

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/56744>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

Введение 3

Глава 1. Анализ научно-методической литературы 6

1.1. Патогенез артроза коленного сустава 6

1.2. Клинико-диагностические особенности гонартроза 8

1.3. Физическая реабилитация при гонартрозе 15

Глава 2. Организация и методы исследования 24

2.1. Организация исследования 24

2.2. Методика исследования 24

Глава 3. Результаты исследования и их обсуждение 26

3.1. Оценка состояния функции коленного сустава до начала исследований 26

3.2. Результаты оценки функции коленного сустава после проведения ЛФК 27

Заключение 30

Практические рекомендации 33

Список использованной литературы 34

Приложение 38

Введение

Остеоартроз представляет собой группу заболеваний суставов, которые имеют разную этиологию, но характеризуются единым патогенезом с близкими морфологическими и клиническими проявлениями, в исходе которых можно наблюдать дегенерацию гиалинового хряща и субхондрального слоя кости вплоть до полного исчезновения хрящевого покрытия суставной поверхности.

Артроз рассматривается как преждевременное изнашивание внутрисуставных хрящей. В качестве одной из причин, приводящих к развитию заболевания, указывают старение хондроцитов – клеток хрящевой ткани. Постепенное уменьшение общего количества хряща в суставе особенно часто развивается в пожилом возрасте, а также связано с профессиональными постоянными нагрузками на определенные суставы, травмы, посттравматические воспалительные изменения.

Наиболее частым поражением при остеоартрозе являются гонартроз и коксартроз. Один из наиболее ранних симптомов артроза появление боли в коленных суставах. В начале заболевания она практически отсутствует в покое, но возникает при нагрузке на сустав.

По данным различных авторов частота остеоартроза в России составляет от 6,43% до 12%, при этом данный показатель увеличивается с возрастом. Гонартроз занимает второе место после поражения тазобедренных суставов и составляет около 33,3 % всех деформирующих остеоартрозов. У женщин артроз возникает в 2 раза чаще, чем у мужчин в молодом и среднем возрасте. А после 65 лет эти различия почти не заметны: признаки заболевания обнаруживаются у 68% женщин и 58% мужчин.

Широкое распространение заболевания связано, прежде всего, с тем, что в структуре коленного сустава имеется большое количество хрящевых образований, и сам сустав испытывает постоянную нагрузку.

В качестве этиологических факторов, способствующих развитию местных проявлений болезни, различными авторами указаны статическая нагрузка, которая превышает возможности сустава и механическая микротравматизация.

Сегодня гонартроз приходится считать заболеванием, которое не поддается лечению, поскольку при консервативном лечении не удастся добиться регресса морфологических изменений в суставе, который охарактеризовал бы полное излечение. Оперативное лечение может способствовать лишь снижению анатомической и функциональной неполноценности пораженного сустава.

Комплексная реабилитация пациентов с артрозом коленного сустава включает в себя курс физиотерапии, лечебную физкультуру, массаж. В лечении этого патологического процесса значительная роль отводится также хирургическому вмешательству.

Важная роль в лечении гонартроза, особенно у пациентов старшего и пожилого возраста, отводится

физическим упражнениям.

Лучшим результатом консервативного лечения можно считать достижение стойкой ремиссии и отсутствие прогрессирования заболевания.

Большое значение в консервативном лечении гонартроза имеют методы физической реабилитации, в частности лечебная физическая культура.

Целью исследования является теоретическое и экспериментальное обоснование методики лечебной гимнастики при гонартрозе 2 степени у женщин 50 – 60 лет.

В рамках поставленной цели решаются следующие задачи:

- изучить методы физической реабилитации при гонартрозе 2 степени и выявить более эффективные по данным научно методической литературы;
- оценить силу мышц бедра, степень атрофии мышц бедра;
- совершенствовать методику лечебной гимнастики при гонартрозе у женщин 50 – 60 лет;
- оценить эффективность предложенной методики.

