|  |
| --- |
| **ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА** |

|  |
| --- |
|  |
| Роль Центра здоровья в диагностике, лечении и профилактике заболеваний позвоночника  РОЛЬ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА  К.Н. Борисов, к.м.н., заведующий филиалом №3 поликлиники №219 ДЗ г. Москвы, доцент кафедры международного здравоохранения РМАПО  **Резюме.**В статье анализируется роль Центров здоровья в диагностике, лечении и профилактике заболеваний позвоночника, как у взрослых, так и у детей.  Автор отмечает, что врачи центра здоровья при выявлении такого фактора риска как малоподвижный образ жизни, а тем более наличие заболеваний позвоночника должны направить пациента в лечебно-физкультурные кабинеты (залы), во врачебно-физкультурные диспансеры, на занятия в школы здоровья. **Ключевые слова**: **Центры здоровья, профилактика, национальный проект, профилактическая программа, заболевания позвоночника.**  Для многих людей, в особенности детей, нарушение осанки - лишь первый признак проявления сколиотической болезни - серьезного заболевания, затрагивающего большинство органов и систем организма. Главная опасность сколиотической болезни состоит в том, что при этом ничего не болит до тех пор, пока не начнутся дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках. Плохая осанка снижает запас прочности организма: сердце бьется в тесной грудной клетке, впалая грудь и повернутые вперед плечи не дают расправиться легким, а выпяченный живот нарушает нормальное положение органов брюшной полости. Уменьшение физиологических изгибов позвоночника приводит к постоянным микротравмам головного мозга и повышенной утомляемости, головным болям, нарушениям памяти и внимания, что приводит к потере трудоспособности. Коррекция осанки с помощью физических упражнений, различных процедур на ранних стадиях этого заболевания позволяют остановить развитие сколиоза и даже полностью реабилитировать больного ребенка. Нужны не двух трехмесячные посещения залов ЛФК в поликлиниках, реабилитационных центрах и диспансерах, а серьезная работа над телом. Занятия должны быть продолжительными, желательно ежедневными, необходим комплексный подход к решению данной проблемы. Сколиоз (от гр. scolios — «изогнутый, кривой») представляет собой прогрессирующее заболевание, характеризующееся дугообразным искривлением позвоночника во фронтальной плоскости и скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси — торсия (torsio). Главное отличие истинного сколиоза от нарушений осанки во фронтальной плоскости — наличие торсии позвонков. Кроме деформации позвоночника при сколиозе наблюдается деформация таза и грудной клетки. Эти негативные изменения приводят к нарушению деятельности сердечнососудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта и многих других жизненно важных систем организма больного. Поэтому обоснованно говорить не просто о сколиозе, а о сколиотической болезни. I степень сколиоза характеризуется простой дугой искривления, позвоночный столб при этом напоминает букву С. Клинически определяется небольшая асимметрия частей туловища: лопаток, надплечий, треугольников талии (пространство, образующееся между талией и внутренней поверхностью свободно висящей руки больного). Линия остистых отростков слегка искривлена. В отличие от нарушения осанки, в положении больного лежа при сколиозе I степени искривление линии остистых отростков сохраняется. На стороне искривления — надплечье выше другого, может определяться небольшой мышечный валик. На рентгенограмме — угол Кобба (угол искривления) до 10°, намечается (а иногда уже определилась) торсия позвонков в виде небольшого отклонения остистых отростков от средней линии и асимметрия корней дужек. II степень отличается от I появлением компенсаторной дуги искривления, вследствие чего позвоночный столб приобретает форму буквы S. Асимметрия частей туловища становится более выраженной, появляется небольшое отклонение корпуса в сторону. Торсионные изменения ярко выражены не только рентгенологически, но и клинически, имеет место реберное выбухание, четко определяется мышечный валик. Нередко таз со стороны сколиоза опущен. Деформации носят стойкий характер. При переходе в горизонтальное положение и при активном вытяжении полного исправления кривизны искривления добиться невозможно. Рентгенологически отмечаются выраженная торсия и небольшая клиновидная деформация позвонков, угол Кобба — от 10° до 25°. III степень сколиоза. Позвоночный столб имеет не менее двух дуг. Асимметрия частей туловища увеличивается, грудная клетка резко деформирована; кзади на выпуклой