

БОЛЕЗНИ НОГ

**и варикозное
расширение вен**

лечение
и профилактика



Дарья Владимировна Нестерова
Болезни ног и варикозное расширение
вен. Лечение и профилактика

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=323342

Болезни ног и варикозное расширение вен. Лечение и профилактика: Рипол Классик; М.; 2010

ISBN 978-5-386-01867-2

Аннотация

Сосудистые звездочки, отеки лодыжки, боли в икрах – уже 16 % населения земного шара страдает от болезней ног. Если вы заботитесь о своем здоровье, уделите внимание лечению и профилактике болезней ног. Для вас мы собрали проверенные временем рецепты традиционной и нетрадиционной медицины, с помощью которых вы сможете избежать всех недугов!

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
БОЛЕЗНИ НОГ	6
Болезни суставов	8
Заболевания околосуставных мягких тканей ног	31
Кожные заболевания ног	37
Трещины на подошвах	43
Другие заболевания	45
Конец ознакомительного фрагмента.	49

Дарья Владимировна Нестерова

Болезни ног и варикозное расширение вен. Лечение и профилактика

ВВЕДЕНИЕ

Болезни ног занимают далеко не последнее место в перечне заболеваний человека. Люди, страдающие от болей в ногах, зачастую не могут объяснить причину их возникновения. Ученые вычислили, что ноги человека, средний вес которого составляет 60 кг, за день получают нагрузку, равную примерно 600 т. Из этого легко сделать вывод, что полные люди испытывают более высокую нагрузку на опорно-двигательный аппарат. Нелегко приходится и тем, кто носит обувь на высоком каблуке или платформе.

Причины возникновения болезней ног разнообразны. Заболевания могут быть вызваны как внешними, так и внутренними факторами. Нога человека состоит из 26 костей, 33 суставов и более 100 мускулов, сухожилий и связок, поступление крови к которым должно быть равномерным и достаточным. При нарушении кровообращения повышается нагрузка на сердце, страдает вся сердечно-сосудистая система, возникают различные заболевания. Медицинские исследования показывают, что даже головные боли могут быть непосредственно связаны с заболеваниями ног.

Самыми распространенными заболеваниями ног у людей среднего и пожилого возраста являются артрит и артроз, приводящие к деформации суставов. Этот процесс может обуславливаться хроническими инфекционными заболеваниями и наследственной предрасположенностью. Нередко эти болезни возникают вследствие постоянного переохлаждения или перегревания организма.

У людей, страдающих нарушением работы сердечно-сосудистой системы, нередко развивается варикозное расширение вен. Причинами возникновения болезней ног являются также стрессы, неправильное питание, физические перегрузки, малоподвижный образ жизни, нарушение режима сна и другие обстоятельства, вызывающие ослабление иммунитета.

Для того чтобы повысить защитные функции организма, следует вести активный образ жизни с дозированными физическими нагрузками и своевременным отдыхом, рационально питаться, проводить массаж и самомассаж.

Физическая активность является залогом здоровья.

По словам специалистов, танцы вполне могут заменить физические упражнения. Начинать занятия следует с медленных, а затем постепенно переходить к более динамичным танцам. Оздоровляющее воздействие оказывают и занятия такими видами спорта, как плавание, бег, ходьба, баскетбол или игра в теннис. Помните, что физические нагрузки подбираются для каждого в соответствии с индивидуальными особенностями организма и состоянием здоровья.

Для успешной борьбы с заболеваниями ног важно соблюдение режима и рациона питания. Следует употреблять в пищу продукты, насыщенные витаминами, так как именно авитаминоз во многих случаях является причиной развития артроза. Причиной деформации суставов также может стать ожирение, поэтому употребление продуктов, богатых углеводами (сахар, варенье, мучные и кондитерские изделия), рекомендуется ограничить. При артрозе следует соблюдать диету, основанную на употреблении большого количества овощей,

фруктов и ягод: они содержат витамины, аминокислоты и прочие полезные вещества, которые активно участвуют в обменных процессах.

Для наружного применения можно использовать различные примочки и компрессы из лекарственных трав, для внутреннего – настойки, отвары и настои. Прекрасными лечебными свойствами обладают парафиновые ванны и ванны с использованием настоев трав. При всех полезных свойствах лечебных трав следует помнить о том, что многие из них обладают высокими аллергенными свойствами, поэтому применять травы следует осторожно. Подобные предостережения относятся также к использованию в лечебных целях продуктов пчеловодства: меда, маточного молочка, пчелиного воска. Кроме того, следует учитывать некоторые индивидуальные особенности человека: течение болезни, возраст, наличие других недугов, употребление специфических лекарственных препаратов на данный момент. При первых симптомах того или иного заболевания следует немедленно обратиться к специалисту.

Рекомендуются также дополнительные лечебные процедуры, в частности крио- и металлотерапия. Эффективность этих методов была не раз доказана на практике. Лечебные свойства металлов известны еще с древних времен. Эскулапы Древнего Востока добавляли в свои лечебные снадобья истертые в порошок металлы. В современной медицине с успехом применяются различные препараты на основе золота, серебра и меди.

Для успешного лечения рекомендуется полностью отказаться от вредных привычек – переедания, курения и злоупотребления спиртными напитками. Любые вредные привычки – это дополнительная нагрузка на наш организм, тормозящая процесс восстановления нормальной жизнедеятельности всех органов. Добиться желаемого результата можно лишь при согласованной работе всего организма, поэтому придется либо отказаться от вредной привычки, либо пожертвовать своим здоровьем. А. Шопенгауэр говорил: «Девять десятых нашего счастья зависят от здоровья». Поэтому человек, который не заботится о своем здоровье, просто не желает себе счастья!»

БОЛЕЗНИ НОГ

Для заболеваний ног характерны нарушения анатомической целостности тканей, ухудшение работы органов или их полная утрата.

Болезни могут быть связаны с местной реакцией организма или вызваны общим его состоянием, нарушением кровообращения и обмена веществ.

Люди, занимающиеся физическим трудом, должны отдыхать пассивно, чтобы отдых не был связан с дополнительными физическими нагрузками. Люди же, занимающиеся умственным трудом, наоборот, должны выполнять физическую работу.

Чаще всего заболеваниями опорно-двигательного аппарата подвергаются люди, которые работают в строительной, горнорудной, машиностроительной и прочих отраслях промышленности, а также занимающиеся сельским хозяйством. Деятельность, связанная с тяжелыми физическими нагрузками, приводит к хроническому функциональному перенапряжению. Помимо этого, у таких лиц высок риск травматизма. Проблемы опорно-двигательного аппарата могут возникнуть из-за ряда других причин, как внешних (климатические условия, малоподвижный образ жизни, стрессы, нарушение режима труда и отдыха), так и внутренних (психические нагрузки, неправильное питание, что, в свою очередь, ведет к нарушению обмена веществ и развитию многих заболеваний).

Все заболевания ног можно условно разделить на несколько больших групп:

- болезни суставов;
- болезни околосуставных мягких тканей;
- болезни, вызванные нарушением кровообращения;
- кожные заболевания;
- травмы;
- другие заболевания.

У людей, которые вообще не занимаются физическим трудом, нередко наблюдается вялость мускулатуры, нарушение обмена веществ, ожирение и преждевременное старение.

Такое разделение заболеваний поможет сконцентрироваться на выявлении определенного недуга и позволит выбрать соответствующие методы его лечения. Способы лечения, особенно нетрадиционные, для каждой из групп, как правило, во многом схожи.

Не стоит забывать о том, что лечение суставных заболеваний только фармакологическими препаратами не приносит значительного эффекта. Нужно использовать все имеющиеся средства традиционной и народной медицины:

- лечебную гимнастику;
- диеты;
- супинаторы (при остеоартрите коленного или тазобедренного сустава);
- массаж и самомассаж;
- трость (при ходьбе для уменьшения нагрузок на пораженные суставы нижних конечностей);
- фитотерапию;
- лекарственные препараты на основе продуктов пчеловодства;
- парафинотерапию;
- криотерапию;
- металлотерапию.

Следует избегать повышенных физических нагрузок, например длительной ходьбы, тяжелой физической работы.

Болезни суставов

Медики условно делят заболевания суставов на 2 типа:

- воспалительное заболевание (артрит);
- дегенеративно-дистрофическое поражение суставов (артроз).

В каждом из этих типов заболеваний главным признаком является суставной синдром. Очень важно вовремя определить характер поражения суставов, поскольку наличие этого фактора всегда говорит о патологии во всем организме, так как заболевание охватывает не только суставы, но и другие внутренние органы. Чтобы в дальнейшем можно было предпринять необходимые терапевтические действия, следует правильно выявить причину и степень развития заболевания.

Кроме артроза и артрита, в медицинской практике существует термин «артропатия», который обозначает поражение суставов нервного или эндокринного происхождения.

Боль в суставах, возникающая вследствие какого-либо заболевания, называется артралгией. Она может возникнуть по разным причинам. Если боль в суставе или припухлость возникает резко и имеет прогрессирующий характер, сопровождается повышением температуры тела выше 38 °С, необходимо незамедлительно обратиться к врачу и пройти медицинское обследование.

Боль может возникнуть и после травмы. В этом случае также необходима помощь специалиста, поскольку возможен перелом в области сустава или другие травмы.

Анкилоз

Анкилоз – это неподвижность сустава вследствие сращения суставных поверхностей. Заболевание возникает в результате воспалительных изменений в суставе или после тяжелых переломов, связанных с травмированием сустава. Наиболее опасны в этом отношении открытые травмы сустава с дальнейшим развитием в нем длительно текущего гнойного процесса. В таких случаях нередко наступает дегенерация хрящевого покрова суставных поверхностей, затем развивается фиброзный анкилоз (разрастание соединительной фиброзной ткани) и костный анкилоз (разрастание костной ткани). Длительное ношение гипсовой повязки также способствует развитию анкилоза. Кроме того, причиной анкилоза могут быть острые и хронические воспалительные заболевания.

Начальная стадия заболевания сопровождается болевыми ощущениями в пораженном суставе. При этом движения в нем частично сохранены. При костном анкилозе боль отсутствует, а также нет каких-либо движений в суставе. При анкилозе коленного сустава в положении сгибания опорная функция нижней конечности становится невозможной.

Рентгенологические исследования позволяют поставить точный диагноз. При тяжелой форме анкилоза (афункциональной) производится оперативное лечение, заключающееся в артропластике, а в некоторых случаях и в эндопротезировании.

Для профилактики анкилоза рекомендуется раннее комплексное лечение воспалительного процесса в суставе. При этом используются все рациональные способы, касающиеся восстановления внутрисуставных переломов. Важна роль ранней лечебной гимнастики, массажа, а также физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения.

Артрит

Артрит – обобщающее название целого ряда воспалительных заболеваний суставов, вызванных различными причинами. Артрит характеризуется болями в суставах, особенно при движении, припухлостью, изменением внешнего вида сустава, а также нередко покраснением кожи над суставом и лихорадкой. Различают моно– и полиартрит, то есть поражение одного или нескольких суставов. Причинами возникновения артрита могут стать аллергия, травма, заболевание нервной системы, нарушение обмена веществ, недостаток витаминов. Также артрит может развиваться из-за бактериальной, грибковой или вирусной инфекции суставов. Заражение происходит, как правило, через кровеносную систему из другой части организма при травме или хирургическом вмешательстве. Хронический артрит развивается постепенно, а острый начинается внезапно, сопровождаясь сильными болями в суставах.

Развитие артрита вызывает пролиферацию, склероз и сморщивание суставных тканей, что приводит к стойкой деформации сустава, вследствие чего ухудшаются его функции. Последней стадией развития артрита является полная неподвижность сустава, то есть анкилоз. На этой стадии заболевания общее состояние организма также неудовлетворительно.

По принципу развития артриты делятся на: аллергический, бруцеллезный, волчаночный, вторичный, гемофилический, гнойный, гонорейный, грибковый, дизентерийный, дистрофический, инфекционно-аллергический, инфекционный, инфекционный специфический, медикаментозный, мигрирующий, множественный, паракарциноматозный, подагрический, профессиональный, псориазический, ревматический, ревматоидный, септический, серозный, рожистый серозный, серозно-фибринозный, сифилитический, склеродермический, сывороточный.

При артрите у больных отмечается повышение кислой и щелочной фосфатазы, снижение ДНК-азы I в сыворотке крови. Применение лазера для лечения позволяет снизить количество кислой и щелочной фосфатазы, увеличить содержание ДНК-азы I.

В зависимости от характера поражения основные типы артритов делятся на воспалительный и дегенеративный.

К воспалительным относятся:

- инфекционный артрит;
- ревматоидный артрит;
- подагра.

Эти типы артрита характеризуются воспалением тонкой пленки соединительной ткани, выстилающей сустав изнутри, – синовиальной оболочки.

Дегенеративные артриты включают:

- травматический артрит;
- остеоартроз.

Эти заболевания характеризуются повреждением суставного хряща, покрывающего концы костей в местах их соединения.

Артрит воспалительный

Воспалительные или реактивные артриты возникают как осложнение после перенесенных инфекционных заболеваний, но не обуславливаются попаданием инфекционного агента в полость сустава. Зачастую воспалительные артриты носят иммунокомплексный характер. Реактивные артриты развиваются после многих инфекций: бактериальных, вирус-

ных и др. Но чаще это заболевание возникает после энтероколита, вызванного иерсинией, и инфекции мочевых путей, обусловленной наличием хламидий.

Воспалительный артрит развивается далеко не у всех инфицированных, а лишь у небольшого процента заболевших, чаще всего имеющих генетическую предрасположенность к заболеванию. После попадания инфекции в организм в течение месяца развивается реактивный артрит.

Типичным началом заболевания являются боли, припухлость и отек одного или обоих коленей или голеностопных суставов. Через 2 недели таким же образом могут поражаться и некоторые другие суставы, хотя обычно воспалительный артрит поражает только один сустав. Первыми симптомами воспалительного артрита являются боли в пояснице, что связано с воспалением крестцово-подвздошного сочленения, находящегося в основании позвоночника.

Обычно заболевание не распространяется дальше суставов. В редких случаях воспаление переходит на близлежащие ткани, в частности на сухожилия (туда, где они соединяются с костями). Это вызывает сильную боль, особенно если воспалительный процесс локализован в области пятки. В некоторых случаях поражается кожа, на которой возникает сильное шелушение, похожее на псориаз. Поражение кожи при воспалительном артрите называется кератодермией. В некоторых случаях реактивного артрита наблюдается воспаление слизистой глаз. Подобный конъюнктивит проходит, как правило, самостоятельно. Лишь иногда возникает более глубокое воспаление глаза – ирит, которое может привести к ухудшению зрения.

У ВИЧ-инфицированных больных реактивный артрит протекает наиболее тяжело. Поражение сердца и амилоидоз являются главными причинами смерти, непосредственно связанными с хроническим воспалительным артритом.

Артрит дегенеративный

Прогрессирующая форма дегенерации сустава невоспалительного характера. Хрящ теряет протеогликаны, что приводит к фибрилляции суставных поверхностей. К группе дегенеративных артритов относятся следующие заболевания: остеоартрит, травматический, эндокринопатический, острый гнойный артрит и артрит у детей.

