

Консультация для воспитателей на тему:

" Физическая реабилитация детей с нарушением осанки "

В последнее время наблюдается увеличение числа детей с нарушением осанки. Почему у современного ребенка развивается нарушение осанки?

Очевидно, к числу важнейших причин следует отнести высокий процент рождаемости ослабленных детей, заболевания в неонатальном и более позднем периоде развития ребенка, связанные с ограничением двигательной активности. Все это отрицательно сказывается на состоянии скелетных мышц и позвоночника. Важно как можно раньше начать профилактику дефектов осанки или коррекцию имеющегося вида ее нарушения, чтобы в школе у ребенка не возникли проблемы с повышенной утомляемостью, головными болями и болями в мышцах туловища.

В толковом словаре Даля записано: «Под осанкой разумеют стройность, величавость, приличие и красоту». Развивая это определение, необходимо дополнить и «основу здоровья». В практической работе осанка характеризуется как **непринужденное положение человека в покое и при движении**. Осанка формируется с самого раннего детства и зависит от гармоничной работы мышц, состояния костной системы, связочно-суставного и нервно-мышечного аппарата, равномерности их развития, физиологических изгибов позвоночника.

При характеристике изгибов позвоночника используются понятия: кифоз (изгиб позвоночника кзади) и лордоз (изгиб позвоночника кпереди). Позвоночник человека состоит из 33-34 соединительных между собой позвонков. 7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых сросшихся и образующих крестец, 4-5 копчиковых.

Известно, что позвоночник обеспечивает многообразную функцию движения, несет на себе тяжесть тела в вертикальном положении, предохраняет спинной и головной мозг от сотрясения и толчков. Физиологические изгибы облегчают сохранение равновесия, обеспечивают высокую подвижность позвоночника. Шейный и поясничный лордозы улучшают возможность ротационных движений, боковых наклонов, наклона вперед и в меньшей степени назад. В грудном отделе сгибание относительно невелико. Оно происходит в большей степени за счет нижних грудных позвонков. Нижнегрудные позвонки совместно с со свободными ребрами увеличивают объем движений приближая его в функциональном отношении к поясничному отделу. Одним из самых подвижных участков позвоночника принято считать переходный отдел от грудных позвонков к поясничным. При сильно выраженном или уплощенном грудном кифозе подвижность грудной клетки уменьшается.

Существуют различные мнения специалистов о сроках и порядке возникновения физиологических изгибов позвоночника.

Новорожденный ребенок имеет только крестцово-копчиковый кифоз, остальные физиологические изгибы существуют и начинают развиваться позже.

Начало формирования физиологических изгибов позвоночника относится к периоду грудного возраста. Приблизительно к 3 месяцам у ребенка формируется шейный лордоз под влиянием развивающихся мышц шеи и спины во время приподнимания головы лежа на спине и сохранения данного положения в течение определенного времени.

К 6 месяцам начинает формироваться грудной кифоз. У ребенка начинает развиваться умение переходить из положения лежа в положение сидя и самостоятельно сохранять это положение.

К 9-12 месяцам начинает формироваться поясничный лордоз под действием мышц, обеспечивающих вертикальное положение туловища и конечностей во время стояния и ходьбы.

Авторы едины в том, что к 3 годам у ребенка имеются все изгибы позвоночника, характерные для взрослого человека, но они менее выражены, а точнее сглажены. До 5-7 летнего возраста форма позвоночника не закрепляется. У 6 летнего ребенка, лежащего на спине, исчезают все изгибы на позвоночнике. К 7 годам прочно закрепляются шейный и грудной изгибы, а поясничный – в пубертатном возрасте. У младших школьников завершается становление физиологических изгибов, которые поддерживаются соответствующим равновесием тяги мышц, прикрепленных к позвоночнику. Наиболее стабильная осанка отмечается у детей в возрасте 10 лет.

