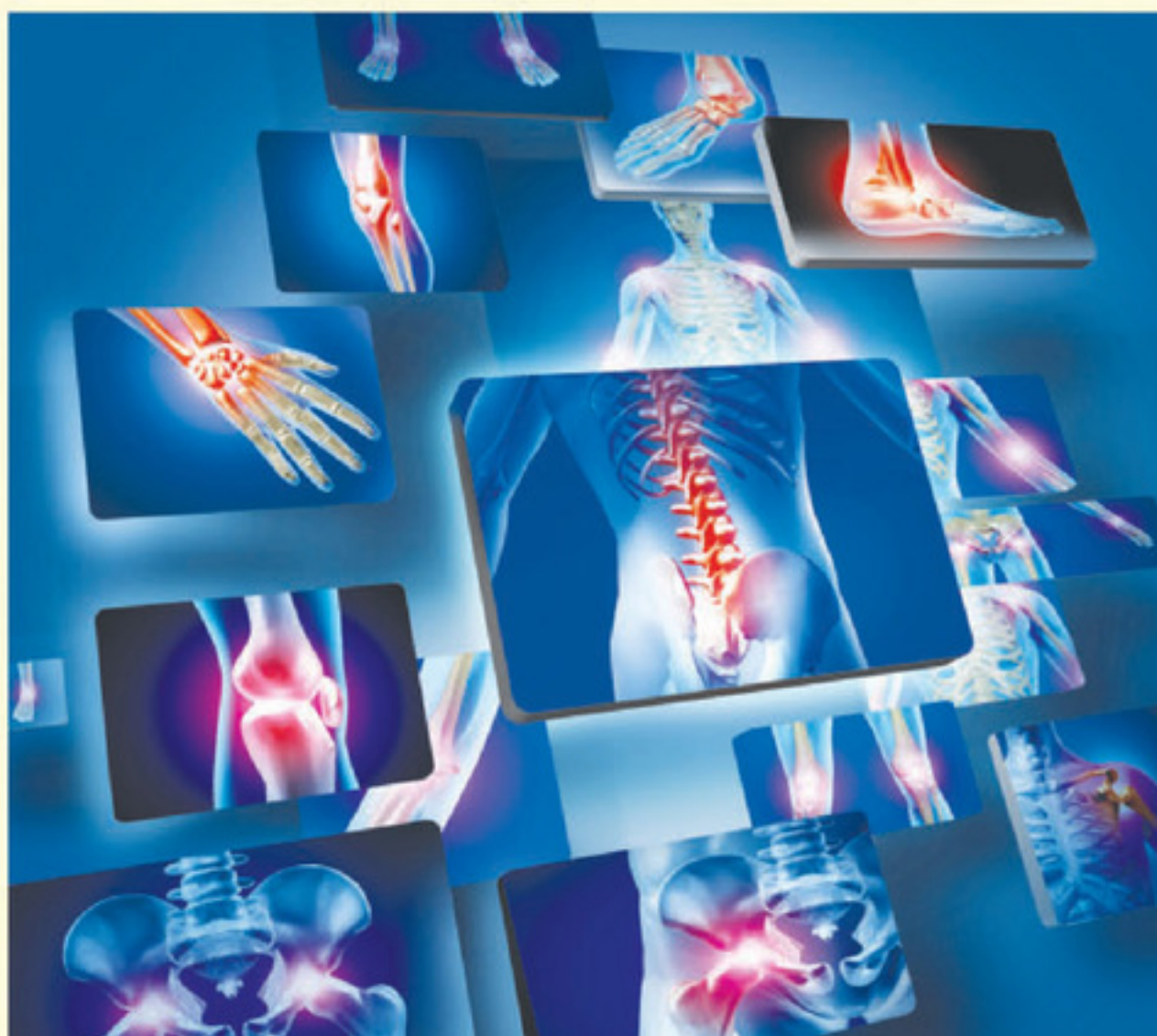




МОЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЛЕЧЕНИЕ СПИНЫ И СУСТАВОВ



Елена Юрьевна Смирнова
Лечение спины и суставов.
Новейшие рекомендации. Методы
лечения. Советы специалистов
Серия «Моя энциклопедия здоровья»

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8879527*

*Лечение спины и суставов. Новейшие рекомендации. Методы лечения. Советы специалистов / Е.
Ю. Смирнова.: Энтраст Трейдинг; Москва; 2014
ISBN 978-5-386-07935-2*

Аннотация

Книга рассказывает о строении и наиболее распространенных заболеваниях и травмах позвоночника и суставов конечностей. В ней описаны различные методы лечения и оздоровления позвоночника, в том числе используемые народной медициной с применением лекарственных трав, натуральных продуктов, природных веществ, специальных упражнений и др.

Содержание

Предисловие	4
Позвоночник и суставы: строение и функции	6
Скелетная система	7
Соединения костей скелета	8
Скелет туловища	12
Осевой скелет	12
Добавочный скелет	17
Боль в спине: когда она проявляется	22
Травматические заболевания	22
Повреждения позвоночника	22
Мышечно-фасциальное растяжение	22
Воспалительные заболевания	24
Ревматоидный артрит позвоночника	24
Анкилозирующий спондилоартрит	24
Дегенеративно-дистрофические и обменно-гормональные заболевания	26
Остеопороз позвоночника	26
Гнойный спондилит	27
Остеохондроз позвоночника	27
Сколиотическая болезнь	28
Неотложные состояния	30
Боль в суставах: что за ней стоит	31
Травматические повреждения	31
Ушибы	31
Растяжения и разрывы связок	31
Разрывы сухожилий и мышц	32
Вывихи и подвывихи	32
Внутрисуставные переломы	32
Воспалительные заболевания суставов	34
Околосуставные заболевания мягких тканей	34
Полиартрит	34
Моноартриты	35
Дегенеративно-дистрофические и обменно-гормональные заболевания	36
Подагра	36
Деформирующий артроз	36
Синдром хронической усталости	37
Неотложные состояния	38
Народная медицина: лечим боль в спине и суставах	39
Лечебная гимнастика	39
Преимущества лечебной гимнастики	39
Лечебная гимнастика при шейно-грудном остеохондрозе	39
Лечебная гимнастика при пояснично-крестцовом остеохондрозе	41
Конец ознакомительного фрагмента.	43

Елена Юрьевна Смирнова

Лечение спины и суставов.

