**Реферат на тему: Лечебная физкультура при остеохондрозе**

**Содержание:**

1. [Введение](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%92%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5)
2. [Остеохондроз](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7)
3. [Теории развития остеохондроза](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%A2%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B8%20%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F%20%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0)
4. [Патогенез остеохондроза позвоночника](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7%20%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0%20%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0)
5. [Виды и стадии остеохондроза](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%92%D0%B8%D0%B4%D1%8B%20%D0%B8%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%B8%20%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B0)
6. [Формы физических упражнений](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D1%8B%20%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85%20%D1%83%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B9)
7. [Заключение](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5)
8. [Список литературы](https://www.evkova.org/referat-na-temu-lechebnaya-fizkultura-pri-osteohondroze#%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA%20%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D1%8B)

**Введение**

Защита собственного здоровья - прямая обязанность каждого; он не имеет права передавать это другим. Ведь часто бывает, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией, перееданием к 20-30 годам доводит себя до катастрофического состояния и только потом вспоминает о медицине.

Каким бы совершенным ни было лекарство, оно не может избавить всех от всех болезней. Человек - творец своего здоровья, за которое нужно бороться. С ранних лет необходимо вести активный образ жизни, закаляться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены, одним словом, разумными способами добиваться подлинной гармонии здоровья.

Здоровье - первая и самая важная потребность человека, которая определяет его работоспособность и обеспечивает гармоничное развитие личности. Это важнейшая предпосылка познания окружающего мира, самоутверждения и человеческого счастья. Активная долгая жизнь - важная составляющая человеческого фактора.

Актуальность нашей темы заключается в том, что люди во все времена страдали заболеваниями позвоночника. Об этом свидетельствуют древние рукописи, рисунки, старинные захоронения. В современном обществе эти заболевания, в том числе остеохондроз, распространены до такой степени, что, по-видимому, ими рано или поздно страдает практически каждый человек.

**Остеохондроз**

Остеохондроз (от греч. Puffen - кость и chndspt - хрящ) - комплекс дистрофических нарушений суставного хряща.

Остеохондроз представляет собой заболевание хрящевых поверхностей костей опорно-двигательного аппарат, в основном позвоночник (а также тазобедренные и коленные суставы).

Чтобы понять суть этого заболевания, необходимо хотя бы в общих чертах разбираться в строении позвоночника. Позвонки соединены между собой связками и межпозвоночными дисками. Отверстия в позвонках образуют канал, в котором находится спинной мозг; его корни, содержащие чувствительные нервные волокна, проходят между каждой парой позвонков. При сгибании позвоночника на стороне ската межпозвоночные диски несколько уплотняются, а их ядра смещаются в противоположную сторону. Проще говоря, межпозвоночные диски - это амортизаторы, которые смягчают нагрузку на позвоночник при нагрузке. Массовая заболеваемость связана в первую очередь с вертикальным положением человека, при котором нагрузка на позвоночник и межпозвонковые диски намного выше, чем у животных. Если не научиться сидеть, стоять, ложиться, то диск потеряет способность выполнять свою функцию (амортизация) и через некоторое время внешняя оболочка диска потрескается, и образуются грыжевые выпячивания. Они сдавливают кровеносные сосуды (что приводит к нарушению спинномозговой циркуляции) или корешки спинного мозга, а в редких случаях и сам спинной мозг. Эти изменения сопровождаются болезненными ощущениями и рефлекторным напряжением мышц спины.

Причины изменений межпозвонковых дисков до конца не изучены. Чаще всего люди начинают ощущать проявления остеохондроза после 35 лет. Развитию и обострению этого недуга способствуют различные травмы спины, статические и динамические перегрузки, а также вибрация. Чем старше человек, тем больше у него проявлений. Но в последние годы все больше и больше людей в возрасте от 18 до 30 лет жалуются на боли в спине. Причин раннего проявления болезни много: плохая физическая подготовка, неправильная осанка и искривление позвоночника, плоскостопие и лишний вес. **Итак, выделим основные причины:**

