

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА**

**Дипломная работа студента
очной формы обучения
Специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Братенёвой Екатерины Сергеевны**

Научный руководитель
Преподаватель Еремеева Е. М.

Рецензент
Главная медицинская сестра ОГБУЗ «Детская
областная клиническая больница» Киреева Т.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКОЛИОЗА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ	6
1.1. Понятие сколиоза, его этиология, классификация и патогенез	6
1.2. Клинические проявления и лечение сколиоза	9
1.3. Деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза ...	19
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА.....	21
2.1. Анализ статистических данных.....	21
2.2. Результаты собственного исследования.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР.....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы. В настоящее время сколиоз является распространенной патологией позвоночника у детей. Сколиоз сопровождает человечество с самого начала истории. «Рак ортопедии» - так отзываются об этом заболевании многие статьи и диссертации, определяя тем самым серьезность заболевания. Большинство случаев заболевания приобретенным сколиозом приходится на период поступления ребенка в школу, т.к. на позвоночник идет большая нагрузка из-за ношения тяжелого рюкзака и долгого сидения за партой. За прошедшие пять лет заболеваемость сколиозом среди детей значительно выросла, поэтому большое внимание следует уделять профилактике, раннему выявлению и лечению начальных стадий сколиотической осанки.

Цель работы. Рассмотреть особенности деятельности медицинской сестры в профилактике сколиоза в условиях учебного учреждения.

Задачи работы.

- Провести анализ научной медицинской литературы по проблеме сколиоза.
- Провести анализ эффективности деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений учащихся в рамках такого заболевания, как сколиоз в условиях учебного учреждения.
- Разработать рекомендации по повышению эффективности деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений учащихся в рамках такого заболевания, как сколиоз в условиях учебного учреждения.

Методы исследования.

- Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
- Социологический: анкетирование.
- Эмпирический: наблюдение.
- Статистический: статистическая обработка полученных данных.

- **Графический:** представление полученных данных в графическом виде.

Объект исследования. Обучающиеся младших классов МБОУ СОШ № 35 и их родители (60 человек).

Предмет исследования. Профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза.

Гипотеза: знание и профессионализм медицинских сестер в особенностях этиологии и патогенеза, а также использование этих знаний и умений в профилактике сколиоза позволяет предупредить развитие тяжелых форм заболевания у учащихся.

Теоретическое значение проведенного исследования заключается в том, что в нем проведен анализ литературных данных по изучаемой проблеме, для обоснования профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике сколиоза.

Практическая значимость: дать рекомендации по профилактике сколиоза, которые будут применяться в работе медицинской сестры в условиях учебного учреждения.

База исследования: МБОУ СОШ №35 города Белгорода.

Время исследования: 2018 – 2019 гг.

Структура работы включает введение, две главы с подпунктами, раскрывающими основные задачи работы, заключение, рекомендации, список использованных источников и литературы, приложения.

Во введении были определены цель, задачи, объект и предмет исследования и сформулирована актуальность исследования по данной теме.

В первой главе исследования проведен анализ современного взгляда на проблемы такого заболевания, как сколиоз, теоретических принципов работы медицинской сестры в профилактике сколиоза. Вторая глава содержит результаты исследования по выявлению групп риска учащихся со сколиозом, выявление результатов по каждому вопросу анкеты.

В заключении подведён итог всей дипломной работы: сформулированы основные выводы по теоретической части и результатам исследования.

Так же были представлены рекомендации для учащихся и медицинских работников, для снижения риска заболеваемости сколиозом.

В качестве приложения представлены анкета для пациента, буклет для родителей по «Профилактике сколиоза», а также методические рекомендации по профилактическим мероприятиям сколиоза у учащихся для медицинской сестры.

ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СКОЛИОЗА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

1.1. Понятие сколиоза, его этиология, классификация и патогенез

Сколиоз – боковое искривление позвоночника во фронтальной плоскости, обусловленное патологическим изменением в позвоночнике и паравертебральных тканях, склонное к прогрессированию деформации с функциональными изменениями внутренних органов, наиболее часто встречается у детей, у девочек в 6 раз чаще, чем у мальчиков. Термин был введен римским медиком Галеном во II веке нашей эры.

«В зависимости от причин вызывающих сколиотическую деформацию позвоночника, выделяют следующие виды данной патологии:

- врожденный сколиоз;
- нейромышечный сколиоз:
 - возникающий вследствие полиомиелита;
 - возникающий вследствие менингоэнцефалита или ДЦП;
 - болевого нейрорефлекторный;
- диспластический и возникающий на фоне наследственной предрасположенности;
- идиопатический сколиоз;
- дистрофический сколиоз;
- сколиоз, возникающий под действием различных причин: после рахита, травмы, опухоли позвоночника»[14].

Патогенез сколиоза состоит в том, что небольшое искривление позвоночника нарушает его равновесие. Под нагрузкой начинает страдать вогнутая часть дуги. Первыми принимают на себя «удар» межпозвоночные диски, в которых со временем развиваются структурные изменения. С вогнутой стороны на телах позвонков образуются клиновидные выросты. Постепенно

теряется амортизационная функция межпозвоночных дисков, что приводит к чрезмерному сдавливанию зон роста позвонков в области вогнутой части дуги. Более нагруженные участки позвонков замедляют свой рост, а менее нагруженные начинают расти с большей скоростью. Таким образом создается порочный круг посредством нарастающей асимметрии: с увеличением давления растут клиновидные выросты, что ведет к еще большей деформации.

Хирург, ортопед-травматолог Мовшович И. А. выдвинул многофакторную концепцию прогрессирующего сколиоза, в которой говорится о том, что для развития деформации необходимо наличие хотя бы трех факторов:

- фактора статико-динамических нарушений;
- фактора, создающего общий патологический фон для организма (нарушение гормонального обмена);
- первичного патологического фактора, нарушающего рост позвоночника.

Сочетание всех трёх факторов способствует развитию прогрессирующей формы сколиоза.

По патогенетическому признаку выделяют дискогенный, миотический и гравитационный сколиоз.

Осанка может портиться по разным причинам, например, из-за неправильного расположения тела в ходе повторяющейся деятельности:

- передвижения ссутулившись;
- неправильного сидения за партой;
- из-за разной длины ног;
- из-за нарушения костного обмена веществ.

«Дискогенный сколиоз развивается на фоне диспластического синдрома. Нарушение обмена в соединительной ткани приводит к изменению структуры позвоночника, вследствие чего связь межпозвоночных дисков с телами позвонков на вершине искривления ослабевает. Вместе с этим изменяется

центральное расположение студенистого тела ближе к выпуклой стороне искривления. Это вызывает первичный наклон позвонков» [13].

Основой миотического сколиоза являются заболевания, приводящие мышечный аппарат к функциональной несостоятельности, такие как полиомиелит, миопатии и др.

Гравитационный сколиоз возникает вследствие смещения центра тяжести и действия неравномерной нагрузки в стороне от продольной оси позвоночного столба.

По клиническому течению выделяю сколиозы прогрессирующие и не прогрессирующие.

Также по изменению степени деформации в зависимости от нагруженности позвоночника выделяют сколиоз фиксированный (стабильный) и нефиксированный (нестабильный).

По морфологическим признакам выделяют структурный и неструктурный сколиоз. Под структурным понимают сколиоз, при котором идет структурное изменение позвонков входящих в дугу искривления. Под неструктурным понимают различные физиологические состояния, например, длительное нарушение осанки в силу особенностей труда (профессиональный сколиоз)[13].

Происхождение врожденного сколиоза в основном заключается в аномалии развития позвоночного столба и ребер, неправильном формировании и развитии пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Приобретенные сколиозы чаще всего являются следствием других заболеваний. Такие сколиозы наблюдаются при врожденных вывихах бедра, контрактурах тазобедренного и коленного суставов, укороченности одной из нижних конечностей.

Идиопатический сколиоз является, как правило, наиболее распространенной формой, составляет 90% от случаев заболевания сколиозами. Его происхождение все еще остаётся неясным, но имеется теория, что в его основе лежит нарушение обмена в соединительной ткани.

В зависимости от возраста, в котором появилась деформация, идиопатический сколиоз делится на:

- младенческий (в возрасте до 3 лет);
- детский (в возрасте от 3 до 10 лет);
- подростковый (в возрасте старше 10 лет).

В зависимости от расположения вершины искривления сколиозы делят на:

- верхнегрудной;
- грудной;
- груднопоясничным;
- поясничным.

Также существует вариант комбинированного сколиоза с двумя вершинами искривления.

По форме искривления позвоночного столба выделяют S- и C-образный сколиоз.

1.2. Клинические проявления и лечение сколиоза

Клиническую картину сколиоза впервые описал Гиппократ.

При рассмотрении клинической картины, сколиоза большое значение имеет величина искривления позвоночника

Тяжесть искривления позвоночника при сколиозе подразделяется на 4 степени:

- I степень – угол сколиотической дуги $175^\circ - 170^\circ$ (угол сколиоза $5^\circ - 10^\circ$);
- II степень – $169^\circ - 150^\circ$ (угол сколиоза $11^\circ - 30^\circ$);
- III степень – $149^\circ - 120^\circ$ (угол сколиоза $31^\circ - 60^\circ$);
- IV степень – $<120^\circ$ (угол сколиоза $>60^\circ$).

На ранней стадии сколиоз проявляется:

- первичным наклоном позвонков в области будущей вершины искривления, сопровождающиеся вторичными искривлениями;
- высоким стоянием плеча со стороны вершины искривления;
- выбуханием поясничных мышц на выпуклой стороне искривления;
- уплощением в области тазового треугольника на выпуклой стороне и его углублением на противоположной стороне;
- выпячиванием грудной клетки в дорсальном направлении на выпуклой стороне (дорсальный реберный горб);
- голова немного опущена, плечи ротированы внутрь;
- лопатки отстают от грудной клетки.

При этом позвоночник напоминает букву «С». Локально по линии позвоночника может определяться мышечный валик.

Костные перекладины губчатой кости из горизонтального и вертикального расположения принимают спиральное. В образовании деформации начинают принимать участие мышцы, противодействующие наклону, но образующие вторичные искривления.

При дальнейшем развитии сколиоза (II степень) наклон позвонков в области вершины представляет дугу, также появляется компенсаторная дуга, вследствие чего позвоночник приобретает форму буквы «S». В этот период отмечается асимметрия межпозвоночных дисков при симметрии тел позвонков, уже немного повернутых в выпуклую сторону. Намечается явный реберный горб. При рентгенографии обнаруживаются признаки торсии (скручивания) тел позвонков, при которой нарушается не только форма (которая приобретает клиновидность), но и их структура.