Объект исследования: процесс физической реабилитации при гонартрозе 2 степени у женщин 50 – 60 лет

Предмет исследования: методика лечебной гимнастики при гонартрозе 2 степени у женщин 50 – 60 лет

Методы исследования:

- анализ научно-методической литературы;
- педагогическое тестирование;
- педагогический эксперимент;
- методы математической статистики.

Глава 1. Анализ научно-методической литературы

1.1. Патогенез артроза коленного сустава

Артрозы бывают первичными и вторичными.

Этиология и патогенез первичного гонартроза до сих пор полностью не выяснена. Первичный артроз развивается в ранее непораженных суставах, и часто его причиной является повреждение сустава, например, при тяжелой физической работе. При вторичном артрозе происходит деформация сустава и его поражение еще до развития артроза, например, в результате травмы.

Нарушения обмена веществ в суставах приводят к потере эластичности хрящевой ткани. В значительной мере этому способствует частичное или полное исчезновение протеогликанов из хрящевой ткани. Часто причиной уменьшения количества протеогликанов является нарушение их выработки хондроцитами сустава.

Первичный артроз возникает вследствие возрастных изменений в хряще. Артроз может появиться раньше или позже в зависимости от наследственной предрасположенности, нарушений обмена веществ, чрезмерной нагрузки на суставы из-за лишнего веса или условий работы. В последнее время артроз молодеет, болезнь начинает развиваться уже после 30 лет. Мужчины страдают от артроза в 2,5 раза реже женщин. К 50-летнему возрасту изменения в суставах обнаруживаются у 30% населения, а к 60-ти годам проявления артроза возникают практически у всех вне зависимости от пола.

Первичный артроз коленного сустава развивается постепенно, без предшествующих изменений. Чаще заболевание возникает у женщин пожилого возраста. К развитию артроза коленного сустава имеют предрасположение пациенты, у которых определяется повышенная масса тела, ожирение.

Вторичный артроз коленного сустава в своей основе имеет тесную связь с травмами коленного сустава, может развиваться после внутрисуставного перелома бедра и большеберцовой кости, разрыва связок, повреждения менисков, гемартроза или перенесённого заболевания (артритов различной этиологии, хондроматоза суставов, артрита и др.). При своевременном адекватном лечении указанных процессов возможно предупреждение возникновения и развития гонартроза.

При формировании и развитии артроза коленного сустава вначале возникают жалобы на ощущение определённой скованности в суставе, "стягивание" под коленом, боли в суставе после длительной ходьбы.

Развитие вторичных артрозов коленного сустава возможно вне зависимости от возраста пациента.

В качестве этиологических факторов, способствующих развитию местных проявлений болезни, различными авторами указаны статическая нагрузка, которая превышает возможности сустава и механическая микротравматизация. Помимо этого, огромное значение имеют развивающиеся с повышением возраста дистрофические изменения сосудов синовиальной оболочки. Также одна из ведущих ролей отводится некоторым эндокринным расстройствам, среди которых можно выделить увеличение активности

соматотропного гормона гипофиза, снижение функции щитовидной и половых желез.

Ожирение способствует не только увеличению механической нагрузки на суставы нижних конечностей, но и может оказывать общее воздействие на функциональность опорно-двигательного аппарата посредством метаболических нарушений. Кроме того, не исключается значение инфекционных, аллергических и токсических факторов. Наряду с этим можно отметить определенную роль патологии вен голени в развитии артроза коленных суставов. Имеются также данные, которые указывают на немаловажную роль наследственных факторов в развитии остеоартроза.

Продолжительная микротравматизация, равно, как и избыточная физическая нагрузка, сначала вызывает изменения связочного аппарата, суставной капсулы и прочих околосуставных мягких тканей, а затем синовиальной оболочки, постепенно приводя к недостаточному образованию синовиальной жидкости. Изменение физико-химического состава синовиальной жидкости является главной причиной нарушения обычного состояния хрящевой ткани.