* наследственная (генетическая) предрасположенность;
* нарушение обмена веществ в организме, инфекции, интоксикации;
* лишний вес, неправильное питание (недостаток микроэлементов и жидкости);
* возрастные изменения;
* травмы позвоночника (ушибы, переломы);
* нарушение осанки, искривление позвоночника, гипермобильность (нестабильность) сегментов позвоночного столба, плоскостопие;
* неблагоприятные условия окружающей среды;
* сидячий образ жизни;
* работа, связанная с поднятием тяжестей, частой сменой положения тела (повороты, сгибание и разгибание, рывковые движения);
* длительное нахождение в неудобных позах в положении стоя, сидя, лежа, при подъеме и переносе тяжестей, при выполнении другой работы, при которой увеличивается давление в дисках и нагрузка на позвоночник в целом;
* чрезмерная физическая активность, неравномерно развита опорно-двигательного аппарата;
* перегрузка позвоночника, связанная с заболеваниями стопы, а также в результате ношения неудобной обуви, высоких каблуков и беременности у женщин;
* резкое прекращение регулярных тренировок профессиональными спортсменами;
* нервное перенапряжение, стрессовые ситуации, курение.

**Теории развития остеохондроза**

Остеохондроз - это наиболее частый диагноз, который неврологи ставят пациентам с болью и дискомфортом в позвоночнике.

Согласно американской статистике, распространенность синдрома хронической боли в позвоночнике составляет 26-32% на 1000 взрослого населения США. В то же время, патология опорно - двигательного аппарата и нервной системы, известной в постсоветском пространстве под термином остеохондроз, занимает пятое среди всех причин госпитализации.

В России заболевания периферической нервной системы, связанные с остеохондрозом, составляют 50% от общей заболеваемости населения. На их долю приходится более 76% дней нетрудоспособности и высокий процент нетрудоспособности.

Более 50% пациентов с признаками остеохондроза позвоночника имеют симптомы хронического эмоционального напряжения на фоне стойкого болевого синдрома.

Клинические проявления остеохондроза очень разнообразны и зависят от локализации поражения.

Возможно развитие неврологических, вегетативных, висцеральных, статических нарушений, сопровождающихся локальным болевым синдромом и специфической (хотя и не всегда!) Рентгенологической картиной дистрофически-фиброзных изменений межпозвонкового диска и позвоночных суставов.

Существуют различные теории, объясняющие механизм развития остеохондроза и сопутствующей патологии.

Долгое время среди неврологов и нейрохирургов единственным субстратом заболевания считалось сдавление содержимого позвоночного канала (в том числе корешков и спинного мозга) протрузиями или грыжевыми протрузиями. Позже эти представления были пересмотрены в пользу рефлекторных мышечно-тонических и сосудистых причин сдавливания нервных образований на фоне болевых импульсов от смещенных межпозвонковых суставов и травмированного межпозвонкового диска.

Тем не менее причины развития остеохондроза остаются предметом научных дискуссий.

Наиболее интересные теории развития этого заболевания: гормональные, инфекционные, сосудистые, функциональные, механические, наследственные.

Сторонники гормональной теории считают, что дистрофические изменения межпозвонковых дисков, которые являются основным звеном поражения при остеохондрозе позвоночника, появляются на фоне гормонального дисбаланса в организме. Согласно этим взглядам, период быстрого роста во время гормонального ювенильного бума, менопаузы, гормональных нарушений, вызванных приемом стероидных препаратов и многих других факторов, являются потенциальными источниками начала деструктивной дегенерации дисков.

Согласно сосудистой теории, межпозвонковые диски дистрофически изменяются на фоне нарушения сегментарного кровотока позвоночника. Если по какой-то причине артерия, питающая диск, перестает функционировать, биохимические процессы в ней замедляются, он теряет жидкость и способность к самовосстановлению. Происходит упрощение и уплотнение фиброзного кольца диска, развивается состояние, называемое протрузией, которое служит переходной стадией к грыже.

Создатели инфекционной теории утверждают, что инфекционные поражения могут приводить к нарушению процессов питания диска за счет локальной диффузии межклеточной жидкости через хрящевые (диск - хрящевые) пластинки. Нарушение трофики диска приводит к его повреждению и деструктивным изменениям, развивается остеохондроз позвоночника.

Последователи механической теории придерживаются взглядов на ведущую роль механического воздействия на позвоночник в виде регулярных перегрузок или травм, приводящих к нарушению целостности фиброзного кольца диска и развитию в нем дистрофических изменений.

