УССУРИЙСКИЙ ФИЛИАЛ КРАЕВОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО

БЮДЖЕТНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГОУЧРЕЖДЕНИЯ

«ВЛАДИВОСТОКСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(Уссурийский филиал КГБПОУ «ВБМК»)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

**ОСАНКА – ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ**

ОП.02 АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

Выполнили студентки:

Игумнова Анна Андреевна

Ванюкова Арина Евгеньевна

2 курса 231 группы

Специальность:

3.32.02.01 «Сестринское дело»

Руководитель: Рахманова Г. И.

Уссурийск

2023

**Оглавление**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение ……………………………………………………………………………….. | 3 |
| 1 Теоретические аспекты нарушения осанки ….………………….............................. | 5 |
| 1.1 Этиология и патогенез………………….………….………………………………  1.1.1 Виды, факторы риска, клиническая картина и осложнения нарушений осанки ….............................................................................................................................  1.1.2 Методы диагностики...…………………………………………………………...  1.1.3 Методы лечения и прогноз нарушения осанки..................................................... | 5  6  14  15 |
| 2 Выявление нарушений осанки среди студентов Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК» ............................................................................................................ | 18 |
| 2.1 Оценка частоты встречаемости сколиоза среди студентов колледжа………….. | 18 |
| 2.2 Оценка уровня информированности студентов колледжа по вопросам нарушения осанки – сколиоз………………………………………………………….. | 20 |
| Заключение.…………………………………………………………………………….. | 24 |
| Список использованных источников ……………………………………………….... | 25 |
| Приложение А.…………...……………………………………………………………..  Приложение Б…………………………………………………………………………. | 26  27 |

**Введение**

Актуальность данной темы заключается в том, что сидячий образ жизни, малоподвижность, отсутствие необходимой гимнастики у современного человека приводят к серьезным нарушениям осанки, что впоследствии может вылиться в самые разные болезни позвоночника, нервной системы и внутренних органов. Многие люди считают эту патологию не столь существенной в ряду других более серьезных и опасных заболеваний. Существует прямая связь между осанкой и здоровьем, правильная осанка является не только залогом красоты, но и крепкого здоровья. Ведь именно с нарушений в позвоночнике и начинаются серьезные беды и уже потом те самые опасные заболевания, которые заставляют нас задуматься. Сохранение правильной осанки с детства является основной профилактической мерой для предупреждения нарушений осанки. Ведь неправильная осанка провоцирует формирование у человека быстрой утомляемости, общего некомфортного состояния. Помимо этого, нарушенная осанка может привести к развитию сколиоза, который, также является предвестником других серьёзных заболеваний. Нарушение осанки при своевременно начатых оздоровительных мероприятиях не прогрессирует и является обратимым процессом. Тем не менее, сколиотическая болезнь постепенно может привести к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы, 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 проявления общей функциональной слабости дисбаланса в состоянии мышц и связочного аппарата ребенка. Кроме того, хорошая осанка придает уверенности в себе, в своих силах, позволяет вам нравиться окружающим вне зависимости от вашего веса, особенностей фигуры. По официальной статистике на сегодняшний день у 82% подростков наблюдается искривление позвоночника, в той или иной степени.

Объект исследования: позвоночный столб.

Предмет исследования: нарушения осанки.

Цель исследования: выявить виды нарушения осанки у студентов колледжа.

Задачи:

1. рассмотреть теоретические аспектынарушения осанки;
2. изучитьвиды нарушения осанки – сколиоз, гиперкифоз, гиперлордоз;
3. рассмотреть методы диагностики и профилактики нарушения осанки;
4. провести анкетирование среди студентов по вопросу нарушения осанки - сколиоз.

Методы исследования: анализ литературы, описание, анкетирование, классификация.

**1 Теоретические аспекты нарушений осанки**

* 1. **Этиология и патогенез**

Осанка — это привычная поза (вертикальное положение тела человека) в покое и при движении.



Рисунок 1 – Осанка

Нарушение осанки – это устойчивое отклонение туловища от нормального положения. Сопровождается смещением сердца, лёгких, и других внутренних органов, в связи с чем они хуже выполняют свои функции.