«При III степени визуально обнаруживается отклонение торса пациента в сторону от основной дуги искривления, фиксирована сколиотическая деформация позвонков, коррекции практически не поддается, реберный горб имеет высоту до 3 см» [13].

IV степень – клинически выражен фиксированный кифосколиоз со значительным отклонением корпуса в сторону.

«Искривление позвонков несет с собой изменения в других органах и системах, в первую очередь, вызывая деформацию грудной клетки, нарушая ее объем и механизм дыхательных движений. Эти изменения сопровождаются нарушениями в легких и сердечно-сосудистой системе. В легких образуются ателектазы с эмфизематозными участками. Вследствие деформации грудной клетки возможен только брюшной тип дыхания, жизненная емкость легких значительно снижается. Из-за поворота сердца и крупных сосудов вокруг вертикальной оси в направлении противоположном торсии, и дислокации трахеи и бронхов, повышается давление в малом круге кровообращения, что приводит к образованию кифосколиотического сердца. Развивается сердечная и дыхательная недостаточность» [6].

Помимо дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, у больных сколиозом выявляются патологии, связанные с нарушением топографии внутренних органов. Печень и почки опускаются в область таза, на фоне чего развиваются дискинезия желчевыводящих путей, нарушение выделительной функции почек и эвакуаторной функции кишечника. Вследствие всего этого развивается астенизация.

Изменяется соотношение туловища больного. Отмечается асимметричность треугольников талии, асимметричное положение надплечий, отклонение туловища в какую-либо сторону от таза, разновысотное положение сосков, пупок располагается не на срединной линии торса, разная высота стояния углов лопаток.

«Тяжелые запущенные формы сколиоза могут привести к гибели пациента вследствие осложнений со стороны легких и сердца.

Наиболее частые проблемы, сопутствующие пациентам, больных сколиозом, - уменьшение лёгочной функции, развитие правожелудочковой недостаточности, боли, неврологический дефицит, недовольство своим внешним видом» [6].

Лечение сколиоза зависит от возраста больного, типа сколиоза и его степени.

Лечение младенческого сколиоза консервативное: ребенка укладывают в корригирующую кроватку из термопластического материала в положение коррекции, также проводят массаж и пассивную лечебную физкультуру.

Так же консервативно лечат и детский сколиоз I и II степени.

Цель консервативного лечения – предотвратить появление вторичных патологий и воздействие вредных факторов, способствующих развитию осложнений.

Важным условием успешного лечения является полноценная и витаминизированная пища, длительное пребывание на свежем воздухе, адекватная физическая нагрузка, подвижные игры. Стул и стол на рабочем месте ребенка должны соответствовать его росту, а также должны быть хорошо освещены. Нужно следить, чтобы ребенок сидел за столом прямо, а его ноги стояли на полу.

При нарушенном зрении необходима его коррекция очками, линзами, либо косметической операцией коррекции.

Также важно систематически проводить лечебную физкультуру и сеансы массажа, часто назначают корригирующий корсет. В амбулаторном лечении очень важно активное участие родителей в процессе.

Лечебная физкультура является эффективным методом консервативного лечения. Физические упражнения стабилизируют позвоночник, укрепляя мышцы туловища, улучшают осанку, позволяют добиться коррекции искривления, улучшают внешнее дыхание и оказывают общеукрепляющее действие на весь организм.

Для эффективного проведения ЛФК требуется правильное установление типа сколиоза, расположения вершины искривления, этиологию, характер течения патологического процесса.

Более успешной ЛФК является на ранних стадиях сколиоза, но показана при всех степенях.

Противопоказаны упражнения, приводящие к излишней гибкости позвоночника и к его перерастяжению, а также упражнения увеличивающие компрессию позвонков.

ЛФК предполагает лечебную гимнастику, занятия в воде, коррекцию положением, элементы спорта, общеразвивающие, дыхательные и специальные упражнения, корректирующие искривление, при этом стараются снизить статическую нагрузку на позвоночник.

Методика лечебной физкультуры определяется течением сколиоза. При компенсированном сколиозе занятия проводят в группе, используя различные упражнения, исправляющие осанку и корригирующие сколиоз, укрепляющие мышцы.

«При прогрессирующем сколиозе занятия проводятся преимущественно индивидуальные в положении пациента лежа на спине, боку, животе, выполняют упражнения, укрепляющие мышцы живота и спины, сочетая это с массажем и ношением корсета, фиксирующего позвоночник» [7].

Растянутые и слабые мышцы, расположенные на стороне вершины искривления, необходимо тонизировать и укреплять, способствуя их укорочению; укороченные мышцы на стороне вогнутости следует расслаблять и растягивать. По такому же принципу проводится массаж при сколиозе.

С целью укрепления слабых мышц используют симметричные упражнения, способствующие восстановлению правильной осанки, нормализации дыхания, созданию мышечного корсета.

Ассиметричные упражнения локального характера направлены на коррекцию вершины искривления позвоночника. При правильном выполнении упражнений снижается давление на вогнутую область позвоночника, что приводит к тому, что дуга искривления выравнивается.

«Деторсионные упражнения, - эти упражнения также являются асимметричными и требуют осторожного выполнения с учетом характеристик спинно-мозгового сегмента,- применяют с целью возвращения позвонков в сторону противоположную торсии, ее коррекция достигается разворотом и

поворотом туловища, таза, верхних и нижних конечностей. При этом следует соблюдать основное правило: при правостороннем сколиозе, находящемся в любой локализации, позвонки скручиваются по часовой стрелке, а при левостороннем – против часовой стрелки» [7].

Например, при левостороннем сколиозе в грудном отделе в положении пациента лежа на животе, рука отводится влево и за спину, а голова поворачивается в противоположную сторону, что образует деторсию, туловище поворачивается по часовой стрелке. При правостороннем сколиозе в поясничном отделе левая нога поднимается вверх и заносится над правой, деторсия при этом против часовой стрелки.

«При сколиозе I степени используются наряду с общеукрепляющими упражнениями и дыхательными, симметричные упражнения, асимметричные редко используются индивидуально.

При II степени сколиоза используются общеукрепляющие, дыхательные и симметричные упражнения, по показаниям также используются асимметричные и деторсионные упражнения с коррекционной и профилактической целью. Деторсионные упражнения оказывают максимальный корригирующий эффект именно при II степени сколиоза.

При сколиозе III и IV степени используются все виды упражнений» [7].

Школьники, у которых выявлен сколиоз, освобождаются от занятий физкультурой и занимаются лечебной физкультурой на базе поликлиники по месту жительства.

Занятия лечебной гимнастикой делятся на три части: подготовительная, основная и заключительная.

«В подготовительной части выполняется подготовка организма к дальнейшим нагрузкам специальными корригирующими упражнениями. Проводятся упражнения, направленные на укрепление дыхательной и сердечно-сосудистой систем, улучшение осанки. Методика ЛФК направлена на разогрев мышц, снятие скованности» [7].

«В этой части проводится посторенние группы, различные варианты ходьбы по залу (обычная, с подниманием ног, в приседе, на пятках, на носках и т.д.) с выполнением различных упражнений, укрепляющих мышцы плечевого пояса и увеличивающих подвижность плечевых суставов (круговые движения кистями, предплечьями, махи руками)» [7].

Следует исключить хождение на внутренней стороне стопы, т.к. оно провоцирует плоскостопие. Дыхательные упражнения выполняются с движениями верхних конечностей. Далее следуют общеукрепляющие упражнения для мышцы шеи, туловища, нижних конечностей: для формирования и закрепления правильной осанки.

«Далее идет основная часть, которая выполняется в изначальном положении пациента стоя. Применяются локальные корригирующие упражнения, направленные на исправление дуги искривления позвоночника и измененных мышц, упражнения в равновесии, дыхательные упражнения.

Занятия проводятся в наиболее эффективных положениях: стоя, сидя, стоя в упоре на колени, в коленно-локтевом. Выполнение упражнений начинается с дистальных отделов конечностей, постепенно переходя к проксимальным. Выполняются упражнения на общеукрепляющую и силовую выносливость мышц спины, брюшного пресса, грудной клетки, направленные на создание мышечного корсета» [7].

Также выполняются упражнения для коррекции позвоночника и ног, деторсионные, симметричные и асимметричные упражнения.

Во второй половине занятия выполняются упражнения на снарядах, которые направлены на специфическую коррекцию позвоночника, деторсию, равновесие, на гимнастической скамейке (проверка осанки, симметричный и асимметричный подъем и спуск по гимнастической стенке, упражнения с сопротивлением с использованием резинового бинта, висы, упражнения на равновесие), на гимнастической скамейке (простая ходьба, с мешочком на голове, полуласточка, подтягивание туловища из исходного положения лежа на

животе, руки впереди), на наклонной плоскости (подтягивание туловища, сгибание-разгибание ног, деторсионные упражнения, пассивная коррекция).

В конце основной части широко используется игровой метод ЛФК. Используются модифицированные, приспособленные для решения специальных задач коррекции, упражнения, подвижные и спортивные игры. Они направлены на снятие психоэмоционального утомления ребенка, ориентировки, развитие быстроты реакции, координации движений, совместному взаимодействию детей друг с другом для достижения поставленных целей.

Заключительная часть предопределяет снятие нагрузки на все органы и системы организма. Выполняются упражнения на расслабление мышц, простая ходьба с сохранением осанки, индивидуально может использоваться лечение положением.

«Длительность частей занятия зависит от физических способностей ребенка, поставленных задач и периода реабилитации.

Темп выполнения упражнений – средний, силовые упражнения на развитие отдельных мышечных групп, а также корригирующие упражнения выполняются медленно.

Дозировать корригирующие упражнения можно на основании функциональных способностей детей, определяя изменение ЧСС и ее восстановления после нагрузки» [7].

Также эффективным методом ЛФК является плавание, оказывающее лечебный, оздоровительный и гигиенический эффект. Занятия плаванием оказывает естественную разгрузку позвоночника, вовлекает в работу большое количество мышц (мышцы спины, живота, конечностей), совершенствуют координацию. При плавании восстанавливаются естественные условия роста позвоночника, идет симметричная работа межпозвоночных мышц.

Плавание показано практически всем пациентам, не зависимо от степени сколиоза. Оно противопоказано только при нестабильности позвоночника.