Функциональная теория развития остеохондроза, уделяет большое внимание к нарушениям в работе костно - мышечной системы организма, что приводит к перегрузке отдельных сегментов позвоночника. Повышенная нагрузка предъявляет слишком высокие требования к системе внутренней саморегуляции диска, в какой-то момент адаптивные возможности исчерпываются, диск начинает дегенерировать и патологически изменяться.

Доктора, поддерживающие наследственную теорию, указывают на важность участия наследственных факторов неполноценности хрящевых дисков в возникновении остеохондроза.

Теория сдавления твердой мозговой оболочки и нарушения регидратации (восстановления жидкости) межпозвонковых дисков получила широкое распространение среди остеопатов. Известно, что в течение дня межпозвонковый диск обезвоживается из-за того, что под действием гравитационной нагрузки на позвоночник повышается внутридисковое давление, ухудшаются связки и фасции, через которые проходят сосудистые пучки, обменные процессы в диске. Ночью, при отсутствии гравитационного воздействия, водность диска восстанавливается, а к утру восстанавливаются его биомеханические возможности. Механизм ночного восстановления жидкостных характеристик диска требует полного прохождения фаз глубокого (медленного) и быстрого сна, способствуя достижению значительного расслабления мышц. Если есть ограничения на уровне твердой мозговой оболочки, выстилающей полость позвоночного канала - натяжение, спайки или фибротизация, нормальный процесс мышечно-связочного расслабления, восстановление биохимических и жидкостных характеристик диска будет нарушен. Ночная межпозвоночная декомпрессия и регидратация будут протекать медленно, что может привести к дистрофическим изменениям дисков и развитию остеохондроза позвоночника.

Таким образом, существует множество теорий, каждая из которых имеет своих ярых сторонников и противников.

Весьма вероятно, что остеохондроз - это многофакторное заболевание, и многие из перечисленных причин участвуют в его формировании. Развитие дистрофических изменений - это процесс хрупкого равновесия, когда на одной чаше весов лежат негативные внутренние и внешние воздействия, а на другой - возможности системы компенсации и саморегуляции организма.

**Учитывая, что современный человек ежедневно подвергается патологическим стрессам в виде:**

* чрезмерное осевое давление на позвоночник (при ходьбе в нерациональной обуви, плоскостопии, лишнем весе),
* вибрации (при поездке на машине, в метро),
* длительное пребывание в вынужденном положении (работа в офисе),
* поднятие тяжестей,
* прочие профессиональные вредности - состояние остеохондроза становится не просто болезнью, а постоянным спутником многих людей.

**Патогенез остеохондроза позвоночника**

**Этапы:**

* Хондроз - это процесс, связанный только с диском.
* Остеохондроз - это процесс в диске и в кости.

Мукополисахариды (хондриатинсульфаты) очень чувствительны к стрессу, при котором они распадаются на более мелкие молекулы - увеличенный RONK - связывают H2O - становятся менее устойчивыми к стрессу, что приводит к восстановлению структуры белка. Переохлаждение приводит к рефлекторной вазодиметрии - набуханию mcp сахаридов ядра + внутридисковое P (ядро) - боли! Постоянная травма диска приводит к его растрескиванию; пульпозное ядро ​​некротизировано (нарушено его диффузное трансдисковое питание). При этом увеличивается нагрузка на фиброзное кольцо - оно расшатывается, трескается, начинается компенсаторная реакция со стороны прилегающих тел позвонков - субхондральный склероз замыкательных пластинок (упора на поврежденный диск). Это переход хондроза в остеохондроз. На протяжении всего длительного периода заболевания остеохондрозом характерные его изменения: трещины фиброзного кольца, движение пульпозного вещества, фибротизация - все время прогрессивно нарастают. Клинические проявления следуют собственному циклу обострений и ремиссий, появления и исчезновения синдромов. Это длительное заболевание - остеохондроз можно разделить на 4 периода (по А.И. Осне).

**Периоды:**

Первый период - это внутридисковое движение пульпарного вещества.

* Морфологический субстрат. Межпозвоночный диск снаружи цел, только отдельные трещины в фиброзном кольце диска. Трещина достигает нервных окончаний диска, расположенных на периферии фиброзного кольца.
* Клинические синдромы связаны с раздражением нервных окончаний в периферических слоях фиброзного кольца. Их объединяет Я. Ю. Попелянского (1961) под названием рефлекс.