Новейшие рекомендации. Методы лечения. Советы специалистов

Издательство не несет ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.

Предисловие

Красивая спина и правильная осанка – это значимые факторы здоровья. От состояния позвоночника зависит положение внутренних органов, их кровоснабжение и регуляция. Многие болезни, особенно хронические, связаны с неправильной осанкой и, соответственно, неправильным положением, деформацией позвоночника.

На боли и дискомфорт в спине в настоящее время жалуются более 80 % населения. Если где-то что-то болит, это является сигналом, с помощью которого организм предупреждает нас об опасности. Однако на боли и напряжение в спине, повышенную утомляемость от привычных дел многие не обращают внимание. А между тем, занявшись своим здоровьем и позвоночником, можно значительно улучшить свое физическое состояние, избавиться от хронических болезней, обрести психическую стабильность и душевный комфорт.

Согласно известной шутке, «здоровых людей сейчас нет, есть только недообследованные». Если у вас имеются жалобы на спину, в первую очередь, конечно, следует обратиться к врачу, для того чтобы он поставил точный диагноз, назначил соответствующее лечение, дал советы по образу жизни, питанию при этом заболевании. Если оно хроническое, то подсказал бы, какие меры надо предпринимать, чтобы не было обострений.

Даже если у вас ничего не болит, то это совсем не значит, что внутри ничего не происходит. Ведь почему-то хронические заболевания появляются у все более молодых людей и постоянно дают о себе знать в более старшем возрасте. Именно поэтому нужно предпринимать меры для поддержания позвоночника в хорошем состоянии.

В настоящее время оценкой состояния здоровья человека все чаще является не наличие каких-либо заболеваний, а качество жизни. Это очень объемное понятие, которое определяет все наше существование. Сюда включаются как физические (боль, чувство дискомфорта), так и психосоциальные параметры (сосуществование с заболеванием, самоощущение себя в обществе, необходимость постоянно лечиться, ограничение возможностей и др.).

Здоровый гибкий позвоночник помогает избежать болезней, дольше сохранять молодость и красоту, делает более привлекательной внешность, способствует стрессоустойчивости, что тоже имеет значение в нашем мире.

Эта книга поможет вам оздоровить позвоночник с помощью методов народной медицины: лекарственных трав, натуральных продуктов, природных веществ, лечебной физкультуры, массажа, специального питания, очищающих методик, бани.

Попробуйте те методы народной медицины, которые наиболее доступны и удобны для вас. Пусть не все, а лишь некоторые из них, но вы почувствуете, как легче станет жить, несмотря на имеющийся букет болезней.

Для начала предлагаем вам ознакомиться со своим организмом и узнать строение скелета и суставов, при каких заболеваниях появляются боли в спине и суставах, с чем они связаны и чем отличаются. Эта информация поможет разобраться в состоянии своего здоровья и выполнить советы врача по лечению.

Во многом положение позвоночника и осанка зависят от того, как мы двигаемся и располагаемся в пространстве. Простые советы относительно физической активности помогут поддержать позвоночник и правильную осанку практически здоровым людям и с наличием заболеваний.

Перед тем как воспользоваться советами из этой книги, настоятельно рекомендуем: пройдите обследование. Вы должны точно знать свой диагноз или уточнить его, если уже давно не были у доктора на приеме. Ведь любые методы лечения имеют не только свои показания, но и противопоказания. К здоровью всегда нужен индивидуальный подход, хотя правила здорового образа жизни, в том числе питания, физической активности, будут полезны многим.

Позвоночник и суставы: строение и функции

Для того чтобы понять, почему нас начинают беспокоить спина и суставы, нужно сначала разобраться, что же они собой представляют. Одна из главных составляющих существования человека – способность к движению. Эту функцию в нашем организме выполняет опорно-двигательный аппарат.

Опорно-двигательный аппарат в организме человека, аппарат движения, представлен костями, их соединениями и скелетными поперечно-полосатыми мышцами. Состоит он из активной части (мышц) и пассивной (скелетной системы).

Скелетная система

Скелетная система представляет собой кости, образующие с помощью соединений скелет.

206 костей, из которых состоит скелет человека, выполняют пять основных функций.

1. Защитная: скелетная система защищает многие жизненно важные органы – сердце, головной и спинной мозг и др.

2. Опорная: скелет оказывает поддержку мягким тканям, позволяя сохранять прямое положение тела, его форму.

3. Двигательная: кости формируют рычаги, к которым прикреплены мышцы.

4. Кроветворная: красный костный мозг кости отвечает за производство клеток крови.

5. Участие в обмене веществ: кости служат «хранилищем» для кальция, фосфора, натрия, калия и других минералов, жира (желтого костного мозга).

Соединения костей скелета

В теле человека кости скелета посредством различных видов соединений (рис. 1) составляют общую функциональную систему.

