



## Медицинское Значение Реабилитации После Сколиоза

### 1. Ахмедов Малик Баракаевич

Received 22<sup>nd</sup> Aug 2023,  
Accepted 24<sup>th</sup> Sep 2023,  
Online 25<sup>th</sup> Oct 2023

<sup>1</sup> Преподаватель кафедры физической культуры Бухарского инженерно-технологического института Бухара, Узбекистан

**Аннотация:** Сколиоз, или боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости, относится к разряду так называемых вечных проблем ортопедии. Многие поколения ортопедов пытались решить ее, но и по сей день она остается в центре внимания, так как ни консервативные, ни оперативные методы не обеспечивают полной коррекции всех компонентов этой сложной многоплоскостной деформации. Приступая к рассмотрению вопросов связанных с методикой восстановления и компенсации функции при сколитической деформации позвоночника, следует иметь в виду, что очень большую роль в успехе проводимого комплекса реабилитационных мероприятий занимает адекватная оценка возникающих при этом нарушений функции. Не менее важно четкое понимание характера морфологических изменений и особенностей биомеханики. Кроме того, необходимо знать направление, в котором идет патологический процесс, и условия необходимые для его благоприятного течения. Первое, что должен решить ортопед после установки диагноза, это вопрос о методе лечения – консервативное или оперативное.

**Ключевые слова:** сколиоз, позвоночника, функционально-двигательное состояние, средства физической реабилитации.

Здесь не должно быть чрезмерной хирургической активности, одновременно нельзя допускать слишком позднего оперативного вмешательства, что ведет к формированию тяжелой деформации и существенно усложняет задачу стоящую как перед хирургом, так и перед специалистом, занимающимся послеоперационной реабилитацией. [1,2]

При наличии асимметрии отдельных частей тела ребенка без признаков торсии позвонков диагноз сколиотической болезни не ставят (хотя необходимо иметь в виду редкие случаи преобладания у больных бокового наклона или торсии). Величину асимметрии рельефа грудной клетки и поясничной области определяют с помощью свинцовой ленты, которая укладывается по периметру грудной клетки или поясничной области, а затем переносится на

бумагу (ее обчерк воспроизводит контуры имеющейся деформации). Величина выбухания грудной клетки (реберного горба) может быть измерена и в сантиметрах с помощью сопряженных линеек. Большое значение для методики лечения сколиоза имеет определение направления траектории тяжести тела, отражающее наличие или отсутствие равновесия между дугами искривления. Смещение направления траектории тяжести тела в сторону от средней линии определяется при вертикальном положении больного с помощью отвеса, опущенного вниз от остистого отростка С7. Совпадение отвеса с направлением межъягодичной складки говорит о уравновешенности сколиоза. Отвес можно сделать самим. Он представляет собой металлическую гирьку удлинённой формы заостренную на конце весом 30–40 г, подвешенную на толстой нитке длиной 60 – 70 см, с пуговкой (дробинкой) на конце для удобства удерживания пальцами. По степени отклонения отвеса от межъягодичной складки судят о величине нарушения равновесия. [4,5,7]

Большее значение имеет определение, подвижности позвоночника, так как его гипермобильность является отрицательным прогностическим признаком.

Сочетание ее с повышенной подвижностью и рекурвацией в локтевых, коленных суставах указывает на слабость связочного аппарата, как одного из проявлений общего диспластического развития связочных структур.[3]

Мобильность позвоночника определяют по амплитуде движений туловища вперед, в стороны, а также по степени его растяжения. Подвижность позвоночника измеряют с помощью сантиметровой ленты по расстоянию кончиков пальцев, опущенных вниз рук до пола при максимальном наклоне туловища вперед и в стороны. Степень противодействия структур позвоночника растяжению (его стабильность) выясняется на основе изменения его длины при подтягивании больного за голову в положении сидя.[5,6]