Артрит детский

Детский артрит принято подразделять на острый и хронический. Острый артрит возникает в большинстве случаев вследствие инфекционных заболеваний: пневмонии, менингита, сепсиса и др. Основные симптомы заболевания такие же, как и у взрослых: боли в суставах при движении, отечность, небольшая лихорадка и озноб. К хроническому детскому артриту относятся такие виды, как туберкулезный и бруцеллезный артрит, а также болезнь Стилла.

Артрит у ребенка может привести к серьезным осложнениям. Нередко он становится причиной нарушения роста конечности. Очень важно вовремя провести соответствующий курс лечения. После устранения инфекционного заболевания, как правило, болезненные симптомы исчезают.

Артрит острый гнойный

Это острый воспалительный процесс в суставе, вызванный гноеродной микробной флорой. Данная форма заболевания считается самой тяжелой среди гнойных инфекций местной локализации. Самое тяжелое течение болезни проходит в крупных суставах. Наиболее опасным считается артрит с поражением костей и мягких тканей, окружающих сустав.

Различают первичный и вторичный острый гнойный артрит. Первичное инфицирование происходит при повреждении сустава. При вторичном инфицировании патогенная гноеродная микрофлора попадает в сустав гематогенным путем из отдаленных гнойных очагов или при гнойном воспалении тканей, окружающих сустав.

Заболевание в большинстве случаев вызывается стафилококками. В зависимости от характера воспаления (гнойное, фибринозное, серозное, гнилостное) в суставе происходят различные изменения. Немаловажным является и распространенность процесса.

Клинические проявления острого гнойного артрита: острое начало, острые и ноющие боли и ограничение подвижности сустава, напряжение, инфильтрация и гиперемия кожных покровов, отечность мягких тканей, окружающих сустав, деформация сустава. Также наблюдаются общие клинические симптомы: высокая температура тела, слабость, недомогание, озноб, потливость, угнетение сознания, прогрессирующая анемия и т. д.

Нередко заболевание требует хирургического вмешательства. Воспалительные процессы в коленном или тазобедренном суставе могут привести к ампутации конечности и даже к летальному исходу. Во избежание этого необходимо оперативно выявлять форму заболевания и предпринимать соответствующие меры.

Грязелечение является незаменимым средством в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Наиболее частой причиной возникновения гнойного артрита является повреждение суставов, особенно огнестрельное.

Артрит травматический

Этот тип артрита возникает вследствие ушиба сустава или иной травмы. Чаще всего поражаются крупные суставы: коленный, локтевой, плечевой и голеностопный. Симптомы: боль, припухлость, часто отмечается кровоизлияние в полость сустава. При аспирации суставного выпота сгустки крови обнаруживаются очень редко и только при очень тяжелых повреждениях суставных поверхностей. Если жидкость накапливается на протяжении длительного времени (24 часа), она не содержит видимой крови.

Лечение травматического артрита зависит от степени и характера повреждения.

Прекрасным лекарством для больных суставов станет гимнастика и целебная грязь Мертвого моря.

Артрит эндокринопатический

Этому заболеванию подвержены в основном женщины в период климакса, а также лица, страдающие заболеваниями щитовидной железы или ожирением. Болезнь характеризуется теми же признаками, что и легкая степень деформирующего остеоартрита. Необходимо получить своевременную консультацию у врача, пройти соответствующее обследование и лечение.

Остеоартрит

Это хроническое заболевание суставов, при котором в первую очередь поражается суставной хрящ, покрывающий поверхности костей, образующих сустав. Остеоартрит также называют деформирующим остеоартритом. Заболевание чаще всего начинается вследствие нарушения обмена веществ в хряще. Он теряет свою эластичность, становится шероховатым и начинает постепенно разрушаться. Этот процесс приводит к ухудшению скольжения суставных поверхностей, нарушению амортизации ударов, что в здоровом виде смягчается суставным хрящом. Остеоартрит чаще всего поражает тазобедренные и коленные суставы, а также мелкие суставы кистей рук.

Считается, что развитие остеоартрита может происходить по двум основным причинам:

- повреждение нормального хряща в суставе чрезмерными нагрузками (травмы, постоянные небольшие повреждения);
- наследственная слабость хряща при нормальных нагрузках (эта причина встречается гораздо реже).

В результате первоначального повреждения в суставе начинаются процессы, которые приводят к постепенному разрушению хряща.

Далее в результате образования по краям суставных поверхностей костных разрастаний (остеофитов) происходит перераспределение нагрузки на сустав, вследствие чего отдельные его части травмируются и разрушаются быстрее. Разрастания на рентгенограммах имеют вид шипов (иначе их называют отложениями солей).

Остеоартрит, хотя и не приводит к смертельному исходу, является одной из основных причин инвалидности людей старшего возраста. Нередко из-за этого заболевания приходится протезировать коленные и тазобедренные суставы.

Ученые выяснили, что увеличение продолжительности жизни населения приведет к тому, что к 2020 году остеоартрит станет 4-й по частоте причиной инвалидности. Уже в наши дни эта болезнь является наиболее частой причиной инвалидности пожилых людей в Великобритании.

Развитие болезни характеризуется нарастанием на суставных поверхностях костной ткани (экзостоз), из-за чего сустав значительно деформируется. Поражение мягкой ткани сустава экзостозом ведет к реактивному воспалению.

Первые признаки заболевания: небольшие боли, которые ощущаются при физической нагрузке или в конце дня, но проходят после отдыха. Со временем болезнь прогрессирует, и боль приобретает систематический характер, постепенно нарастая. Резкие движения вызывают острую боль. Это происходит из-за защемления свободных внутрисуставных тел. Постепенно суставы деформируются, их функциональность нарушается. Другие воспалительные процессы и выраженная атрофия мышц не наблюдаются. Лабораторные показатели в норме (кровь), температура тела не изменяется.

В большинстве случаев остеоартрит локализуется на суставах концевых фаланг пальцев кисти, тазобедренных и коленных суставах, иногда поражает суставы позвоночника. Количество пораженных суставов обычно ограничивается определенным числом, без дальнейшего привлечения с момента заболевания новых очагов.

Данные рентгенографии показывают сужение суставной щели, уплощение суставных поверхностей и костные разрастания.

Артрит инфекционный

Инфекционный артрит возникает после травмы в результате непосредственного попадания в ткани сустава возбудителей инфекции в связи с их лимфо– или гематогенным заносом при септическом состоянии или из-за образования и отложения в тканях сустава иммунных комплексов, вызывающих воспаление.

Инфекционный артрит также называют септическим или пиогенным артритом. Это очень серьезная инфекционная болезнь суставов, которая при первых же симптомах требует срочного обращения к специалисту.

Симптомы инфекционного артрита: покраснение и отек одного или нескольких суставов, потеря подвижности пораженных суставов, ощущение боли при надавливании, повышенная температура тела, озноб, ломота во всем теле.

При первых же симптомах инфекционного артрита следует немедленно обратиться к врачу, поскольку это тяжелое заболевание при отсутствии правильного лечения может привести к быстрому разрушению суставов.

Инфекционные виды артрита делятся на гонококковый и не гонококковый. У взрослых негонококковый артрит развивается преимущественно на фоне предшествующего заболевания сустава или нарушения иммунитета. Гонококковый инфекционный артрит встречается в 50 % всех случаев инфекций суставов у молодых сексуально активных людей без сопутствующих заболеваний.

*По статистике, гонококковым инфекционным артритом страдают 0,6–3,0 % женщин и 0,1–0,7 % мужчин, болеющих гонореей. Несериальный инфекционный артрит чаще возникает у людей в возрасте 15–40 лет. У детей до 14 лет выявляют микроорганизмы рода *Haemophilus* и другие грамотрицательные микроорганизмы. У детей старше 15 лет – стрептококки и стафилококки. При этом коленные суставы поражаются в 39 % случаев, тазобедренные – в 26 %, голеностопные – в 13 % случаев.*

Лечение инфекционного артрита проводят только в стационаре.

Артрит микрокристаллический

Это заболевание суставов, связанное с отложением в них микрокристаллов: пирофосфата кальция, оксалатов, уратов натрия, гидроксиапатита кальция. К этому виду артрита относятся артрит при подагре, нарушениях липидного обмена, пирофосфатной артропатии и др. К микрокристаллическому артриту относят заболевания с принципиально различным патогенезом и этиологией, воспалительная реакция при которых связана с фагоцитозом кристаллов, выпадающих в синовиальную жидкость и окружающих ткани из хряща суставов, где они откладываются. Все виды микрокристаллического артрита имеют общую симптоматику – остро развивающийся артрит одного или нескольких суставов.

Заболевание характеризуется сильной нарастающей болью в суставе, его скованностью, выраженной гиперемией и гипертонией. Микрокристаллический артрит продолжается от 2–3 дней до 1 месяца и может закончиться полным выздоровлением. Также возможны рецидивы. Чаще всего заболевание поражает коленный сустав.

Микрокристаллический артрит напоминает подагру, за что назван псевдоподагрой.

Артрит профессиональный

Заболевание относится к категории дистрофических артритов, возникновение которого связано с воздействием комплекса неблагоприятных профессиональных факторов. Профессиональный артрит обычно развивается у людей, чья работа связана с нагрузкой на суставы. Иногда он может возникнуть под воздействием неблагоприятных внешних факторов: переохлаждения, долгого пребывания в месте с повышенной влажностью, физического перенапряжения, резких колебаний температуры и атмосферного давления, интоксикации табаком или алкоголем и т. д.

Признаки профессионального артрита: тупые систематические боли в суставах, особенно ярко выраженные в осенне-весенние периоды и при перемене погоды. Профессиональный артрит может вызывать судороги в мышцах, их болезненность, ограничение подвижности суставов. Никаких воспалительных процессов при этом не наблюдается, сустав не деформируется. Состав крови остается в норме, температура тела не изменяется.

Избавиться от ломоты в суставах поможет баня. При посещении бани можно использовать веник из эвкалиптовых веток. Эфирные масла эвкалипта не только устраняют ломоту в суставах, но и благотворно влияют на сердечно-сосудистую и нервную систему.

Артрит псориатический

Заболевание характеризуется хроническим воспалительным поражением суставов, сочетающимся с псориазом кожи и ногтей. Артрит возникает у 5–7% больных псориазом, которым страдают 1–2% населения. Чаще всего артрит возникает на фоне явных поражений кожи, хотя он может проявиться и задолго до кожных высыпаний, или при единичных псориатических бляшках. По этой причине четкой взаимосвязи между проявлениями и течением кожного и суставного синдромов не выявлено. Развитие псориатического артрита чаще всего провоцируют стрессы и перенесенные инфекционные заболевания.

Псориатический артрит схож по симптоматике с ревматоидным артритом, хотя существуют и различия. Отличительными симптомами псориатического артрита являются:

- несимметричное поражение суставов;
- раннее поражение большого пальца стопы;
- багрово-синюшная окраска кожи над пораженным суставом;
- болезненность суставов;
- припухлость суставов;
- частое поражение нескольких суставов на пальцах;
- боли в пятках.

Еще одним характерным признаком псориатического артрита является диактелит – одновременное поражение 3 суставов одного пальца с вовлечением в этот процесс сухожилия его сгибателя. Происходит утолщение всего пальца, окрашивание кожи над суставом в багрово-синюшный цвет, человек испытывает болевые ощущения по ходу сухожилия, палец становится малоподвижным.

Артрит такого типа начинается обычно в возрасте 20–50 лет и наблюдается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Во многих случаях воспаление суставов проявляется одновременно с поражением кожи. Лишь в некоторых случаях артрит предшествует псориазу.

Воспаление суставов может развиваться как остро, так и постепенно, не ограничивая движений и не вызывая боли. В большинстве случаев боль и припухлость в течение длительного времени локализована в одном суставе, без тенденции распространения на другие. Чаще всего поражаются межфаланговые суставы кистей и стоп, особенно первых пальцев, проксимальные межфаланговые или дистальные межфаланговые суставы, коленный или лучезапястный сустав. В дальнейшем припухлость и боль возникают в непарных суставах, что значительно отличает данное заболевание от ревматоидного артрита. Со временем возможно развитие полиартрита.

Также проявлениями псориатического артрита являются поражение позвоночника, схожее по типу с болезнью Бехтерева, энзетопатия пяточных областей (воспаление подпяточной сумки), поражение ахиллова сухожилия, что зачастую сопровождается сильными болевыми ощущениями в стопах и затрудняет самостоятельное передвижение больного.

Ученые исследовательского института Орегоны (США) считают, что ходить по мощеным булыжником улицам гораздо полезнее, чем по асфальтированным тротуарам. При ходьбе по неровным поверхностям задействуется вся мускулатура ног.

Среди мужчин моложе 35 лет, страдающих тяжелым атипичным псориазом, встречаются случаи особенно тяжелого течения псориатического артрита, который отличается от других лихорадкой, исхуданием, ознобом, слабостью, воспалением многих суставов, поражением внутренних органов: нервной системы (периферический неврит и полиневрит), сердца (миокардит), почек (диффузный гломерулонефрит). Также псориатический артрит может вызвать язвенное поражение слизистой оболочки полости рта и поражение глаз (конъюнктивит, эписклерит).

Лечение псориатического артрита должно проходить комплексно и проводиться под наблюдением дерматолога. Следует помнить, что лечение кожных проявлений псориаза не приводит к уменьшению симптомов артрита. Без лечения псориатический артрит может сильно деформировать сустав, что нередко приводит к инвалидности. Основными целями лечения артрита являются:

- уменьшение псориатических проявлений на коже и ногтях;
- снижение активности воспалительного процесса в суставах, позвоночнике и местах прикрепления сухожилий;
- замедление процесса разрушения суставов;
- снижение потребности в эндопротезировании суставов;
- сохранение качества жизни и активности больного.

На данный момент не существует средства, которое бы полностью излечило псориатический артрит. Однако существует множество методик, способствующих уменьшению болезненных проявлений. Современные препараты позволяют управлять болезнью, практически полностью устраняя симптомы заболевания.

Традиционно заболевания суставов лечат с помощью УВЧ. Регулярное проведение терапии поможет не только снять болевой синдром, но и значительно улучшить состояние больного.

Артрит ревматоидный

Ревматоидный артрит – хроническое системное заболевание соединительной ткани, иммуновоспалительный процесс, приводит к поражению периферических суставов конечностей с развитием в них эрозивно-деструктивных изменений.

Ученые полагают, что ревматоидный артрит развивается в результате инфекции, вызывающей нарушения иммунной системы у лиц, наследственно предрасположенных к этому заболеванию. При этом из антител и вирусов образуются иммунные комплексы, которые откладываются в тканях и приводят к повреждению суставов. Однако точные причины возникновения заболевания неизвестны до сих пор.

Ревматоидным артритом значительно чаще болеют женщины, чем мужчины. На 3 женщин, страдающих этим заболеванием, приходится всего 1 мужчина.

Заболевание проявляется стойким артритом с ранним преимущественным поражением мелких суставов стоп и кистей. Основными симптомами ревматоидного артрита являются боль и припухлость в суставах, слабость и утомляемость, утренняя скованность в суставах, ухудшение аппетита, повышение температуры тела.