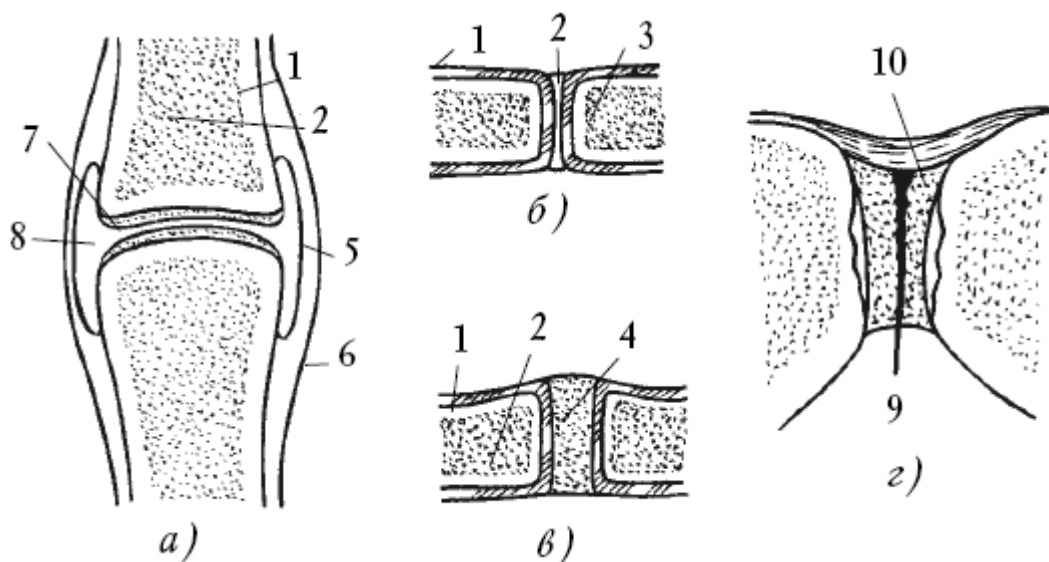


Рис. 1. Виды соединения костей (схема): а – сустав; б – фиброзное соединение; в – синхондроз (хрящевое соединение); г – симфиз (полу-сустав); 1 – надкостница; 2 – кость; 3 – волокнистая соединительная ткань; 4 – хрящ; 5 – синовиальная мембрана; 6 – фиброзная мембрана; 7 – суставной хрящ; 8 – суставная полость; 9 – щель в межзубовом диске; 10 – межзубовый диск

Различают три вида соединений костей:

1) *непрерывные*:

- синартрозы (характеризуются большой прочностью и малой подвижностью);
- фиброзные: синдесмозы (связки и мембраны), швы, гомфозы (зубоальвеолярные вкочлачивания);
- хрящевые: синхондрозы – межпозвоночные диски, соединение между I ребром и грудной;
- костные: синостозы – крестец, копчик, где позвонки срастаются друг с другом;
- симфиз (полусуставы): лобковый симфиз;

2) *прерывистые (суставы)*, обладающие наибольшей подвижностью. Такое название суставы получили потому, что соединение костей разделено щелью;

3) *переходные*. К этой группе относятся полусуставы (гемиартрозы) – промежуточная форма между непрерывными и прерывными суставными соединениями (хрящевое соединение лобковых костей).

Все суставы имеют сходное строение (рис. 2), каждый включает в себя:

- суставные поверхности – концы соединяющихся костей;
- суставной хрящ (им покрыты суставные поверхности), уменьшающий трение поверхностей друг об друга, облегчающий скольжение и выполняющий функцию амортизатора;

- суставную капсулу (суставную сумку), окружающую каждый сустав. Она состоит из плотной волокнистой соединительной ткани, внутренний слой которой выстлан тонкой синовиальной мембраной;
- суставную полость – пространство внутри суставной капсулы между суставными поверхностями;
- синовиальную жидкость, заполняющую суставную полость. Она играет роль смазочного материала, обеспечивает питание суставного хряща и вырабатывается синовиальной мембраной.

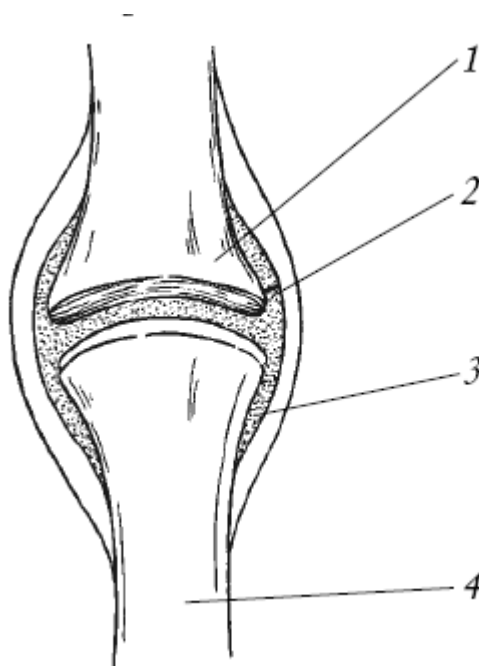


Рис. 2. Строение сустава: 1 – кости, образующие сустав; 2 – суставная капсула; 3 – суставная полость, заполненная суставной жидкостью; 4 – суставные поверхности

Суставы делятся на:

- простые – сочленяют две кости (плечевой, тазобедренный, межфаланговые);
- сложные – соединяют более двух костей (лучезапястный, голеностопный);
- комплексные – с дополнительными образованиями (дисками или менисками) в капсуле (коленный, грудино-ключичный, акромиально-ключичный);
- комбинированные – суставы с отдельными суставными сумками, но функционирующие одновременно (височно-нижнечелюстной).

Добавочные образования суставов (диски, мениски, суставные губы) играют роль амортизаторов, способствуют более равномерному распределению давления одной кости на другую.

Снаружи суставы укреплены связками, они:

- тормозят (ограничивают) движение, предотвращая травму сустава;
- направляют движения;
- укрепляют суставную сумку;
- утолщают суставную капсулу.

Существуют еще и внутрисуставные связки, например крестообразные в коленном суставе.