При нарушении липидного, пуринового и пигментного обмена основой развития остеоартроза является иной механизм. Из-за достаточно раннего развития склероза сосудов и процесса отложения липидов и кристаллической мочевой кислоты непосредственно в хрящевой ткани при данных заболеваниях происходят дегенеративно-дистрофические изменения всей ткани сустава. Рентгенологически это можно охарактеризовать нижеописанными изменениями: остеосклероз эпифиза и разрушение суставного хряща. Помимо перечисленных, есть и другие механизмы развития остеоартроза: аллергический, иммунный, гормональный, однако степень изучения этих механизмов на данный момент недостаточна.

Любой артроз имеет медленное развитие и течение, никогда не приводит к тяжелым нарушениям функции суставов и особенно к фиброзному и костному анкилозу, за исключением коксартроза.

1.2. Клинико-диагностические особенности гонартроза

Коленный сустав довольно часто подвержен дегенеративным поражениям, сочетающихся в 33 % случаев со схожими поражениями других суставов или позвоночника. Гонартроз одинаково часто встречается как у мужчин, так и женщин, но более тяжелые формы, развитие суставных поражений в более раннем возрасте чаще наблюдаются у женщин.

При осмотре коленного сустава в начальных стадиях заболевания не обнаруживается никаких внешних изменений. При дальнейшем развитии заболевания могут появляться деформации коленного сустава, грубые контуры образующих сустав костей, контрактуры (неполное разгибание или сгибание в суставе) и искривление преимущественно внутрь оси голени. при

1. Алексеева Л.И. Медикаментозное лечение остеоартроза. // РМЖ. — 2002.-т. 10. -№22 (166).-С. 996-102.

2. Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза. // РМЖ. 2000. -т.8. - №9. - с. 377-382.

3. Алёхин А.И., Лавров В.Н., Иванова Т.И., Соколова В.С. Эффективность реабилитации больных с дегенеративно-деструктивными заболеваниями коленного сустава после эндопротезирования // ЛФК и массаж. - 2004. - №6 (15). - С.39-41.

4. Артроз, артрит. Лечение и профилактика. - М.: Газетный мир, 2011. - 160 с.

5. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников. - 2-е изд. - М.: Советский спорт, 2004. - 272 с.

6. Букина И.Е. Характеристика структур коленного сустава на ранних стадиях гонартроза. Автореф. дисс. канд. мед. наук.// М. 2004. - 18 С.

7. Дубровин В.Г. Система комплексного лечения и реабилитации больных с деформирующим остеоартрозом коленных суставов: Дис. ...доктора мед. наук. - Курск, 2003. - 323 с.

8. Елисеев В.Ф. Методика ЛФК в комплексном лечении больных при повреждении менисков коленного сустава / Учеб. пособие для студентов и методистов ЛФК.- Омск, 2003.

9. Заболевания суставов [Текст] / К. П. Минеев, 2001.-79с.

10. Зоря В.И. Деформирующий артроз коленного сустава / В.И. Зоря, Г.Д. Лазишвили, Д.Е. Шпаковский. - М.: Литтерра, 2010. - 360 с.

11. Коваленко В.Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. - Москва; К.: Морион, 2003. - 448 с.

12. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. К.: Морион. - 2003. - 448 С.

13. Козьявкин, В.И., Основы реабилитации двигательных нарушений [Текст] / В.И. Козьявкин, Н.Н.Сак 2007.- 195с