По данным В. В. Анисимова, Г. В. Терентьева, величина физиологических изгибов позвоночника по мере роста ребенка плавно увеличивается. У мальчиков 4-7 лет средняя величина шейного лордоза возрастает с 2,47 до 2,7 см, а поясничного лордоза – с 1,52 до 1,8 см. у девочек того же возраста в шейном отделе показатель увеличивается с 2,46 до 2,69 см, в поясничном отделе – с 1,56 до 1,93 см.

Возрасто-половых различий величины изгибов у мальчиков и девочек не наблюдается. При этом величина шейного изгиба больше средних величин поясничного изгиба приблизительно на 1 см.

Полученные результаты имеют значительное отклонение от сигмы, что подтверждает высокую лабильность позвоночника дошкольника.

Выраженность физиологических изгибов позвоночника зависит так же от угла наклона таза. При увеличении угла наклона таза позвоночный столб, неподвижно сочлененный с тазом, наклоняется вперед, одновременно увеличиваются поясничный лордоз и расположенные выше изгибы позвоночника, компенсаторно сохраняющие вертикальное положение тела. При уменьшении угла наклона таза соответственно уплощаются физиологические изгибы позвоночника.

Осанка ребенка является динамическим стереотипом и в младшем возрасте носит неустойчивый характер, легко изменяясь под действием позитивных или негативных факторов. Неодновременно развитие костного, суставно-связочного аппарата, мышечной системы в этом возрасте является основой неустойчивости осанки. Такая неравномерность развития уменьшается по мере снижения темпов роста, а к окончанию роста человека стабилизируется.

Осанка зависит от состояния нервно-мышечного аппарата и психики человека, от степени развития мышечного корсета, от функциональных возможностей мышц к длительному статическому напряжению, от эластических свойств межпозвонковых дисков, хрящевых и соединительно-тканых образований суставов и полусуставов позвоночника, таза и нижних конечностей.

Правильная осанка человека характеризуется:

1. Прямым положением головы и позвоночника;
2. Вертикальным расположением остистых отростков;
3. Горизонтальным уровнем надплечий и углов лопаток;
4. Равными треугольниками талии;
5. Горизонтальным уровнем гребней подвздошных костей;
6. Симметричным положением ягодичных складок;
7. Правильными физиологическими изгибами;
8. Одинаковой длиной нижних конечностей и правильным положением стоп;

Но осанка дошкольника имеет несколько отличительных особенностей:

9. Голова немного наклонена вперед;
10. Линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, который выступает на 1-2 см;
11. Изгибы позвоночника выражены слабо, угол наклона таза невелик и составляет и у мальчиков, и у девочек 22-25 градусов.

Отклонения от правильной осанки называются *нарушением, дефектом или пороком осанки*. Чаще используется термин «*нарушение осанки*». Функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата **устраняются под влиянием длительных (многолетних), регулярных занятий лечебной гимнастикой.**

Нарушение осанки связано с функциональными изменениями опорно-двигательного аппарата, на фоне которых образуются порочные условно-рефлекторные связи, закрепляющие неправильное положение тела, навык правильной осанки утрачивается.

Слабость мышечного корсета, неправильные порочные позы, которые ребенок принимает в положении сидя, стоя, лежа, при ходьбе, во время игры, во сне, врожденные аномалии развития ребер, грудной клетки, позвонков, нижних конечностей вызывают развитие нарушения осанки. Нарушение осанки постепенно приводит к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы, к

ухудшению рессорной функции позвоночника, что, в свою очередь, негативно влияет на деятельность центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, становится спутником многих хронических заболеваний вследствие появления общей функциональной слабости, гипотонического состояния мышц и связочного аппарата ребенка.

Нарушения осанки начинаются с небольших изменений в верхних или нижних отделах туловища. Различают три степени этих нарушений:

1 степень – характеризуется небольшими изменениями осанки, которые устраняются целенаправленной концентрацией внимания ребенка;

2 степень – характеризуется увеличением количества симптомов нарушения осанки, которые устраняются при разгрузке позвоночника в горизонтальном положении или при подвешивании (за подмышечные впадины руками взрослого);

3 степень – характеризуется сочетанием нарушения осанки и начальными признаками сколиотической болезни.