Подвижность суставов зависит от таких факторов, как:

- форма и конгруэнтность суставных поверхностей (чем больше соответствуют друг другу соединяющиеся поверхности, тем меньше подвижность);
- состояние добавочных образований суставов (чем толще капсула, прочнее связки, тем подвижность меньше);
- состояние окружающих мышц (при наличии спазма в мышце, окружающей сустав, уменьшается его подвижность);
- температура (чем она выше, тем больше подвижность);
- время суток (к вечеру подвижность увеличивается);
- возраст (у детей подвижность высокая, в пожилом возрасте она уменьшается);
- пол (у женщин подвижность выше).

Термины, используемые для описания движений.

Сгибание – движение, которое приводит к уменьшению угла между передними поверхностями сочлененных костей.

Разгибание – движение, которое приводит к увеличению угла между передними поверхностями сочлененных костей.

Отведение – движение от средней линии тела (совершается рукой или ногой).

Приведение – движение части тела к средней линии тела.

Вращение – движение части тела без изменения угла сочленяющихся костей (например, вращение предплечья внутрь или наружу).

Суставные поверхности костей неодинаковы. Их форма зависит от того, какие движения выполняются в данном суставе (рис. 3).

Движения в суставах классифицируются следующим образом.

Движения в одной плоскости (одноосные суставы): винтообразные (плечелоктевой); блоковидные (голеностопный, межфаланговые); цилиндрические (между I и II позвонками, лучелоктевые суставы).

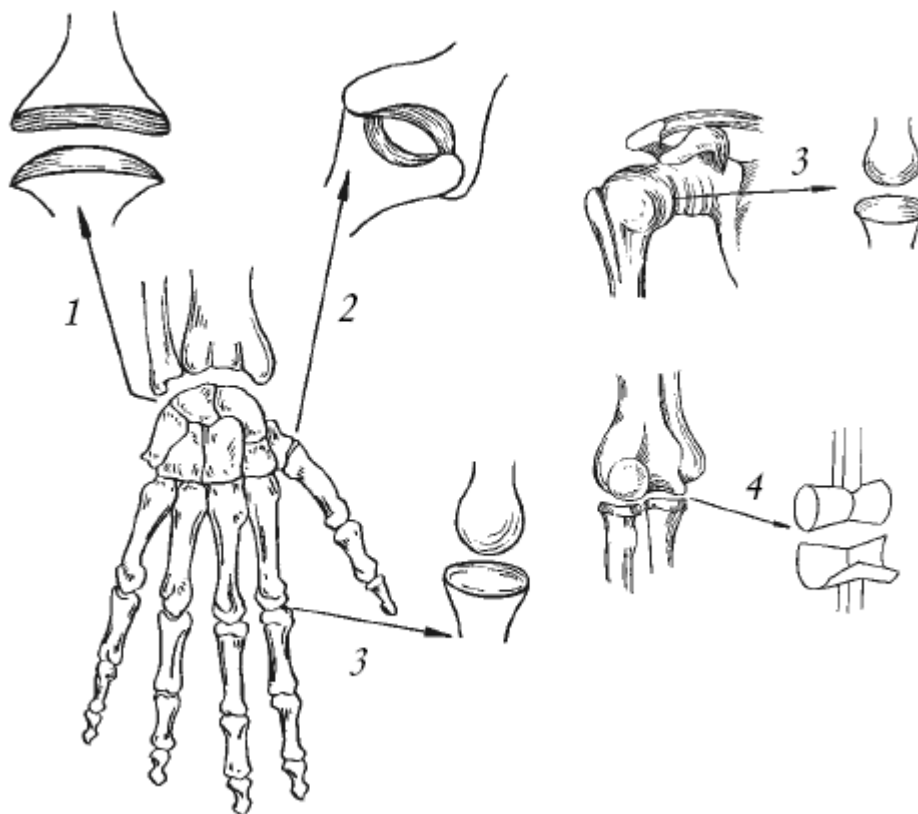


Рис. 3. Формы суставов: 1 – эллипсовидный; 2 – седловидный; 3 – шаровидный; 4 – блоковидный

Движения в двух плоскостях (двуосные суставы):

- мыщелковые (коленный сустав, пястно-фаланговые и плюснефаланговые суставы);
- седловидные (запястно-пястный сустав большого пальца);
- эллипсовидные (лучезапястный).

Движения в трех плоскостях (трехосные суставы):

- шаровидные (плечевой);
- чашеобразные (тазобедренный);
- плоские (межпозвоночные).

Скелет туловища

Скелет человека (рис. 4) разделяют на осевой и добавочный. К осевому, более сложно устроенному скелету относят позвоночный столб, грудную клетку и череп, к добавочному – кости верхних и нижних конечностей.

Осевой скелет

Череп состоит из 23 костей, соединенных между собой синантрозами – черепными швами. Нижняя челюсть соединена с черепом при помощи двух суставов.

Скелет туловища состоит из позвоночного столба и грудной клетки.

Позвоночный столб (рис. 5, 9) представлен 32–34 позвонками (рис. 6), которые как самостоятельные отдельные кости имеются только в скелете новорожденных. В позвоночном столбе взрослого человека различают 7 шейных, 12 грудных (рис. 7), 5 поясничных (рис. 8), 5 крестцовых позвонков, сросшихся в единую кость (крестец), и 3–5 копчиковых позвонков, сросшихся в копчик.

Позвонки в различных отделах позвоночного столба (позвоночника) имеют общий план строения, но для каждого из них характерны свои особенности.

Каждый позвонок имеет тело и дугу, которая замыкает позвоночное отверстие. При соединении позвонков эти отверстия формируют позвоночный канал, в котором размещается спинной мозг.