**Эти синдромы бывают трех типов:**

* местная боль, то есть боль в позвоночнике (люмбалгия, люмбаго, тораколгия и люмбаго грудной клетки, цервикалгия и шейный люмбаго). Эти боли обычно сопровождаются ограниченной подвижностью. Они бывают подострыми или хроническими и тесно связаны с физическими упражнениями.
* боль отраженного характера имеет вегетативный оттенок, отличается нечеткостью локализации и часто ощущается пациентом не в том месте, откуда пришел импульс, а в других областях в пределах своего нейролира. В основном боль распространяется на ранние больные места. Болевые синдромы развиваются в верхних конечностях, в органах грудной клетки. Известно, что 21% всех сердечных болей является результатом остеохондроза (И.Б. Гордон, 1966).

**Вторую группу составляют рефлекторные:**

* ангиоспастические рефлексы, развивающиеся преимущественно в бассейне позвоночных артерий;
* миотонические рефлексы;
* трофические рефлексы - синдром периартроза (плече-лопаточный, шиловидный).

Диагностика синдромов начального периода остеохондроза представляет безусловные трудности и часто приводит к ошибкам. Только местные болевые синдромы легко связаны с остеохондрозом. Что касается синдромов отраженной боли, то их чаще всего ошибочно рассматривают либо как заболевания органов, в которых отражается боль, либо врачи относят их к функциональным нарушениям. Рефлекторные процессы (ангиоспастические, миотонические, трофические) также сложно диагностировать.

Лечение синдромов начального периода может осуществляться консервативными методами: иммобилизация и разгрузка пораженного диска тракцией, обезболивающие новокаиновые блокады, лечебная физкультура, массаж, отвлекающая физиотерапия (диадинамические токи, эритемная доза кварца, иглоукалывание), минеральная ванны (родон, сероводород).

Второй период - нестабильность позвоночного сегмента.

Морфологический субстрат. Количество трещин в фиброзном кольце диска значительно увеличивается, они прорезают это кольцо, что нарушает фиксацию между телами позвонков. При этом диск снаружи получается целым. Это своего рода компенсация межпозвонковой устойчивости.

Клинические синдромы носят ортопедический характер. Это патологическая подвижность между позвонками в переднем виде. заднее или боковое смещение позвонка. Часто эта патологическая подвижность компенсируется напряжением мышц и выявляется при помощи особых экстремальных движений сгибания и разгибания. Патологическая подвижность видна на R-изображениях в виде переднего или заднего скольжения в пределах еще не разорванного диска, то есть переднего или заднего псевдолистеза.

Диагностика этого периода основана на спондилографии, желательно функциональной, то есть проводится в сгибании, разгибании. Такая спондилография выявляет листезы подвывиха позвонков.

Лечение периода нестабильности заключается в стабилизационных мероприятиях. Консервативный эффект сводится к ношению ватно-марлевого воротника, корсета и лечебной физкультуры для укрепления мышц позвоночника. Стабилизация развивается спонтанно только при прорастании трещин в фиброзном кольце соединительной ткани. Этот процесс очень медленный. Поэтому консервативный метод лечения не всегда устраивает пациентов и прибегают к хирургическому лечению. Операция слияния более эффективна.

Третий период - полный разрыв диска.

Морфологический субстрат - грыжа диска или хрящевые разрастания. Если они направлены назад, к позвоночному каналу или межпозвоночному отверстию, они вступают в конфликт с нервными и сосудистыми структурами (диско-радикулярные, дискомедуллярные или дисково-сосудистые конфликты), компрессия этих структур происходит при очень ярких неврологических компрессионных синдромах. корешков спинномозгового нерва или синдромы миелопатии. Сдавление корешка выражается очаговыми нарушениями в зоне иннервации: слабостью, атрофией и потерей рефлексов.

Диагноз в этот период ставится на основании неврологического обследования. Недостаточно четкие данные этого обследования, особенно при необходимости хирургического лечения, требуют рентгенологического подтверждения и уточнения неврологических данных. Это достигается с помощью обзорных рентгенограмм, пневмомиелографии.

Лечение компрессионных синдромов состоит в первую очередь из консервативного воздействия: ортопедического, обезболивающего, десенсибилизирующего. Значительная роль отводится лечебной физкультуре, физиотерапии, санаторно-курортному лечению. Способность грыжи рассасываться дает основания надеяться на устранение сдавления. При неэффективности консервативного лечения (в течение двух месяцев) примерно у пяти процентов пациентов проводится хирургическое лечение - удаление грыжи межпозвоночного диска.