стороне дуги искривления позвоночника образуется задний реберно-позвоночный горб. Как правило, на вогнутой стороне искривления резко западают мышцы и реберная дуга часто сближается с гребнем подвздошной кости. Ослабляются мышцы живота. Увеличивается кифоз грудного отдела позвоночника. Рентгенологически отмечается выраженная торсия и клиновидная деформация позвонков и дисков. Угол Кобба на рентгенограмме — от 25° до 40°. IV степень сколиоза. Деформация позвоночника и грудной клетки становится грубой и фиксированной. У больных ярко выражены передний и задний реберные горбы, деформация таза, грудной клетки. Наблюдается резкое нарушение функции органов грудной клетки, нервной системы и всего орга¬низма в целом. Угол Кобба на рентгенограмме — более 40° и не изменяется в положении лежа. По форме искривления и признаку сложности сколиозы делятся на 2 группы: простые и сложные. Простые сколиозы характеризуются одной дугой искривления, с отклонениями позвоночника в одну сторону. Позвоночный столб при этом напоминает букву С. Простые сколиозы могут быть локальными и тотальными. Локальные сколиозы захватывают один из отделов позвоночника. Как правило, они образуются в его подвижных частях (шейный, поясничный, грудной сколиоз). Тотальные сколиозы захватывают весь позвоночник, образуя при этом большую дугу. Сложные сколиозы характеризуются двумя и более отклонениями позвоночника в нескольких направлениях. Различают три разновидности ложных сколиозов:   1. сколиоз в виде буквы S — с верхней дугой искривления; 2. сколиоз в виде вопросительного знака ? — с верхней дугой искривления вправо, а нижней влево; 3. тройной сколиоз имеет три изгиба, например в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника.   По признаку направления искривления сколиозы делятся на левосторонние и правосторонние. Тип сколиоза определяют по классификации Понсети и Фридмана. Простые сколиозы бывают: шейные, шейно-грудные (верхне-грудные), грудные, пояснично-грудные, поясничные, пояснично-крестцовые. Из сложных — выделяют комбинированный сколиоз. Сложные сколиозы (комбинированные) образуются из простых — основная (первичная) дуга искривления компенсируется второй дугой искривления. Тип сколиоза определяется локализацией первичной дуги искривления. Для выработки реабилитационной тактики важно выявить первичную дугу искривления, так как эффективность лечения во многом зависит от возможности выполнить коррекцию первичной дуги. По мнению ряда авторов [А.И. Кузьмин, И.И. Кон, В.И. Беленький, И.А. Мовшович и др.], первичная дуга искривления обычно больше компенсаторной. В ней всегда наглядно выражена клиновидная деформация и торсии позвонков, она более фиксирована и менее поддается коррекции. Если первичное искривление ригидно, коррекция вторичных дуг не обеспечивает должного лечебного эффекта. Иногда образуется сколиоз с тремя вершинами искривления.  Например, если первичным является поясничный сколиоз вправо, то его компенсирует вторичный левосторонний сколиоз грудного отдела, который в свою очередь компенсируется правосторонним сколиозом шейного отдела позвоночника. Сколиозы могут сочетаться с нарушениями осанки в сагиттальной плоскости, чаще — с дефектами, характеризующимися увеличением нормальных физиологических изгибов позвоночника, реже — с дефектами уменьшения нормальных физиологических изгибов позвоночника (рис. 1). По развитию процесса различают непрогрессирующий, медленно прогрессирующий и бурно прогрессирующий сколиозы.   Рис.1. Реберно-позвоночный горб  Более 50% сколиозов не прогрессируют и остаются сколиозами I степени; 40% медленно прогрессируют; 10% всех сколиозов бурно прогрессируют, т.е. через 2—3 года сколиоз достигает уже III степени развития, нередко с формированием реберного горба. Особенно опасен в этой связи пубертатный период развития ребенка, во время которого происходит бурный рост скелета. С его началом течение сколиоза резко ухудшается. При отсутствии лечения скорость прогрессирования болезни увеличивается в 4—5 раз, поэтому необходим контроль за ростом ребенка. Абсолютная величина роста не влияет на течение сколиоза, определяющую роль играет кривая скорости роста. С окончанием роста позвоночника, как правило, прекращается прогрессирование сколиотической болезни и, следовательно, можно говорить о прекращении чрезвычайно активных реабилитационных мероприятий.  **Реабилитация больных**, страдающих сколиозом, носит комплексный характер. Комплекс консервативного лечения сколиоза включает лечебную гимнастику, массаж, лечебное плавание, методы ортопедической коррекции (корсетирование, гипсовые кроватки и т.