Ревматоидный артрит впервые может проявиться после тяжелой физической нагрузки, утомления в период гормональной перестройки, эмоционального шока, воздействия неблагоприятных факторов или инфекций, утомления. Начало заболевания проходит постепенно. Если не проводить своевременного лечения, ревматоидный артрит прогрессирует, поражая все новые суставы. Довольно часто воспаляются колени и голеностопные суставы. Заболевание носит волнообразный характер, то есть периоды ухудшения самочувствия у больного сменяются периодами неожиданных улучшений. Состояние больного может ухудшаться после переохлаждения и стресса. Кроме того, со временем к поражению суставов прибавляются различные осложнения со стороны других органов.

До 70 % людей, страдающих ревматоидным артритом, довольно рано становятся инвалидами. Инфекционные осложнения и почечная недостаточность нередко становятся причинами летального исхода.

Для развернутой стадии болезни характерен деформирующий деструктивный артрит. Для ревматоидного артрита типичны деформации пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных и плюснефаланговых суставов. В отдельных суставах могут преобладать воспалительные или фиброзно-пролиферативные изменения. Изменения в суставах носят в основном смешанный характер.

При серопозитивной (по ревматоидному фактору) форме ревматоидного артрита характерны внесуставные проявления:

- ревматоидные (подкожные) узелки, которые чаще располагаются в области локтевого сустава;
- серозиты, то есть умеренно выраженные адгезивные (спаечные) плевриты и перикардиты;
- лимфоденопатия, периферическая невропатия (асимметричное поражение дистальных нервных стволов с расстройствами чувствительности), редко двигательные расстройства;
- кожный васкулит.

Рентгенологически выделяют 4 стадии ревматоидного артрита:

I стадия (начальная) – околосуставный остеопороз;

II стадия – остеопороз и сужение суставной щели;

III стадия – сочетание признаков II стадии и эрозии костей;

IV стадия – сочетание признаков III стадии и анкилоза суставов.

10-15 % больных ревматоидным артритом развивается амилодоз, который приводит к поражению почек. Для этой болезни свойственны постепенно нарастающая протеинурия,

нефротический синдром, а позже и почечная недостаточность. Ревматоидный артрит, который не только поражает суставы, но и вызывает силеномегалию и лейкопению, называется синдромом Фелти.

Лечение ревматоидного артрита заключается в основном в снятии болевых ощущений, замедлении развития заболевания, а также восстановлении поврежденных участков с помощью хирургического вмешательства.

Термин «ревматоидный артрит» был предложен Гэрродом в 1859 году. Этот термин был поставлен английским врачом как бы в противовес 2 известным в то время заболеваниям – подагре и ревматизму.

Синдром псевдосептический

Псевдосептический синдром является наиболее тяжелой формой ревматоидного артрита с висцеральной патологией. У больных на фоне выраженного суставного синдрома развиваются признаки поражения внутренних органов.

Обычно она наблюдается у молодых людей. Характерные признаки заболевания: лихорадка с резким вечерним подъемом температуры тела и ее падением в утренние часы, сопровождаемая повышенной потливостью, озноб, обильное потоотделение, атрофия мышц, сужение суставной щели, анкилоз, сыпь. По мере развития болезни наблюдаются отклонения, затрагивающие жизнедеятельность внутренних органов, глаз, нервной системы.

Очень важно вовремя выявить наличие болезни, поскольку она развивается стремительно и приводит к множественному поражению внутренних органов.

Заболевание проявляется увеличением лимфатических узлов, печени, селезенки. Псевдосептический синдром в самом начале развития достаточно трудно диагностировать, поскольку высокая температура, полисерозит, признаки поражения сердца и общее истощение часто заслоняют суставные проявления заболевания.

Очень важно выявить болезнь на ранних стадиях ее развития, так как псевдосептический синдром стремительно приводит к множественному поражению внутренних органов.

Синдром Стилла

Эта форма ревматоидного артрита развивается в основном у детей в возрасте 2–4 лет, но встречается также и у взрослых. Первые проявления заболевания: постепенное увеличение и уплотнение лимфоузлов и селезенки, повышение температуры тела. Затем в воспалительный процесс вовлекаются серозные оболочки органов (плеврит, перикардит). Нередко заболевание характеризуется развитием полиморфной экзантемы, поражается слизистая глаз (иридоциклит). Также значительные изменения наблюдаются в крови: резко увеличивается СОЭ, развивается анемия, в отдельных случаях – лейкопения. Изменения затрагивают также костно-суставной аппарат. Наблюдается симметричное опухание суставов, сначала мелких, а затем крупных. Заболевание поражает чаще всего лучезапястные, запястно-пястные, предплюсневые, плечевые и тазобедренные суставы. В некоторых случаях страдает позвоночник.

Основными признаками этой формы артрита являются довольно продолжительная лихорадка септического типа, повышенная потливость и озноб. Иногда наблюдаются и кожные проявления: на теле появляется сыпь, не сопровождаемая зудом. На поздних стадиях заболевания происходит узурация хряща, наблюдается неподвижность суставов и задержка роста конечностей.

Синдром Фелти

Синдром Фелти – это синдром, характеризующийся поражением суставов, увеличением селезенки и нейтропенией, то есть снижением количества нейтрофилов. Также синдром Фелти характеризуется сочетанием полиартрита, спленомегалии, анемии и пигментации кожи конечностей. Синдром Фелти – это форма ревматоидного артрита у взрослых. У 1–5% людей, страдающих ревматоидным артритом, обнаружен синдром Фелти. Эту небольшую группу людей в основном составляют женщины старше 50 лет.

Развитие синдрома Фелти – сложный процесс и до конца не изученный. Нейтропения, которой характеризуется синдром, развивается в связи с циркуляцией иммунных комплексов, нарушающих функции нейтрофилов, способствуя их ускоренному распаду в селезенке. В цитоплазме нейтрофилов ученые обнаружили включения, которые состоят из комплекта и иммуноглобулинов. В этом процессе главную роль играют специфические антитела к лейкоцитам, в том числе и к нейтрофилам, которые обнаружены у больных синдромом Фелти, а также клеточные и гуморальные факторы, угнетающие созревание лейкоцитов в костном мозге.

Синдром Фелти наиболее часто развивается на фоне длительного течения ревматоидного артрита, хотя этот синдром может начинаться остро, с быстрым поражением органов. Проявляться синдром Фелти начинает, как обычный ревматоидный артрит: боли и припухлость в суставах, увеличение лимфоузлов, лихорадка. При этом на ранних стадиях развития синдрома может и не быть увеличения селезенки, но нейтропения (лейкопения) появляется рано. На следующем этапе развития синдрома Фелти прогрессирует увеличение селезенки, которая может достигать достаточно больших размеров. В большинстве случаев развивается пигментация кожи. Общее состояние также ухудшается: наблюдается общая слабость, пропадает аппетит, происходит атрофия мышц. Имеют место системные проявления, обусловленные ревматоидным васкулитом: увеличение печени, легочный фиброз и др. В крови наблюдаются иммунные сдвиги, присущие ревматоидному артриту: лейкопения, вплоть до агранулоцитоза, в дальнейшем – анемия и тромбоцитопения. Зачастую происходит присоединение вторичной инфекции.

В 1924 году американский врач Фелти впервые описал синдром, который позже был назван его именем.

Осложнения при синдроме Фелти: разрыв селезенки, портальная гипертензия с желудочно-кишечным кровотечением, интеркуррентные инфекции.

Медицинские работники до сих пор не могут назвать преимущества того или иного лекарственного средства в лечении синдрома Фелти, но среди базисных препаратов отдается предпочтение солям золота и метотрексату. Для лечения нейтропении медики используют гранулоцитостимулирующий фактор.

Артропатия пирофосфатная

Это заболевание вызвано отложением в суставах кристаллов пирофосфата кальция. Заболевание развивается у лиц старше 55 лет, причем одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Различают формы заболевания, обусловленные генетической предрасположенностью, а также случаи, когда пирофосфатная артропатия развивается как проявление других заболеваний, в частности гемохроматоз, болезнь Вестфаля – Вильсона – Коновалова, гиперпаратироз. Однако по большей части никаких предпосылок к развитию заболевания не существует. Каких-либо системных нарушений метаболизма неорганического фосфата или

кальция, а также повышения уровня этих показателей в крови, в отличие от подагры, при пирофосфатной артропатии не наблюдается. Предположительно имеются местные нарушения метаболизма пирофосфата и кальция в тканях суставов.

Заболевание начинается с отложения кристаллов пирофосфата кальция в хрящевой ткани суставов. Когда они попадают в полость сустава, возникает воспаление. Фосфатная артропатия может протекать в острой форме, поражая один сустав, но иногда развивается олигоартрит, при котором затрагивается несколько суставов. Наиболее часто заболеванию подвержены коленные суставы.

Иногда течение заболевания схоже с остеоартрозом. При этом боль в суставе умеренная, но постоянная. Поражению подвержены чаще всего коленные, лучезапястные, голеностопные и некоторые другие суставы, не характерные для остеоартроза. Время от времени боль в пораженном суставе может усиливаться.

Ранний осмотр выявляет небольшое воспаление в области сустава. Поставить правильный диагноз помогает рентгенография, которая выявляет извествление мениска в области коленных, лучезапястных суставов, лонного сочленения, а также суставного хряща. Отмечаются признаки, характерные и для остеоартроза. Такую форму заболевания называют псевдоостеоартрозом.

Известны и другие клинические формы заболевания, например форма, напоминающая ревматоидный артрит. В этом случае наблюдается хроническое воспаление мелких суставов кистей рук.

При развитии острого артрита применяют нестероидные противовоспалительные средства, в остальном лечение симптоматическое: лечебные средства подбираются в зависимости от симптомов.

При отсутствии противопоказаний баня и сауна являются прекрасным средством профилактики многих заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Подагра

Это заболевание суставов, обусловленное отложением солей мочевой кислоты. Подагра, или подагрический артрит, поражает в основном суставы пальцев стопы, хотя это заболевание также может затрагивать и суставы кистей и пальцев рук, локтей и коленей.

Причины возникновения заболевания разнообразны: наследственная предрасположенность, чрезмерное употребление алкоголя, избыточное содержание в рационе мясных продуктов, копченостей, жирной рыбы, стрессы. Все эти факторы неизбежно вызывают повышение в крови уровня мочевой кислоты и ее солей – уратов. Также продуктами, содержащими избыточное количество пуринов, которые являются общепризнанными факторами риска для развития подагры, считаются такие продукты, как печень, почки, грибы, язык, арахис, бобовые, шоколад, шпинат, чай и кофе.

Термин «подагра» дословно переводится с греческого как «нога в капкане». Это заболевание одним из первых было описано в медицине. Ранее его называли «панской хворобой», «болезнью аристократов», «королевской болезнью» и даже считали признаком гениальности.

Причиной возникновения подагрического артрита также может стать почечная недостаточность и некоторые болезни крови.

Подагру относят к болезням «ошибок метаболизма». Подагрический артрит связан с почти постоянной гиперурикемией, то есть с повышением содержания мочевой кислоты в ткани суставов, почек, сосудистых стенок, сердца, глаз и др. Если не наблюдается выпадения

микрокристаллов мочевой кислоты в тканях, существует лишь единственный фактор риска развития подагры – гиперурикемия.

В норме мочевая кислота – конечный продукт обмена некоторых веществ – попадает в кровь и выводится благодаря работе почек. В некоторых случаях концентрация мочевой кислоты в крови может достаточно сильно увеличиваться. Это происходит в связи с усиленным образованием мочевой кислоты или с недостаточным ее выведением. При увеличенном содержании в организме мочевой кислоты (ураты) ее соли кристаллизуются и откладываются в суставах, что, в свою очередь, вызывает воспаление и сильную боль. Помимо этого, соли мочевой кислоты могут накапливаться в коже, образуя тофусы, то есть узелки, а также в почках, образуя камни – конкременты.

Различают первичную (наследственную) и вторичную подагру. Первичную подагру связывают с наследуемыми генетическими дефектами. В результате наблюдается либо гиперпродукция мочевой кислоты в организме (метаболическая форма), либо нарушение ее экскреции почками (почечная форма). Также нередко наблюдается смешанная форма заболевания. Часто подагра является составляющей наследуемого метаболического синдрома, который включает в себя сахарный диабет, ожирение, повышение артериального давления и гиперлипидемию.

Вторичная подагра встречается гораздо реже. Она связана с приобретенной, значительной и длительной гиперурикемией.

Нередко развитие подагрического артрита сопровождается поступлением микрокристаллов мочевой кислоты в ткани, что становится причиной развития синовита суставов и интерстициальным нефритом почек.

Проявляется подагра, как правило, приступом острого артрита. Наблюдаются сильно выраженный болевой синдром в суставах, отек, покраснение участка кожи над суставом, иногда синюшность. Общее состояние организма при подагрическом артрите ухудшается из-за повышенной температуры тела, головной боли, быстрой утомляемости. В основном боль в суставе проходит через 4–5 дней, а полностью его функции восстанавливаются в течение 8–10 дней. Для подагры характерно обострение в ночной период. Боль в суставе нарастает очень быстро и за пару часов может достигнуть максимума. Пораженный сустав становится практически неподвижным.

Первое классическое описание симптомов подагры дал в 1683 году Т. Синегам. Связь подагры с повышенным уровнем мочевой кислоты в крови определил в 1848 году Гэррод, а в 1899 году Фрейдельтер обнаружил в суставной жидкости больных подагрой кристаллы уратов.

Подагрический артрит в некоторых случаях поражает лишь большой палец стопы – плюснефаланговый сустав, хотя боли могут возникать практически в любых суставах. Первое проявление заболевания сменяется периодом затишья, который может продолжаться в течение нескольких лет. При этом наблюдается практически полное восстановление функций сустава. Затем приступы острого артрита повторяются, вновь сменяясь периодами затишья, но уже более короткими (2–3 месяца).

Подагра считается мужским заболеванием, поскольку сильная половина страдает им в 20 раз чаще, чем представительницы прекрасного пола. В основном заболеванию подвержены мужчины старше 40 лет. У женщин подагрический артрит развивается в основном после менопаузы.

Легкие травмы, быстрая ходьба, длительный покой, простудные заболевания, курение, алкоголь, переедание, переохлаждение могут вызвать обострение подагры. Зачастую заболевание сопровождается ожирением, сахарным диабетом, поражением сердечнососудистой системы, атеросклерозом.

Лечение подагры назначается врачом после обследования. Рекомендуется регулярно контролировать уровень мочевой кислоты в крови, а также стараться придерживаться здорового образа жизни людям, в чьей семье есть случаи этого заболевания.

Большую роль в профилактике заболевания играет правильное питание, поскольку подагра часто возникает у лиц с повышенной массой тела и высоким артериальным давлением. Диету следует основывать на растительной пище, исключив бобовые, щавель и редис. Рекомендуется употреблять как можно больше воды и зеленого чая, исключив из рациона все продукты, содержащие пуриновые вещества. Хорошей профилактикой заболевания является физический труд, занятие физкультурой и спортом, курортное лечение. Однако резкая потеря веса также может привести к обострению подагры, поэтому любую программу по снижению веса следует проводить под контролем врача.