Брасс с удлиненной фазой скольжения – основной стиль плавания при сколиозе. При этом плечевой пояс располагается перпендикулярно направлению движения и параллельно поверхности воды, движения руками и ногами – симметрично, в одной плоскости, мышцы туловища статически напряжены, позвоночник вытягивается максимально.

При подборе плавательных упражнений необходимо учитывать степень сколиоза.

При I степени сколиоза применяют: брасс на груди с удлиненной фазой скольжения, проплывание скоростных участков, кроль на груди с помощью движений ногами.

При II – III степени сколиоза применяются упражнения с асимметричным исходным положением пациента.

При IV степени сколиоза первоочередная задача – улучшение общего состояния пациента, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Используют в основном упражнения с симметричным исходным положением пациента. Для повышения силовой выносливости мышц и улучшения работы сердечно-сосудистой системы применяют проплывание коротких скоростных дистанций.

В комплексе с корригирующей гимнастикой и лечебным плаванием применяют также лечебный массаж: классический, рефлекторно-сегментарный или точечный.

Курс массажа необходимо проходить два раза в год, длительность курса включает 20–25 процедур, длительность процедур постепенно увеличивается от 15-20 минут вначале до 40-60 минут к концу курса.

При массаже необходимо дифференцированное действие на мышцы спины: укороченные, напряженные мышцы на вогнутой стороне дуги расслабляют и растягивают; удлиненные, слабые на выпуклой стороне дуги – тонизируют и стимулируют.

Занятия плаванием состоят, также как и гимнастические, из трех частей.

В комплекс консервативного лечения сколиоза также входит использование жестких корсетов. Задачей их использования является предотвращение прогрессирования сколиотической деформации.

«При лечении деформации локализованной ниже восьмого грудного позвонка, используют шейно-грудно-пояснично-крестцовые корсеты типа Мильвоки, при более низком расположении деформации применяются торако-любомбо-сакральные корсеты типа Бостон, Шено» [6].

Консервативное лечение позвоночника при сколиозе проводится достаточно длительное время – до завершения костного роста скелета, и, не редко, в течении 24 часов в сутки.

«Оперативное лечение сколиоза показано при любой деформации превышающей 50°; при стойком прогрессировании деформации; при деформации сопровождающейся стойким болевым синдромом и неврологическими нарушениями; при деформации грудной клетки, дающей косметические дефекты. Целью лечения является восстановление формы и стабильности позвоночника с минимизацией риска неврологических осложнений» [11].

Выделяют четыре основных группы оперативных вмешательств:

- операции на передних отделах позвоночника;
- операции на задних отделах позвоночника;
- комбинированные операции на передних и задних отделах позвоночника;
- косметические операции.

Основой оперативного лечения является костно-пластическая фиксация позвоночника. Неподвижная часть каркаса фиксируется за дужки позвонков по заднему отделу, остальные части каркаса могут перемещаться, позволяя не оперировать ребенка каждый год ввиду роста позвоночника.

1.3. Деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза

Роль медицинской сестры в профилактике сколиоза крайне значительна. Ведь контакт с пациентом, в основном, осуществляется именно средним медицинским персоналом.

Медсестра выполняет своеобразную роль посредника между врачом и пациентом, является ближайшим и непосредственным помощником врача.

Медицинская сестра находит индивидуальный подход к каждому маленькому пациенту и его родителя, так как установление доверительных отношений является первостепенной задачей для выполнения дальнейшей работы.

«Медсестра должна знать основные принципы лечения, ухода и профилактики сколиоза и ознакомить с ними пациента и его родителей.

Медсестра должна знать симптомы и основные жалобы при сколиозе, а также иметь понятие об этой патологии.

Выявив проблемы пациента, медицинская сестра формирует сестринские диагнозы, оценивает степень значимости каждой проблемы и устанавливает приоритетные» [11].

В ее обязанности входит подготовка пациента к диагностическим мероприятиям, таким как МРТ, КТ и др. От правильной подготовки к исследованию зависит качество полученных данных.

Также медсестра выявляет наличие у пациента социальных и духовно-психологических проблем, если таковые имеются.

Она выполняет пациенту выполнять различные упражнения, дает рекомендации родителям по наблюдению за ребенком.

Основные принципы работы медицинской сестры должны учитывать ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями, максимальное щажение психики больного ребенка.

«Медсестра должна знать, как правильно обращаться с ребенком: не допускается применения насилия по отношению к маленькому пациенту при

проведении медицинских манипуляций, следует избрать тактику игрового взаимодействия, позволить ребенку «помогать» во время процедуры. Не стоит употреблять отрицательных фраз по типу «не делай», «не мешай», «не двигайся» и т.д. Следует заведомо ознакомить ребенка и родителей с процедурой, ответить на все интересующие вопросы, не употребляя раздражительного тона» [11].

ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА

2.1. Анализ статистических данных

В ходе исследовательской деятельности был проведен анализ статистических данных по уровню заболеваемости сколиозом населения города Белгорода на примере одной из детских поликлиник за период с 2014 по 2018 гг. Соотношение заболеваемости в 2014 и в 2018 годах представлены в виде диаграмм (Рис. 1).

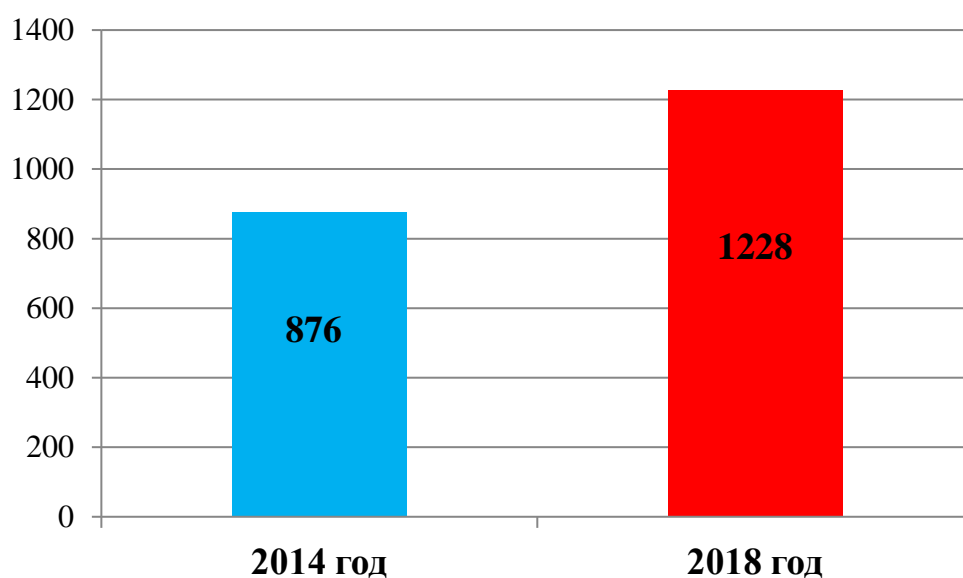


Рис. 1. Общий уровень заболеваемости сколиозом населения относящегося к Детской городской поликлинике №4

При анализе данных был использован статистический метод исследования. Данные были получены в Детской городской поликлинике №4.

Полученные данные, представленные выше (Рис. 1) позволяют оценить, что, несмотря на повышение качества медицинской помощи, сколиоз имеет тенденцию к значительному росту.

Предоставленные данные относятся к населению возрастных категорий: 0-14 лет – 15-18 лет. На диаграммах, представленных ниже (Рис. 2), показано соотношение заболеваемости пациентов разных возрастов.

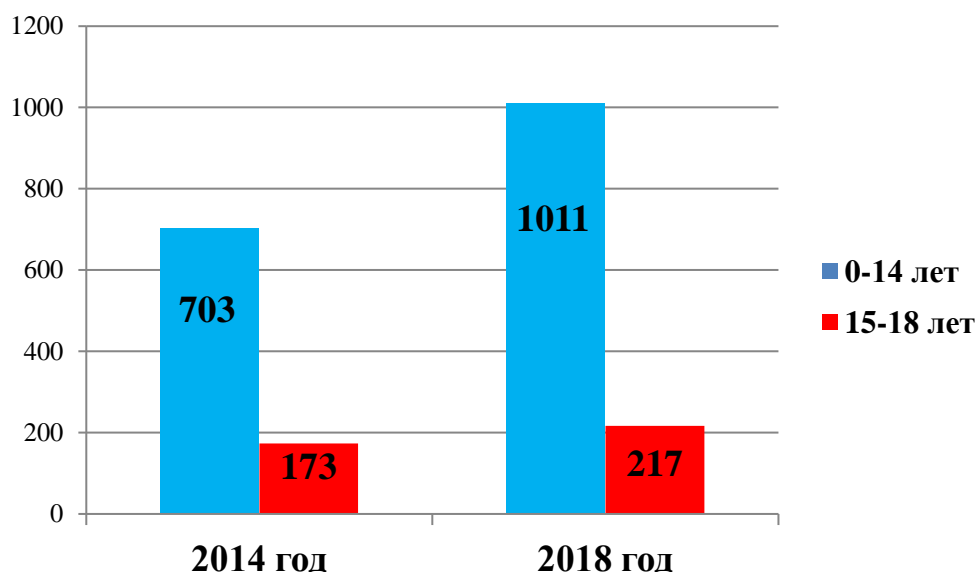


Рис. 2. Соотношение заболеваемости населения разных возрастов за 2014 – 2018 гг.

Данное соотношение (Рис. 2) показывает, что дети в возрасте от 0 до 14 лет более подвержены заболеванию сколиозом, чем дети 15-18-летнего возраста, как в 2014, так и в 2018 году.

2.2. Результаты собственного исследования

Исследование проводилось на базе МБОУ СОШ №35 г. Белгорода.

В исследовании приняли участие учащиеся 6 класса. Исследование проводилось методом анкетирования, были сформулированы две анкеты: для детей (12 вопросов) и родителей (10 вопросов).

Количество опрошенных составило 30 учащихся и 30 родителей, всего 60 человек.