д.), электростимуляцию, щадящий двигательный режим, обеспечивающий ограничение нагрузок на позвоночник. При необходимости назначается традиционная терапия, медикаменты, диета. В последнее время появились рекомендации по применению мануальной терапии при сколиозе, основанные на обобщении имеющихся на сегодняшний день сведений и анализе практического опыта авторов. Однако вопрос об использовании мануальной терапии в этом виде патологии все еще остается открытым. **Лечение сколиотической болезни** складывается из трех взаимосвязанных звеньев: мобилизация искривленного отдела позвоночника, коррекция деформации и стабилизация позвоночника в положении достигнутой коррекции. Кроме того, лечение направлено на устранение патологических изменений других органов и систем организма больного. Основной и наиболее трудной задачей, решение которой определяет успех лечения в целом, является не мобилизация и коррекция искривления, а стабилизация позвоночника в корригированном положении. Коррекция деформации, не подкрепленная мероприятиями, обеспечивающими стабилизацию позвоночника, неэффективна. Истинное излечение сколиотической болезни, т.е. уменьшение структурной деформации позвонков, может быть достигнуто только длительным настойчивым лечением на протяжении всего периода роста позвоночника с обязательным комплексным использованием ортопедического лечения. Этот процесс весьма сложен и не всегда успешен. Суть консервативного лечения состоит в коррекции искривления позвоночника за счет уменьшения функционального компонента искривления и стабилизации достигнутой коррекции за счет улучшения функционального состояния мышечно-связочного аппарата или с помощью корсетирования. Бурное прогрессирование основного патологического процесса при сколиозах II—IV степеней является предпосылкой к оперативному вмешательству. Оперативное лечение позволяет фиксировать позвоночник в положении максимальной коррекции, но не дает возможности полного исправления деформации, а лишь способствует уменьшению дуги сколиоза. Неподвижный образ жизни является одним из ведущих факторов риска общей смертности. В процентном отношении на этот фактор риска приходится 9% от всех смертей. Если рассчитывать потерянные годы жизни, то на неподвижный образ жизни, как фактор риска, приходится 7% от суммы всех факторов риска. Всем, представителям группы высокого риска рекомендуют увеличение физической активности под контролем врача. Целевой уровень нагрузок — не менее получаса физических упражнений каждый или почти каждый день. Благоприятным, но менее выраженным, эффектом обладает и меньшая нагрузка. Физическая нагрузка здорового человека должна приносить ему приятные эмоции и ощущения, органично вписываться в привычный стиль жизни (не менее 30—45 мин 4-5 раз в неделю при ЧСС 60-75% от максимальной).  При заболеваниях позвоночника без движения никак нельзя. Работа с подсознанием — да, конечно, самомассаж — хорошо, закаливание и водные процедуры — замечательно! Но пока врач Центра здоровья не заставит пациента работать мышцами, энергии и сил, чтобы справиться с болезнью, ни ребёнок, ни взрослый не получит. Поэтому необходимо добиться регулярных постоянных физических тренировок и упражнений. Именно эти упражнения помогают многим держаться в форме и справиться с заболеваниями позвоночника.  Ведущая роль в реабилитации больных сколиозом принадлежит ЛФК. Клинико-физиологическим обоснованием к применению средств ЛФК в комплексной реабилитации больных сколиозом является связь условий формирования и развития костно-связочного аппарата позвоночника с функциональным состоянием мышечной системы. ЛФК способствует формированию рационального мышечного корсета, удерживающего позвоночный столб в положении максимальной коррекции. При неполной коррекции ЛФК обеспечивает стабилизацию позвоночника и препятствует прогрессированию болезни. Применяются общеразвивающие, дыхательные и специальные упражнения. Специальными являются упражнения, направленные на коррекцию патологической деформации позвоночника — корригирующие упражнения. Они могут быть симметричными, асимметричными, деторсионными. Неравномерная тренировка мышц при выполнении симметричных упражнений способствует укреплению ослабленных мышц на стороне выпуклости искривления и уменьшению мышечных контрактур на стороне вогнутости искривления, что непосредственно приводит к нормализации мышечной тяги позвоночного столба. Т.А. Фонарева, М.И. Фонарев (1988) указывают, что симметричные упражнения не нарушают возникших компенсаторных приспособлений и не приводят к развитию противоискривлений.  