Четвертый период - дистрофическое поражение других элементов межпозвонкового сустава. Нет сомнений в том, что сегмент движения позвоночника следует рассматривать как единое целое, где все его звенья взаимодействуют и действуют согласованно. Следовательно, межпозвоночный диск - важнейшее и самое крупное звено, находящееся во взаимосвязи и взаимовлиянии с межпозвоночными суставами, связочным аппаратом, межпозвоночными мышцами. Трудно предположить, что разрушение, происходящее в межпозвоночном диске при тяжелом остеохондрозе, не сопровождалось бы дисфункцией, следовательно, не привело бы к дегенеративным процессам в других звеньях межпозвонкового сустава. Поражение других элементов недискового сустава чаще всего проявляется спондилоартрозом и унковертебральным артрозом.

В четвертом периоде минерализация диска и его фибротизация приводят к ограничению подвижности в сегменте, и рефлекторные симптомы не возникают.

Согласно описанной выше периодизации остеохондроза (по А.И. Осне) основная позиция следующая: в каждый период применяется соответствующее лечение. Лечение также проводится в зависимости от патогенетической ситуации и синдрома.

**Виды и стадии остеохондроза**

По локализации различают шейный, грудной, поясничный, крестцовый и общий остеохондроз. Чаще всего диагностируется поясничный остеохондроз (более 50% случаев), шейный (более 25%) и распространенный (около 12%).

**Остеохондроз шейного отдела позвоночника**

Часто в адрес малышей родители говорят распространенную фразу: Не поворачивай голову!. Врачи призывают к обратному: обязательно поверните голову. В любом возрасте. Только так можно избежать опасного заболевания - остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Шея создана природой не только для того, чтобы держать голову и поворачивать ее в разные стороны, что, кстати, с годами для неподготовленных людей, не заботящихся о своем здоровье, становится довольно сложным делом. Спинной мозг, артерии, питающие мозг, нервные корешки и стволы, которые обеспечивают нервную связь с руками, сердцем и легкими, проходят через область шеи.

Жалобы при этом виде остеохондроза очень разнообразны: боли в области сердца, головные боли, головокружение с кратковременной потерей сознания (из-за нарушения кровоснабжения головного мозга), боли в плечевом суставе или во всей руке)

Так как же предотвратить начало болезни и укрепить эту группу мышц, которая удерживает межпозвонковые диски? Конечно же, выполняя специальные физические упражнения, о которых пойдет речь ниже.

**Остеохондроз грудного отдела позвоночника**

Боль, возникающая время от времени в грудном отделе позвоночника, знакома каждому, кто занимается тяжелым физическим трудом. Как правило, эти болезненные, неприятные ощущения служат первым признаком того, что в организме начинает развиваться довольно неприятное заболевание - остеохондроз грудного отдела позвоночника. Часто этот недуг поражает лиц так называемых сидячих профессий: дизайнеров, компьютерных операторов, водителей автомобилей.

Но совсем не обязательно, чтобы у вас, даже если вы каждый день таскаете тяжелые предметы или приходится долгие часы сидеть за столом, был остеохондроз.

Надежная преграда болезни - правильная осанка. При ходьбе старайтесь держать спину прямо, плечи прямыми. Формировать осанку, как вы сами понимаете, необходимо с ранних лет. Но это можно сделать в 30-40 лет. Действительно, лучше поздно, чем никогда!

**Остеохондроз поясничного отдела позвоночника**

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника встречается крайне часто, как у мужчин, занимающихся тяжелым физическим трудом, так и у женщин, сидящих за столом или за компьютером. Особенность этого заболевания - возраст пациентов от 30 до 50 лет. Боль в спине в целом, вероятно, самая частая жалоба. Трудно найти человека, который хоть раз в жизни не испытывал боли в спине.

Сначала возникают тупые боли в поясничной области и в ногах, затем обычно отмечается онемение конечностей, значительное усиление боли при резких движениях тела, при тряске.