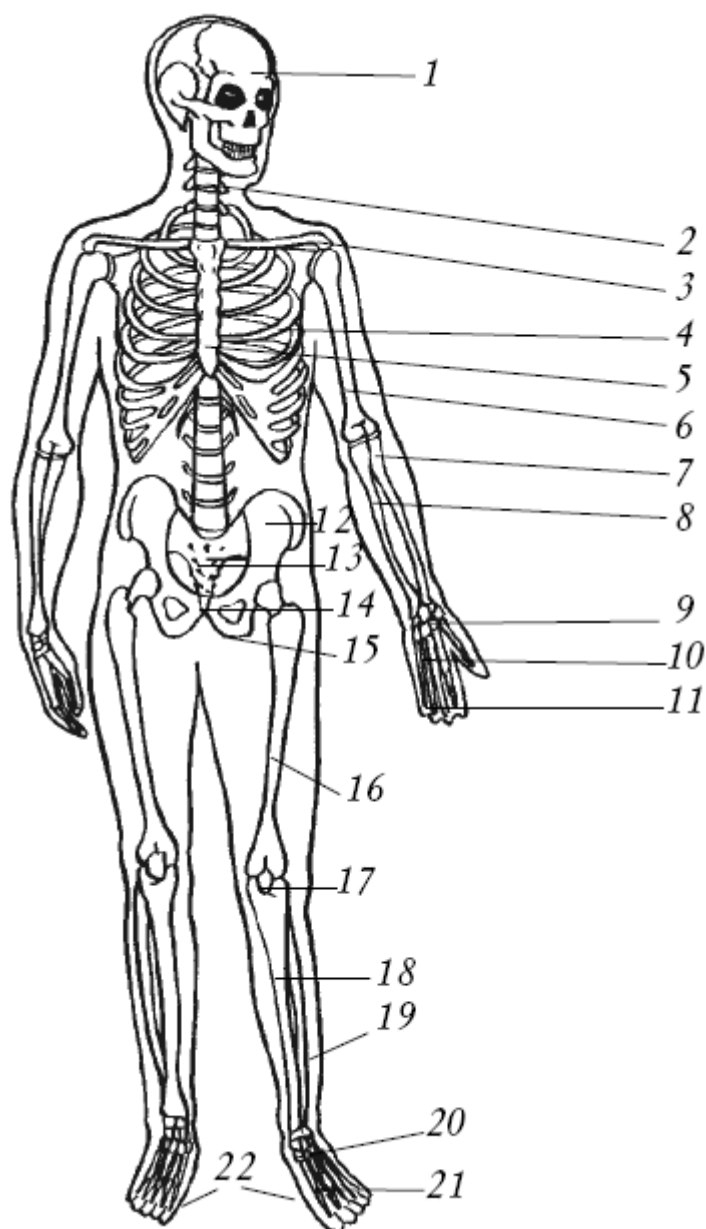


Рис. 4. Скелет человека (вид спереди): 1 – череп; 2 – позвоночный столб; 3 – ключица; 4 – ребро; 5 – грудина; 6 – плечевая кость; 7 – лучевая кость; 8 – локтевая кость; 9 – кости запястья; 10 – пястные кости; 11 – фаланги пальцев; 12 – подвздошная кость; 13 – крестец; 14 – лобковая кость; 15 – седалищная кость; 16 – бедренная кость; 17 – надколенник; 18 – большеберцовая кость; 19 – малоберцовая кость; 20 – кости предплюсны; 21 – плюсневые кости; 22 – фаланги пальцев стопы

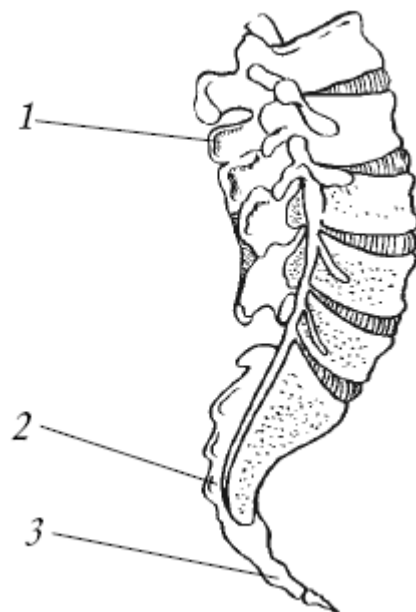


Рис. 5. Нижняя часть позвоночного столба: 1 – поясничный отдел; 2 – крестец; 3 – копчик

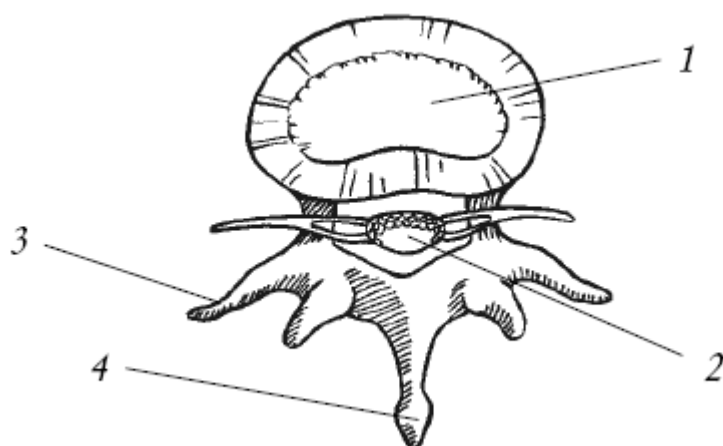


Рис. 6. Позвонки (вид сверху): 1 – тело; 2 – позвоночное отверстие; 3 – поперечный отросток; 4 – остистый отросток

От дуги позвонка отходят отростки. Мы можем нащупать их у себя на спине. Как раз они и формируют «рисунок позвоночника», когда мы наклоняемся.