Артроз

Это дистрофическое заболевание суставов, связанное с медленной дегенерацией и разрушением внутрисуставного хряща.

К артрозу относятся многие хронические заболевания суставов дегенеративно-дистрофического характера, в основе которых лежит раннее изнашивание хряща. Этот процесс связывают с нарушением обмена веществ, большой нагрузкой на суставы у людей определенных профессий, малоподвижным образом жизни. Зачастую причиной возникновения заболевания становится полное или частичное выключение ряда гормонов, так, например, половые гормоны замедляют дистрофическое поражение хряща.

Артроз не воспалительное заболевание и поэтому не имеет ничего общего с артритом или хроническим полиартритом, при которых воспаление сустава основывается на реактивном патологическом изменении состава суставной жидкости. Боли при артрозе менее интенсивны, чем при артрите. Воспалительных явлений либо вообще нет, либо они слабо выражены, как, например, при наличии вторичного синовита. Протекание заболевания более доброкачественное, без пролиферативных явлений и без значительного ограничения функции сустава. Лихорадка, озноб и повышенное потоотделение отсутствуют.

Артроз может поражать как крупные, так и мелкие суставы, в том числе позвоночник (болезнь Бехтерева).

Из-за нарушения процесса обмена веществ и образования излишка мочевой кислоты и ее солей вследствие неполного сгорания азотистых веществ соли откладываются в тканях и суставах, травмируя их и вызывая острую боль. Нередко образуются шипообразные костные разрастания. По ходу развития заболевания постепенно разрушаются связки, хрящи, кости, что иногда приводит к вывиху суставов, деформации кистей рук, а также к возникновению воспалительных процессов в суставно-сухожильном аппарате кистей.

Мышцы атрофируются, уменьшаются в размерах, становятся слабыми, нарушается нормальный баланс между мышцами-антагонистами (например, между сгибателями и разгибателями). На предплечьях и голених появляются подкожные плотные подвижные узелки величиной с грецкий орех. Если заболевание запущено, воспаление затрагивает внутренние органы: почки, сердце, легкие. Нередко больные страдают малокровием, худеют. Без правильного лечения подверженный артрозу сустав не только разрушается сам, но и нарушает биомеханику позвоночника и других суставов – отсюда грыжи межпозвоночных дисков и артроз других суставов.

Перед началом лечения артроза следует устранить причины, вызвавшие болезнь. Необходимым элементом в комплексном лечении заболевания является лечебная физкультура, которая способствует замедлению развития контрактур, гипотрофии мышц. Лечебная гим-

настика также поддерживает устойчивость пораженных суставов к нагрузкам, помогает развить компенсаторные навыки за счет подключения других, непораженных отделов опорно-двигательного аппарата.

При артрозе нижних конечностей рекомендуются дозированные пешие прогулки.

Гемартроз

Это кровоизлияние в полость сустава. Заболевание возникает после травм суставов, в большинстве случаев в результате внутрисуставных повреждений, в частности разрыва капсулы, мениска, вывиха, подвывиха, перелома. Наиболее частая локализация – коленный сустав.

В результате травмы кровь заполняет полость сустава и его завороты. Возникает боль, объем сустава увеличивается, ограничиваются его двигательные функции, любое движение болезненно. Для того чтобы выявить гемартроз и исключить наличие прочих травм, необходимо сделать рентгенограмму сустава. Если вовремя не приступить к лечению заболевания, оно перейдет в хроническую форму и приведет к развитию синовита. Если к заболеванию присоединится инфекция, возможно развитие гнойного артрита.

Показана транспортировка больного в стационар, где в асептических условиях делают пункцию сустава, удаление крови. Затем на коленный сустав накладывают давящую повязку в виде кольца и заднюю гипсовую лангету (на 2–3 недели). Уже после этого больному прописывают различные физиотерапевтические средства и назначают лечебную гимнастику.

Занимаясь активными видами спорта, например футболом или баскетболом, следует применять различные защитные приспособления, чтобы избежать травм и гемартроза.

Искусственные суставы

При серьезном повреждении сустава показано оперативное вмешательство, то есть артроскопия. Суть этой операции заключается в том, что через небольшие отверстия в сустав вводят миниатюрную видеокамеру и микроинструменты, с помощью которых сустав промывают, удаляют из него мелкие кусочки поврежденной хрящевой ткани и костные осколки. Затем внутреннюю поверхность сустава шлифуют. После такой микрооперации исчезают болезненные ощущения, и человек вновь обретает возможность двигаться свободно.

В 2004 году в Европе было сделано около 400 000 операций по замене тазобедренного сустава на эндопротез.

В более тяжелых случаях, когда сустав не подлежит лечению, артроскопия не является выходом из сложившейся ситуации. В таком случае требуется замена сустава на искусственный. Такая операция называется эндопротезированием. В наши дни изготавливаются эндопротезы из биологически инертных материалов, поэтому они, как правило, не вызывают реакции отторжения. Уже спустя несколько месяцев после операции наблюдается частичное или полное восстановление мышц и связок. Почти в 95 % случаев такое лечение эффективно. Через некоторое время пациенты перестают ощущать какие-либо неудобства, связанные со вживлением искусственного сустава.

В настоящее время в мире делается приблизительно 800 000 операций в год по замене суставов. Ранее искусственные суставы изготавливались из титановых сплавов, в настоящее время – из керамики и полимерных материалов, исключая эффект отторжения.

В редких случаях оперативное вмешательство вызывает осложнения. Это может быть связано с инфицированием протеза. Возможно разрушение окружающих протез тканей, в результате чего повторное оперативное вмешательство оказывается практически невозможным. В связи с этим американские специалисты предлагают использовать протезы, которые выделяют антибиотики в окружающие ткани, таким образом предотвращая инфицирование организма.

Порой операция становится жизненно необходимой, но окончательное решение может принять только сам пациент.

Контрактура суставов

Это ограничение подвижности сустава, обусловленное патологическими изменениями мягких тканей, которые связаны с функционированием данного сустава. Сведение сустава может быть в положении сгибания (сгибательная контрактура), разгибания (разгибательная контрактура), приведения (приводящая контрактура), отведения (отводящая контрактура) и, наконец, ротации (ротационная контрактура). Степень нарушения функции сустава и объем движений в нем характеризуют тяжесть контрактуры.

Различают врожденную и приобретенную контрактуру. Врожденная контрактура наблюдается в крайне редких случаях и обычно проявляется в виде косолапости. Как правило, контрактуры бывают приобретенными и носят неврогенный характер. Причинами их возникновения могут стать заболевания или травмы нервной системы. Также заболевание нередко носит посттравматический характер, часто являясь следствием внутрисуставных или околосуставных повреждений, травм или ожогов мягких тканей с последующим развитием рубцов.

Лечение контрактур должно быть ранним и комплексным, по показаниям может быть оперативным. Активно применяются лечебная гимнастика, физиотерапия, массаж и другие средства. Рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Очень важно при травмах и заболеваниях нервной системы, при ожогах и наложении аппаратов чрезкостной фиксации систематически проводить пассивную и активную лечебную гимнастику.

Полноценный сон является залогом нормальной деятельности нервной системы и всего организма.

Ложный сустав

Ложный сустав, или псевдоартроз, – это нарушение непрерывности кости с развитием подвижности, не свойственной данному ее отделу. Различают врожденные и приобретенные ложные суставы. Врожденный ложный сустав может образоваться в связи с внутриутробным нарушением костеобразования. Приобретенные ложные суставы могут стать последствием инфицирования, расстройства кровоснабжения кости, подвижности отломков. В большинстве случаев это явление развивается из-за преждевременного снятия гипсовой повязки, в результате чего в зоне перелома вместо костной формируется соединительная и хрящевая ткань. Реже ложный сустав образуется после ортопедической операции на костях, например остеотомии, и при патологическом переломе.

Клиническая картина при заболевании: подвижность в области патологического очага, безболезненная (в большинстве случаев) деформация конечности, гипотрофия мышц, нарушение опорной и двигательной функции конечности, в редких случаях – ее укорочение.

Существуют также тугие ложные суставы, которые возникают в результате развития массивного рубца между отломками. Данные рентгенологического исследования выявляют малую щель между ними.

Щель между отломками кости, образующими ложный сустав, заполнена не костной мозолью, а соединительной тканью. При прогрессировании ложного сустава подвижность в нем может увеличиваться, образуется неоартроз (новый сустав), в котором имеются капсула и суставная полость, содержащая синовиальную жидкость, а сочленяющиеся концы кости покрыты хрящом. Боли и нарушения функции сустава не наблюдаются.

При болях и утрате функции показано оперативное лечение. Если к этому существуют какие-либо противопоказания, рекомендуется ношение ортопедических аппаратов.

Остеоартроз

Это дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов костей, причиной которого является поражение хрящевой ткани суставных поверхностей. В отличие от артрита, при остеоартрозе воспалительный компонент непостоянен и выражен слабо.

Причины возникновения заболевания: нарушение обмена веществ и гормонального фона, ухудшение кровоснабжения сустава, наследственная предрасположенность к заболеваниям хрящевой ткани, пожилой возраст, травмы, ревматоидный артрит и псориаз. Самой распространенной причиной остеоартроза является несоответствие между нагрузкой на суставы и способностью хрящей сопротивляться ей. Процесс может обуславливаться избыточным весом, работой на ногах, нарушениями осанки, занятиями некоторыми видами спорта (прыжки, бег или поднятие тяжестей).

Из всех заболеваний суставов остеоартроз является наиболее распространенным. По статистике, от него страдает 10–16 % населения земного шара, в основном женщины в возрасте 45–55 лет. Различают первичный (идиопатический) и вторичный остеоартроз. Вторичный остеоартроз может быть вызван дисплазией суставов и костей или травмой сустава. Нередко причинами развития болезни становятся охроноз, гипотиреоз и другие заболевания, приводящие к повреждению суставных хрящей. Если все эти причины отсутствуют, речь идет о первичном остеоартрозе.

При остеоартрозе первичная дегенерация хряща приводит к изменениям других тканей сустава: уплотнению кости (остеосклероз), ее разрастанию (остеофит), разрастанию синовиальной оболочки с развитием реактивной гиперемии, очаговому воспалению (синовит) и последующему фиброзу. Поскольку все эти изменения взаимосвязаны, заболевание стремительно прогрессирует. Суставной хрящ теряет свою эластичность, суставные поверхности становятся шероховатыми, на них появляются трещины. В некоторых местах хрящ может стираться настолько, что обнажается кость. Это приводит к снижению упругости хряща и, соответственно, к нарушению работы суставов.

Позднее к артрозу присоединяется воспалительный процесс, происходит разрастание костной ткани. При этом наблюдается боль в суставе при движениях, слышен хруст. Постепенно изменяется форма сустава и ограничивается объем движений в нем. Наибольшим изменениям подвержены тазобедренные и коленные суставы. Нередко поражаются суставы шейного и поясничного отдела позвоночника, а также суставы фаланг пальцев рук.

«Одно из условий выздоровления – желание выздороветь» (Сенека).

Из-за венозного застоя, а также при наличии склеротических бляшек в артерии, питающей шейку бедренной кости, нарушается кровоснабжение головки бедра. Это ведет к гипоксии тканей. Недостаток витаминов, микроэлементов, пластического материала приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов, что, в свою очередь, влияет на появление дистрофических изменений в головке и шейке бедренной кости, а также в костях таза, составляющих вертлужную впадину.

Заболевание особенно быстро прогрессирует у людей, имеющих лишний вес, или у пациентов, ведущих неподвижный образ жизни, а также после травматических повреждений костей и суставов конечностей, в некоторых случаях при выраженных длительных перегрузках сустава.

Начинается заболевание с неприятных ощущений во время сгибания конечности и похрустывания сустава во время движения. С годами, если не лечить заболевание, появляется ощущение боли при движении. При остеоартрозе тазобедренного сустава боль идет от верхней части бедра и отдает в колено (обычно при ходьбе). Людям, страдающим артрозом колена, боль мешает спускаться по лестнице. Если затронут плечевой сустав, трудно поднять и опускать руку.

Для остеоартроза характерно возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание ее за период ночного отдыха. Кратковременная боль возникает после покоя и вскоре проходит во время двигательной активности. Со временем болезнь прогрессирует, и тогда любое движение начинает причинять нестерпимую боль, а сустав деформируется и теряет подвижность. На данном этапе болезни поврежденный хрящ уже не восстанавливается, можно лишь уменьшить воспалительный процесс и снять болевой синдром.

Как правило, остеоартроз развивается постепенно, начинается с поражения одного сустава, а через определенное время в процесс включаются и другие суставы, чаще всего те, которые компенсаторно брали на себя повышенную механическую нагрузку, чтобы разгрузить первоначально пораженный сустав.

«Физические упражнения могут заменить множество лекарств, но ни одно лекарство в мире не может заменить физические упражнения» (А. Мюссе).

Люди, страдающие остеоартрозом, должны как можно больше двигаться. В противном случае состояние больного еще более ухудшается. Положение усугубляется нарушением работы органов сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем. Получается замкнутый круг. Для успешного лечения необходимо вначале устранить внешние причины, ведущие к развитию болезни, а затем принять меры, влияющие на изменение обменных процессов во всем организме и в суставном хряще в частности.

Переутомление, перегрузка сустава, переохлаждение, инфекционные и токсические воздействия ведут к вторичному воспалению сустава. В их предупреждении заключается вторичная профилактика остеоартроза.

Остеоартроз коленных суставов

Остеоартроз коленных суставов (гонартроз) протекает в более легкой форме, чем коксартроз, и реже приводит к инвалидности больного.

Первичный гонартроз наблюдается в большинстве случаев у женщин, особенно часто у лиц, страдающих ожирением и нарушением кровообращения нижних конечностей вследствие варикозной болезни. Первые признаки заболевания обычно появляются в возрасте 40–

50 лет. Гонартроз может быть как односторонним, так и двусторонним. При ходьбе и особенно при спуске и подъеме по лестнице возникает сильная боль. Ее появление также возможно при длительном стоянии. В этом случае болевой синдром нередко сопровождается ощущением подкашивания ног. Довольно часто ощущения локализуются в переднем и медиальном отделах сустава, при этом боль может иррадиировать в голень. Также отмечаются ночные боли.

На прогрессирующей стадии болезни происходит деформация сустава и постепенно ограничивается его сгибательная функция. В некоторых случаях возникает умеренная сгибательная контрактура коленного сустава. Ослабление коллатеральных и крестообразных связок, а также развитие атрофии четырехглавой мышцы бедра приводит к нестабильности сустава, что проявляется возможностью боковых смещений голени при исследовании пассивных движений, а также симптомом «выдвижного ящика». Может сформироваться порочная установка коленных суставов в виде прогрессирующей варусной (О-образной) деформации, что обусловлено выраженной деструкцией хряща медиального отдела большеберцово-бедренного сустава и в тяжелых случаях приводит к инвалидности больного.

