя положение головы и позвоночного столба. Медленно встать в исходное положение.

8. Сидя на гимнастической скамейке у стены, принять правильную осанку.

9. То же, что в упр. 8. Затем расслабить мышцы шеи, «уронить» голову, расслабить плечи, мышцы спины. Вернуться в исходное положение.

10. Лечь на спину. Голова, туловище, ноги составляют прямую линию, руки прижаты к туловищу. Приподнять голову и плечи, проверить прямое положение тела, вернуться в исходное положение.

11. Лежа на полу в правильном положении, прижать поясничную область к полу. Встать, принять правильную осанку, придавая поясничной области то же положение, что и в положении лежа.

12. Принять правильную осанку. Ходьба с остановками.

13. Принять правильную осанку, мешочек с песком на голове. Присесть и встать в исходное положение.

14. Ходьба с мешочком на голове с сохранением правильной осанки.

15. Ходьба с мешочком на голове, перешагивая через препятствия (веревку, гимнастическую скамейку), остановки с проверкой правильной осанки перед зеркалом.

16. Принять правильную осанку с мешочком на голове. Поймать мяч, бросить мяч двумя руками от груди партнеру, сохраняя правильную осанку.

17. Ходьба с мешочком на голове с одновременным выполнением различных движений — в полуприсяде, с высоким подниманием коленей и т.п.

18. Игры с сохранением правильной осанки.

Анкета

1. Беспокоят ли Вас болезненные ощущения в поясничном отделе позвоночника?

- А) Да
- Б) Нет

2. Опишите периодичность появления боли в позвоночнике:

- А) Нет боли
- Б) Эпизодическая
- В) Постоянная

3. Каким словом лучше охарактеризовать интенсивность Вашей боли в позвоночнике?

- А) нет боли
- Б) дискомфорт
- В) умеренная боль
- Г) сильная боль
- Д) очень сильная боль

4. Каким словом лучше описать характер Вашей боли в позвоночнике?

- А) нет боли
- Б) острая
- В) ноющая
- Г) пульсирующая
- Д) тянущая
- Е) жгучая
- Ж) давящая
- З) стреляющая
- И) тупая
- К) другая _____

5. Насколько сильна Ваша боль в позвоночнике в данный момент по 10-бальной шкале?

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5
- Е) 6
- Ж) 7
- З) 8
- И) 9
- К) 10
- Л) Нет боли

6. Какова была средняя интенсивность Вашей боли в позвоночнике за последние 24 часа?

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5
- Е) 6
- Ж) 7
- З) 8
- И) 9
- К) 10
- Л) Нет боли

7. Имеется ли чувство напряжения, скованности в спине?

- А) Да
- Б) Нет

8. Имеется ли чувство скованности, боли в спине по утрам, которые уменьшаются после разминки?

- А) Да
- Б) Нет

9. Опишите периодичность появления боли в ногах (ноге).

- А) Нет боли
- Б) Эпизодическая
- В) Постоянная

10. Каким словом лучше охарактеризовать интенсивность Вашей боли в ногах (ноге)?

- А) нет боли
- Б) дискомфорт
- В) умеренная боль
- Г) сильная боль
- Д) очень сильная боль

11. Просыпаетесь ли Вы из-за боли в позвоночнике, ноге?

- А) нет
- Б) иногда
- В) часто
- Г) постоянно

12. Нуждаетесь ли Вы в приеме обезболивающих препаратов?

- А) нет
- Б) иногда
- В) часто

Г) постоянно

13. Имеется ли у Вас в анамнезе сопутствующая патология со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, онкопатология, травмы позвоночника, операции на позвоночнике?

- А) Да
- Б) Нет

Какая _____

14. Есть ли у Вас дома спортивный уголок?

- А) Да
- Б) Нет

15. Посещаете ли Вы спортивные секции?

- А) Да
- Б) Нет

16. Проводите ли Вы утреннюю гимнастику?

- А) Да
- Б) Нет
- В) Не всегда

17. Как Вы оцениваете рацион питания ребенка?

- А) Отлично
- Б) Хорошо
- В) Удовлетворительно
- С) Плохо

18. Дайте оценку своей мебели дома?

- А) Соответствует возрасту, росту
- Б) Не подбиралась под ребенка, обычная

19. Проводят ли с Вами работу по проблеме сколиоза медицинские сестры поликлиник и Вашего учебного учреждения?

- А) Да
- Б) Нет

20. Вы выполняете требования направленные на профилактику и коррекцию сколиоза?

- А) Да
- Б) Нет