В этиологии развития сколиоза большое значение имеет состояние базиса позвоночника. При диспластическом сколиозе на рентгеновских снимках часто отмечается люмбализация, сакрализация, торсия, косое положение пятого поясничного позвонка, недоразвитие ребер, расщепление дужек позвонков и др. Желательно установить при рентгенографии локализацию основной дуги искривления. В процессе развития сколиоза форма искривления нередко меняется – одновершинная деформация может стать двух или трех-вершинной. В процессе компенсации, направленной на восстановление равновесия позвоночника, нередко образуются вторичные кривизны выше и ниже основной. Более выраженная дуга искривления позвоночника характеризуется большей величиной торсии позвонков, клиновидной деформацией тел, меньшей возможностью коррекции и др.

По локализации различают поясничный, пояснично-грудной, грудной, комбинированный сколиоз. Более благоприятным течением отличаются поясничные сколиозы, менее благоприятным – грудные и комбинированные.

Занятие корригирующей гимнастикой обычно включает: подготовительную часть – порядковые упражнения и упражнения, улучшающие осанку; основную часть – упражнения, вытягивающие позвоночник, оказывающие дифференцированное корригирующее воздействие на его деформированный отдел, укрепляющие мышцы брюшной стенки, спины, упражнения на балансирование и равновесие; заключительную часть упражнения, расширяющие грудную клетку и улучшающие функцию внешнего дыхания.

Особое значение придается укреплению мышц брюшной стенки, спины, пояснично-подвздошной мышцы. Определенное влияние на уравновешенность и сохранение правильного положения тела при статической нагрузке оказывает тренировка пельвиотрохантерной группы

мышц. Помимо симметричных упражнений, используется избирательная тренировка ослабленных мышц. [1,3]

Для закрепления достигнутой физическими упражнениями коррекции используют лечебные укладки например на боку или асимметричные позы – например при левостороннем поясничном и правостороннем грудном искривлении в положении больного лежа на животе отводится левая нога и вытягивается левая рука. Коррекция положением проводится несколько раз в день, общая продолжительность ее – до 1,5 ч. Иногда для пассивной коррекции применяют гипсовые кровати. Некоторые ортопеды рекомендуют лечение с помощью корсетов. Для избирательного укрепления мышц туловища успешно используют электростимуляцию мышц. Электроды накладывают паравертебрально на стороне выпуклости дуги искривления.

При резком снижении стабильности позвоночника следует осторожно подходить к занятиям плаванием и ходьбе на лыжах, так как это может увеличить мобильность позвоночника. Плавание можно разрешить лишь тогда, когда восстановится компенсация, т. е. увеличится стабильность позвоночника. При выраженных степенях сколиотической деформации (III–IV), если избран консервативный метод лечения, коррекция деформации не проводится. Лечебные мероприятия направлены на укрепление мышц, поддерживающих позвоночник (симметричные упражнения преимущественно лежа), улучшение функции внешнего дыхания и тренировку сердечно-сосудистой системы. [7,8]