**Стадии остеохондроза**

В зависимости от сложности течения заболевания, по степени развития различают различные стадии остеохондроза, которые присущи всем видам этого заболевания. Эта классификация была предложена нейрохирургом А. И. Осной в 1971 году. При неправильной нагрузке на позвоночник и неправильном питании дисков фиброзное кольцо начинает разрушаться. Основной симптом остеохондроза на первой стадии - нестабильность. Сегментарная нестабильность проявляется в разрыве диска. Это приводит к недомоганиям и дискомфорту, при этом боли нет, но позвоночник подвержен травмам. В нашем центре вам помогут выявить заболевания позвоночника на начальной стадии, не дожидаясь более тяжелых состояний.

На второй стадии остеохондроза (протрузии) позвонки уже хуже фиксируются друг к другу, начинается разрушение кольца, уменьшаются межпозвонковые щели и возникают проблемы, связанные с этим. Выступ возникает при вертикальных нагрузках - если их исключить, то может исчезнуть. На третьей стадии остеохондроза наблюдается разрушение фиброзного кольца и образование грыжи. Уже появляются значительные деформации позвоночника. Синдромы зависят от локализации грыжи, ее характера и массы.

На четвертой стадии остеохондроза становится трудно двигаться, а резкие движения приводят к острой боли. Иногда возникает иллюзия, что состояние улучшается, по мере утихания боли. Это связано с образованием костных наростов, соединяющих соседние позвонки. Следствием этого этапа может быть даже инвалидность. С остеохондрозом можно и нужно бороться. В центре китайской медицины Ван Шихэ вам помогут вылечить остеохондроз своевременно, не запуская это заболевание.

**Формы физических упражнений**

**Людям, страдающим остеохондрозом позвоночника, можно рекомендовать следующие формы физического воспитания:**

* утренняя гигиеническая гимнастика;
* физкультурная пауза в трудовом процессе;
* физиотерапия;
* плавание;
* вытяжение позвоночника;
* занятия физкультурой по выбранной программе;
* самомассаж.

Это лучше, чтобы начать утреннюю гигиеническую гимнастику с самомассажем нижней части спины и обратно, а затем выполнить упражнения для мышц рук, талия верхних конечностей и туловища, качающихся ноги, упражнение в смешанном или чистом подвешивания, а также как дыхательные упражнения. Завершить утреннюю зарядку желательно водной процедурой, после которой необходимо вытереть тело насухо и протереть полотенцем поясницу и спину. Не рекомендуется выполнять прыжки, прыжки и бег, создающие большую нагрузку на межпозвонковые диски. Подробнее остановимся на некоторых упражнениях, рекомендуемых при остеохондрозе.

Исходное положение (ИП) - сидя на стуле или табурете, руки опущены вдоль тела, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах.

Упражнение 1. круговые движения плечевого пояса вперед-назад. Повторить по 4-6 раз в каждую сторону в среднем темпе.

Упражнение 2. поднимите руки по бокам вверх над головой и соедините руки тыльными поверхностями - вдох, опустите - выдох. Повторить 3 раза в медленном темпе.

Упражнение 3. руки к плечам; поднимите локти, затем опустите их. Повторить 6 раз в среднем темпе. Дыхание свободное.

Упражнение 4. наклонить голову вперед, стараясь подбородком коснуться груди, и максимально отклонить голову назад. Повторить 2-6 раз в медленном темпе. Дыхание свободное. Это упражнение нужно выполнять с особой осторожностью.

Продолжительность физкультурного перерыва 5-6 минут. Тем, кто работает в сидячем положении с опущенной головой, рекомендуется комплекс из 8-9 упражнений, выполняемых в исходном положении - стоя, в среднем темпе и со средней амплитудой. Тем, кто работает в положении стоя, рекомендуется выполнять 7-9 упражнений в положении сидя со слегка подтянутыми ногами с небольшим напряжением, в среднем темпе и с ограниченной амплитудой. После тренировки следует активно массировать поясницу и спину в течение 1–3 минут, а затем расслабить мышцы ног.

Лечебная гимнастика показана, прежде всего, тем, кто страдает частыми обострениями остеохондроза в виде радикулита. В комплекс входят общеразвивающие специальные и дыхательные упражнения, а также упражнения на расслабление мышц и самомассаж. Рекомендуется делать это каждый день, желательно утром. Выполняйте большинство упражнений в ИП - лежа или на коленях с опорой, потому что это снимает осевую нагрузку с позвоночника и в определенной степени расслабляет мышцы, удерживающие его в вертикальном положении.

