

СКОЛИОЗ. КАК С НИМ БОРОТЬСЯ С ПОМОЩЬЮ УПРАЖНЕНИЙ?

Д.Р. Ягудин, старший преподаватель
Уфимский университет науки и технологий
(Россия, г. Уфа)

DOI:10.24412/2500-1000-2023-5-4-50-53

Аннотация. В статье рассматривается проблема сколиоза и способы его предотвращения с помощью лечебной гимнастики. В статье рассматриваются различные типы сколиоза и их степень тяжести. Так же рассматриваются причины возникновения сколиоза, его симптомы и осложнения. В статье содержатся практические советы, которые помогут предотвратить возникновение заболевания, примеры упражнений, которые помогут укрепить мышцы спины, поддерживающие позвоночник в правильном положении, а также улучшить гибкость и осанку. Статья даёт представление о данной болезни и будет полезна тем, кто хочет предотвратить развитие сколиоза, укрепить мышцы спины.

Ключевые слова: сколиоз, позвоночник, искривление, деформация.

Сколиоз – это деформация позвоночника, характеризующаяся боковой кривизной позвоночника и торсии (вращении) его отдельных отделов с образованием S-образной или C-образной формы при просмотре спины [1]. При сколиозе происходит неравномерное развитие мышц, связочно-мышечной аппаратуры и самого позвоночника, что может приводить к функциональным нарушениям и возникновению боли в спине, а также к ограничению мобильности. Сколиоз может быть обусловлен разными факторами, включая генетические, окружающие и поведенческие, и может быть диагностирован с помощью клинических и рентгенологических методов. Лечение сколиоза направлено на устранение причин дисбаланса мышц и коррекцию кривизны позвоночника с целью улучшения функциональности спины и на предупреждение возможных последствий для здоровья.

В результате искривления позвоночника у пациентов нередко происходит изменение внешнего вида, что может привести к обезображиванию всего тела. Кроме того, сколиоз может привести к возрастанию риска инвалидности и травмирования позвоночника. Исследования показывают наличие проблем в работе таких систем, как желудочно-кишечная, сердечно-сосудистая, дыхательная и мочевыделительная у пациентов со сколиозом.

Большое количество пациентов с данным заболеванием, отсутствие единого подхода к диагностике и лечению свидетельствует о том, что данная тема является актуальной.

В наше время сколиоз очень распространён не только среди взрослых, но и среди детей и подростков, особенно во время быстрого роста в период пубертата, когда происходит быстрый рост организма. При этом, как подтверждают статистические данные, девочки страдают сколиозом в 3-6 раз чаще, чем мальчики [2]. Болезнь может проявляться уже в раннем детстве, однако наиболее заметный ход заболевания наблюдается в период полового созревания. Возникновение сколиоза может приводить к серьёзным последствиям в опорно-двигательном аппарате и сопутствующих системах и органах организма.

В основном, признаки сколиоза можно обнаружить при визуальном осмотре, они включают в себя асимметрию высоты плеч, лопаток и их выпуклости, различный зазор между руками и бедрами, формирование мышечного валика, асимметрию «поясничных» треугольников и расположение крыльев подвздошных костей [3]. Для точного диагноза требуется проведение рентгенологического обследования.

Распознавание типов сколиозов базируется на их расположении, включая пер-

вичный шейно-грудной, грудной, груднопоясничный, поясничный и пояснично-крестцовый варианты. Тотальный сколиоз приводит к деформации всех сегментов позвоночника.

Типичным является поражение грудного отдела, при этом деформация спины может быть как право-, так и левосторонней, проявления этих двух распространенных вариантов встречаются с одинаковой частотой.

Условно различают четыре степени развития деформации:

Первая степень сколиоза характеризуется пороком осанки из-за мышечной слабости, а именно недостаточности развития связочного аппарата и миопатии. Это заболевание, как правило, возникает на фоне рахита и других заболеваний, которые вызывают недостаточность нервно-мышечного контроля и приводят к дистрофическим процессам. Деформация позвоночника в этом случае является сравнительно незначительной, незаметна в лежащем положении. Торсия позвонков слабо выражена и может быть обнаружена только по небольшому отклонению в сторону остистых отростков, что может быть подтверждено при помощи рентгенологического обследования.

Вторая степень сколиоза характеризуется боковым искривлением позвоночного столба, при этом деформация не является фиксированной. Торсия позвонков, то есть их скручивание вокруг продольной оси, выражена заметно, и компенсаторные искривления проявляются в соседних отделах позвоночного столба. Рентгенологическое исследование определяет деформацию тел позвонков на вершине искривления. Следует отметить, что сколиотическое искривление может частично устраниться после проведения нескольких курсов лечения под наблюдением квалифицированного специалиста.

Третья степень сколиоза характеризуется явным постоянным искривлением позвоночника, при котором выявляется очевидное компенсаторное искривление. Характерно появление ярко выраженной торсии позвонков, проявляющейся в повороте тел позвонков в направлении выпуклой

стороны позвоночного столба, что в свою очередь приводит к образованию реберного горба и вторичных изменений ребер. При проведении рентгенологического обследования на вершине искривления можно обнаружить клинообразное изменение позвонков, а межпозвоночные щели на сегменте, выпуклом в сторону грудной клетки, расширены, на вогнутой стороне – сужены.

Четвертая степень сколиоза характеризуется значительной прочной деформацией, которая не поддается коррекции, и сопровождается тяжелой торсией и деформацией реберного горба, которая вызывает кручение туловища и его отклонение. Реберный горб на данной стадии заболевания может быть виден сзади и спереди, а также наблюдается асимметрия ног и деформация таза. При проведении рентгенологического обследования можно увидеть наличие клиновидных изменений позвонков, а также неравномерность межпозвоночных щелей и явные признаки деформирующего спондилоартроза.