При значительном разрушении хряща латерального отдела надколенно-бедренного сустава возникает наружный подвывих надколенника. Во многих случаях наблюдается вторичный синовит, который иногда сопровождается скоплением в полости сустава синовиального выпота со слабо выраженными признаками воспаления. Нередко вторичный синовит принимает затяжной характер (до нескольких месяцев) или переходит в хроническую форму, что может приводить к образованию субпателлярной или подколенной кисты. Варусная деформация коленных суставов, обусловленная гонартрозом, иногда осложняется развитием остеонекроза медиального мыщелка бедра с отделением костного сегмента.

В медиальном отделе сустава, который испытывает наибольшую нагрузку, возникают наиболее выраженные изменения. На ранней стадии гонартроза сужение суставной щели лучше выявляется в положении больного стоя. Образование остеофитов вначале характеризуется вытягиванием и заострением межмыщелкового возвышения большеберцовой кости, где прикрепляются крестообразные связки. В последующем формируются остеофиты в задней части мыщелков бедренной и большеберцовой кости, а также латеральные остеофиты надколенника. Помимо этого, происходит уплощение и расширение суставных поверхностей эпифизов. При тяжелом гонартрозе и наличии сгибательной контрактуры может возникнуть подвывих большеберцовой кости.

«Пища, которая не переваривается, съедает того, кто ее съел» (Абуль-Фарадж).

Остеоартроз плюснефалангового сустава большого пальца

Это заболевание чаще всего развивается в связи с наличием различных аномалий переднего отдела стопы. Болезнь сопровождается болью в стопе при длительной ходьбе, однако, когда нога находится в покое, боль стихает. При прогрессировании болезни сустав может потерять часть своих двигательных функций, происходит его утолщение и деформация. В некоторых случаях с наружной стороны развивается бурсит (воспаление околосуставных слизистых сумок при проникновении инфекции, трении, повторных ушибах). Это заболевание ухудшает состояние больного, приводит к более частому и интенсивному проявлению болей.

Остеоартроз тазобедренного сустава

Остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз) возникает у людей старше 40 лет. В 50 % случаев это заболевание развивается вследствие дисплазии сустава и является самой неблагоприятной локализацией остеоартроза.

Коксартроз характеризуется болью в тазобедренном суставе при ходьбе, которая стихает в покое и возобновляется после первых же шагов. Зачастую боли ощущаются также в паху, ягодице, бедре, коленном суставе. На ранней стадии поражения тазобедренного сустава боль в нем может отсутствовать.

Постепенное ограничение подвижности тазобедренного сустава проявляется нарушением вначале внутренней ротации, затем отведения и наружной ротации, позже приведения и в последнюю очередь сгибания и разгибания бедра. В выраженных случаях наблюдается вынужденное положение конечности: небольшое сгибание в тазобедренном суставе, приведение и наружная ротация. Пораженная сторона таза компенсаторно приподнята. В связи с этим больная нога кажется короче. Крен таза часто сопровождается боковым искривлением позвоночника. В развернутой стадии выявляется атрофия мышц бедра и ягодицы. Остеоартроз тазобедренного сустава приводит к нарушениям походки. Прогрессирующее нарушение функции тазобедренных суставов нередко становится причиной инвалидности.

Существенные осложнения вызывает присоединение такого заболевания, как синовит. Следует помнить, что в первую очередь необходимо избавиться от причин возникновения заболевания, обеспечить полноценное лечение синовита, который приводит к деформации суставов. Нарушается их подвижность, появляются рентгенологические признаки деструкции (эрозивный остеоартроз).

Очень важно своевременно выявить и устранить или уменьшить выраженность факторов, которые способствуют развитию заболевания. Необходимо произвести ортопедическую коррекцию, постараться избавиться от избыточной массы тела и т. д.

Помимо терапевтических действий, при лечении этого заболевания применяется пункция сустава, накладывается давящая повязка, производится иммобилизация конечности гипсовым лангетом, назначается физиотерапия. Если синовит переходит в острую форму, лечение проводят в стационаре.

Прекрасным средством при лечении суставов является посещение бани с использованием березового веника. В листьях березы содержатся дубильные вещества, эфирное масло, витамин С, каротин и смолы.

При наличии стойких болевых ощущений и при существенном нарушении функции пораженного сустава рекомендуется хирургическое вмешательство.

Отек суставов

Как правило, отек суставов является симптомом какого-либо нарушения в организме. Отек сустава может развиваться после травмы вследствие небольшого внутреннего кровотечения, что приводит к растяжению кожи и других окружающих сустав тканей. Помимо этого, причиной отека суставов может стать целый ряд других факторов, например рецидив старой травмы, ведущий к накоплению некоторого количества жидкости внутри сустава. Иногда ранее поврежденный сустав реагирует отеком на изменения погоды.

Причинами отека часто являются артрит и артроз. Поэтому, если отечность сопровождается болевыми ощущениями, следует обратиться к врачу. Если, помимо отека, в области сустава возникает покраснение кожи и местное повышение температуры, скорее всего в

суставе идет воспалительный процесс. Воспаление может быть вызвано проникновением в сустав сквозь поврежденную кожу бактерий, вирусов и грибков, то есть любых патогенных микроорганизмов.

Холод, в частности лед, способствует снятию отечности в области пораженных суставов, если она не вызвана инфекцией, значительно уменьшает боль, помогает восстановить функции сустава.

Если отек образовался в результате заболевания суставов, околосуставных мягких тканей, костей или кожи, назначается курс лечения, направленный на снятие симптомов основного заболевания (в большинстве случаев рекомендуется прием антибиотиков). Дополнительными средствами лечения являются массаж, лечебная гимнастика, компрессы и пр. При инфекционных заболеваниях суставов используются теплые компрессы, поскольку тепло способствует расширению кровеносных сосудов и улучшает обмен веществ в пораженной области.

В тех случаях, когда отек возникает в результате ушиба или другой небольшой травмы, можно использовать различные компрессы и примочки для его снятия. Помогают холодные примочки. Это может быть обычная грелка, наполненная льдом, которую прикладывают к отеку области на несколько минут.

Полиартрит

Это заболевание характеризуется воспалительным процессом, затрагивающим одновременно или последовательно несколько суставов. Причины возникновения полиартрита могут быть самыми разными, поэтому протекает он также по-разному.

Полиартрит может возникать вследствие различных инфекционных заболеваний (вирусный гепатит, гонорея) как составляющая аллергии, включая аутоаллергию (аллергия на собственные ткани организма), в ходе нарушений обмена веществ, а также как осложнение после полученной травмы и т. д.

Полиартрит инфекционный

Ткани суставов, в том числе и синовиальная оболочка, пронизаны большим количеством кровеносных сосудов и нервных окончаний, что позволяет им мгновенно отвечать на любое внешнее или внутреннее воздействие воспалением. При инфекционном полиартрите инфекция либо попадает в сустав с кровью, что приводит к развитию тяжелого, нередко гнойного поражения сустава, либо с кровью в сустав попадают продукты жизнедеятельности микроорганизмов. В этом случае заболевание протекает легче и обычно полностью излечивается под воздействием терапевтических средств.

Инфекционный полиартрит начинается с резкого повышения температуры тела до 38–40 °С. Суставы увеличиваются, деформируются, становятся горячими на ощупь, возникает резкая боль. Мышцы, расположенные в области пораженных суставов, быстро атрофируются, уменьшаются в размерах и теряют чувствительность. Нередко на разгибательной поверхности предплечья и на передней наружной поверхности голени появляются подкожные узелки. В большинстве случаев при инфекционном полиартрите поражаются симметричные суставы: коленные, голеностопные, лучезапястные.

Чаще всего инфекционным полиартритом болеют люди в возрасте 20–40 лет, в основном женщины. Инфекционный полиартрит следует начинать лечить при первых же симптомах. В противном случае суставы могут остаться припухшими, они всегда будут скованными и вызывать болезненные ощущения при движении. При простудных заболеваниях могут возникать приступы инфекционного полиартрита. С каждым таким приступом суставы будут

деформироваться все сильнее, а их функции постепенно нарушаться. Это может привести к тому, что суставы станут полностью неподвижными.

Полиартрит обменный

Обменный (кристаллический) полиартрит обусловлен нарушением обмена веществ, в результате которого в суставах откладываются кристаллы различных солей. Так, при подагре откладываются кристаллы мочевой кислоты (ураты), которые раздражают ткани суставов, вызывая воспалительный процесс. Некоторые люди болеют лишь 1 раз в жизни, в других случаях подагрические рецидивные приступы неоднократно повторяются, что приводит к деформации суставов.

Полиартрит ревматоидный

Это общее (системное) хроническое, зачастую прогрессирующее заболевание, характеризующееся множественным воспалительным поражением суставов, не связанным с какой-либо конкретной инфекцией. Это заболевание называется системным, поскольку оно поражает соединительную ткань. Нередко в этот процесс вовлекаются и внутренние органы: сердце, почки, сосудистая система. Одним из осложнений болезни является амилоидоз почек.

Начинается ревматоидный полиартрит обычно постепенно, характеризуясь непостоянными несильными болями и припухлостью суставов, утомляемостью, утренней скованностью, которая достаточно быстро проходит, небольшим повышением температуры тела, потливостью, иногда потерей аппетита. В последнюю очередь развивается деформация суставов. Ревматоидному полиартриту присущ симметричный характер. Поражаются мелкие суставы стоп, происходит молоточковидная деформация пальцев и их отклонение на внешнюю сторону, формируется плоскостопие. Возникает ревматоидная стопа. Из-за поражения нервных стволов наблюдается онемение, зябкость и жжение в конечностях. При хроническом течении болезни воспалительные и общие проявления заболевания менее выражены.

«Если не бегаешь, пока здоров, придется побегать, когда заболеешь» (Гораций).

Течение ревматоидного полиартрита можно разделить на несколько стадий:

– ранняя стадия. Проявляет себя артритом, в других случаях полиартритом, который может иметь острое или подострое начало. На этой стадии развития болезни характерны симметричные поражения многих суставов, главным образом мелких суставов кистей рук и стоп. Появляется скованность в пораженных суставах, особенно по утрам. Как правило, длительность утренней скованности соответствует активности болезни. На этом этапе развития заболевания больные чувствуют ритмические боли в суставах. Наиболее сильные болевые ощущения бывают по утрам, боль немного утихает во время сна. Движения вызывают сильные боли в суставах. Возможен как «горячий» так и «холодный» артрит – это зависит от большего или меньшего воспаления перикапсулярных тканей. На этой же стадии развития заболевания наблюдается внутрисуставной выпот, поражение сухожилий, связок и мышц, боли. Это приводит к ограничению двигательной активности сустава уже в начале болезни. Происходит атрофия близлежащих мышц;

– развернутая стадия ревматоидного полиартрита. Для нее характерен деформирующий артрит. Происходит медленное развитие пролиферативных изменений синовиальной оболочки капсулы сустава. На этой стадии развития заболевания происходит деструкция суставного хряща и прилежащей костной ткани, что приводит к деформации, анкилозу, под-

вывиху суставов, стойкой контрактуре. Нередко поражаются все 3 оболочки сердца (панкардит), легкие (бессимптомный плеврит), почки.

В настоящее время, несмотря на все успехи современной фармакологии, ревматоидный артрит остается тяжелым заболеванием с неблагоприятным прогнозом.

В лечении ревматоидного полиартрита различают первичную и вторичную профилактику. Первичная профилактика касается тех больных, в семьях которых имеются родственники с патологиями соединительной ткани. Таким людям рекомендуется лечить очаги хронической инфекции: холецистит, воспалительные процессы в придаточных полостях носа, хронический тонзиллит и т. д. Также врачи рекомендуют следить за рационом и проводить всевозможные физические мероприятия – массаж, закаливание организма, гимнастику.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение обострений заболевания.

Хруст суставов

Такое явление, если нет других показателей, связанных с травмой или каким-либо заболеванием суставов, обычно неопасно. Основная причина его возникновения – трение сухожилий и связок друг о друга.

Часто хруст в суставах связан с их повышенной подвижностью. Такое состояние называют гипермобильностью. Выявляется она в большинстве случаев у молодых женщин. Это явление связано с тем, что в организме вырабатывается чуть измененный белок соединительной ткани, из которой состоят суставы (коллаген), он более растяжим, чем обычный. В результате суставы становятся более подвижными за счет увеличенной растяжимости связочного аппарата. В народе это состояние называют слабостью связок. Как раз они и провоцируют щелчки и болезненность. При гипермобильности суставов наблюдается и несостоятельность сосудов, поскольку их стенки тоже состоят из коллагена. Если сустав слабый, сосуды под напором крови очень быстро растягиваются. Нередко у таких пациентов наблюдается раннее варикозное расширение вен, которое может проявиться даже в 20 лет.

Другой причиной хруста суставов может быть выделение пузырьков азота, которые освобождаются из тканей при движении.

Заболевания околосуставных мягких тканей ног

К околосуставным тканям относят сухожилия мышц, их синовиальные влагалища, места прикрепления сухожилий к кости – энтезисы, слизистые сумки – бурсы, связки, фасции, апоневрозы, мышцы, окружающие сустав. Воспалительный процесс может быть локализован в любой из этих тканей и, соответственно, быть определен как тендинит (воспаление сухожилия), тендовагинит (воспаление сухожильного влагалища), бурсит (воспаление суставной сумки), тендобурсит (воспаление сухожилия и суставной сумки), энтезопатия (воспаление энтезисов), лигаментит (воспаление связок), фиброзит (воспаление апоневрозов и фасций), миотендинит (воспаление участков мышц, прилегающих к сухожилию).

Апоневрозит

Апоневрозит стопы, или апоневрозит подошвенный, – это воспаление подошвенного апоневроза (широкая соединительнотканная пластинка, состоящая из плотных коллагеновых и эластических волокон, которые расположены большей частью параллельно друг другу). Апоневроз соединяет широкие мышцы с костями или другими тканями.

Апоневрозит стоп обычно носит хронический характер и приводит к прогрессирующим фиброзно-рубцовым изменениям с вовлечением сухожилий и развитием стойких сгибательных контрактур (соответственно контрактуры Дюпюитрена и Ледерхоза). Подошвенный апоневрозит приводит к узловатому утолщению подошвенного апоневроза с чрезмерным сгибанием пальцев.

Бурсит

Бурсит – это воспаление суставной сумки с накоплением в ее полости жидкости. Бурсит делится на острый и хронический. В большинстве случаев причиной заболевания является инфицирование ссадин и порезов в области суставной сумки. Также заболевание может развиваться после травм (преимущественно ушибов), особенно при повторной и длительной травматизации.

Травматический бурсит наиболее часто возникает у мужчин моложе 35 лет. Гораздо меньше страдают от этого заболевания женщины.

При гнойном бурсите болезнь развивается остро – с резкой болью, повышением температуры тела. Для хронического серозного бурсита характерно постепенное развитие, поскольку жидкость в слизистой сумке накапливается постепенно, боль практически незаметна. Основным симптом этого заболевания – местный отек, возникающий в области расположения околосуставной сумки. В большинстве случаев отек располагается на передней поверхности коленного сустава.

Острый бурсит сопровождается болью, ограничением подвижности, локальной болезненностью при пальпации, покраснением, гипертермией кожи при поверхностном расположении сумки.