Причины нарушения осанки

Наиболее распространённой причиной отклонений являются длительные динамические и статические перенапряжения, особенно на этапе роста и развития позвоночника у детей. Это неправильное положение за партой или столом, длительное пребывание за компьютером. Поэтому профилактика нарушений осанки у детей заключается прежде всего в приучении к физиологической рабочей позе и полезным физическим упражнениям. Кроме того, причиной являются врождённые патологии и другие заболевания с органическим поражением позвонков — опухоли, туберкулёзная инфекция, рахит, заболевания соединительной ткани;

* травмы позвоночника;
* плохие условия на рабочем месте, например, недостаточное освещение;
* слабое развитие мышц спины, которые служат опорой позвоночника;
* малоподвижный образ жизни.

Беременные женщины также находятся в зоне риска. Они склонны отклонять плечи назад, пытаясь сбалансировать вес тела, увеличивая прогиб в пояснице и нагрузку на эту часть спины. Это связано со смещением привычного центра тяжести из-за растущего живота.

Симптомы нарушения осанки

И правильная, и патологическая осанка формируются привычным положением тела человека в движении или в состоянии покоя. Это положение закрепляется на бессознательном уровне. О наличии проблем сигнализируют такие симптомы, как боли в верхней и нижней части спины, шее, плечах и руках. Отклонения в поясничном отделе могут провоцировать боль в тазобедренных суставах, бёдрах, коленях и лодыжках. Некорректное положение спины вызывает мышечную усталость, головные боли из-за нарастания напряжения в шейно-воротниковой зоне.

Визуальные признаки нарушения осанки:

* сутулость, округлые плечи, сгорбленность;
* «компьютерная шея» — сильный наклон головы вперёд;
* чрезмерно отведённые назад лопатки и прогиб в пояснице;
* х-образные колени, увеличенный живот.

**1.1.1 Виды, факторы риска, клиническая картина и осложнения нарушений осанки**

Виды нарушений осанки

В зависимости от искривления в той или иной плоскости — фронтальной, боковой или смешанной, различают следующие виды патологий:

Сколиоз – это стойкая деформация позвоночника, характеризующаяся его боковым искривлением относительно плоскости позвоночного столба.



Рисунок 2 – Сколиоз

Прогрессирование сколиоза приводит к стойким деформациям остального скелета грудной клетки, таза и конечностей.

Сколиотическая деформация позвоночника различается по степени отклонения от нормы:

1 степень — 5–10 градусов;

2 степень — 11–30 градусов;

3 степень — 31–60 градусов;

4 степень — более 60 градусов.

При первой степени в положении стоя отмечается слабость мышц спины и брюшной стенки, разный уровень плеч, углы лопаток расположены на разном уровне, асимметрия линии талии. В грудном отделе появляется заметное искривление, а в поясничном — мышечное уплотнение, которое видно при наклоне корпуса вперёд. На рентгенограмме данных ротации позвонков нет. Таз расположен в горизонтальной плоскости. В положении лёжа отмечается слабость мышц живота.

Вторая степень – визуально обозначается S-образным искривлением позвоночника. Наблюдается ротация грудных позвонков и деформация грудной клетки. Проба с наклоном показывает выступание рёбер с одной стороны.

Третья степень – определяется выраженной деформацией скелета. Отчётливо виден горб и тазовый дисбаланс. Линия плеча совпадает с линией таза. Сдавливаются венозные сплетения позвоночника. Могут возникать нарушения дыхательной системы.

Четвёртая степень — это тяжёлая деформация всего тела. Если речь о ребёнке, то прекращается рост, нарушается взаимосвязь внутренних органов. Происходит сдавливание спинного мозга, которое приводит к развитию пареза. Рентген выявляет клиновидные позвонки.

С учетом причин развития неструктурные сколиозы делятся на:

* осаночные сколиозы – возникшие вследствие нарушения осанки, исчезающие при наклонах кпереди и проведении рентгенографии в лежачем положении;
* рефлекторные сколиозы – обусловленные вынужденной позой пациента при болевом синдроме;
* компенсаторные сколиозы – возникшие вследствие укорочения нижней конечности;

Структурные сколиозы подразделяются на несколько групп с учетом этиологического фактора:

* травматические – обусловленные травмами опорно-двигательного аппарата;
* рубцовые – возникшие вследствие грубых рубцовых деформаций мягких тканей;
* миопатические – обусловленные болезнями мышечной системы, например, миопатией или прогрессирующей мышечной дистрофией;
* метаболические – обусловленные нарушениями обмена и нехваткой определенных веществ в организме, могут развиваться, например, при рахите;
* остеопатические – возникшие вследствие врожденной аномалии развития позвоночника;
* идиопатические – причину развития выявить невозможно. Такой диагноз выставляется после исключения остальных причин возникновения сколиоза.