Основным средством лечебной физкультуры при сколиозе является лечебная гимнастика (корректирующая). Целью лечебной гимнастики при сколиозе является: 1) стабилизирующее влияние на позвоночник путем укрепления мышц, 2) корректирующее воздействие на деформацию, 3) улучшение функциональной способности грудной клетки (функция внешнего дыхания), 4) выработка правильной осанки (стереотип позы), 5) общеукрепляющее воздействие на организм, направленное на улучшение деятельности всех систем и органов. В конечном итоге цель воздействия средствами лечебной физкультуры определяется индивидуально, в соответствии с особенностями клинического течения заболевания. Особенно большое значение при сколиозе имеет укрепление мышц брюшной стенки (косых, прямой), спины (длинных, квадратной поясницы), пояснично-подвздошной мышцы. Определенное влияние оказывает на позвоночник укрепление других мышц (например, ягодичных), имеющих значение для поддержания правильного положения тела при статической нагрузке. Большую роль играют упражнения, оказывающие дифференцированное воздействие на определенные мышечные группы, функция которых значительно снижена. Так, для преимущественного напряжения косых мышц живота с выпуклой стороны искривления поясничного отдела позвоночника следует отводить ногу в сторону с противодействием в положении лежа на животе или попытаться поднять обе ноги в исходном положении лежа на боку. Необходимо следить, чтобы в процессе выполнения этих упражнений не увеличивалась подвижность позвоночника (например, подвижность поясничного отдела при напряженных выгибаниях корпуса). Для этого следует ограничить амплитуду движений туловища и стремиться укрепить мышцы спины и живота через движения, производимые верхними и нижними конечностями (в этом случае мышцы спины и брюшной стенки работают как стабилизаторы). Интенсивное напряжение функционально более слабых мышц без мобилизации позвоночника может быть лучше достигнуто в условиях изометрического режима их работы. Например, при попытке отведения руки с отягощением гантелью из положения лежа на животе возникает напряжение мышц, скручивающих позвоночник. Корректирующее влияние на деформированные отделы позвоночника достигается применением вытягивающих упражнений и упражнения,

основанных на изменении положения пояса верхних и нижних конечностей и туловища больного.

Для продолжения лечения в амбулаторных условиях больным тяжелого физического труда предписывается более легкий труд. Следует исключить подъем тяжести, вынужденное согнутое положение тела, длительные переезды или большие переходы. Врач обязан дать рекомендации по выбору специальности, которой следует овладеть больному. Особое значение имеет трудовая ориентация больных младшего возраста. Им не следует обучаться профессиям, связанным с тяжелым физическим трудом, длительным пребыванием на ногах в условиях влажного и холодного воздуха. [4.5]

Лица интеллектуального труда могут быть выписаны на работу после операции, когда им разрешено садиться. Санаторно-курортное лечение после операции по поводу сколиоза можно рекомендовать при восстановлении стабильности позвоночника и его опорной функции. Обычно это достигается на втором году после операции. В дальнейшем больные должны продолжать интенсивные занятия лечебной физкультурой. Положительное влияние оказывают плавание, морские купания в теплое время года.

#### Литература:

1. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников. –М.: Советский спорт, 2001. - 272 с.
2. Боренштейн Д. Позвоночник под контролем: Уникальные советы и рекомендации по устранению болей в спине /Пер. с англ. М.Н.Морозовой. М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2004. - 272 с.
3. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика).- М.: МЕДпресс-информ. – 2004. – 272 с.
4. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей. / Под ред. Епифанова В.А.-М.: Медпресс-информ, 2005.- 328 с.
5. Ахмедов Малик Баракаевич Бухара Институт технических технологий
6. «Особенности лечения физического воспитания в реабилитации тела» DOI: <https://doi.org/10.53885/edinres.2021.95.62.044> 335-339 ст
7. Ахмедов Малик Баракаевич// Преподаватель Кафедры Физической Культуры Бухарского Инженерно-Технологического Института // Здоровье человека и экологическая культура // «Глобальная Наука и Инновация 2020: Центральная Азия» № 6(11). Декабрь 2020. 71-73 стр.
8. Ахмедов Малик Баракаевич // Преподаватель Кафедры Физической Культуры Бухарского Инженерно-Технологического Института // Здоровье Человека и экологическая культура // Central Asian Journal Of Medical And Natural Sciences // Volume: 03 Issue: 06 | Nov-Dec 2022 Issn: 2660-4159 [Http://Cajmns.Centralasianstudies.Org](http://Cajmns.Centralasianstudies.Org)
9. Койгушская Г.П., Кузьменко Л.В. Применение гирудотерапии при нестабильности шейного отдела позвоночника //Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту / зб.наук.праць за редакцією проф. Єрмакова С.С. - Харків: ХДАДМ (ХХП), 2007. - №3.– С. 57-50. Поступила в редакцию 22.05.2007г.