При хроническом бурсите происходит уплотнение стенок сумки, внутрисумочные сращения, кальцификация и атрофия регионарных мышц.

Лечить заболевание следует на ранней стадии, иначе может возникнуть осложнение в виде флегмоны окружающих мягких тканей (особенно при гнойном бурсите). Опасно также самопроизвольное вскрытие, при котором возникают свищи.

При остром серозном бурсите рекомендуется покой, иммобилизация сустава, а также различные тепловые процедуры. При хронической форме заболевания показана пункция сумки в асептических условиях с удалением экссудата и его бактериологическим исследованием и наложением давящей повязки. При рецидивирующем течении хронического бурсита необходимо оперативное лечение с иссечением слизистой сумки. При гнойном бурсите также делают разрез для дренирования сумки, после чего назначают курс лечения антибиотиками.

При своевременно предпринятых мерах прогноз, как правило, благоприятный. В дальнейшем в качестве профилактических мер для устранения хронических микротравм сустава используют защитные повязки, которые накладывают на коленный сустав.

Ревматические заболевания

Ревматические заболевания, как правило, носят воспалительный характер. Они могут развиваться на фоне аллергии или инфекционного заболевания, а также вследствие ранения, травмы, переохлаждения и пр.

Ревматические заболевания вызывают сильный болевой синдром, локализованный в области суставов, и затруднение движений.

Периартрит коленного сустава

Это заболевание чаще всего затрагивает сухожилия, составляющие так называемую гусиную лапку (полусухожильная, стройная, портняжная и полуперепончатая мышцы крепятся в районе медиального мыщелка большеберцовой кости).

Для периартрита коленного сустава характерна боль в области большеберцовой кости во время движения, как активного, так и пассивного – при сгибании, резком разгибании или повороте голени. Болезненные ощущения возникают также при пальпации.

Периартрит тазобедренного сустава

Это воспаление околосуставных тканей крупных суставов, зачастую являющееся следствием перегрузки, травмы или переохлаждения. Периартрит одна из самых частых причин болевых ощущений в области тазобедренного сустава. Болевой синдром при этом заболевании имеет свои характерные особенности: боль отсутствует в покое и возникает, если лечь на больной бок или сесть, закинув ногу на ногу, а также при движении, когда делаются первые шаги. Затем при ходьбе боль постепенно уменьшается и совсем стихает.

При пальпации определяется локальная болезненность в области большого вертела. Установить диагноз позволяет рентгенография, которая иногда выявляет специфические особенности: бахромистость контуров большого вертела, линейные тени обызвествлений сухожилий прикрепляющихся к нему мышц или расположенных здесь синовиальных сумок.

Синовит

Это воспаление синовиальной оболочки сустава с образованием в нем выпота. В большинстве случаев страдает коленный сустав. Заболевание возникает после травмы, при артрите, гемофилии и аллергии, когда в сустав возможно проникновение инфекции.

Выделяют острый и хронический синовит. Острый синовит сопровождается сильной болью в суставе и повышением температуры тела. В области больного сустава образуется выпот. Хронический синовит сопровождается менее острой болью. Она возникает периодически, когда в суставе накапливается выпот. На поздних стадиях синовит характеризуется,

как и раньше, небольшими изменениями симптомов. Своевременно не вылеченное заболевание приводит к деформирующему артрозу с нарушением сгибательной контрактуры сустава.

Выявить заболевание довольно сложно, поскольку рентгенографическое исследование исключает костные повреждения. Диагноз ставят лишь на основании клинической картины и уточняют путем исследования жидкости, полученной при пункции сустава.

Тендинит

Тендинит – это воспаление внутри или вокруг сухожилия. Болевой синдром при этом заболевании сохраняется очень долго.

Следует знать, что продолжение работы сухожилия в том же ритме, который первоначально спровоцировал болезнь, приведет к ее переходу в хроническую стадию.

Первоначальной реакцией сухожилия на хронические перегрузки является отек и микроскопическое расщепление коллагена с изменениями в окружающей слизистой оболочке. В более тяжелых случаях развивается слизистая дегенерация, при которой центральная часть сухожилия заменяется желеподобным слизистым осадком.

Лечение тендинита осуществляется путем применения физиотерапевтических методов, обезболивающих и противовоспалительных средств. При тяжелых поражениях может применяться хирургическое вмешательство. В процессе лечения следует ограничить физическую нагрузку на область пораженной связки и носить фиксирующую повязку.

Тендовагинит

Это воспаление синовиальных влагалищ сухожилия. Каждое такое влагалище представляет собой соединительнотканную оболочку, 2 листка которой, образуя замкнутую полость, окружают сухожилие мышцы. При этом внутренний листок сращен с сухожилием. В полости между листками находится синовиальная жидкость, которая способствует облегчению скольжения сухожилия. Тендовагинит возникает преимущественно в области кисти и лучезапястного, реже коленного и локтевого суставов, еще реже в области стопы. Причиной воспаления является проникновение гноеродных микробов в сухожильные влагалища при ранах и гнойных заболеваниях окружающих тканей. Также это заболевание может возникнуть и без участия инфекции – при чрезмерной нагрузке на сухожилия, постоянной, связанной с профессией, или кратковременной, непривычной для организма.

По клиническому течению выделяют острый и хронический тендовагинит. Острый тендовагинит развивается после проникновения патогенной гноеродной микрофлоры внутрь синовиального влагалища при его повреждении. Этот тип заболевания характеризуется скоплением в полости синовиального влагалища серозного, а затем гнойного экссудата с последующим нарушением кровоснабжения сухожилия. Острый тендовагинит характеризуется повышением температуры тела, резкими болями в области поражения, усиливающимися при попытках движения, регионарным лимфаденитом. Также развиваются отек и вынужденное фиксированное положение поврежденного участка.

Хронический тендовагинит чаще вызывается специфической микрофлорой (палочка Коха, бруцеллы, спирохеты). Характеризуется заболевание медленно увеличивающейся малоболезненной припухлостью в области сухожильных влагалищ и суставных сумок. Сухожильные влагалища сгибателей поражаются примерно в 2 раза чаще разгибателей.

При первых признаках заболевания следует немедленно обратиться к врачу. При гнойном заболевании в ряде случаев может потребоваться срочное хирургическое вмешательство. При тендовагините, обусловленном перегрузками, необходимости в оперативном вме-

шательстве не возникает, поэтому врач ограничивается назначением тепла, покоя и других терапевтических процедур.

Профилактика инфекционного тендовагинита состоит в предупреждении микротравм на производстве, постоянном наблюдении за чистотой рук и ног, раннем лечении микротравм с применением антисептиков, в соблюдении правил личной гигиены. Для предупреждения профессионального тендовагинита следует делать перерывы в работе, давая отдых конечностям, а по окончании рабочего дня показаны теплые ванны.

Фасцит подошвенный

Это воспаление, вызванное чрезмерным растяжением подошвенной фасции. Подошвенная фасция – широкая полоса волокнистой ткани, располагающаяся вдоль подошвы ноги от пятки до передней части стопы. Сильно растянутая фасция может привести к подошвенному фасциту. Это заболевание в большинстве случаев вызывает боли в пятке, приводит к возникновению пяточных шпор и провоцирует боли в своде стопы. Чрезмерное растяжение подошвенной фасции может произойти по следующим причинам:

- излишняя пронация стопы при плоскостопии, которая ведет к ослаблению свода стопы под действием веса;
- необычно высокий подъем стопы;
- внезапное усиление двигательной активности;
- чрезмерная нагрузка на ноги из-за лишнего веса;
- неправильно подобранная обувь.

Основной причиной заболевания является излишняя пронация при плоскостопии. Это происходит в процессе ходьбы, когда свод стопы у человека ослабевает под действием веса, заставляя подошвенную фасцию отходить от пяточной кости.

Подошвенный фасцит характеризуется болью на внутренней части стопы. Боль бывает особенно острой либо сразу после подъема с постели, либо после долгого отдыха, потому что во время отдыха подошвенная фасция принимает свою первоначальную форму. В течение дня, когда подошвенная фасция постепенно растягивается, боль обычно утихает.

Залогом успешного лечения подошвенного фасцита является выяснение причины чрезмерного растяжения фасции. Если она заключается в излишней пронации при плоскостопии, ортопедическая обувь с укрепленной пяткой и супинатором для поддержки продольного свода стопы поможет сократить пронацию и позволит зажить повреждению.

Если стопа имеет слишком высокий подъем, который приводит к развитию подошвенного фасцита, следует использовать подпяточники и удобную обувь.

Другие виды лечения включают упражнения на растяжение, ночные лонгетки от подошвенного фасцита, ношение обуви с мягким подпяточником и подъемом пятки с помощью стелек или косков для пятки. Стельки и коски обеспечивают дополнительный комфорт ноге, уменьшают удары и напряжение, испытываемые ногой в течение дня.

Каждый раз, когда нога ударяется о землю, подошвенная фасция растягивается. Сократить нагрузку на фасцию можно, придерживаясь следующих простых правил: откажитесь от бега, постарайтесь похудеть и носите ортопедическую обувь с приспособлениями для поддержки свода стопы.

Энтезопатия

Это термин, применяемый для обозначения патологических изменений в местах прикрепления сухожилий и связок к костям (анкилозирующий спондилит, псориатический арт-

рит и болезнь Рейтера). Термин «энтезопатия» означает патологический процесс в энтезах, то есть в местах прикрепления к кости сухожилий, связок, суставных капсул. При более широком толковании сюда включают тендиниты концевых участков сухожилий и воспаление прилегающих к ним слизистых сумок.

Анкилозирующий спондилит

Анкилозирующий спондилит, или болезнь Бехтерева, – это хроническое системное заболевание суставов с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях.

Эта болезнь чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Средний возраст заболевших составляет 25–26 лет. Анкилозирующим спондилитом в среднем по России страдает 0,05 % населения, в северных районах – 1,1–0,4 %.

Причина возникновения анкилозирующего спондилита не известна, но установлено, что большое значение для его возникновения имеет наследственная предрасположенность, а именно антиген В27, который встречается у 90 % больных.

При заболевании воспаляются суставы, ограничивается их подвижность, образовывается анкилоз, то есть сращение костей друг с другом. Одновременно с этим происходит окостенение связок, укрепляющих позвоночник. В результате позвоночник может полностью утратить свою гибкость и превратиться в сплошную кость.

Как правило, заболевание развивается постепенно, появляются небольшие боли в пояснице, которые со временем усиливаются и распространяются на другие отделы позвоночника. Боли, как правило, стойкие, лишь на время уменьшающиеся после приема болеутоляющих средств. Постепенно появляется ограничение подвижности позвоночника, что порой происходит незаметно для самого больного и выявляется только при специальном обследовании врачом. Иногда боли бывают очень слабыми или даже отсутствуют, а единственным проявлением болезни является нарушение подвижности позвоночника. Изменения в позвоночнике распространяются обычно снизу вверх, поэтому затруднения при движении шеи появляются довольно поздно. В некоторых случаях ограничения движений и боли в шейном отделе позвоночника наблюдаются с первых лет заболевания. Наряду с уменьшением гибкости позвоночника ограничивается подвижность суставов, связывающих ребра с грудными позвонками. Это приводит к нарушению дыхательных движений и ослаблению вентиляции легких, что может способствовать возникновению хронического легочного заболевания.

У некоторых больных, помимо изменений в строении позвоночника, появляются боли и ограничение движений в плечевых, тазобедренных, височно-нижнечелюстных суставах, реже боли и припухание суставов рук и ног, боли в груди. Эти явления могут быть умеренными и непродолжительными, но в ряде случаев они отличаются стойкостью и протекают довольно тяжело. В отличие от артрита при других заболеваниях, воспаление суставов при анкилозирующем спондилите редко сопровождается их разрушением, но способствует ограничению их подвижности.

Кроме позвоночника и суставов, иногда наблюдается поражение различных органов и систем. В большинстве случаев поражаются глаза, что обычно проявляется болью и покраснением одного глаза, светобоязнью. В таких случаях больные должны наблюдаться не только у ревматолога, но и у окулиста. Лечение необходимо начинать сразу после установления диагноза увеита (иридоциклита), чтобы избежать возможного нарушения зрительной функции. Другие внесуставные проявления встречаются редко и включают в себя поражения аорталь-

ного клапана, нарушения сердечной проводимости, патологические изменения в почках и легких. Иногда заболевание сопровождается амилоидозом почек, серьезным осложнением, при котором возникает почечная недостаточность.

К сожалению, медицине не известны методы полной остановки процесса анкилозирующего спондилита. Главной задачей лечения является уменьшение болевого синдрома и сохранение подвижности позвоночника. Для этого используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они не излечивают заболевание, но позволяют уменьшить воспалительный процесс.

Кожные заболевания ног

Самыми распространенными заболеваниями кожи ног являются мозоли, различные типы микоза, натоптыши, родинки, грибок, целлюлит и др. Несмотря на то что эти заболевания не представляют опасности для жизни, они причиняют множество неприятных ощущений. Помимо того, все эти отклонения негативно сказываются на внешнем виде ног.

Грибок

Грибковые заболевания кожи и ногтей относятся к группе инфекционных заболеваний человека, которые вызывают болезнетворные грибы. Грибковые инфекции, или микозы, могут затрагивать различные органы, но наиболее распространены поражения кожи и ногтей. Микоз – заболевание, передающееся от человека к человеку. Первичными признаками грибкового поражения ног являются изменение цвета и толщины ногтей. Через достаточно короткое время после заражения появляется зуд, шелушение и покраснение кожи. Как правило, место локализации грибка – между средним и безымянным пальцами ног. Если с заболеванием не бороться, грибок начинает распространяться на другие участки кожи.

Развитие грибковой инфекции происходит в нейтральной или слабощелочной среде. Наиболее благоприятным значением pH для нее является 6–6,7, притом, что pH кожи здорового человека составляет 5,5, что является одним из факторов защиты кожи человека против микоза. Развитию грибковой инфекции способствует повышенная потливость, особенно на закрытых участках кожного покрова, испарение пота с которых затруднено, а также некоторые заболевания. Для развития и роста грибов необходима влажная среда. Вот почему повышенная потливость и влажная обувь являются предрасполагающими факторами развития грибковых заболеваний, а основным местом заражения микозом стоп являются плавательные бассейны, бани и душевые, на влажном полу которых грибки находят чрезвычайно благоприятные условия для своего существования.

В качестве профилактических мер рекомендуется при посещении бассейна или душа надевать на ноги резиновые тапочки, а при возвращении домой – мыть ступни водой с мылом, а затем протирать 2 %-ным раствором йода.

Поскольку эвкалипт прекрасный антисептик, его настои и настойки, а также эвкалиптовое масло можно использовать при лечении бородавок, мозолей и натоптышей.

Лечение грибковой инфекции обычно состоит из двух этапов – подготовительного и основного. Подготовительный этап заключается в удалении чешуек и роговых наслоений и устранении острых воспалительных явлений. Для удаления чешуек и роговых наслоений в зависимости от их интенсивности используют различные средства и методы. При необходимости отслойку проводят повторно. При лечении грибка необходимо обрабатывать специальным средством не только ноги, но и обувь. Помимо специальных лекарственных препаратов, можно использовать раствор уксуса. На время лечения следует исключить из рациона сладости и алкоголь.