С учетом времени возникновения идиопатические сколиозы делятся на:

* инфантильные – развившиеся в 1-2 годы жизни;
* ювенильные – возникшие между 4-6 годами жизни;
* подростковые (адолесцентные) – появившиеся между 10 и 14 годами жизни.

По форме искривления все сколиозы делятся на три группы: C-образные (один боковой изгиб), S-образные (два боковых изгиба) и Z-образные (три боковых изгиба).

С учетом места расположения искривления позвоночника выделяют:

* грудной сколиоз;
* грудопоясничный сколиоз;
* поясничный сколиоз;
* комбинированный сколиоз.

При сколиозе развивается остеопороз, который характеризуется пористостью и ломкостью костей. Может пережиматься спинной мозг, в результате чего, парализует ноги, человек будет полностью обездвижен.

Под влияние сколиоза попадает центральная нервная система. У человека резко меняется настроение, появляется раздражительность, вспыльчивость. Кроме этого, ухудшается зрение, нарушаются рефлексы и чувствительность конечностей.

Кифоз – это изгиб позвоночника кзади, в норме возникает в грудном отделе. При патологии развивается гиперкифоз.

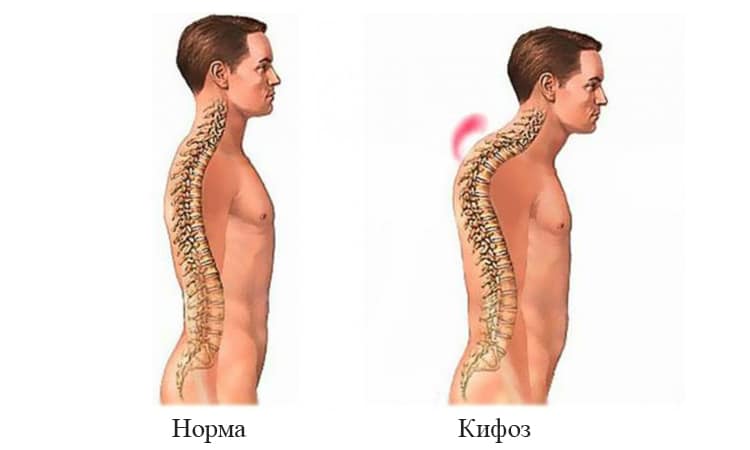


Рисунок 3 – Гиперкифоз

Виды гиперкифоза:

* функциональный гиперкифоз – проявление неправильной осанки. Возникает вследствие слабого развития мышц спины либо не физиологичного положения во время учебы или работы;
* врожденный гиперкифоз – является следствием нарушения эмбрионального развития. Возникает при появлении аномалий на этапе формирования позвонков, в результате чего могут образовываться бабочковидные или клиновидные позвонки, задние полупозвонки, микропозвонки и т.д. Реже встречаются нарушения сегментации (разделения) на отдельные позвонки;
* паралитический гиперкифоз – обусловлен заболеваниями, сопровождающимися парезами и параличами мышц спины (ДЦП, полиомиелит и т. д.). При ДЦП отмечается усиление грудного кифоза и увеличение его протяженности (изгиб распространяется на верхнюю часть поясничного отдела). Гиперкифоз может сочетаться со сколиозом. Характерно постепенное прогрессировании деформации;
* посттравматический гиперкифоз – переломы грудных и поясничных позвонков – самая частая причина развития кифотической деформации (около 40% от всех кифозов). Риск возникновения гиперкифоза зависит от тяжести травмы, нарушений со стороны костно-мышечной системы (остеопороз, слабость мышц спины);
* дегенеративный гиперкифоз – возникает в результате дегенеративных нарушений (остеопороза, остеохондроза). Чаще наблюдается у женщин пожилого и старческого возраста. Нередко сочетается с предшествующими травмами (патологическими компрессионными переломами тел позвонков). Гиперкифоз способствует усугублению дегенеративных изменений позвоночника и носит прогрессирующий характер.