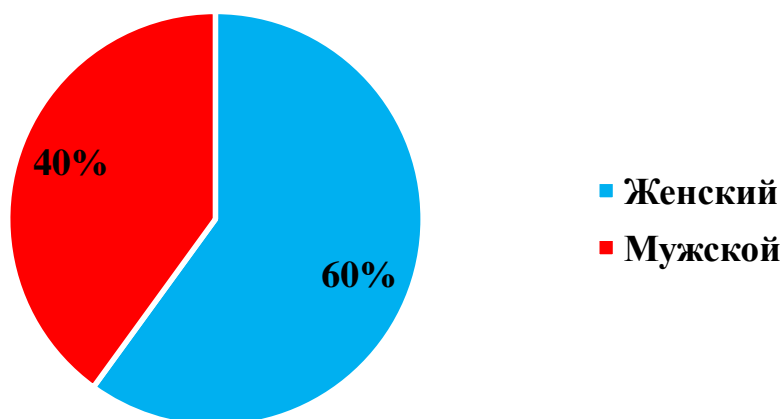


Рис. 3. Соотношение половой принадлежности респондентов

В результате опроса было выяснено, что из 30 учеников, 60% составили представители женского пола, а 40% – представители мужского пола (Рис. 3).

В исследовании участвовали ученики 6 класса, т.к., согласно статистике, возрастная группа детей, подверженных сколиозу, находится в пределах 0 – 14 лет, поэтому возраст респондентов составил 9 - 12 лет (43%) и 13 - 15 лет (57%) (Рис. 4).

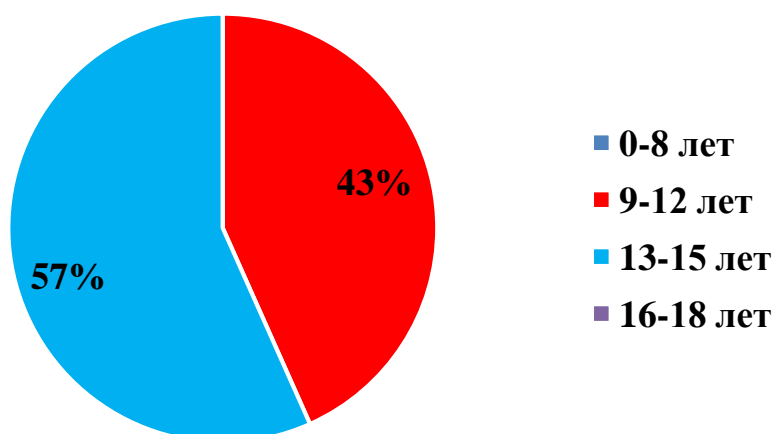


Рис. 4. Возраст респондентов

Медицинская сестра является посредником между пациентом и врачом, поэтому на нее, как на звено, имеющее больший контакт с пациентами, ложится

ответственность об информировании пациента, проведении с ним профилактических бесед.

Исходя из опроса видно, что лишь 36% учеников были привлечены к беседе о профилактике сколиоза, 63% учеников не имеют представления о том, как проводить профилактические мероприятия во избежание заболевания (Рис. 5).

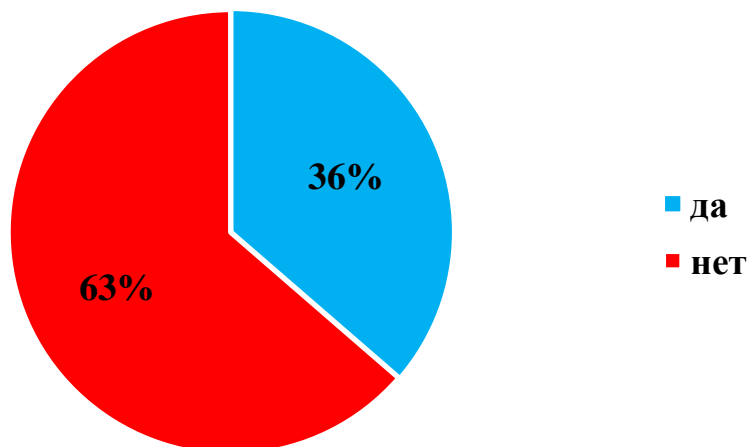


Рис. 5. Проведение медицинской сестрой беседы о профилактике сколиоза

При выполнении уроков (Рис. 6) лишь 20% учеников предпочитают сидеть, держа спину ровно, 30% сидят, немного сутулившись, остальные 50% и вовсе не замечают положения своего тела во время уроков.

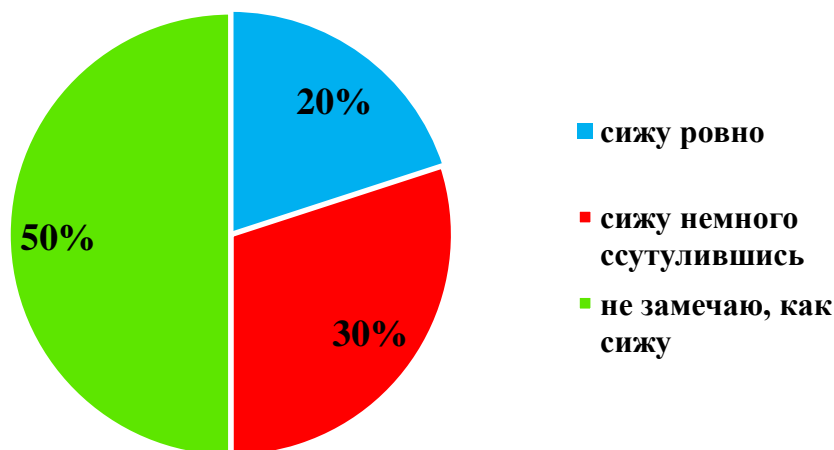


Рис. 6. Предпочтения в сидении за партой во время выполнения уроков

Следующее исследование (Рис. 7) показало, что 57% учеников носит рюкзак, надев обе лямки на плечи, 37% носит рюкзак/сумку, надев только одну лямку на плечо, 6% носят рюкзак/сумку на одном плече, но периодически меняют руку. Результат исследования достаточно удовлетворителен, т.к. большинство детей носит портфель правильно.

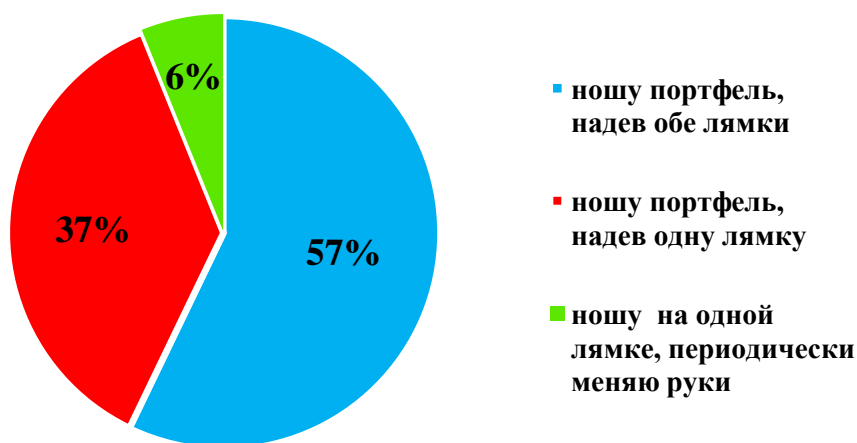


Рис. 7. Предпочтения в носке портфеля/сумки

По результатам опроса (Рис. 8) только 7% школьников регулярно выполняют утреннюю зарядку, 47% школьников занимаются только на уроках физической культуры, 30% занимаются отдельным видом спорта, 16% занимаются спортом вовсе.



Рис. 8. Занятия спортом

На вопрос о питании (Рис. 9) 40% респондентов ответило, что питается хорошо, 53% заметили, что пропускают некоторые приемы пищи в связи с нехваткой времени, 7% признались, что редко употребляют в пищу витамины.

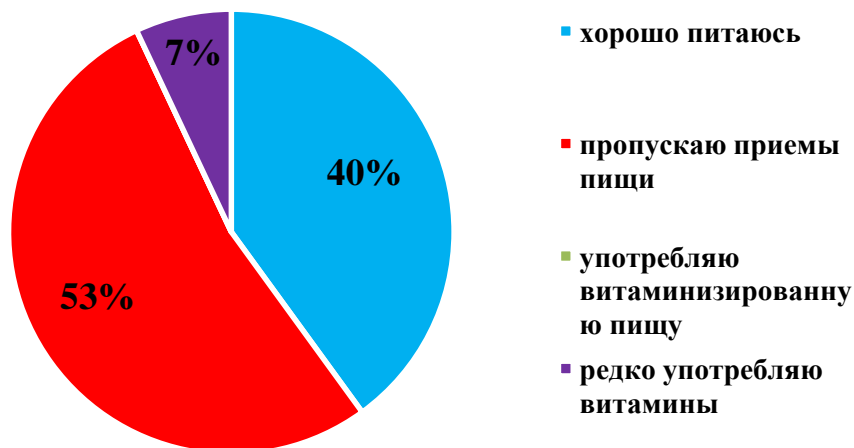


Рис. 9. Питание

Отношение к своему здоровью ученики выказывают неутешительное, всего 4% постоянно следит за ним, 76% лечатся только при возникновении болезни, 4% проводят профилактику заболеваний и 16% вообще не следят за здоровьем (Рис. 10).



Рис. 10. Отношение к своему здоровью

В выборе матраса для сна (Рис. 11) учащиеся разделились по такому принципу: 30% предпочитает спать на мягком матрасе, 33% – на жестком, 37% учеников не видит разницы в том, на чем спать.

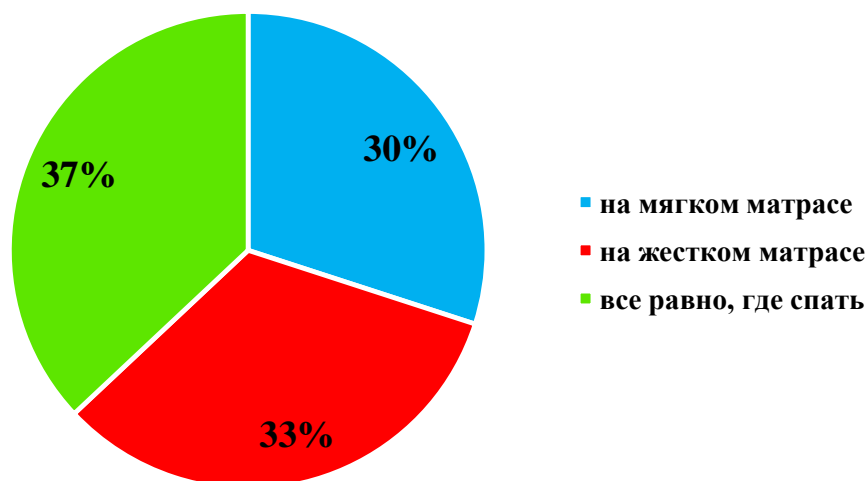


Рис. 11. Предпочтения в выборе матраса для сна

На вопрос о том, носят ли ученики тяжести (Рис. 12), 40% ответили, что делают это очень часто, 53% только портфель, 7% - не поднимают.