Плавание. Наиболее эффективно плавание на спине. Купаться рекомендуется 2 - 3 раза в неделю по 1 - 1,5 часа. В осенне-зимний период лучше купаться в закрытом бассейне, чтобы избежать озноба, который крайне нежелателен для больных остеохондрозом.

Вытяжение позвоночника. Для этого можно использовать следующие простые приемы: Лежа на животе (или на спине) с поднятыми руками. Сильно вытяните руки вверх, затем расслабьтесь. Повторить 7-8 раз. Не сгибайте спину, не отрывайте ноги от пола.

Чистое зависание без поддержки. В этом случае можно выполнять упражнения: маятник, сгибание и разгибание ног, сгибание туловища.

Стоя между столом и стулом: опереться одной рукой на стол, другой на спинку стула и согнуть ноги.

В уроки физкультуры по выбранной программе можно включать бег, гимнастику, игры и тому подобное. Основная часть занятий обычно полностью посвящена художественной гимнастике, легкой атлетике, плаванию, лыжам и так далее. Продолжительность - 20-30 минут и более.

Самомассаж - эффективное средство предотвращения развития и обострения остеохондроза, направленное на улучшение обменных процессов в мышцах, связках и межпозвонковых дисках, снятие мышечного напряжения и снятие боли. Продолжительность сеанса 10-15 минут.

**Противопоказания при остеохондрозе**

Прыжки и любые формы бега при остеохондрозе противопоказаны. Этот метод лечения противопоказан при тяжелой сердечной недостаточности, стадии ее декомпенсации. Комплекс упражнений подбирается индивидуально с учетом локализации патологического процесса. Остеохондроз в области шейных позвонков предполагает отказ от рывковых упражнений, резких поворотов и наклонов головы. При поясничном остеохондрозе не допускается использование наклонных упражнений туловища, подъема и раскачивания нижних конечностей.

**Заключение**

Лечебная гимнастика считается одним из важнейших методов терапии заболеваний позвоночника и суставов. Он помогает восстановить подвижность, укрепляет мышцы и поддерживает тонус всего тела. Существенным преимуществом лечебной гимнастики является ее доступность и отсутствие материальных затрат. Лечащий врач назначает лечебную физкультуру, а методику тренировок определяет специалист по ЛФК. Только врач может установить нецелесообразность выполнения некоторых упражнений при том или ином заболевании и учесть возможные противопоказания к применению лечебной физкультуры. Процедуры проводит инструктор, в особо сложных случаях - терапевт по лечебной физкультуре. Использование лечебной физкультуры, повышая эффективность комплексной терапии, ускоряет период выздоровления и предотвращает дальнейшее прогрессирование заболевания. Не стоит начинать занятия ЛФК самостоятельно, так как это может привести к ухудшению состояния, необходимо строго соблюдать методику тренировок. Различают общие тренировки - на укрепление и совершенствование организма в целом, и специальные тренировки - направленные на устранение нарушенных функций определенных систем и органов.

**Гимнастические упражнения классифицируются:**

* по анатомическому принципу - на определенные группы мышц (мышцы рук, ног, дыхательные и др.);
* по самостоятельности - активные (выполняются полностью самим пациентом) и пассивные (выполняются пациентом с нарушением двигательной функции с помощью здоровой конечности или с помощью методиста). Для выполнения поставленной задачи подбираются определенные группы упражнений, в результате которых организм адаптируется к постепенно возрастающим нагрузкам и корректирует нарушения, вызванные заболеванием.

**Список литературы**

1. Байер К., Шнайберг Л. Здоровый образ жизни. - Москва, 2002.
2. Белая Н.А. Физиотерапия и массаж. Москва: Советский спорт, 2003.
3. Дубровский В.И. Физиотерапия. Москва: Владос, 2002.
4. Епифанов В.А. Лечебная физкультура и спортивная медицина. Москва: Медицина, 1996.
5. Епифанов В.А. Лечебная физкультура. Руководство. М.: Геотар-Медиа, 2004.
6. Епифанов В.А., Ролик И.С., Епифанов А.В. Остеокондрит позвоночника. М.: ЗАО Академическая типография, 2002.
7. Касьян Н.А. - Боль в спине. Москва: Физическая культура и спорт, 1990.