Причины гиперкифоза

Патология может возникнуть вследствие нарушений внутриутробного развития, неблагоприятной наследственности, травм и операций на позвоночнике, слабости мышц спины при недостаточных физических нагрузках и т. д. У пожилых людей (особенно – женщин) гиперкифоз часто развивается вследствие патологических компрессионных переломов грудных позвонков. Причиной таких переломов становится остеопороз – уменьшение плотности костей.

Кроме того, гиперкифоз может формироваться при некоторых инфекционных и неинфекционных заболеваниях: спондилите, анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева) и опухолях позвоночника. Очень редко причиной возникновения патологического кифоза становится лучевая терапия, проводимая для лечения злокачественных новообразований в детском возрасте.

С учетом причины возникновения в ортопедии и травматологии выделяют следующие разновидности патологического кифоза:

* функциональный гиперкифоз (сутулость);
* дорзальный юношеский гиперкифоз (развивается при болезни Шейермана-Мау);
* врожденный гиперкифоз;
* параитический гиперкифоз;
* посттравматический гиперкифоз;
* дегенеративный гиперкифоз.

С учетом угла искривления выделяют нормальный, усиленный (с увеличенным углом) и выпрямленный (с уменьшенным углом) гиперкифоз.



Рисунок 3 – Кифоз и гиперкифоз

Усиленный гиперкифоз, в свою очередь, подразделяется на три степени:

1. степень, при которой угол изгиба составляет 35 или менее градусов;
2. степень, при которой угол искривления колеблется от 31 до 60 градусов;
3. степень, при которой угол изгиба составляет 60 и более градусов.

Последствия гиперкифоза — проблемы с сердцем, ЖКТ, мочеполовой и опорно-двигательной системами. Повышается риск протрузий. А самое распространенное осложнение — это межпозвоночные грыжи и остеохондроз. Из-за нарушения циркуляции крови страдает головной мозг, чему сопутствуют головные боли, головокружения, шум в ушах. В сложных случаях — повреждения внутренних органов, ограничение подвижности, серьезный болевой синдром.

Лордоз – отклонение позвоночного столба вперёд. Нормой считается физиологический шейный и поясничный лордоз. Более сильно выраженные отклонения считаются патологией – гиперлордоз.



Рисунок 4 – Гиперлордоз

Виды гиперлордоза:

1. рахитический. В большинстве случаев рахитический гиперлордоз возникает у маленьких детей с недостатком в организме витамина Д. Как правило, это наблюдается в возрасте до 1 года, так как именно в этот период организм особо нуждается в витамине Д, который участвует в усвоения кальции, развитии костной ткани;
2. травматический. Возникает на фоне получения различных травм, чаще тазобедренного сустава. На фоне, например, вывиха, начинаются процессы деформации, происходят структурные изменения опорно-двигательной системы. Это приводит к изменению походки, неправильному распределению нагрузки на позвоночник, что становится причиной его деформации и появления патологических изгибов.

3. функциональный. Характерен преимущественно для детей и подростков, а также для людей, у которых скелетная мускулатура не успевает развиваться параллельно костной ткани. В подростковом, детском возрасте он чаще связан со слабостью мышц спины, неправильной осанкой из-за нефизиологического положения за столом во время занятий;

4. компрессионный. Возникает на фоне компрессионных переломов позвонков, дегенеративных заболеваний позвоночного столба. Данная форма лордоза может быть следствием болезни Бехтерева, остеохондроза, межпозвоночных грыж. Все указанные патологии негативно влияют на структуру позвонков, что провоцирует изменение угла изгиба поясничного отдела позвоночника.

Причины гиперлордоза:

* аномалии развития;
* опухоли;
* травмы позвоночного столба;
* воспаление в позвонках;
* мышечные торсионные спазмы;
* спондилолистез;
* сгибательная контрактура, неподвижность тазобедренного сустава;
* церебральный парез нижних конечностей;
* полиомиелит с поражением ног, мышц таза;
* системные заболевания костно-мышечного аппарата;
* патологический либо врожденный вывих тазобедренного бедра;
* беременность – в данном случае лордоз является временным и самостоятельно исчезает после родов.