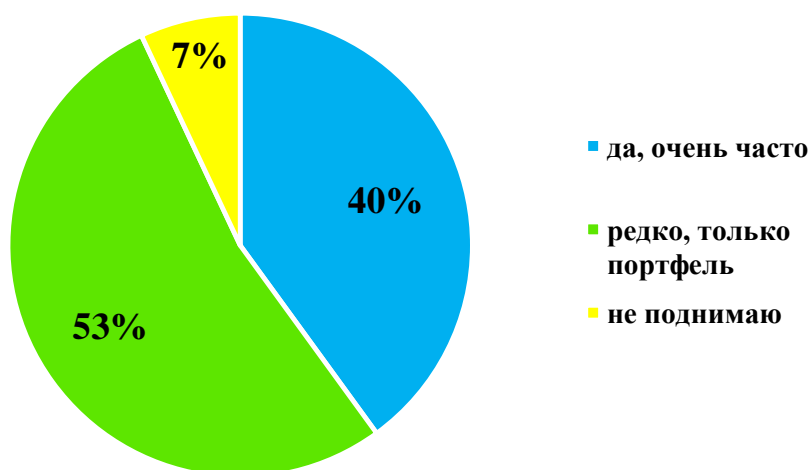


Рис. 12. Ношение тяжестей

Из опроса (Рис. 13) известно, что лишь с 27% учеников учителя проводят физкультминутки во время уроков для расслабления напряженных мышц, 73% отмечают, что физкультминутки не проводятся.

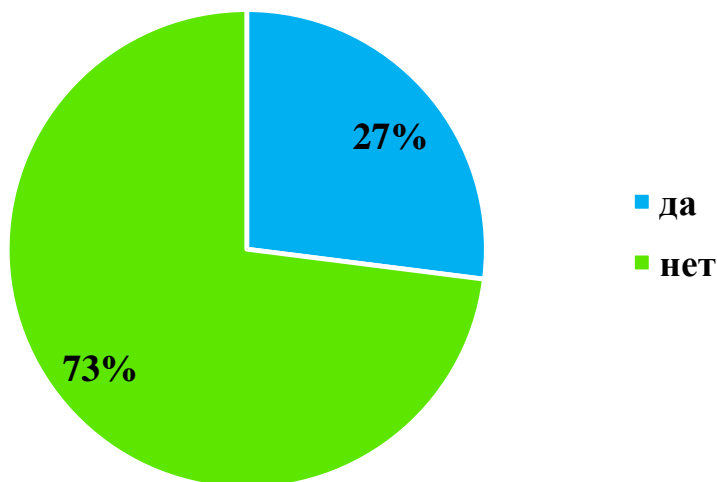


Рис. 13. Проведение физкультминутки во время уроков

На вопрос о предпочтении в выборе ноги в качестве опоры, при стоянии прямо (Рис. 14), респонденты ответили, что 43% стоя прямо опираются на обе ноги, 57% предпочитают опираться лишь на одну ногу, что, как говорилось выше, является патологическим расположением тела в пространстве при регулярно повторяющейся деятельности.

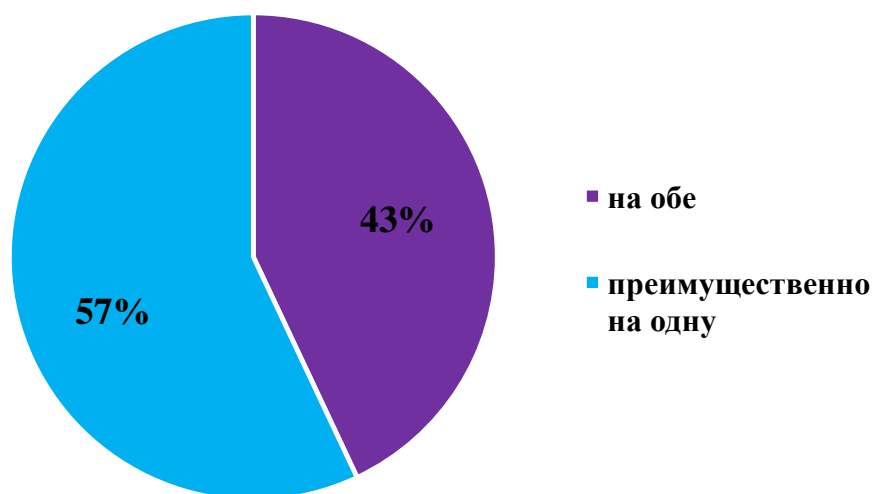


Рис. 14. Стоя прямо, на какую ногу вы опираетесь

Далее рассмотрим ответы родителей на вопросы анкеты по выявлению причин развития сколиоза у детей.

На вопрос о том, приучают ли они детей к зарядке своим примером (Рис. 15), 17% родителей ответили положительно, 60% - отрицательно, 23% признались, что им некогда этим заниматься.

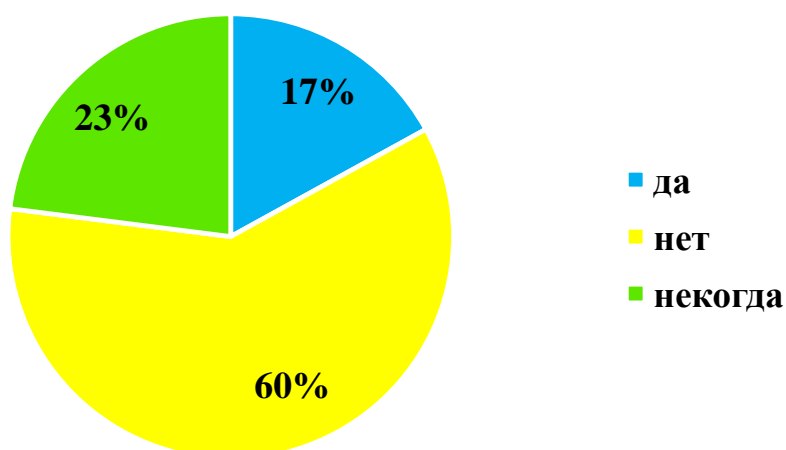


Рис. 15. Приучение ребенка к зарядке своим примером

Следующий вопрос звучал так: «Следите ли вы за осанкой ребенка во время выполнения домашнего задания или досуга?» (Рис. 16), 83% родителей ответили, что следят за этим, остальные 17% признались, что не следят за ребенком в этом плане.

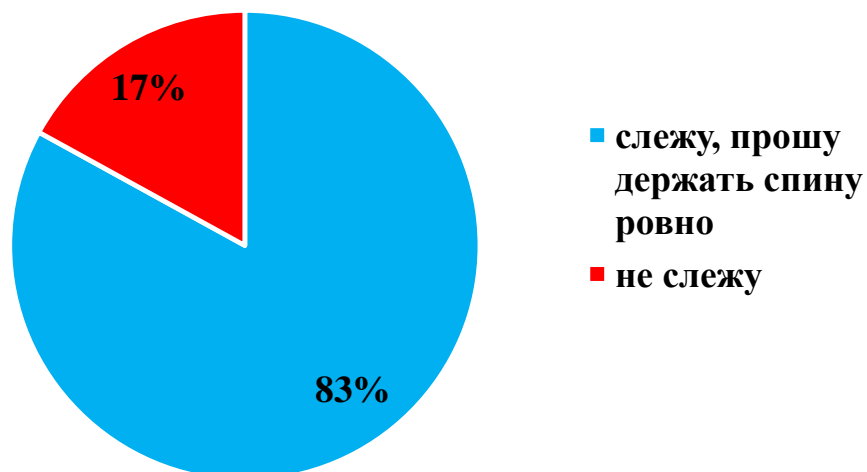


Рис. 16. Слежение за осанкой ребенка во время выполнения уроков, досуга

При выборе рюкзака (Рис. 17) 47% родителей ориентируются на наличие «ортопедической спинки», 17% выбирают большой рюкзак для большей вместимости, а 36% полагаются на мнение ребенка о принте рюкзака.



Рис. 17. Выбор рюкзака для ребенка

Из опроса (Рис. 18) было выяснено, что у 20% родителей дети уже наблюдаются у ортопеда по поводу сколиоза, у оставшихся 80% опрошенных не наблюдаются.

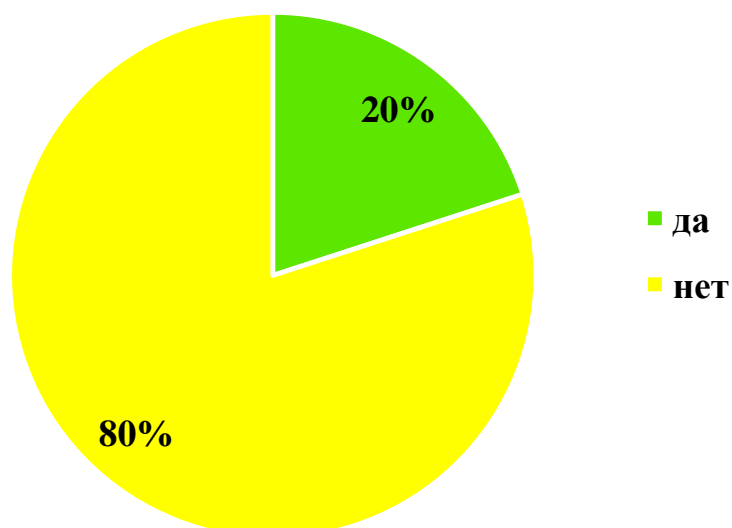


Рис. 18. Наблюдение ребенка у ортопеда по поводу сколиоза

На вопрос: «Были ли в вашей семье случаи заболевания сколиозом?» 43% родителей ответили, что случаи заболевания сколиозом были, у 57% таких случаев не было.