В соответствии с происхождением существуют две основных группы сколиозов: первая группа включает врожденные и диспластические варианты, в то время как вторая группа связана с приобретенными заболеваниями.

При увеличении степени искривления позвоночника возможно появление болевых ощущений, которые могут быть обусловлены компрессией спинного мозга и нервных корешков, а также мышечным спазмом. Симптомы могут быть связаны с сдавлением нервных структур, что проявляется слабостью, снижением чувствительности и болевыми ощущениями в ногах. В тяжелых случаях возможно нарушение координации движений и затруднения при ходьбе.

При выраженной деформации грудного отдела позвоночника возможно возникновение деформации грудной клетки, что может приводить к компрессии легких, сердечной мышцы и крупных сосудов грудной полости. Эти процессы могут проявляться симптомами дыхательной и сердечной недостаточности [4, 5].

Появление сколиоза может быть обусловлено наличием следующих факторов: врожденной слабостью и недостаточным развитием связочного аппарата и мышц; неравномерными нагрузками на позвоночник; наследственной предрасположенностью; повреждениями и травмами позвоночника.

Считается, что наибольший риск для позвоночника – сидячий, малоподвижный образ жизни. При долгом регулярном нахождении в положении сидя, мышцы привыкают быть расслабленными и не помогают позвоночнику. Таким образом вся нагрузка направлена на позвоночник. Позвоночные диски достаточно прочны и способны восстановить свою структуру даже после перенесённых тяжёлых травм спины, но малая подвижность для них является губительной и может привести к сколиозу.

Развитие сколиоза можно предотвратить с помощью лечебной гимнастики:

Исходное положение – лёжа на спине

1. Руки находятся в вытянутом состоянии за головой. Носки поочерёдно тянем на себя и от себя, одновременно с этим вращаем стопы в обе стороны. Продолжать выполнение данного упражнения на протяжении минуты.

2. Упражнение «велосипед», угол между ногами и полом должен быть минимальным, но они не должны соприкасаться. Делаем 2-3 подхода.

3. Поочерёдно прижимаем колени к груди. При этом каждый раз захватываем колено руками, когда колено опущено руки находятся за головой. Делаем 10 повторов.

Исходное положение – лёжа на животе

1. Руки следует согнуть и на вдохе выполнить подъем головы и плеч, на выдохе же произвести опускание вниз. Рекомендуется выполнить данное действие 6 раз.

2. Находясь в поднятом положении головы и рук, практикуем попеременные

движения руками. Количество повторов – 10 штук.

3. При выполнении данного упражнения, руководствуемся следующими правилами: помещаем голову на кончики пальцев, а затем, поднимая верхнюю половину тела и ноги, выпрямляем руки. Ноги должны находиться идеально прямыми. Соединяем прямые руки, разводим ноги в разные стороны. Затем разводим руки в стороны, а ноги соединяем. Необходимо повторить это движение 20 раз. Повторять данное упражнение 2-3 раза.

Исходное положение – стоя

1. Помещаем ладони на плечи и осуществляем круговые движения руками в направлении вперёд и назад. Повторяем данное упражнение 10 раз.

2. Производим растяжку головой вверх, избегая при этом поднимания на носочки. Выполняем действие медленно и осторожно. На вдохе проводим растяжку вверх, на выдохе снижаемся вниз. На пике напряжения удерживаемся на некоторое время.

Вывод:

Сколиоз является серьезным заболеванием и требует особого внимания. Лечение этого заболевания на любой стадии развития является сложным и потребует значительного времени. Для предотвращения развития заболевания необходимо применять профилактические меры, такие как правильное положение тела при сидении, лежании и стоянии. Однако особенно важно уделить внимание правилам сидения, поскольку в современных условиях сидячий образ жизни преобладает в повседневной деятельности человека.

Некорректно относиться безразлично к проблеме сколиоза. При достижении заболеванием последней стадии, единственным решением может стать хирургическая коррекция. Следовательно, целесообразнее предпринимать меры, направленные на профилактику данного заболевания.

Библиографический список

1. Tamás S Illés, Francois Lavaste, Jean F Dubousset. The third dimension of scoliosis: The forgotten axial plane.
2. Мовшович И.А. Сколиоз. – М., 1964.

3. Coillard Christine, Leroux Michel A., Prince François, Rivard Charles H., Zabjek Karl Franc. Postural Characteristics of Adolescents With Idiopathic Scoliosis // Journal of Pediatric Orthopaedics. – 2008. – №28 (2). – P. 218-224.
4. Koumbourlis A.C. Scoliosis and the respiratory system // Paediatric Respiratory Reviews. – №7 (2). – P. 152-160.
5. Nachemson, Alf. A Long Term Follow-up Study of Non-treated Scoliosis // Acta Orthopaedica Scandinavica. – 1968. – №39 (4). – P. 466-476.

SCOLIOSIS. HOW TO DEAL WITH IT WITH THE HELP OF EXERCISES

D.R. Yagudin, *Senior Lecturer*
Ufa University of Science and Technology
(Russia, Ufa)

***Abstract.** The article discusses the problem of scoliosis and ways to prevent it with the help of therapeutic gymnastics. The article discusses various types of scoliosis and their severity. The causes of scoliosis, its symptoms and complications are also considered. The article contains practical tips that will help prevent the occurrence of the disease, examples of exercises that will help strengthen the back muscles that support the spine in the correct position, as well as improve flexibility and posture. The article gives an idea of this disease and will be useful for those who want to prevent the development of scoliosis, strengthen the back muscles.*

***Keywords:** scoliosis, spine, curvature, deformity.*