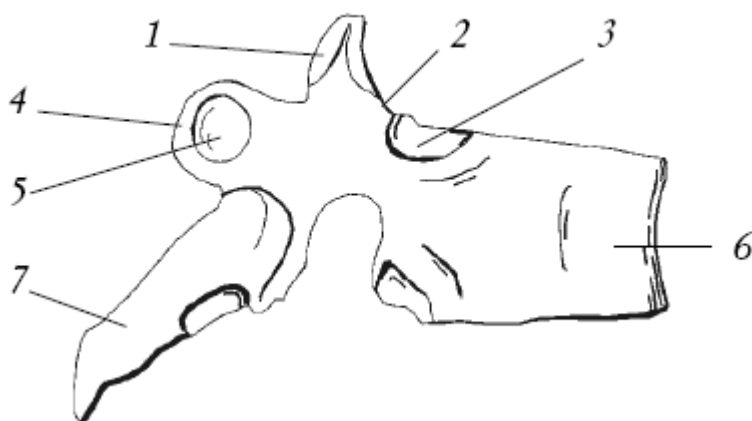


Рис. 7. Грудной позвонок (вид сбоку): 1 – верхний суставной отросток; 2 – суставная поверхность для сочленения с ребром; 3 – поперечный отросток; 4 – реберная ямка; 5 – тело позвонка; 6 – остистый отросток; 7 – нижний суставной отросток

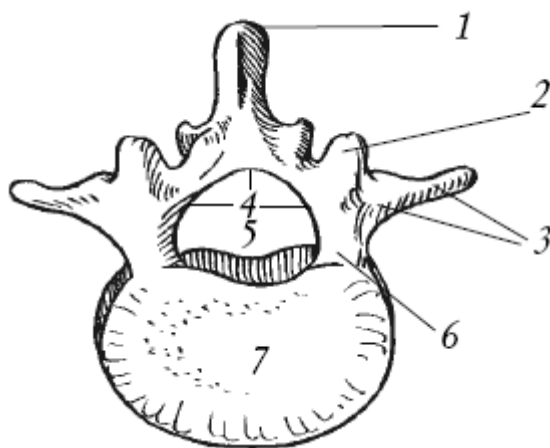


Рис. 8. Поясничный позвонок (вид сверху): 1 – остистый отросток; 2 – верхний суставной отросток; 3 – поперечный отросток; 4 – дуга позвонка; 5 – позвоночное отверстие; 6 – ножка дуги позвонка; 7 – тело позвонка

Два поперечных отростка отходят от дуги позвонка в стороны, и, наконец, две пары суставных отростков (верхние и нижние) формируют межпозвоночные суставы. К отросткам позвонков прикрепляются связки и мышцы.

Таким образом, между позвонками находятся два типа соединений – межпозвоночные суставы между суставными отростками и межпозвоночные диски между телами позвонков.

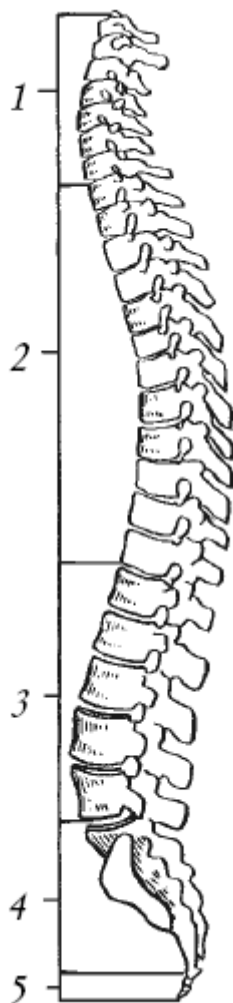


Рис. 9. Позвоночный столб: 1 – шейные позвонки; 2 – грудные позвонки; 3 – поясничные позвонки; 4 – крестец; 5 – копчик

Межпозвоночные диски поглощают толчки и удары, возникающие при движениях, т. е. играют еще и роль амортизатора. Связано это с тем, что каждый диск имеет упругий пружинящий центр – пульпозное ядро, окруженное прочным фиброзным кольцом. Движение в пределах ядра позволяет позвонкам покачиваться друг относительно друга. Это обеспечивает гибкость, которая нужна для формирования физиологических изгибов и движений.

Крестцовые позвонки у взрослого человека срастаются друг с другом и образуют единую кость – крестец, имеющий форму треугольника. Копчиковые позвонки образуют копчик.

Свободные движения и амортизация возможны благодаря естественным изгибам позвоночника и мышцам спины, которые обеспечивают эти движения и поддерживают позвоночный столб в правильном положении.

Правильным считается такое положение позвоночника, когда имеются четыре естественных (физиологических) изгиба. В шейном и поясничном отделах позвонки несколько выгнуты вперед, а в грудном и крестцовом – назад. Распределяя вес тела на весь позвоночник, изгибы уменьшают вероятность повреждения и выполняют функцию амортизатора при ходьбе, беге, прыжках.

Когда все эти составные части здоровы (мышцы, суставы, межпозвоночные диски), а физиологические изгибы позвоночника достаточно выражены, мы выдерживаем вес собственного тела без признаков боли и дискомфорта.

Объем движений в межпозвоночных суставах очень невелик, однако за счет того, что этих суставов много, обеспечивается большое разнообразие движений (вращение, сгибание и разгибание, наклоны в стороны).

Добавочный скелет

Крупные суставы верхней конечности представлены на рисунке 10.