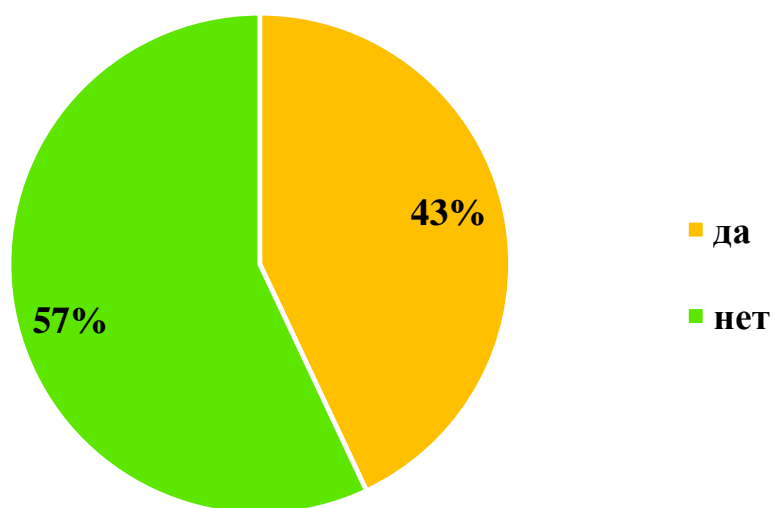


Рис. 19. Случаи заболевания сколиозом в семье

Также выяснилось, что 30% родителей дети жалуются на ощущение боли в спине (Рис. 20), 70% родителей таких жалоб не получают.

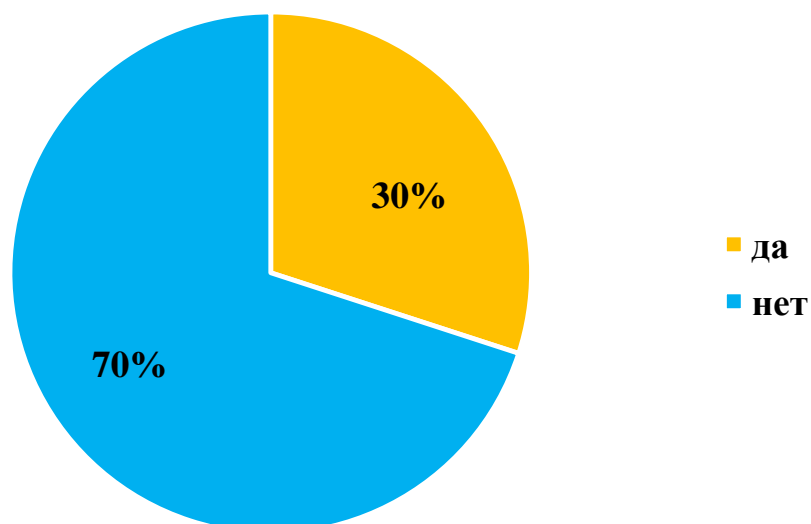


Рис. 20. Жалобы ребенка на боли в спине

Исследование показало, что 43% заметили, что у их детей одно плечо стоит выше другого, 57% такого за своими детьми не замечали.

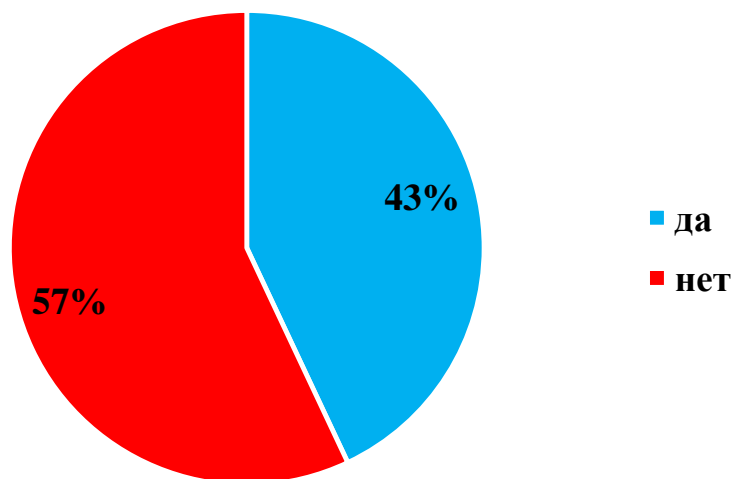


Рис. 21. Стояние у ребенка одного плеча выше другого

У 7% опрошенных ответили, что их дети в детстве болели рахитом, что повышает риск развития сколиотической осанки, 93% на этот вопрос ответили отрицательно.

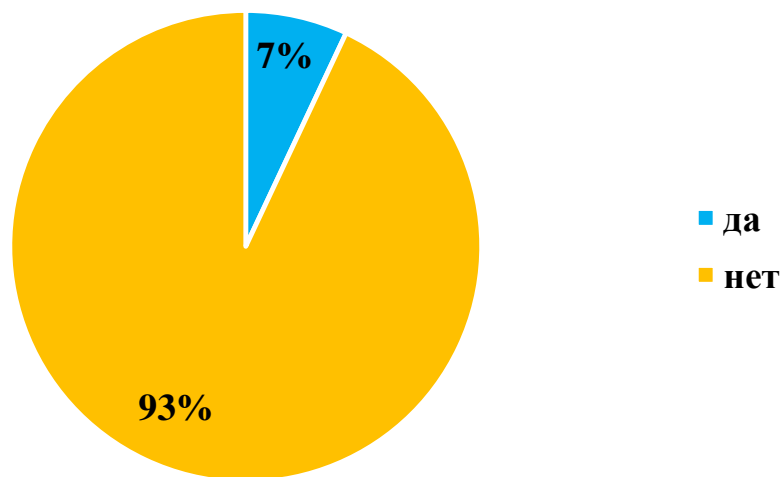


Рис. 22. Заболевание ребенка рахитом

Из опроса также выяснилось, что 70% дают ребенку витамины для укрепления организма, 30% – нет.

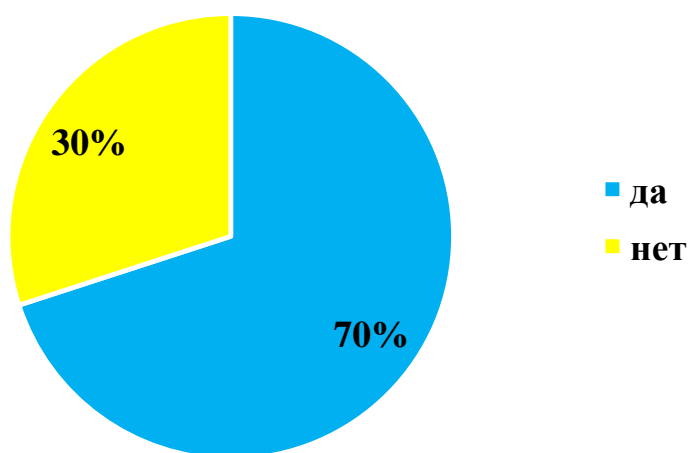


Рис. 23. Витамины для ребенка

Из причин, которые, по мнению респондентов, негативно влияют на осанку ребенка, 90% выбрали низкую двигательную активность, 3% – плохое питание и 7% выбрали чрезмерную двигательную активность.

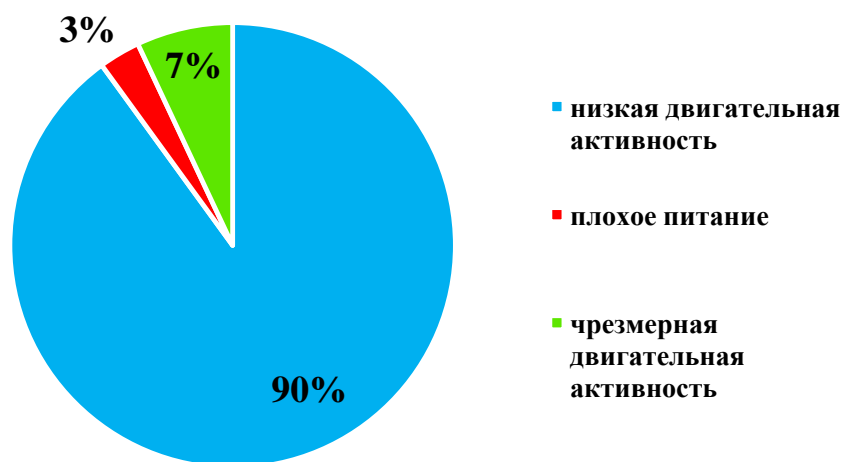


Рис. 24. Мнение о факторе ухудшения осанки

Исходя из результатов анкетирования учеников, мы пришли к выводам:

1. Что 60% опрошенных составляет женский пол.
2. С учетом того, что опрос проводился среди учеников 6 класса, возраст респондентов на 57% составляют ученики 13-15 лет, 43% составляют ученики 9-12 лет, входящие, судя по статистическим данным, в зону риска заболевания. 63% учеников не были ознакомлены с принципами профилактики сколиоза посредством беседы с медицинской сестрой.
3. При выполнении уроков 50% учеников не замечают, как сидят, а 30% сидят немного ссутулившись.
4. 57% учеников носят портфель, надев обе лямки, 37% носят портфель/сумку, надев только одну лямку, что способствует риску развития ухудшения осанки, приводя к остеохондрозу и искривлению за счет того, что одно плечо постоянно находится выше другого.
5. На вопрос о занятии спортом 47% учеников ответило, что занимается только на уроках физкультуры, и лишь 7% - что выполняют утреннюю зарядку.
6. 53% учащихся пропускают приемы пищи за счет нехватки времени, что приводит к тому, что организм недополучает витаминов и минералов, необходимых для правильного роста и развития детского позвоночника.

7. Исследование показало, что 76% учеников лечатся только при возникновении заболевания.

8. 37% учащихся не видит разницы в том, на чем спать.

9. Носят тяжелые рюкзаки 53% учеников, что негативно влияет на позвоночник.

10. Из опроса выяснено, что с 73% учеников физкультминутки во время уроков не проводят. Во время длительного сидения за партой спина ребенка может сильно «уставать» от постоянного пребывания в вертикальном положении. из-за чего ребенок начинает сутулиться. Проведение физкультминутки поможет разгрузить мышцы спины.

11. 57% учащихся, находясь в вертикальном положении, предпочитает делать опору лишь на одну ногу, что является риском развития искривления из-за неправильного расположения тела в ходе постоянно повторяющейся деятельности.

12. Опрос родителей показал, что 60% опрошенных не приучают своих детей к зарядке своим примером.

13. 83% родителей следят за осанкой своего ребенка во время выполнения уроков, досуга.

14. 47% респондентов выбирает детям рюкзак по принципу наличия «ортопедической спинки».

15. Опрос показал, что у 80% родители дети не наблюдаются у ортопеда по поводу сколиоза.