Эпидермофития

Это грибковая инфекция, поражающая ногти и кожу на руках и ногах. Симптомы заболевания: кожа воспаляется, начинается зуд, наблюдается шелушение. Поражение грибковой инфекцией приводит к утолщению ногтевой пластины (а иногда и кожи вокруг ногтя),

бугристости, разрыхлению или слоению ногтя, изменению его формы и цвета. Факторами, способствующими возникновению эпидермофитии, являются грязная кожа ног, повышенная температура и влажность, поэтому очень важно следить за тем, чтобы кожа рук и ног всегда была чистой и сухой.

Паразитические растительные организмы включают в себя грибки и плесень. Грибковые поражения ногтей опасны тем, что болезнь легко передается от одного человека к другому, а также переходит с одного ногтя на другие. При эпидермофитии происходит изменение цвета ногтей, появляются пятна (чем глубже грибок поражает ноготь, тем ярче пятна выражены), распространяющиеся по направлению к надкожице.

Плесень одна из разновидностей грибковой инфекции, которая поражает ноготь в том случае, если между ногтем, не обработанным надлежащим образом, и находящимися сверху косметическими средствами накапливается влага. Плесень легко распознать уже на ранней стадии развития по желтовато-зеленому пятну, постепенно темнеющему, при длительном течении болезни становящемуся черным. Ноготь размягчается и начинает неприятно пахнуть.

При первых же симптомах заболевания следует удалить с ногтей косметическое средство, прекратить все косметические процедуры и немедленно обратиться к врачу. Самостоятельно избавиться от эпидермофитии с помощью мазей или кремов крайне сложно. Инфекция будет возвращаться вновь и вновь. Заболевание заразно. Лечение достаточно длительное и обязательно системное: кроме мазей, врач назначит еще противогрибковые средства для приема внутрь.

Для того чтобы предупредить грибковые заболевания ногтей, следует ежедневно мыть ноги с мылом, насухо вытирать их после мытья, надевать чистые чулки или носки и пользоваться только своей обувью.

Бородавки

Это кожное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом, характеризуется мелким опухолевидным доброкачественным образованием невоспалительного характера.

Возбудителями заболевания являются различные виды ДНК-содержащего вируса папилломы человека. Бородавки могут передаваться при непосредственном контакте с больным, а также через предметы общего пользования. Инкубационный период длится 4–5 месяцев. Некоторые люди не могут заразиться бородавками благодаря высокому клеточному иммунитету. Болезнь провоцируют такие факторы, как стресс, ОРВИ, снижение иммунитета.

Различают следующие виды бородавок:

- обыкновенные, или простые. Бородавки имеют плотную структуру и цвет нормальной кожи. Эти серовато-коричневые узелки с шероховатой поверхностью имеют округлую форму, достигают в диаметре 3–10 мм. Как правило, они возникают на кистях и пальцах рук, однако со временем распространяются на остальные части тела – лицо, волосистую часть головы, стопы;

- на подошвенной поверхности стоп, так называемые подошвенные бородавки. По внешнему виду эти бородавки напоминают мозоли. Они очень болезненны и состоят из пучков нитевидных сосочков, окруженных валиком из мощных роговых наслоений. При наличии подошвенных бородавок проводят дифференциальный диагноз. В отличие от бородавки, мозоль представляет собой сплошные роговые наслоения без сосочковой структуры;

- плоские, так называемые юношеские бородавки. Они встречаются чаще всего, очень мелкие, их диаметр составляет 0,5–3 мм, в форме узелков, имеют цвет нормальной кожи. В отдельных случаях плоские бородавки бывают желтоватыми и округлыми с гладкой упло-

щенной поверхностью и едва выступают над уровнем кожи. Такой вид бородавок в основном наблюдается у молодых людей школьного возраста. Избавиться от этих бородавок достаточно просто;

– остроконечные кондиломы. Они представлены дольчатыми и нитеобразными разрастаниями, напоминающими цветную капусту. Как правило, кондиломы возникают группами, имеют мягкую консистенцию, белесоватую влажную ворсинчатую поверхность, суженное основание. Размеры остроконечных кондилом могут быть различными. Эти бородавки очень болезненны и сопровождаются неприятным запахом. Основное место появления – крайняя плоть, малые половые губы, перианальная область. Остроконечные кондиломы отличаются от сифилитических широких кондилом суженным основанием, дольчатой структурой и мягкой консистенцией. Развитию остроконечных кондилом способствует неопрятность, патологические уретральные и вагинальные выделения. Заражение обычно происходит в результате прямого контакта с больным;

– нитевидные бородавки. Это удлиненные тонкие, частично ороговевшие образования, как правило, располагающиеся на лице, веках, вокруг рта, ноздрей, на шее, подбородке, в подмышечной области, на конечностях.

При лечении бородавок используется лазеротерапия, электрокоагуляция, диатермокоагуляция, криодеструкция жидким азотом, аппликации противовирусных мазей.

При множественных бородавках – системная противовирусная терапия, иммунотерапия в сочетании с местным удалением бородавок.

При лечении бородавок используются также методы физиотерапии – лазерная терапия, УФО.

Мозоли

Это плотные ограниченные разрастания верхнего (рогового) слоя кожи желтоватого цвета. Размеры мозолей могут быть разными, величиной с чечевицу или фасоль. Данные разрастания клиновидно вдаются в кожу в местах постоянного трения или давления. Это приводит к тому, что мозоли чаще всего возникают на подошвах и пальцах ног. Иногда мозоли бывают очень болезненными, что обуславливается давлением ороговевшей массы на нервные окончания, находящиеся в коже человека.

Мозоли образуются вследствие ношения неудобной обуви, однако в некоторых случаях появление мозолей свидетельствует о каком-либо нарушении в работе органов или систем организма. Помимо этого, возникновение мозолей может свидетельствовать о ранней стадии развития у человека какого-либо скрытого заболевания. Например, жесткая мозольная подковка по краям пяток свидетельствует о развитии неблагоприятных изменений в суставах, а мозольные подковки, возникшие на наружном крае правой и левой ступни, свидетельствуют о заболевании позвоночника. Мозоль, расположенная под мизинцем левой ноги, свидетельствует о неблагоприятных изменениях в работе сердца. Если же мозоль располагается на подошве под правым мизинцем, существуют какие-то нарушения в работе печени. Возникшая на выпуклом суставе большого пальца ноги мозоль говорит о том, что у женщины появилась начальная стадия дисфункции придатков, а у мужчин – простатита. Свидетельством истощения организма и нервного перенапряжения человека будет внезапно возникающая большая мозоль, располагающаяся на подошве напротив 4 пальцев, начиная с указательного. Если же возникновение такой мозоли совпало с появлением у человека кашля, следует проверить состояние дыхательных путей, поскольку зоны нервного перенапряжения и легких находятся на подошве ног рядом и их очень трудно дифференцировать. Мозоль или загрубевшая кожа на наружных краях больших пальцев ног указывает на сбои в работе щитовид-

ной железы. При избыточном весе данный признак свидетельствует о замедленном обмене веществ, а при недостаточной массе тела о том, что щитовидная железа выбрасывает в кровь больше гормонов, чем это необходимо организму. Об ухудшении работы кишечника говорит мозольная подковка, распространившаяся с пятки на внутреннюю часть подошвы.

Удалять мозоль следует крайне осторожно, стараясь при этом не поранить кожи вокруг мозоли и не вызвать кровотечения.

Перед удалением мозоли следует распарить ноги. Затем размягченную мозоль аккуратно послойно соскоблить, после чего кожу смазать настойкой йода или раствором бриллиантового зеленого.

Распаривать ноги перед удалением мозоли рекомендуется в горячем мыльном растворе с добавлением соды и нескольких капель нашатырного спирта.

Размягчить мозоль можно с помощью сердцевины листа алоэ, которую следует приложить к мозоли за несколько часов до процедуры удаления.

Удалить мозоль также можно с помощью мозольного пластыря или готовой смеси из лекарственных препаратов для удаления мозолей, так называемой мозольной жидкости, которая продается в аптеках.

В любом случае при возникновении мозоли необходимо получить консультацию врача. При наличии более серьезных показателей принимаются меры соответствующего характера. Лечение только мозолей в данном случае неэффективно.

Если мозоли являются следствием ношения некачественной или плохо сшитой обуви, избавиться от проблемы несложно. Достаточно сменить обувь на более удобную, а также ежедневно проводить гигиенические процедуры. Рекомендуется также регулярно обрабатывать мозоль питательным кремом.

Натоптыши

Натоптыши – это уплотнения ороговевшей кожи подошвы без стержня, которые при ходьбе причиняют сильную боль и жжение. В отличие от обычной мозоли натоптыш имеет более твердую консистенцию, коричневатого цвета и прозрачен. Натоптыши возникают из-за постоянного давления и натирания вследствие неадекватной нагрузки на стопу при физических нагрузках, плоскостопии, при ношении узкой обуви, обуви на высоком каблуке, особенно при наличии избыточного веса. Для того чтобы избавиться от натоптышей, необходимо устранить провоцирующие факторы их появления. Чтобы натоптыши не появлялись вновь, важно правильно выбирать обувь, рекомендуется использование удобных ортопедических прокладок, перераспределяющих нагрузку на стопу.

Для удаления натоптышей используют кератолитический крем, который наносят на пораженное место с сильным ороговением кожи, сверху заклеивают пластырем.

Не рекомендуется удалять натоптыши с помощью бритвы, поскольку после удаления верхнего рогового слоя натоптыша начинается его активное распространение в ширину.

Помимо неудобной обуви, причиной появления натоптышей является несоблюдение правил гигиены, а также обилие в рационе мясной и жирной пищи.

Псориаз

Псориаз (чешуйчатый лишай) – это заболевание, при котором появляются красные шелушащиеся пятна, покрытые серебристыми чешуйками, вызывающие зуд. В большинстве случаев поражаются участки кожи на голове, в низу спины, на локтевых и коленных суставах. Воспаление появляется в складках кожи, также могут поражаться наружные половые органы. Болезнь затрагивает в основном только кожный покров и волосистую часть головы, но в некоторых случаях псориаз поражает суставы, что приводит к псориатическому артриту. Обычный жизненный цикл клеток кожи у здоровых людей составляет 30 дней, а у больных псориазом значительно сокращается срок жизни клеток и в запущенных случаях составляет всего 4–5 дней. Короткая жизнь клеток выражается клиническими симптомами. Клетки кожи быстро погибают, ороговевают, а новые клетки на их месте созреть не успевают.

По статистическим данным, псориазом страдает 2–7% населения планеты, но, если учитывать тот факт, что многие больные псориазом, имеющие небольшую степень поражения кожных покровов, к врачам не обращаются, можно сделать вывод, что число людей, страдающих этим заболеванием значительно выше.

Количество больных псориазом в дерматологических стационарах достигает 20 %, а риск заболеть этим недугом в течение жизни для нашей страны составляет 2,2 %.

Причины возникновения псориаза еще до конца неясны, но современные ученые выдвинули целый ряд теорий. Согласно первой теории, выделяют 2 группы этой болезни:

- наследственные нарушения в иммунной системе, при которых болезнь проявляется уже в молодом возрасте, иногда даже в детском;
- болезнь встречается у людей старше 40 лет и поражает суставы и ногти. Связь данной формы с нарушениями в иммунной системе или наследственностью не прослеживается.

Другая теория псориаза основывается на том, что причиной кожных высыпаний являются нарушения иммунитета, вызванные инфекционными заболеваниями, неправильным питанием, стрессом и климатическими условиями.

Спусковым механизмом псориаза является прежде всего эмоциональный стресс и психоэмоциональный статус пациента. Однако инфекционное заболевание, хроническая инфекция, например тонзиллит, гайморит, мочеполовое заболевание, также могут спровоцировать появление первых признаков псориаза.

Во многих случаях псориаз возникает в местах механического повреждения кожи, а именно в области порезов, царапин, уколов, расчесывания, потертостей, ожогов, или после приема лекарственных препаратов. Обострение псориаза также может быть спровоцировано чрезмерным употреблением алкоголя или неправильным питанием (острый перец, уксус, шоколад). На развитие заболевания влияют климатические факторы. При псориазе наблюдаются периодические обострения и ремиссии. Как правило, зимой проявления псориаза обостряются, а весной и летом под воздействием солнечных лучей симптомы значительно ослабевают.

В течении псориаза выделяют 3 стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. На прогрессирующей стадии болезни цвет папул (красных шелушащихся пятен, покрытых серебристыми чешуйками) более яркий, они отечные и напряженные. Вокруг папул определяется четкий пятнистый эритематозно-отечный бордюр (периферический

розовый венчик роста). Многие папулы находятся в состоянии слияния, объединяясь в крупные участки папулезной инфильтрации или бляшки различных очертаний.

В стационарной стадии периферический рост высыпных элементов прекращается, папулы уплощаются и бледнеют. Возможно образование кольцевидных очагов вследствие интенсивного разрешения инфильтрата в центре. Иногда папулы и участки папулезной инфильтрации разрешаются не с центра, а с периферии. Тогда папулезные элементы как бы подтаивают с краев и утрачивают правильную округлую форму.

Для регрессирующей стадии характерно полное исчезновение папулезной инфильтрации на значительной поверхности тела с образованием на месте бывших высыпаний очагов гиперпигментации или участков вторичной (ложной) лейкодермы. Вокруг регрессирующих псориатических элементов часто виден бледный, как бы складчатый бордюр (псевдоатрофический ободок Воронова) – симптом активного разрешения процесса.

Помимо классической формы псориаза, различают атипичные разновидности:

- экссудативный;
- пятнистый;
- себорейный;
- застарелый;
- бородавчатый;
- раздраженный;
- интертригинозный.

Не существует средства для полного излечения псориаза, но имеется множество лекарств и способов лечения, которые могут улучшать состояние больного и позволяют контролировать псориаз, часто в течение достаточно продолжительного периода времени. Псориаз сам по себе может появляться и исчезать, часто с длительными ремиссиями. Как правило, псориаз постоянен. Он может появляться и протекать без любой очевидной причины, возникать в любом возрасте (от младенчества до старости), при этом необязательно, что оно будет прогрессировать с возрастом. В большинстве случаев псориаз развивается на небольших ограниченных участках кожи и дальше них не распространяется. Нельзя сказать, что человек, переболевший псориазом, полностью излечился. Болезнь может перейти в скрытую форму, и даже при отсутствии изменений на коже организм хранит память о ней в виде биохимических, иммунологических и функциональных изменений. Именно поэтому больным псориазом необходимо постоянное наблюдение у дерматолога и систематическое лечение.

Родинки

Родинка – это врожденное изменение кожи в виде темного пигментного пятна на ограниченном пространстве. Существует огромное количество различных видов родинок: бородавчатые и стебельчатые возвышения кожи, различные изменения в пигментации – более светлые или более темные. Несмотря на то что ко всем этим образованиям применяется термин «родимое пятно», большинство родинок приобретается в течение жизни.