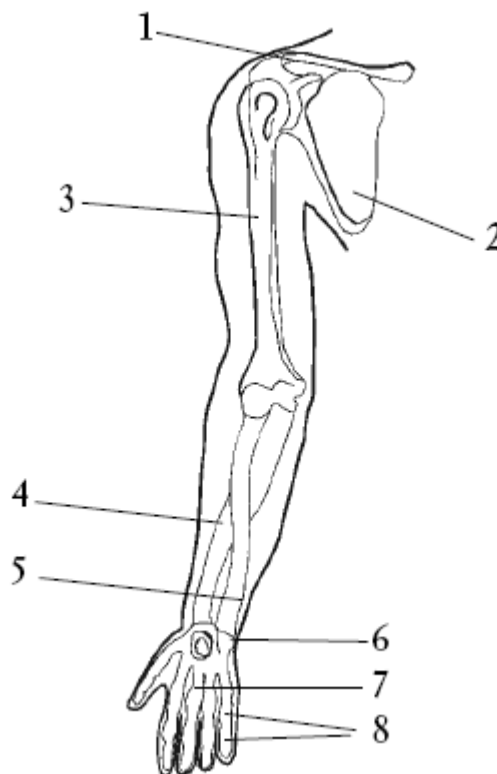


Рис. 10. Скелет верхней конечности: 1 – ключица; 2 – лопатка; 3 – плечевая кость; 4 – лучевая кость; 5 – локтевая кость; 6 – запястье; 7 – пястные кости; 8 – фаланги пальцев

Плечевая кость относится к длинным трубчатым костям. Через локтевой сустав она соединяется с предплечьем. В состав предплечья входят две кости: локтевая и лучевая. Локтевая кость на предплечье расположена на одной стороне с мизинцем, а лучевая кость – на одной стороне с большим пальцем.

Кисть имеет ладонную и тыльную поверхности. В скелете кисти выделяют кости запястья, пястные кости и кости фаланг пальцев. Костная основа кисти состоит из 27 костей.

Плечевой сустав Руки в плечевом суставе (рис. 11) имеют высокую подвижность, так как его конгруэнтность незначительна, капсула сустава тонкая и свободная, а связок почти нет. Поэтому здесь возможны частые (называемые привычными) вывихи и повреждения.

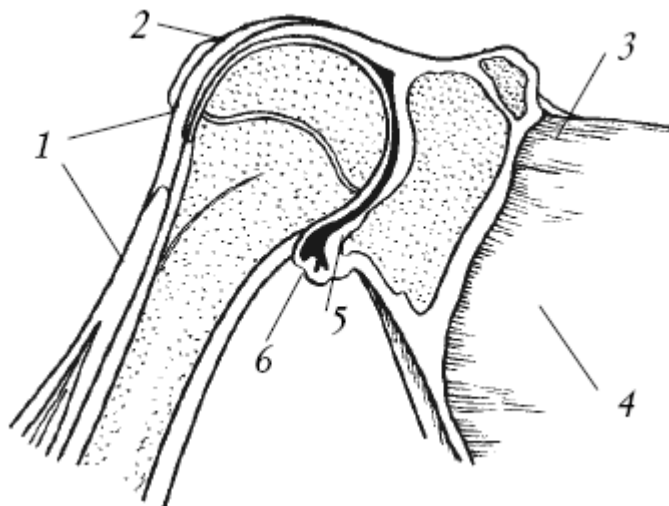


Рис. 11. Плечевой сустав (продольный разрез): 1 – сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча; 2, 6 – суставная сумка; 3 – верхняя поперечная связка лопатки; 4 – лопатка; 5 – суставная впадина лопатки

Плечевой сустав – трехосный шаровидный сустав, образованный головкой плечевой кости и суставной впадиной латерального конца ости лопатки. Сустав укрепляется клювовидно-плечевой связкой и мышцами. Движения в суставе возможны вокруг трех осей: сгибания (поднятия руки вперед до горизонтального уровня) и разгибания, отведения (до горизонтального уровня) и приведения, вращения всей конечности. В отведении и сгибании плеча выше горизонтального уровня участвует также грудино-ключичный сустав.

Локтевой сустав Локтевой сустав (рис. 12) сложный, состоящий из плечелоктевого, плечелучевого и проксимального лучелоктевого суставов. Движение в нем осуществляется вокруг двух осей: сгибания, разгибания и вращения предплечья.

Крупные суставы нижней конечности представлены на рисунке 13.

Скелет свободной нижней конечности образован бедренной костью, надколенником, костями голени (большеберцовой и малоберцовой костями) и стопой.

Кости стопы разделяют на кости предплюсны, плюсны и кости фаланг пальцев. Скелет стопы имеет особенности, зависящие от ее роли как части опорного аппарата при вертикальном положении. Кости стопы образуют один поперечный и пять продольных сводов, обращенных вогнутостью к подошве, а выпуклостью – в тыльную сторону. Наружный край стопы стоит ниже, почти касаясь поверхности опоры, и называется опорным сводом.

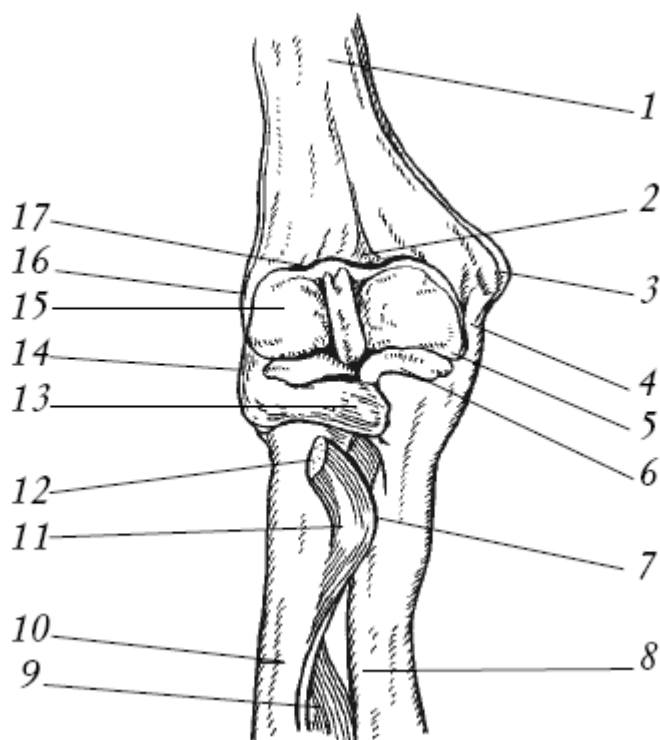


Рис. 12. Локтевой сустав: 1 – плечевая кость; 2 – венечная ямка; 3 – медиальный надмыщелок; 4, 13, 14 – связки; 5 – блок плечевой кости; 6 – венечный отросток; 7 – бугристость локтевой кости; 8 – локтевая кость; 9 – межкостная мембрана предплечья; 10 – лучевая кость; 11 – бугристость лучевой кости; 12 – сухожилие двуглавой мышцы плеча; 15 – головка плечевой кости; 16 – латеральный надмыщелок; 17 – лучевая ямка

Внутренний край приподнят и открыт с медиальной стороны. Это рессорный свод. Подобное строение стопы смягчает толчки и обеспечивает эластичность ходьбы. Поперечный свод расположен на уровне наивысших точек пяти продольных сводов. Уменьшение выраженности сводов стопы называется плоскостопием.