16. У 57% опрошенных не наблюдалось случаев заболевания сколиозом в семье.

17. 70% родителей не получают жалоб от своих детей на боли в спине.

18. Стояние у ребенка одного плеча выше другого не отмечали 57% респондентов.

19. У 93% родителей не было случаев заболевания детей рахитом.

20. Дают витамины ребенку 70% опрошенных.

21. Из причин, негативно влияющих на осанку, 90% опрошенных выбрали низкую двигательную активность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поставленная в работе цель достигнута, рассмотрены особенности деятельности медицинской сестры в профилактике сколиоза в условиях учебного учреждения.

Гипотеза данного исследования подтверждена: знание и профессионализм медицинских сестер в особенностях этиологии и патогенеза, а также использование этих знаний и умений в профилактике сколиоза позволяет предупредить развитие тяжелых форм заболевания у учащихся.

И выявлено, что правильное информирование учащихся и их родителей о методах профилактической деятельности может обеспечить как можно меньшее количество случаев заболевания приобретенным сколиозом. Основным методом донесения информации от медицинской сестры учебного учреждения является проведение профилактических бесед с применением графических методов в виде буклетов, памяток и плакатов об основной симптоматике и профилактике сколиоза, правилах положения тела при сидении за партой. Также медицинская сестра должна информировать учителей или руководство школы о неправильной подборке мебели для детей, при наличии таковой.

Установление контакта с детьми и их родителями обеспечивает нормальный психологический фон и лучшую «усвояемость» информации.

В результате исследовательской деятельности были выполнены все задачи:

1. Проведен анализ научной медицинской литературы по проблеме сколиоза. Изучив большое количество необходимой литературы, можно сделать вывод, что знание этиологии и факторов риска, способствующих развитию сколиоза, а также профилактика позволит предупредить развитие тяжелых форм заболевания.
2. Проведен анализ эффективности деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений учащихся в рамках такого

заболевания, как сколиоз в условиях учебного учреждения. По результатам проведенного анализа выявлено, что наибольшему риску развития заболевания подвержены учащиеся в возрасте от 7 до 14 лет.

3. Разработаны рекомендации по повышению эффективности деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений учащихся в рамках такого заболевания, как сколиоз в условиях учебного учреждения в виде буклета и методического указания.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

1. Обращать на профилактику для детей возрастом 0-14 лет повышенное внимание.

2. Проведение групповых бесед с учениками о методах профилактики сколиоза и то, что легче предупредить заболевание до возникновения, чем лечить его, использовать графические методы донесения информации в виде буклетов, плакатов, памяток.

3. Объяснить родителям и учителям принципы правильного положения тела ребенка во время сидения за партой: спина ровно, ноги согнуты в коленях, стопы стоят на полу, а не болтаются, расстояние от глаз до поверхности парты не меньше 30см; и призвать их следить за осанкой ребенка.

4. Объяснить детям о рисках, к которым приводит ношение сумки/рюкзака на одном плече.

5. Одной из причин искривления позвоночника является слабость мышечного корсета спины, что происходит вследствие низкой физической активности и отсутствии занятий физической культурой. Для организма ребенка крайне важна физическая активность, т.к. идет его активный рост и развитие. Крайне важно донести эту информацию, как до детей, так и для родителей. Также возможна пропаганда возвращения в школы утренней зарядки, проводимой перед уроками.

6. Посоветовать родителям принципы рационального питания молодого организма ребенка, требующего витаминов и минералов для правильного развития костно-мышечной системы.

7. Посоветовать для сна жесткий матрас, т.к. мягкий матрас неблагоприятно влияет на осанку, а жесткий является профилактикой ее нарушения.

8. Посоветовать для профилактики искривлений выбор рюкзака с «ортопедической спинкой», т.к. спинка у них жесткая и это позволяет избежать деформации от веса учебников и других принадлежностей,

жесткая спинка обеспечивает правильную осанку ребенка при ношении рюкзака. Также рюкзак должен иметь широкие, регулирующиеся лямки для правильного распределения веса и адаптации под изменение роста ребенка.

9. Обратить внимание родителей на то, что при возникновении видимых симптомов сколиоза или жалоб ребенка на боли в спине следует обратиться к ортопеду в поликлинику по месту жительства.

10. Информировать руководство школы о выборе неправильной мебели для учащихся при наличии таковой.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков, М.В. Ортопедия и травматология детского возраста [Текст] // Волков М.В., Тер. Егiazаров Г.М. - М.: Медицина, 2014. – С. 156.
2. Кириллов, А.И. Сколиоз. Эффективное лечение и профилактика [Текст] // Кириллов А.И. М.: Медицина, 2016. – С. 256.
3. Красикова, И.С. Сколиоз: профилактика и лечение [Текст] // Красикова И.С. – Корона Принт, 2016 г. – С. 192.
4. Кригхофф, Р. Ортопедия [Текст] // Пер. с немец. М.: Медицина, 2015, С. 230., ил Krieghoff R. Spezielle Pathologie und Ortopadietechische Versorgung. Veb Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 2015.
5. Меженина, Е. П., Травматология и ортопедия [Текст] // Меженина Е. П., Залозный Ю. Г. – 2-е изд., дораб. и доп. – К. : Вища шк. Головное изд-во, 2013. – С. 280.
6. Петровский, Б.В. Медицинская энциклопедия [Текст] // Петровский Б.В. – Ростов н/Д: изд-во «Феникс». 2016 – С. 320.: ил. ISBN 5-222-01200-X
7. Попов С. Н., Лечебная физическая культура [Текст]: учебник для студ. высш. учеб. заведений / [С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева и др.] ; под ред. С. Н. Попова, - 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – С. 416.
8. Ратнер, А.Ю. О неврологических аспектах проблемы сколиоза у детей [Текст] // Ратнер, А.Ю., Приступлюк, О.В. Ортопедия, травматология. №11. – 2014. – С. 210.
9. Савко, Л.М. Правильная осанка. Как спасти ребенка от сколиоза [Текст] // Савко Л.М. – изд-во: «Питер СПб». 2015 – С. 144.: ил. ISBN 9785459005561.
10. Фонарев, М.И. Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте [Текст] // Фонарев М.И. - М.: Медицина, 2015. – С. 195.

11. Шаповалова В. М., Травматология и ортопедия [Текст] // : Учебник /Под ред. проф. В. М. Шаповалова, проф. А. Н. Ерохова. – СПб. ООО «Издательство Фолиант», 2014 – С. 544 : ил. 5-93929-103-1.
12. Качаровская, Е.В. Сестринское дело в педиатрии [Электронный ресурс]: руководство / Качаровская Е.В., Лютикова О.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 128. - ISBN 978-5-9704-2521-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425213.html>.
13. Котельников, Г.П. Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]: учебник / Котельников Г.П., Миронов С.П., Мирошниченко В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 400. - ISBN 978-5-9704-1376-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970413760.html>
14. Кузнечихин, Е.П. Деформации позвоночника у детей [Электронный ресурс] / Е.П. Кузнечихин, В.М. Крестьяшин, Д.Ю. Выборнов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 350. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0058.html>
15. Сампиев, М.Т. Сколиоз [Электронный ресурс] / М.Т. Сампиев, А.А. Лака, Н.В. Загородний. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 144. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-0893-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408933.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета №1. «Выявление причин развития сколиоза у детей»

Здравствуйте! Прошу вас принять участие в исследовании. Ответьте, пожалуйста, на ряд несложных вопросов, поставьте галочку или обведите вариант ответа, соответствующий вашему мнению.

1. Укажите ваш пол: А) женский; Б) мужской.
2. Укажите ваш возраст: А) 0 – 8 лет; Б) 9 – 12 лет; В) 13 – 15 лет; Г) 16 – 18 лет.
3. Проводили ли с вами беседу по профилактике сколиоза медицинская сестра? А) да; Б) нет.
4. Как вы сидите за партой во время уроков/их выполнения?
 А) предпочитаю сидеть, держа спину ровно;
 Б) сижу немного сутулившись;
 В) сижу, облокотившись на одну сторону;
 Г) не замечаю, как я сижу.
5. Как вы предпочитаете носить портфель/сумку?
 А) ношу портфель, надев обе ляжки на плечи;
 Б) ношу портфель, надев только одну ляжку на плечо;
 В) ношу рюкзак очень низко, на уровне талии;
 Г) ношу портфель/сумку на одном плече, но периодически меняю руки.
6. Занимаетесь ли вы спортом? А) регулярно выполняю утреннюю зарядку;
 Б) занимаюсь только на уроках физической культуры;
 В) занимаюсь отдельным видом спорта в секции; Г) не занимаюсь.
7. Как вы питаетесь? А) питаюсь хорошо; Б) пропускаю некоторые приемы пищи из-за нехватки времени;
 В) питаюсь обогащенной витаминами пищей;
 Г) редко употребляю витамины в пищу.
8. Как вы относитесь к своему здоровью?
 А) постоянно слежу за ним;
 Б) лечусь только при возникновении болезни;
 В) провожу профилактику болезней;
 Г) не слежу за здоровьем.
9. Как вы предпочитаете спать? А) на мягком матрасе; Б) на жестком матрасе; В) все равно, на чем спать.
10. Поднимаете ли вы тяжести? А) да, очень часто; Б) редко, только портфель; В) не поднимаю.
11. Проводят ли с вами во время уроков физкультминутки? А) да; Б) нет.
12. Стоя прямо, на какую ногу вы опираетесь? А) на обе;
 Б) преимущественно на одну.

Спасибо за участие!

Анкета №2.

«Выявление причин развития сколиоза у детей» (для родителей)

Здравствуйте! Прошу вас принять участие в исследовании. Ответьте, пожалуйста, на ряд несложных вопросов, поставьте галочку или обведите вариант ответа, соответствующий вашему мнению.

1. Приучаете ли вы ребенка к утренней зарядке своим примером?
 - А) да;
 - Б) нет;
 - В) некогда.
2. Следите ли вы за осанкой ребенка во время выполнения уроков, досуга?
 - А) слежу, прошу держать спину ровно;
 - Б) не слежу.
3. При выборе рюкзака для ребенка, прежде всего, вы учитываете:
 - А) наличие «ортопедической спинки»;
 - Б) большой рюкзак, для большей вместимости;
 - В) нравится ли ребенку принт рюкзака.
4. Наблюдается ли ваш ребенок у ортопеда по поводу сколиоза?
 - А) да;
 - Б) нет.
5. Были ли в вашей семье случаи заболевания сколиозом?
 - А) да;
 - Б) нет.
6. Жалуется ли ваш ребенок на боли в спине?
 - А) да;
 - Б) нет.
7. Замечали ли вы, что у вашего ребенка одно плечо стоит ниже другого?
 - А) да;
 - Б) нет.
8. Болел ли ваш ребенок в детстве рахитом?
 - А) да;
 - Б) нет.
9. Даете ли вы ребенку витамины?
 - А) да;
 - Б) нет.
10. Что, по вашему мнению, способствует ухудшению осанки?
 - А) низкая двигательная активность;
 - Б) плохое питание;
 - В) чрезмерная двигательная активность.