Большинство родинок не несут никакой угрозы здоровью человека, однако, если родимое пятно начинает расти и его цвет сгущается, становится более темным, необходимо обратиться к специалисту и выяснить, не затронуты ли при этом лимфатические узлы. Небольшие папилломы можно ежедневно смазывать йодом. В большинстве случаев своевременные меры помогают остановить рост родинки. Атеромы и липомы не поддаются лечению и удаляются хирургическим путем.

Трещины на подошвах

Ношение тесной и неудобной обуви часто приводит к утолщению рогового слоя кожи на подошвах, в основном на пятках, что при неправильном уходе нередко заканчивается появлением трещин, порой глубоких и болезненных. Также трещины могут быть симптомом авитаминоза, диабета, гастрита, недостатка витамина А и кожных заболеваний, например микоза. Для того чтобы выяснить причину появления трещин, лучше всего обратиться к дерматологу.

Для профилактики, особенно зимой и ранней весной, специалисты рекомендуют принимать витаминные препараты, в состав которых входят витамины Е, С и А (он оказывает на кожу благоприятное, оздоравливающее воздействие).

С другой стороны, никакие таблетки не помогут, если вы не будете ухаживать за ногами. Чтобы кожа на пятках была нежной и гладкой, следует не реже 3 раз в месяц делать ножные ванночки продолжительностью 30–40 минут: мыльно-содовые, с добавлением морской и поваренной соли, травяные.

При глубоких трещинах для предотвращения инфицирования пятки смягчают мазью, содержащей антибиотики, втирая ее круговыми движениями. При лечении кожи пяток отдают предпочтение косметическим кремам, содержащим пчелиный прополис или витамины А и F. При отсутствии своевременного лечения трещин может начаться грибковое заболевание ног. Во избежание этого нужно пользоваться противогрибковыми мазями, регулярно смазывая ими трещины.

Целлюлит

Это структурные изменения в подкожно-жировом слое, ведущие к нарушению микроциркуляции и лимфатического оттока. Это заболевание можно охарактеризовать как застойное явление в жировой ткани, приводящее к ее дистрофии. Специалисты термину «целлюлит» предпочитают термин «гиноидная липодистрофия».

Целлюлит является следствием утраты эластичности мышц. В большинстве случаев это явление наблюдается у женщин, поскольку именно их организм наделен такими вторичными половыми признаками, как жировые отложения в области бедер, таза, ягодиц и живота. В этих зонах соединительные ткани гораздо слабее, поскольку мышечные волокна располагаются вокруг жировых отложений, что способствует их растяжению. Со временем эластичность и упругость мышц утрачивается, а кожа напоминает апельсиновую корку.

Помимо этого, существует ряд других причин возникновения целлюлита, связанных с общим состоянием организма. Одной из причин является нарушение обмена веществ, из-за чего в организме, в тканях накапливается много шлаков, препятствующих расщеплению жира. Этот процесс также могут спровоцировать длительные стрессы, функциональные нарушения печени, почек, вредные привычки, особенно курение, проблемы с пищеварением и т. д. Зачастую причиной возникновения целлюлита является малоподвижный образ жизни.

В наши дни целлюлит стал очень распространенным явлением. Это объясняется состоянием питьевой воды, воздуха и пищи, которую употребляет современный городской житель.

Лечение целлюлита начинается с выяснения причин его появления. Для этого следует проконсультироваться у врача и провести специальное обследование. В случае обнаружения серьезного заболевания главные лечебные меры должны быть направлены на его устране-

ние, а затем уже на борьбу с целлюлитом. Профилактические меры должны быть в первую очередь направлены на укрепление мышц в проблемных зонах.

В наши дни существует множество всевозможных эффективных антицеллюлитных препаратов. Большинство из них содержат лекарственные травы и другие вещества природного происхождения. При их использовании следует соблюдать осторожность, так как возможна аллергическая реакция. Эти препараты способствуют ускорению кровообращения и клеточного обмена веществ, благодаря чему шлаки из организма, в том числе из водно-жировых отложений, которые являются «почвой» для возникновения целлюлита, выводятся быстрее.

Антицеллюлитные препараты помогают ускорить процесс регенерации кожи и приобретения ею былой упругости, а занятия спортом и соблюдение диеты помогут закрепить достигнутый результат. Для полного успеха необходима комплексная антицеллюлитная программа, в которую должны входить специальные диеты, упражнения и массажи. Любая диета основывается на уменьшении содержания калорий в рационе. Комплекс гимнастических антицеллюлитных упражнений способствует не только укреплению всех групп мышц, но и их наращиванию. Прекрасно помогают бороться с целлюлитом ванны с травяными и прочими добавками, плавание, контрастный душ, а также грязевые ванны.

Существуют и более кардинальные меры:

- липосакция – процедура по откачке жира;
- электролиполиз – лечение, при котором вода удаляется из жировой прослойки с помощью электрического разряда;
- линопленнинг – операция, при которой вначале жировые клетки разрушаются с помощью ультразвука, а затем удаляются путем откачки.

Отсутствие режима сна и питания может привести к различным расстройствам и нарушениям в организме (к психическим расстройствам, нарушению обмена веществ), что неизбежно ведет к появлению целлюлита.

Все эти операции довольно сложные и небезопасные, так что гораздо проще будет воспользоваться обычными методами борьбы с целлюлитом. Кроме того, любая операция еще не является гарантией избавления от проблемы навсегда. После операций по избавлению от целлюлита очень важно поддерживать организм в тонусе, иначе достигнутый результат будет утрачен.

Другие заболевания

Ортопедические заболевания – это врожденные и приобретенные деформации и нарушения функций опорно-двигательного аппарата. К ним относятся косолапость, плоскостопие, искривление большого пальца стопы, вросший ноготь, а также различные травмы.

Вросший ноготь

Это заболевание, при котором отмечается врастание бокового края ногтевой пластинки под ногтевой валик. Основными причинами возникновения этого заболевания являются ношение узкой обуви, неправильное обрезание ногтя (когда боковая поверхность срезается очень коротко), а также плоскостопие. Если боковая пластинка ногтя сильно травмирует кожный валик, развивается воспалительный процесс.

Из-за сильной боли в передней части стопы может развиваться хромота. В некоторых случаях к заболеванию может присоединиться инфекция. Тогда появляются гнойные выделения из-под кожного валика, а также избыточный рост грануляций.

На ранней стадии развития болезни, когда нет нагноения и избыточного роста грануляций, применяется консервативное лечение – осторожно подводят марлевые полоски, смоченные спиртом, к краю ногтя. В большинстве случаев лечение болезни проводят оперативно. Под проводниковой местной анестезией иссекается избыток ногтевой пластины, матрица ногтя выскабливается острой ложечкой или остроконечным скальпелем, иссекается также избыток грануляций.

Если врастание ногтя сопровождается воспалительным процессом, в течение 2–3 дней до операции назначают ванночки с перманганатом калия, накладывают также повязки с антибиотиками или антисептиками.

В некоторых случаях наблюдаются рецидивы заболевания, поэтому следует своевременно принимать меры по лечению болезни. Для профилактики заболевания рекомендуется отказаться от узкой обуви.

Искривление большого пальца стопы

Это двусторонняя деформация, возникающая на фоне поперечного и продольного плоскостопия. Данная деформация встречается чаще у женщин, чем у мужчин. Причиной возникновения этого заболевания является ношение узкой обуви или обуви меньшего размера на высоком каблуке, когда основная нагрузка производится на переднюю часть стопы.

Основными симптомами заболевания является боль в головках плюсневых костей, в области воспаленной слизистой сумки по внутренней стороне головки 1-й плюсневой кости, увеличение и деформация головки, а в дальнейшем отклонение большого пальца наружу.

Каждый конкретный случай требует определенного лечения. При остром воспалении слизистой сумки рекомендуется покой, назначаются теплые ванны, а также обезболивающие препараты. Также для успешного лечения рекомендуется носить специальную ортопедическую обувь. В некоторых случаях, когда консервативное лечение не помогает, прибегают к оперативному вмешательству. Послеоперационный период требует проведения ряда профилактических мероприятий: лечебная гимнастика, массаж голеней и стоп, теплые ванны, а также физиотерапевтическое лечение.

Косолапость

Косолапость – это деформация стопы, характеризующаяся ее отклонением внутрь от продольной оси голени. Различают врожденную и приобретенную косолапость. Причинами развития заболевания являются деформация костей и контрактура в суставах стопы.

Приобретенная косолапость чаще всего возникает вследствие различных травм стопы и голеностопного сустава, а также при некоторых заболеваниях нервной системы.

При лечении косолапости важна профилактика основного заболевания.

Для врожденной косолапости характерна стойкая контрактура стопы. Данный порок развития опорно-двигательного аппарата один из наиболее часто встречающихся, особенно среди лиц мужского пола. Косолапость бывает одно- и двусторонней. При этом наблюдается укорочение сухожилий и мышц стопы, смещение точек крепления ахиллова сухожилия внутрь от пяточного бугра, недоразвитие связочного и суставного аппаратов голеностопного сустава.

Неправильное положение стопы обнаруживается у ребенка с рождения. Выделяют целый ряд деформаций: эквинус (подошвенное сгибание стопы), супинация (приподнят внутренний отдел стопы и опущен наружный), аддукция (приведен передний отдел и увеличен продольный свод стопы, так называемая полая стопа). Вместе с этим нередко наблюдается атрофия мышц голени (в основном икроножной мышцы). Движение в голеностопном суставе ограничено, и возможны лишь качательные движения. В некоторых случаях формируется укороченная голень, что особенно прогрессирует с ростом ребенка.

Косолапость может быть схожа с другими заболеваниями, связанными с врожденной деформацией стопы: амниотической, паралитической и др. Для точного определения заболевания необходимо произвести подробное обследование.

Лечение косолапости производится, как правило, на первом году жизни. Оно бывает консервативным и оперативным. Консервативное лечение состоит из поэтапного гипсования стопы начиная с 2-недельного возраста. На каждом этапе во время смены гипсовой повязки постепенно исправляется положение стопы. Гипсовую повязку накладывают от кончиков пальцев до коленного сустава. В случае когда деформация стопы очень сильная, повязку продлевают до верхней трети бедра. Смена повязки производится 1 раз в 2 недели.

Оперативное лечение применяется в том случае, если консервативное лечение не приносит положительного результата и если обращение к врачу было запоздалым. Как правило, операцию проводят детям в возрасте 6-12 месяцев. Затем следует ряд реабилитационных мероприятий, включающих физиотерапевтические процедуры (электростимуляция мышц, тепловые процедуры, ультразвук) и ЛФК, с целью разработать движения в голеностопном суставе. В большинстве случаев заболевание излечивается.

За рубежом детей оперируют в возрасте 3–6 месяцев, чтобы к тому времени, когда ребенок встанет на ноги, начнет ходить, он уже имел нормальную стопу.

Плоскостопие

Плоскостопие – изменение формы стопы, характеризующееся опущением ее продольного и поперечного сводов. Выделяют 3 вида плоскостопия – паралитическое, травматическое и статическое. Паралитический вид плоскостопия наблюдается при полиомиелите и

параличах различного происхождения. Травматическое плоскостопие возникает при переломе лодыжек или костей стопы.

Наиболее часто встречающийся вид плоскостопия – статический. Он возникает в результате перегрузки стопы и сочетается с конституциональной недостаточностью соединительной ткани.

Различают врожденное и приобретенное плоскостопие. Плоскостопие врожденное формируется на фоне врожденной недостаточности соединительной ткани, которая, помимо плоскостопия, выражается и другими признаками: близорукостью, дополнительной хордой в сердце, перегибом желчного пузыря и т. д.

Различают поперечное и продольное плоскостопие, а также сочетание обеих форм. Поперечное плоскостопие в сочетании с другими деформациями имеют 55, 23 % от всех страдающих плоскостопием, продольное плоскостопие в сочетании с другими деформациями стоп – 29, 30 %.

В нормальном состоянии стопа имеет 2 свода – продольный (по внутреннему краю стопы) и поперечный (между основаниями пальцев). Оба свода стопы предназначены для удержания равновесия и предохранения организма от тряски при ходьбе. Если же своды стопы уплощены, тряску при ходьбе вынужден компенсировать позвоночник, а также суставы ног. По своим характеристикам суставы для этой функции не предназначены, поэтому быстро выходят из строя.

При плоскостопии нередко встречаются артроз и сколиоз как результат нарушения функционирования опорно-двигательной системы.

При плоскостопии деформированная стопа имеет распластаный вид, отмечаются боли, вначале редкие, но со временем они становятся постоянными. Однако в некоторых случаях, даже если деформация стоп ярко выражена, боли не возникают.

Основные признаки, свидетельствующие о наличии плоскостопия:

- стопа начинает болеть после физической нагрузки (I стадия болезни);
- стопы устают и отекают к вечеру;
- боль охватывает всю ногу вплоть до коленного сустава (II стадия плоскостопия);
- отмечаются сильные боли в пояснице и при ходьбе в обуви (III стадия болезни).

Могут появиться сильные головные боли;

- стопа становится больше в размере;
- стоптанные с внутренней стороны каблуки на старой обуви.

Несмотря на то что эти признаки характеризуют плоскостопие, они могут относиться и к другому заболеванию, например к сосудистому или эндокринному, поэтому для постановки правильного диагноза следует обратиться к врачу.

Распознавание болезни производится по внешнему признаку, поскольку больная стопа в вертикальном положении имеет характерный вид. Это подтверждается рентгеном, когда ясно видна картина трансформации переднего отдела стоп и измеряется высота продольного свода.

Зачастую причиной развития плоскостопия является плохо подобранная обувь. Для того чтобы свод стопы формировался правильно, необходимо постоянно тренировать мышцы и связки стопы. Прекрасной гимнастикой является ходьба по жесткой траве, камням, песку. Как и любые другие мышцы, мышцы стоп без нагрузки слабеют и не могут поддерживать стопу в приподнятом состоянии, в результате чего формируется плоскостопие.

У взрослых в большинстве случаев встречается статическое плоскостопие, связанное с чрезмерными нагрузками на ноги (избыточный вес, беременность, ходьба на высоких каблуках, долгое стояние на ногах).

В домашних условиях можно провести тест на плоскостопие. Для этого понадобятся лист бумаги и жирный крем. Следует намазать подошву ноги кремом и наступить на бумагу. Стоять необходимо ровно, опираясь на всю стопу. Затем нужно внимательно рассмотреть свой след. В норме по внутреннему краю стопы идет выемка (отпечатка здесь нет), которая посередине занимает больше половины стопы.

Отсутствие выемки или ее узкий размер (половина стопы и меньше) говорит о наличии плоскостопия.

При лечении плоскостопия применяются консервативные методы. Рекомендуется постоянное ношение стелек-супинаторов, регулярный массаж стоп, назначается лечебная гимнастика, очень полезно плавание. Если болезнь причиняет сильные неудобства и периодически возникают резкие боли, показано оперативное вмешательство.

Паронихия

Паронихия – это медицинский термин, обозначающий сильное воспаление кутикулы ногтя, которое может быть вызвано грубым обращением с кожей во время педикюра или навязчивым поведением (подобное обкусыванию ногтей на руках). Воспаленная кутикула легко инфицируется, вследствие чего возникает воспаление.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.