Важным преимуществом этих упражнений является простота их подбора и методика проведения, не требующая учета сложных биомеханических условий работы деформированного позвоночно-двигательного сегмента и отдельных частей опорно-двигательного аппарата. Асимметричные корригирующие упражнения используются с целью уменьшения сколиотического искривления. Они подбираются индивидуально и воздействуют на патологическую деформацию локально. Асимметричные упражнения тренируют ослабленные и растянутые мышцы. Например, из исходного положения стоя, руки вдоль туловища, ноги на ширине плеч, выполняется следующее упражнение:   * на стороне грудного сколиоза опускается надплечье, плечо поворачивается кнаружи, при этом лопатка приводится к средней линии. В момент приведения лопатки происходит коррекция реберного выбухания; * на противоположной стороне грудного сколиоза поднимается надплечье и плечо поворачивается вперед и внутрь, лопатка при этом оттягивается кнаружи. В этом движении участвуют надплечье, плечо и лопатка. Поворот туловища не допускается.   Рис. 2. а. — симметричное корригирующее упражнение;  б — асимметрично корригирующее упражнение.  При выполнении этого асимметричного упражнения происходит растягивание верхней порции трапециевидной мышцы и укрепление лопаточных мышц на стороне сколиоза; укрепление верхней порции трапециевидной мышцы и растягивание лопаточных мышц на противоположной стороне. Упражнения способствуют выравниванию тонуса мышц, положения надплечий, уменьшению асимметрии стояния лопаток. Следует помнить, что неправильное применение асимметричных упражнений может спровоцировать дальнейшее прогрессирование сколиоза (рис. 2).  Деторсионные упражнения выполняют следующие задачи: вращение позвонков в сторону, противоположную торсии; коррекция сколиоза выравниванием таза; растягивание сокращенных и укрепление растянутых мышц в поясничном и грудном отделах позвоночника. Например, на стороне поясничной вогнутости — отведение ноги назад в противоположную сторону; на стороне грудного сколиоза — отведение руки с небольшим поворотом корпуса в верхнем отделе вперед и внутрь. При отведении ноги таз умеренно отводится в ту же сторону. Упражнение способствует деторсии в поясничном и грудном отделах позвоночного столба. Группа общеразвивающих упражнений включает в себя упражнения общеукрепляющего характера на все мышечные группы силового и скоростно-силового характера, упражнения на равновесие, коррекцию движения, вытяжения и расслабления. Упражнения выполняются с предметом (булава, скакалка, набивные мячи, гантели и т.д.) и без него. Для детей, занимающихся корригирующей гимнастикой, большое значение имеют дыхательные упражнения, так как у них обычно слабо развита, а нередко деформирована грудная клетка. Грудную клетку развивают при помощи специальных дыхательных упражнений. При этом она увеличивается в объеме, а следовательно, увеличивается и жизненная емкость легких. Применяется грудное и брюшное дыхание. Нередко дети, увлекаясь движением, забывают о дыхании и задерживают его. Поэтому команда методиста «раз-два» во многих случаях заменяется командой «вдох-выдох». Например, упражнения лежа с гантелями, плавательные движения, «гребля» и т.д. Методист акцентирует внимание детей на сочетании упражнения с дыханием и о категорически недопустимой задержке дыхания при упражнениях. При сколиозе I степени наряду с общеразвивающими и дыхательными упражнениями применяют симметричные корригирующие упражнения. Асимметричные упражнения применяются индивидуально и исключительно редко. При сколиозе II степени в занятиях лечебной гимнастикой также преобладают ОРУ, дыхательные, симметричные упражнения. По показаниям применяются асимметричные и деторсионные упражнения. При сколиозе III—IV степеней используется весь арсенал физических упражнений. При сколиозах противопоказаны физические упражнения, увеличивающие гибкость позвоночника (наклоны, скручивания, повороты) и приводящие к его перерастягиванию (висы). ЛФК проводят в форме занятия лечебной гимнастикой (занятия корригирующей гимнастикой). Чтобы охватить как можно большее число детей, страдающих сколиотической болезнью, занятия корригирующей гимнастикой проводят групповым методом. Индивидуализация лечебного воздействия при групповом методе занятий достигается комплектованием небольших групп до 10—12 человек, однородных по деформации, возрасту, а также назначением индивидуальных упражнений и дозировки. По возрасту дети разделяются на 4 группы: 5—6-летние; 7—10-летние; 11—13-летние; 14—16-летние. Детям с прогрессирующим сколиозом рекомендуется проводить занятия