Спасибо за участие!

***Методические рекомендации по
профилактическим мероприятиям
сколиоза у учащихся
для медицинской сестры***

**в рамках дипломной работы студентки
очной формы обучения
Специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Братенёвой Екатерины Сергеевны**

Научный руководитель
Преподаватель Еремеева Е. М.

БЕЛГОРОД 2019

Роль медицинской сестры в профилактике сколиоза

Медицинская сестра является посредником между пациентом и доктором, именно она имеет больший контакт с пациентом, поэтому ее роль в профилактике сколиоза крайне важна.



Для эффективной работы медицинская сестра должна быть ознакомлена с основными понятиями заболевания, такими как: этиология, патогенез, симптоматика.



Нахождение взаимопонимания с маленьким пациентом и его родителями является первостепенной задачей медицинской сестры, ведь без доверия и нормального эмоционального фона результаты лечения могут быть неэффективны.

Также медицинская сестра должна быть ознакомлена с принципами профилактики, лечения и ухода за пациентами при сколиозе, и ознакомить с ними пациентов и их родителей.

Медсестра выявляет основные проблемы пациента, выбирает наиболее приоритетные, формирует сестринский диагноз.



Она оказывает помощь пациенту в подготовке к различным исследованиям (КТ, МРТ и т.д).

Медсестра должна находить подход к каждому маленькому пациенту, т.к. не всегда удастся заставить ребенка делать что-либо. Не допускается раздраженного тона в общении с ребенком, т.к. это подрывает его доверие. Также не следует употреблять отрицательной лексики «не трогай!», «не делай так!», «не двигайся!». Лучшим методом привлечения ребенка будет переход к игровой форме.

Важной особенностью деятельности медицинской сестры является профилактика сколиоза учащихся в условиях учебного учреждения, а также проведение тренингов с учащимися и их родителями по профилактическим мероприятиям. Большинство случаев заболевания приобретенным сколиозом приходится на период поступления ребенка в школу, т.к. на позвоночник идет большая нагрузка из-за ношения тяжелого рюкзака и долгого сидения за партой. За прошедшие пять лет заболеваемость сколиозом среди детей значительно выросла, поэтому большое внимание следует уделять профилактике, раннему выявлению и лечению начальных стадий сколиотической осанки.

Рекомендации для медицинских сестер

1. Обращать на профилактику для детей возрастом 0-14 лет повышенное внимание.
2. Проведение групповых бесед с учениками о методах профилактики сколиоза и то, что легче предупредить заболевание до возникновения, чем

лечить его, использовать графические методы донесения информации в виде буклетов, плакатов, памяток.

3. Объяснить родителям и учителям принципы правильного положения тела ребенка во время сидения за партой: спина ровно, ноги согнуты в коленях, стопы стоят на полу, а не болтаются, расстояние от глаз до поверхности парты не меньше 30см; и призвать их следить за осанкой ребенка.

4. Объяснить детям о рисках, к которым приводит ношение сумки/рюкзака на одном плече.

5. Одной из причин искривления позвоночника является слабость мышечного корсета спины, что происходит вследствие низкой физической активности и отсутствия занятий физической культурой. Для организма ребенка крайне важна физическая активность, т.к. идет его активный рост и развитие. Крайне важно донести эту информацию, как до детей, так и для родителей. Также возможна пропаганда возвращения в школы утренней зарядки, проводимой перед уроками.

6. Посоветовать родителям принципы рационального питания молодого организма ребенка, требующего витаминов и минералов для правильного развития костно-мышечной системы.

7. Посоветовать для сна жесткий матрас, т.к. мягкий матрас неблагоприятно влияет на осанку, а жесткий является профилактикой ее нарушения.

8. Посоветовать для профилактики искривлений выбор рюкзака с «ортопедической спинкой», т.к. спинка у них жесткая и это позволяет избежать деформации от веса учебников и других принадлежностей, жесткая спинка обеспечивает правильную осанку ребенка при ношении рюкзака. Также рюкзак должен иметь широкие, регулирующиеся лямки для правильного распределения веса и адаптации под изменение роста ребенка.

9. Обратить внимание родителей на то, что при возникновении видимых симптомов сколиоза или жалоб ребенка на боли в спине следует обратиться к ортопеду в поликлинику по месту жительства.

10. Информировать руководство школы о выборе неправильной мебели для учащихся при наличии таковой.

Профилактические мероприятия

Как и любое заболевание, сколиоз легче предупредить, чем лечить.

Основной метод профилактики сколиоза – упражнения, укрепляющие мышечный корсет спины.



Привлечение родителей к совместной зарядке с детьми может дать большой эффект.

Упражнение №1

Лягте на спину, ноги поднимите над полом на 30° - 40°, выполняйте вертикальные и горизонтальные махи ногами, имитируя работу ножниц, в 4 подхода по 30 сек.



Упражнение №2

В исходной позиции на четвереньках сядьте на пятки и упритесь ладонями в пол. При помощи рук медленно двигайте туловище в одну сторону, затем в другую, задерживаясь в каждой позиции на несколько секунд. 10 движений по 5 в каждую сторону.



Упражнение №3

Встаньте на четвереньки, ноги и руки на ширине плеч, медленно выгибайте спину сначала вверх, как кошка, затем прогибайтесь вниз. Выполните 5 подходов.



Упражнение №4

Для этого упражнения понадобится твердая подушка, положите ее на пол, лягте на нее животом, сцепите руки за спиной в замок и производите подъем туловища, так высоко, как можете, задействовав мышцы поясничного отдела спины, но не перегружайте позвоночник. Выполните 10 подъемов.



Упражнение №5

В исходном положении стоя, свободно выпрямите руки вдоль туловища, сдвиньте лопатки, удерживая их в таком положении 5 секунд, используйте мышцы грудного отдела спины, затем вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.



Упражнение №6

Встаньте на четвереньки, вытяните параллельно полу правую руку вперед и левую ногу назад, держитесь в таком положении 10 секунд, затем поменяйте руку и ногу. Повторите 10 раз.



Упражнение №7

Лягте на спину, согните ноги в коленях, прижмите друг к другу, руки разведите в стороны, перпендикулярно телу, начните поворачивать голову в одну сторону, а сложенные ноги в противоположную, затем поменяйте направления. Выполните 7 раз.



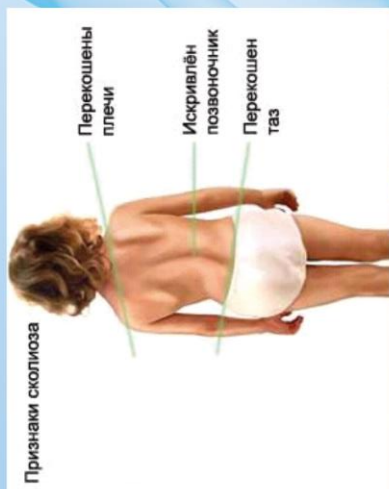
Упражнение №8

Лягте на бок, подложите в область талии мягкий валик или маленькую подушку, согните ногу, расположенную сверху, в колене, нижнюю оставьте в прямом положении. Поднимите верхнюю руку, навесив ее над головой, нижней возьмитесь за шею, оставайтесь в таком положении 10 секунд, затем лягте ровно, расслабьтесь и смените на противоположное направление. Повторите 5 раз.



Данные упражнения для профилактики сколиоза следует выполнять каждый день.

Причины формирования сколиотической осанки



- Последствие рахита, полиомиелита;
- Отсутствие крепкого, хорошо развитого мышечного корсета;
- Хронические заболевания, ослабляющие организм;
- Не соответствующая росту мебель;
- Неравномерное развитие мышц спины, живота, бедер, изменение тяги, определяющей вертикальное положение позвоночника.

Что такое сколиоз и как его предотвратить

Сколиоз – это боковое искривление позвоночника S- или C-образной формы, склонное к прогрессированию с изменением работы внутренних органов.

Сколиоз начинается свое формирование в период детства человека, когда молодой не окрепший позвоночник подвергается определенным нагрузкам, чаще всего, когда ребенок идет в школу: большие рюкзаки, длительное сидение за неудобными партами, на неудобных стульях.

Также на формирование сколиоза влияет качество питания и занятия физической нагрузкой.

Так как же уберечь своего ребенка от косметического дефекта в виде кривой спины и проблем со здоровьем, связанных с ней?

Причины формирования сколиотической осанки

Питание

Костно-мышечная система ребенка не совершенна и постоянно растет и развивается. Для правильного развития ей необходим качественный строительный материал в виде белков, кальция, витаминов. Поэтому для ребенка важно употреблять такие продукты как молоко, творог, мясо, рыбу, овощи в достаточных объемах.



Причины формирования сколиотической осанки

Также для правильного развития детского позвоночника важна адекватная физическая нагрузка. Для профилактики нарушений осанки не стоит практиковать раннее выставление малыша на ножки и усаживание девочек ранее 6 месяцев.

Для детей школьного возраста важно развитие крепкого мышечного корсета спины, способствующего предотвращению как нарушений осанки, так и травм, и достигаемого путем физических упражнений.



Начать стоит с утренней зарядки. Гораздо эффективнее будет, если вы покажете ребенку собственный пример.

Выбор школьных принадлежностей

Сейчас даже с первого класса дети начинают таскать в школу огромные тяжелые рюкзаки, чем только не нагруженные. Важно помочь ребенку с выбором правильного рюкзака, который не будет калечить его спину. Отличным рюкзаком для школьника считается рюкзак с «ортопедической спинкой».



Также важно выбрать ребенку удобную обувь с супинаторами, для предотвращения плоскостопия, ведущего к нарушениям осанки.

Приобретение регулируемой под рост ребенка мебели для выполнения домашних заданий (парты, стула) также снизит риск развития сколиоза.

«Профилактика сколиоза»



Берегите платье снову, а позвоночник смолоду!