

Характеристика физических нарушений

Осанка – это привычное ортостатическое (вертикальное) положение тела человека, сохраняющееся в покое и в движении. Характеризуется гордо поднятой головой, параллельными надплечьями, симметричными лопатками, прижатыми к грудной клетке, равновеликими треугольниками талии и горизонтальным расположением подвздошных костей. При этом линия отвеса от большого наружного бугра затылочной кости повторяет ось остистых отростков позвонков. Правильная осанка обусловлена, прежде всего, выраженностью и состоянием естественных изгибов позвоночника.

По Штоффелю различают следующие виды нарушений осанки:

- Плоская спина. Характеризуется полным исчезновением естественных изгибов позвоночника. Мышцы естественного мышечного корсета очень слабы.
- Круглая спина. Характеризуется значительным увеличением грудного кифоза при нормальном выраженном шейном лордозе, а поясничный лордоз значительно увеличен, от этого грудного кифоз выявляется еще больше.
- Сутулость. Самый распространенный вид нарушения осанки.
- Характеризуется увеличенным шейным лордозом и поэтому внешне кажется, что больной ходит все время «задумавшись» с опущенной головой, со сведенными надплечьями. Грудной кифоз не изменяется, а поясничный лордоз уплощается. Передняя брюшная стенка становится «отвислой», но если попросить больного расправить плечи, поставить правильно голову, то эти признаки исчезают.
- Кругло-вогнутая спина. Эти два вида нарушения осанки весьма редко встречаются и проявление их обусловлено чаще всего сложными изменениями позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскости
- Плосковыгнутая спина

- Сколиотическая осанка. Характеризуется искривлением позвоночника во фронтальной плоскости без торсии позвонков
- Сколиоз. Боковое искривление позвоночника (во фронтальной плоскости) вместе с его торсией (вращением вокруг оси).

По мере его увеличения возникают искривления кзади в сагиттальной плоскости – кифоз, и торсия вокруг продольной оси – торсионный кифосколиоз. Кифосколиоз приводит к изменению формы грудной клетки, нарушению нормального расположения внутренних органов и к тяжелым функциональным нарушениям, в первую очередь сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Различают врожденные и приобретенные сколиозы. В основе врожденных лежат разнообразные аномалии развития позвоночника. Приобретенные сколиозы развиваются на почве перенесенных (обычно в детстве) заболеваний.

Сколиозы разделяются по форме и степени проявления деформации. По форме различают сколиоз:

- Частичный
- Тотальный
- S-образный (двойной) тройной и односторонний.

По стадии изменения позвоночника выделяют четыре степени сколиоза:

1 степень – незначительное искривление позвоночника во фронтальной плоскости, заметна асимметрия мышц

2 степень – отчетливо заметно боковое искривление позвоночника, намечается реберный горб

3 степень – сколиотическая деформация фиксирована, реберный горб высотой до 3 см, отклонение корпуса в сторону основной дуги

4 степень – резко выраженный фиксированный кифосколиоз, значительное отклонение корпуса в сторону, сильно выраженный реберный горб сзади..

Клинические симптомы сколиоза состоят из двух групп:

1. Характеризующих искривление позвоночника и проявляющиеся асимметрией отдельных частей тела и сегментов.
2. Характеризующие торсию позвонков, так как без торсии нет сколиоза.

А.И. Казьмин считает, что если отвес, установленный от VII шейного позвонка идет в межягодичную складку, то он называется уравновешенным сколиозом и у больных при таком положении отвеса мало вероятности прогрессирования болезни.

Если же отвес отклоняется от межягодичной складки (торс отклонен в сторону выпуклости первичной дуги), то такой сколиоз называется неуравновешенным и это может служить признаком возможного прогрессирования сколиоза.

Необходимо обратить внимание на положение лопаток. При сколиозе выявляется асимметрия, состоящая из трех компонентов:

1. Нижние углы лопаток стоят на одной линии по отношению к линии горизонта.
2. Лопатки находятся на разном удалении от линии остистых отростков.
3. Лопатка на одной стороне прилегает к грудной клетке, а на другой стоит от нее (развернутая)

У больных со сколиозом нередко бывает плоскостопие или эквиновальгусная стопа.

Плоскостопие.

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

Плоскостопие – деформация, сопровождающаяся уплотнением свод стопы. Плоская стопа характеризуется опусканием ее продольного или поперечного свода, а в дальнейшем появляются тягостные симптомы: быстрая утомляемость и боли при ходьбе и стоянии. Детская стопа менее

приспособлена к статическим нагрузкам: прыжкам, соскокам с высоких снарядов, быстро утомляется и легко подвергается деформации. При нагрузке своды стопы несколько уплощаются, но по окончании ее тотчас же с помощью активного сокращения мышц возвращаются в исходное положение. Основной причиной плоскостопия является слабость мышц и связочного аппарата, принимающих участие в поддержании свода, но причиной плоскостопия может стать и тесная обувь, особенно с узким носком или высоким каблуком, толстой подошвой, так как они лишают стопу ее естественной гибкости. Поэтому в основе профилактики плоскостопия лежит:

- укрепление мышц, сохраняющих свод
- ношение рациональной обуви
- ограничение нагрузки на нижние конечности.

Косолапость – одно из частых врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей, характеризующихся приведением, супинацией стопы и ее подошвенным сгибанием. Врожденная косолапость является следствием контрактуры мягких тканей стопы. Деформация костного аппарата развивается с возрастом. Длительная статическая нагрузка на больную стопу усиливает патологическую супинацию и приведение стопы. Задачей физических упражнений с использованием нестандартного оборудования, предупреждение в отставании в психомоторном развитии, восстановление нормальной функции стопы и закрепление результатов коррекции.