**1.1.2 Методы диагностики**

Диагностика нарушений осанки:

1. сбор анамнеза и осмотр. Диагностика нарушений осанки начинается со сбора анамнеза. При этом доктор спрашивает пациента о предшествующих травмах и падениях, о сопутствующих или перенесённых заболеваниях, при которых могла развиться деформация позвоночного столба;
2. консультация врача – ортопеда. В ходе клинического осмотра врач-ортопед определяет, нарушен ли баланс позвоночника, если да, то как сильно. Также врач осматривает пациента на наличие плоскостопия или деформации стоп, которые влияют на осанку;
3. инструментальная диагностика. Обязательным методом диагностики патологий позвоночника является рентгенография. Дополнительно могут выполняться компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и ультразвуковое исследование.

Диагностическую ценность при нарушении осанки имеет рентгенографическое исследование с функциональными пробами. Рентгенография помогает определить, в каком отделе позвоночника есть деформация и насколько она выражена. Также на рентгенограмме видно ротацию позвонков (поворот вокруг своей оси), их смещение вбок, вперёд или назад и степень смещения. Боковая проекция позволяет определить грудной и крестцовый кифоз, шейный и поясничный лордоз, а также оценить сагиттальный баланс позвоночника.

С помощью компьютерной томографии можно получить объёмное пространственное изображение костных структур позвоночника и оценить степень деформации тел позвонков.

При изучении магнитно-резонансных томографических снимков возможно:

* оценить состояние межпозвонковых дисков и степень их дегенерации;
* выявить протрузии — выпячивания диска без разрыва фиброзного кольца;
* выявить гемангиомы тел позвонков — доброкачественные сосудистые опухоли;
* оценить степень выраженности стеноза позвоночного канала и состояние межпозвонковых отверстий и т. д.

Ультразвуковое исследование на практике почти не используют для диагностики деформации позвоночника, так как оно менее информативно, чем рентгенография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Однако метод применяется в пренатальной диагностике. Скрининговое ультразвуковое исследование высокого разрешения позволяет выявить у плода экструзии межпозвонкового диска, патологию межпозвонкового сустава, сколиоз и др.

Такая инструментальная диагностика помогает решить, нужна ли пациенту операция и как её провести.

**1.1.3 Методы лечения и прогноз нарушения осанки**

1. консервативное лечение

Если у пациента одна нога короче другой и из-за этого перекошен таз, возможна ортопедическая коррекция длины ног. При разнице меньше 1 см используются индивидуальные ортопедические стельки. Также стельки назначают при плоскостопии — их задача восстанавливать амортизационную функцию стопы, т. е. смягчать толчки при ходьбе, беге и прыжках.

Если разница длины ног больше 1 см, коррекцию проводят с помощью специальной ортопедической обуви или наклеек на подошву. Однако нужно учитывать, что пока недостаточно доказательств эффективности ортопедической коррекции длины ног.

Появляется всё больше доказательств самого высокого уровня, которые подтверждают, что регулярное выполнение лечебных упражнений помогает предотвратить прогрессирование идиопатического сколиоза у подростков. Все упражнения подбираются врачом индивидуально.

Стационарная реабилитация предполагает, что пациент от трёх до шести недель находится в специализированном медицинском центре, где по несколько часов в день делает упражнения под наблюдением специалиста.

Применяется медицинский массаж, мануальная терапия и лечебная физкультура.

При остеопорозе важно остановить прогрессирование грудного гиперкифоза и предотвратить патологические переломы позвоночника. Для этого необходимо нарастить костную массу с помощью препаратов кальция и витамина D;

1. хирургическое лечение

Если консервативные методы не работают, рассматривают оперативное лечение.

Показания к операции:

* прогрессирующая деформация и дисбаланс позвоночного столба;
* выраженная нестабильность или спондилолистез;
* не купируемый болевой синдром и неврологическая симптоматика;
* нарушение функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Противопоказания к операции:

* декомпенсированные сопутствующие заболевания;
* критическое состояние пациента и т. д.

Прогноз

Если не лечить нарушение осанки, деформация позвоночника будет прогрессировать. Как правило, искривление грудного отдела усиливается на 1° в год, поясничного отдела — на 0,5° в год, грудопоясничного — на 0,25° в год.

Динамика прогрессирования патологических изменений зависит от угла сколиотической деформации:

* если угол искривления менее 30°, патология прогрессирует редко;
* если угол более 50°, наблюдается прогрессия в динамике, независимо от возраста пациента.

При своевременном лечении прогноз благоприятный. Если у пациента нет вторичных изменений позвоночного столба и лечение началось на раннем этапе заболевания, можно полностью восстановить правильную осанку.