14. Корнацкий В.М. Остеоартроз //Укр. Мед. часопис. - 2001. - №4. - С. 139-141.
15. Корнилов, Н. В., Адаптационные процессы [Текст] / Н. В. Корнилов, 2003.- 74с.
16. Краснаярова, Н.А., Восстановительное лечение при травмах [Текст] / Н.А. Краснаярова, 2004.-124с.
17. Лечебная физическая культура: Учебн. для студ. высш. Учеб.[Текст]/ Заведений. – 2-е изд Дубровский В.И., стер. – М.: Гуманит. Изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 608с.
18. Лечебный массаж: Учебник для студентов высших физкультурных учебных заведений, обучающихся по специальности «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья [Текст] / (адаптивная физическая культура)». Погосян М.М. – Изд. 2-е, доп. перераб. – М.: Советский спорт, 2004. – 586с
19. Лой С.В., Волков И.Н. Физическая реабилитация при контрактурах коленного сустава с использованием оригинального устройства // Материалы Белорусского симпозиума по физ. реабилит. - Минск, 2000. - С.78-79.
20. Лукьяненко Т.В. Здоровые суставы и сосуды. Профилактика и лечение артрозов, артритов, остеопороза и варикоза / Т.В. Лукьяненко, А.А. Пенделя. - М.: Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Белгород, Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Харьков, 2009. - 320 с
21. Лучихина Л.В. Артроз, ранняя диагностика и патогенетическая терапия – М. НПО «Медицинская энциклопедия» РАМН, ЗАО «ШИКО», 2001. - 168 с.
22. ЛФК при заболеваниях суставов: Учеб.пособие.- М.,2009.
23. Мазнев Н. Артрит, артроз, подагра. Болезни суставов. Авторские методики лечения / Н. Мазнев. - М.: Рипол Классик, Дом. XXI век, 2010. - 512 с.
24. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз. // СПб. 2000. - 118 С.
25. Маланин Д.А. Восстановление поврежденного хряща в коленном суставе / Д.А. Маланин, В.Б. Писарев, В.В. Новочадов. – Волгоград: Волгогр. научное изд-во, 2008. – 346 с.
26. Методические разработки по реабилитации больных с заболеваниями ОДА / СГМИ.- Смоленск,2009.
27. Миронов С.П., Омеляненко Н.П., Орлецкий А.К. и соавт. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор). // Вестн. Травматологии и ортопедии им.Н.И.Приорова. -2001. №2. - С.96-99.
28. Насонова В.А. Значение циклооксигеназы-2 в развитии боли. // Тер. Архив. 2001. - №5. - С.56-57.
29. Насонова В.А. Проблема остеоартроза в XXI веке. // Сиб. Мед. Журн. 2001. - №3-4. - С.5-9.
30. Оганесян О.В. Профилактика развития гонартроза при лечении оскольчатых внутрисуставных переломов проксимального эпиметафиза большеберцовой кости: медицинская технология / О.В. Оганесян, Г.А. Кесян, Р.З. Уразгильдеев. – Москва, 2008. – 19 с.
31. Оздоровительные основы физических упражнений. – [Текст] / М.Назаренко Л.Д.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2002. – 240с. – (Б-ка учителя физической культуры).
32. Патология костей и суставов [Текст] / В.В. Некачалов, 2005.- 288с.
33. Ржевская Ж.А. Артриты и артрозы. Диагностика, профилактика, лечение / Ж.А. Ржевская, Е.А. Романова. - М.: Мир Книги Ритейл, 2011. - 160 с.
34. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов., 2-е изд.,испр. и доп.-М.: Издательский центр «Академия»,2003.-154 с.
35. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: Учебное пособие / Авторы-составители О.Э. Аксенова, С. П. Евсеев // Под ред. С.П. Евсеева.- М.: Советский спорт, 2004.- С.60-71.
36. Физиология человека: Учебник для вузов физической культуры и факультетов физического воспитания педаг. Вузов/ Под общ. Ред. Л. И. Тхоревского.-М.: Физкультура, образование и наука, 2001.-89 с.
37. Физическая реабилитация / Под общ. ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов-н/Д : Феникс, 2009.
38. Частная патология: Учебн. пособие для студ. высш. учеб. Заведний [Текст]/.; Под ред С.Н. Попов, Н.М. Валеев,- М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 256 с.
39. Чичасова Н.В. Лечение остеоартроза. // РМЖ. 2005. - т.13. - №8. -С.539-543.
40. Шатанави М. М., Физическая реабилитация спортсменов после травмы коленного сустава. М., 2006.
41. Шумский А.А., Проблемы остеопороза в травматологии и ортопедии [Текст] / А.А. Шумский, 2009.- 150-151с

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/56744>