Для детей дошкольного возраста наиболее характерны 1 и 2 степени нарушения осанки, для школьников – 2-3 степени.

Нарушения осанки отмечаются в двух плоскостях: сагиттальной (вид с боку) и фронтальной (вид спереди).

В сагиттальной плоскости выделяют пять видов нарушения осанки, вызванных увеличением (три вида) или уменьшением (два вида) физиологических изгибов позвоночника (И. Д. Ловейко, М. И. Фонарев, 1988).

При увеличении физиологических изгибов различают **сутуловатость, круглую спину (кифоз) и кругловогнутую спину.**

Для **сутуловатости** характерно увеличение грудного кифоза при одновременном уменьшении (сглаживании) поясничного лордоза. Голова наклонена вперед. Плечи сведены вперед, лопатки выступают, ягодичные уплощены.

Для **круглой** спины характерно увеличение грудного кифоза с почти полным отсутствием поясничного лордоза. Отсюда второе название – «тотальный кифоз». Голова часто наклонена вперед. Ноги согнуты в коленях. Отмечается западание грудной клетки и уплощение ягодиц. Мышцы туловища ослаблены. Принятие правильной осанки возможно только на короткое время.

Для **кругловогнутой** спины характерно увеличение всех изгибов позвоночника. Угол наклона таза выше физиологической нормы. Голова и верхний плечевой пояс наклонены вперед. Живот выступает вперед и свисает. Из-за недоразвития мышц брюшного пресса может наблюдаться опущение внутренних органов (висцероптоз). Колени максимально разогнуты, может наблюдаться рекурвация коленных суставов. Мышцы задней поверхности бедер и ягодичные мышцы растянуты и истончены.

Данные виды нарушения осанки на фоне видимых косметических вызывают уменьшение экскурсии грудной клетки и диафрагмы, снижение жизненной емкости легких и физиологических резервов дыхания и кровообращения. Слабость мышц брюшного пресса приводит к дискинетическим расстройствам.

При увеличенном грудном кифозе резко увеличиваются ротационные движения, боковые сгибания – разгибания позвоночника.

Для **плоской** спины характерно сглаживание всех физиологических изгибов, в большей степени грудного кифоза. Грудная клетка уплощена, лопатки отстают от грудной клетки («крыловидные» лопатки). Наклон таза уменьшен. Мышцы туловища гипотоничны. Данный вид нарушения осанки является следствием следствием функциональной неполноценности мышц и имеет наиболее неблагоприятный прогноз, так как при плоской спине чаще всего развивается и быстро прогрессирует сколиоз.

Для **плосковогнутой** характерно уменьшение грудного кифоза при нормального или несколько увеличенном поясничном лордозе. Грудная клетка узкая, мышцы живота ослаблены. Угол наклона таза увеличен, при этом отмечается отставание ягодиц кзади и отвисание живота к низу.

При менее выраженных косметических дефектах уплощение физиологических изгибов приводит к ухудшению рессорной функции позвоночника, что, в свою очередь, вызывает при движении постоянную микротравматизацию головного мозга, особенно в сочетании с плоскостопием.

Отмечается повышенная утомляемость и головные боли. При уменьшении шейного и поясничного лордоза ограничиваются наклоны туловища кпереди, кзади (в меньшей степени), боковые наклоны.

Профилактика и устранение нарушений осанки – процесс длительный, требующий от ребенка осознанного отношения и активного участия. Ребенку необходимо многократно объяснять (на доступном уровне) и показывать, что такое правильная осанка, что необходимо делать для ее поддержания. Большое влияние на формирование правильной осанки оказывают родители. Родители.

Для устранения нарушений осанки большинство специалистов рекомендуют использовать среднее (4-6раз) и большое (8-12 раз) количество повторений каждого специального упражнения.