После завершения клинического этапа лечения пациент должен наблюдаться у лечащего врача, который будет контролировать, и корректировать лечебный амбулаторный период

**2 Выявление нарушений осанки среди студентов Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК»**

**2.1 Оценка частоты встречаемости сколиоза среди студентов колледжа**

Для выявления студентов с нарушениями осанки на базе Уссурийского филиала КГБПОУ «ВБМК» было проведено исследование среди студентов 2 курсов.В рамках исследования было проведено анкетирование студентов.

Для проведения исследования нами была разработана анкета для студентов (Приложение А), (Приложение Б).

В анкетировании приняло участие 52 респондента.

Результаты данных на вопрос «Имеется ли у вас сколиоз или другие проблемы с осанкой?» представлены на рисунке 5.

Рисунок 5 – Наличие нарушений осанки

Исходя, из данных диаграммы делаем вывод, что у 92% есть проблемы с осанкой, а у 8% нет проблем.

Результаты на вопрос «Если у вас есть нарушения осанки, то какие?» представлены на рисунке 6.

Рисунок 6 – Нарушения осанки

Анализ ответов показал, что проблема осанки – сколиоз наиболее актуальная, она составляет 79%. Несмотря на это, у студентов имеются ещё и такие проблемы с осанкой как: перекос таза и плеч вследствие плоскостопия – 7%, гиперлодоз поясничного отдела – 7%, смещение шейных позвонков – 7%.

Так же у числа студентов с проблемными позвоночными столбами мы решили выяснить «Испытываете ли вы какие-нибудь недомогания (боль в голове, пояснице и т.д.)?» Результаты на рисунке 7.

Рисунок 7 – Болезненные ощущения из-за проблем с позвоночником

По данным диаграммы можно увидеть, что боль имеется у всех студентов, страдающих от нарушений в позвоночнике. У большинства наблюдается головная боль – 33%, боль в пояснице при длительной ходьбе – 48%, или же, наоборот, при длительном положении «сидя». Так же имеются студенты с болями в лопатках – 9% и копчике – 10%.

Задав эти вопросы студентам, мы можем сделать вывод, что нарушения осанки напрямую зависят на наше самочувствие.

**2.2 Оценка уровня информированности студентов колледжа по вопросам нарушения осанки – сколиоз**

Из прошлого анкетирования мы выяснили, что достаточно много студентов имеют нарушение осанки – сколиоз, поэтому подготовили дополнительное исследование с целью анализа знаний о сколиозе.

Результаты данных на вопрос «Знаете ли вы о таком виде нарушения осанки, как сколиоз?» представлены на рисунке 8.

Рисунок 8 – Информированность студентов о нарушении осанки – сколиоз

Опрос показал, что – 8% из опрошенных студентов ничего не известно о нарушении осанки – сколиоз. 92 % студентов знают о таком нарушении осанки.

Результаты данных на вопрос «Известно ли вам, что искривление позвоночника может серьёзно повлиять на положение и работу внутренних органов, а также стать причиной плохого самочувствия?» можно увидеть на рисунке 9.

Рисунок 9 – Информированность о последствиях искривления позвоночника

Исходя из данных ответов, мы видим, что 7% студентов не известны последствия искривления позвоночника, влияющие на внутренние органы. 93% студентов информированы о последствиях искривления позвоночника.

На вопрос «Правильно ли вы сидите за столом в течение длительного времени?» были даны ответы, отображенные на рисунке 10

Рисунок 10 – Положение за столом

Анализ показал, что 43% респондентов сидят неправильно за столом в течение длительного времени, 39% сидят правильно. Однако 18% из всех опрашиваемых стараются следить за своей осанкой во время длительного положения «сидя».

Нам известно, что плоскостопие также влияет на осанку, поэтому посчитали необходимым спросить: «Имеется ли у вас плоскостопие?». Результаты на рисунке 11.

Рисунок 11 – Наличие плоскостопия

Опрос показал, что у 69% студентов плоскостопия не имеется, однако, процент респондентов у кого есть плоскостопие равен 31.

Затем задали вопрос, «Какие меры профилактики вы предпринимаете?», тем, у кого имеется плоскостопие. Результаты показаны на рисунке 12.

Рисунок 12 – Профилактические меры

По данным диаграммы мы видим, что 67% студентов, имеющих плоскостопие не принимают никаких профилактических мер. А 33% студентов, имеющих плоскостопие – носят специальные ортопедические стельки.