индивидуальным способом. Занятия корригирующей гимнастикой проводятся 3 раза в неделю по 30—45 мин. Занятия делятся на 3 части. Подготовительная часть включает в себя организацию группы для занятия, построение, ходьбу, во время которой выполняются различные движения руками, развивающие мышцы плечевого пояса и подвижность в плечевых суставах, например, махи, круговые движения. Ходьба с подниманием прямых ног, ног, согнутых в коленях, передвижение в приседе, «прыжок лягушки», «ход слона», «шаги медведя», ходьба на пятках, на носках, на наружном крае стопы, перекаты с пятки на носок, ходьба в различном темпе и различных направлениях (змейкой, спиной вперед). Кратковременный бег. Дыхательные упражнения. Далее упражнения выполняются стоя перед зеркалом: общеразвивающие упражнения для шеи, нижних конечностей и плечевого пояса; для формирования и закрепления навыка правильной осанки ;для профилактики и коррекции плоскостопия. Основная часть занятия. Применяют специальные корригирующие упражнения; дыхательные; индивидуальные корригирующие упражнения; упражнения в равновесии; упражнения на общую и силовую выносливость мышц брюшного пресса, спины, грудной клетки, способствующие образованию рационального мышечного корсета; упражнения для коррекции деформации ног; упражнения у гимнастической стенки, на гимнастической стенке; подвижные игры. В основу занятия корригирующей гимнастикой положен принцип максимальной статической разгрузки позвоночника. Наиболее эффективные исходные положения — лежа, стоя в упоре на коленях -коленно-кистевое. В заключительной части применяются упражнения на расслабление, медленная ходьба с сохранением правильной осанки, дыхательные упражнения. По показаниям индивидуально используется лечение положением. Продолжительность различных частей занятия зависит от физической подготовленности детей, поставленных задач, а также периода реабилитации. Темп упражнений обычно средний и медленный в упражнениях, направленных на силовое развитие отдельных мышечных групп, а также в упражнениях корригирующего характера. Занятия лечебной гимнастикой следует проводить с учетом функционального состояния сердечнососудистой и дыхательной систем, для чего необходимо оценивать воздействие нагрузок по сдвигам частоты пульса и его восстановлению (определение физиологической кривой), а также общую тренированность по простейшим функциональным пробам (20 приседаний, 30 подскоков) — пульсу и АД. Очень важно в процессе занятия оценивать силу и выносливость различных групп мышц, применяя двигательные тесты. О силе и выносливости мышц разгибателей туловища судят по времени удержания верхней части туловища на весу, а также состоянию мышц, обеспечивающих наклоны вправо и влево. О силе выносливости мышц живота судят по числу переходов из положения лежа на спине в положение сидя с фиксированными ногами. Ориентиром могут служить нормативные показатели, установленные для детей A.M. Рейзман и Ф.И. Багровым: для мышц-разгибателей туловища в 7—11 лет — 1—2 мин, в 12— 16 лет — 1,5—2,5 мин; для мышц живота в 7—11 лет — 15—20 движений, в 12—16 лет — 25—30 движений в темпе, не превышающем 16 движений в минуту. Показатели функциональных проб обеспечивают дифференцированный подход к назначению индивидуального комплекса на занятиях лечебной гимнастикой. Значительное место в физической реабилитации сколиозов занимает лечебное плавание; его оздоровительное, лечебное и гигиеническое значение в жизни ребенка трудно переоценить. Во время плавания обеспечивается естественная разгрузка позвоночника, а самовытяжение во время скольжения дополняет разгрузку зон роста. При выполнении гребковых движений последовательно вовлекаются в работу почти все мышечные группы, исчезает асимметричная работа межпозвонковых мышц, восстанавливаются условия для нормального роста тел позвонков. Одновременно укрепляются мышцы живота, спины и конечностей, совершенствуется координация движений. Современная методика лечебного плавания разработана сотрудниками московской ортопедической школы-интерната № 76 Л.А. Бородич, Р.