**Заключение**

Нарушения осанки — это симптом, характеризующий группу заболеваний, проявляющихся искривлением позвоночника.

Дефекты осанки условно можно разделить следующим образом: нарушения осанки во фронтальной (вертикальной), сагиттальной (горизонтальной) плоскости и обеих плоскостях одновременно. Для каждого вида нарушения осанки характерно свое положение позвоночника, лопаток, таза и нижних конечностей. Сохранение патологической осанки возможно благодаря определенному состоянию связок и мышц.

На фоне лечения и при соблюдении режима нарушения осанки проходят. Чем раньше будет выявлено нарушение осанки, тем легче его исправить. Чтобы ослабленный организм развивался гармонично, необходимо создать достаточно интенсивный двигательный режим, но ни в коем случае не перегружать его. Виды спорта, во время занятий которыми увеличивается нагрузка на позвоночник (тяжелая атлетика, прыжки в высоту и длину, акробатика и др.), должны быть исключены.

На основании исследования были разработаны следующие рекомендации:

1. пешие прогулки, катание на велосипеде или роликовых коньках;
2. полноценное питание и прием витаминов;
3. правильное рабочее место;
4. контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок;
5. сон на жесткой постели в положении лежа на животе или спине.

**Список использованных источников**

1. Арсаланов, В.А. Осанка. Рабочая поза и здоровье: учебное пособие / В. А. Арсаланов. – Казань : КГПИ, 1987. – 84 с;

2. Барашева О. Правильная осанка – залог успеха в жизни. – М., 2000;

3. Черноземов В. Г. Висцеральные нарушения при сколиозах начальных степеней у детей школьного возраста: дис. докт. мед.наук. — Архангельск, 2006. — 137 с;

4. Двигательная реабилитация при нарушениях осанки и сколиозе: учебн.-метод. реком. / авт.-сост. Л. А. Скиндер, А. Н. Герасевич; под ред. А. Н. Герасевича. — Брест: БрГУ им. А. С. Пушкина, 2006. — 36 с

5. Епифанов В. А. Медицинская реабилитация. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 672 с

6. Статья «Как исправить осанку, комплекс упражнений» сайт http://sportswiki.ru

7. Статья «Предупреждение и исправление дефектов осанки»сайт http://www.medical-enc.ru/lfk/defekty-osanki-ispravlenie-2.shtml

8. Нарушения осанки: причины, симптомы и лечение в статье ортопеда Бабовников А. В.сайт https://probolezny.ru/narusheniya-osanki/

9. Нарушение осанки – лечение, симптомы, диагностика. Центр Дикуля на сайте https://www.dikul.net/wiki/narushenie-osanki/

10. Лордоз позвоночника – причины, симптомы, диагностика, лечение, профилактика на сайте https://polyclinika.ru/tech/lordoz-prichiny-simptomy-lechenie/

**Приложение А**

Уважаемые участники опроса!

Проводится исследование, цель которого выяснить частоту встречаемости сколиоза среди студентов колледжа.

Исследование анонимное. Просим Вас предельно искренне ответить на предлагаемые вопросы.

1. Имеется ли у Вас сколиоз или другие проблемы с осанкой?

1. да
2. нет

2. Если у Вас есть нарушения осанки, то какие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Испытываете ли Вы какие-нибудь недомогания (боль в голове, пояснице и т.п.)?

1. да, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. нет

**Приложение Б**

Уважаемые участники опроса!

Проводится исследование, цель которого определить уровень информированности студентов колледжа по вопросам нарушения осанки – сколиоз.

Исследование анонимное. Просим Вас предельно искренне ответить на предлагаемые вопросы.

1. Знаете ли Вы о таком виде нарушения осанки, как сколиоз?

1. да
2. нет

2. Известно ли Вам, что искривление позвоночника может серьёзно повлиять на положение и работу внутренних органов, а также стать причиной плохого самочувствия?

1. да
2. нет

3. Правильно ли Вы сидите за столом в течение длительного времени?

а) да

б) нет

4. Имеется ли у Вас плоскостопие?

а) да

б) нет

5. Если у Вас есть плоскостопие, то какие меры профилактики вы предпринимаете с целью уменьшения боли в ногах и усугубления, данного состояние? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_