Д. Назаровой. Исследователи доказали, что основным стилем плавания для лечения сколиоза у детей является брасс на груди с удлиненной паузой скольжения, во время которой позвоночник максимально вытягивается, а мышцы туловища статически напряжены. При этом плечевой пояс располагается параллельно поверхности воды и перпендикулярно движению, движения рук и ног симметричны, производятся в одной плоскости. При этом стиле плавания минимальны возможности увеличения подвижности позвоночника и вращательных движений корпуса и таза, крайне нежелательные при сколиозе. Плавание стилем кроль, баттерфляй и дельфин в чистом виде применять в лечебном плавании для детей со сколиозом нельзя. Однако могут применяться элементы этих стилей. Подбор плавательных упражнений учитывает степень сколиоза. При сколиозе I степени используют только симметричные плавательные упражнения: брасс на груди, удлиненная пауза скольжения, кроль на груди для ног. При сколиозе II—III степени задача коррекции деформации диктует применение асимметричных исходных положений. Плавание в позе коррекции после освоения техники брасса на груди должно занимать на занятии 40—50% времени. Это значительно снимает нагрузку с вогнутой стороны дуги искривления позвоночника. При IV степени сколиоза на первый план выдвигается задача не коррекции деформации, а улучшения общего состояния организма, функционального состояния сердечнососудистой и дыхательной систем. В связи с этим, как правило, используется симметричное плавание. Особое внимание уделяется дыхательным упражнениям. Для тренировки сердечнососудистой системы и повышения силовой выносливости мышц индивидуально вводится плавание на коротких скоростных отрезках, под строгим контролем. Особенно важно совершенствовать технику плавания у больных, имеющих симптомы неста¬бильности позвоночника. Если угол искривления позвоночника на рентгенограммах в положении лежа и стоя очень отличается, необходимо максимально исключить при плавании движения позвоночника в перпендикулярном направлении и вращения позвоночника. Для детей со сколиозом II—III степени исходное положение коррекции подбирается строго индивидуально в зависимости от типа сколиоза. Например, при грудном типе сколиоза с вершиной на 8—9-м грудном позвонке для снижении компрессии с вогнутой стороны дуги применяют асимметричные исходные положения для плечевого пояса: рука с вогнутой стороны сколиоза выносится при плавании вперед. При поясничном типе сколиоза (вершина дуги на 2—3-м поясничном позвонках), грудино-поясничном типе сколиоза (вершина дуги на 12-м грудном или 1-м поясничном позвонках) для коррекции дуги могут быть использованы асимметричные исходные положения для тазового пояса: при плавании нога с выпуклой стороны поясничной дуги отводится с фиксацией таза на доске. При комбинированном типе сколиоза с двумя первичными дугами (грудной и поясничный) особое внимание уделяется коррекции грудной дуги. Д.М. Цверава (1985), помимо традиционных форм реабилитации, предложил для лечения нарушений осанки во фронтальной плоскости и диспластического грудино-поясничного сколиоза I степени применять верховую езду. Эффективность лечения конным спортом, по мнению автора, заключается в следующем: стабилизации мобильности позвоночника, т.е. устранении функционального компонента; создании мощного, надежного мышечного корсета туловища; в обучении активной коррекции туловища самовытяжением; устранении скованности в движениях; выработки правильной осанки; повышении устойчивости высшей нервной деятельности; снятии «комплекса неполноценности»; повышении функции опорно-двигательной, сердечнососудистой и дыхательной систем; развитии ловкос¬ти, смелости, организованности, внутренней дисциплинированности и любви к животным.  Заключение  В случае первичной анатомической неполноценности костей, суставов, тем более позвоночника профилактика патологических изменений должна быть направлена на постепенное увеличение функциональной нагрузки за счет щадящего режима труда и быта, таким образом, создаются условия для медленной компенсаторной перестройки анатомически неполноценной кости, сустава, позвоночника. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. №597 н в организационную структуру Центра здоровья должен входить кабинет (зал) ЛФК. Врач центра здоровья при выявлении такого фактора риска как малоподвижный образ жизни, а тем более наличие заболеваний суставов и позвоночника должен направить пациента в лечебно-физкультурные кабинеты (залы), во врачебно-физкультурные диспансеры, на занятия в школы здоровья. На этом этапе своей деятельности врач Центра здоровья должен проявить высокие коммуникативные способности и мастерство по отношению к пациенту и тем более ребёнку с целью построить доверительные партнёрские отношения, а пациент должен чувствовать, что ему искренне желают помочь. При таких условиях можно добиться от пациента посещения школы здоровья и увеличение физических нагрузок. Эти нагрузки должны быть существенной составной частью комплекса оздоровительных мероприятий, как при сердечнососудистых заболеваниях, так и болезнях суставов и позвоночника, как у взрослых, так и у детей. |