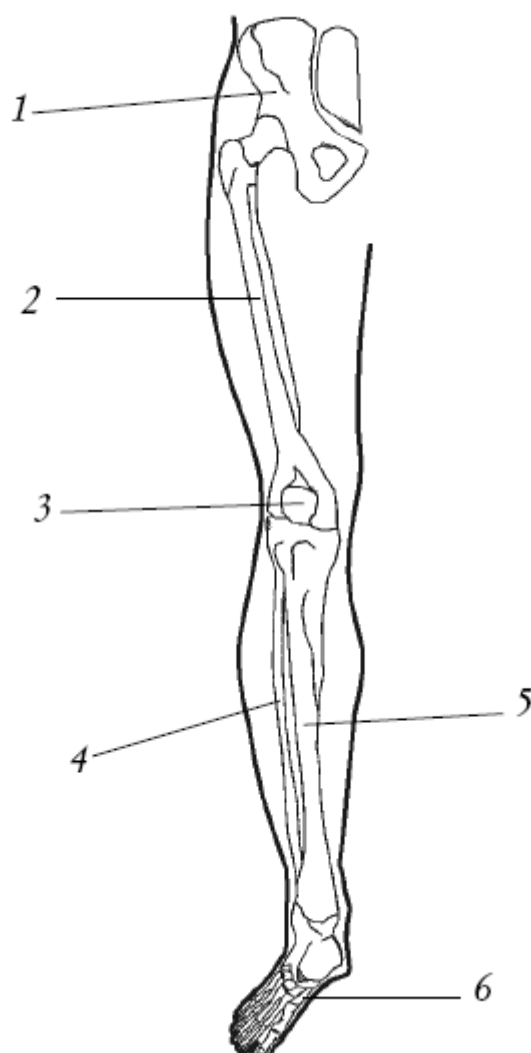


Рис. 13. Скелет нижней конечности: 1 – тазовая кость; 2 – бедренная кость; 3 – надколенник; 4 – малоберцовая кость; 5 – большеберцовая кость; 6 – кости стопы

Тазобедренный сустав представлен на рисунке 14.

Тазобедренный сустав образован вертлужной впадиной тазовой кости и головкой бедренной кости. Внутри полости тазобедренного сустава находится связка головки бедра. Она играет роль амортизатора при движении.

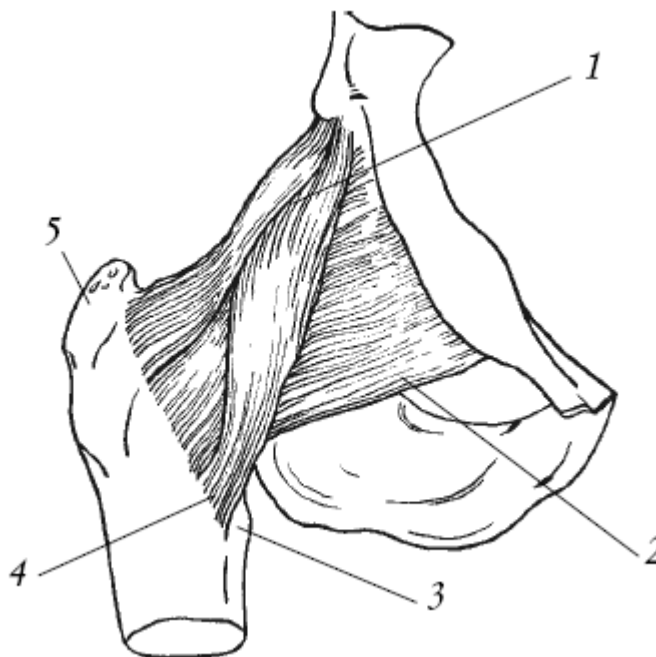


Рис. 14. Тазобедренный сустав и укрепляющие его связки: 1 – подвздошно-бедренная связка; 2 – лобково-бедренная связка; 3 – малый вертел; 4 – межвертельная линия; 5 – большой вертел

Движения в тазобедренном суставе происходят вокруг трех осей: сгибания и разгибания, приведения и отведения, вращения внутрь и наружу.

Коленный сустав образован тремя костями: бедренной, большеберцовой и надколенником (в народе называемым коленной чашечкой). Суставные поверхности большеберцовой и бедренной костей дополнены внутрисуставными хрящами: полулунными медиальными и латеральными менисками. Мениски, являясь эластичными образованиями, амортизируют сотрясения, передающиеся от стопы по длине конечности при ходьбе, беге и прыжках.

Внутри полости сустава проходят передняя и задняя крестообразные связки, соединяющие бедренную и большеберцовую кости. Они еще больше укрепляют сустав.

Коленный сустав – сложный блоковидно-вращательный сустав. Движения в нем следующие: сгибание и разгибание голени и, кроме этого, незначительные вращательные движения голени вокруг оси. Последнее движение возможно при полусогнутом колене.

Голеностопный сустав образован обеими костями голени и таранной костью стопы. Сустав укреплен связками, идущими со всех сторон от костей голени к таранной, ладьевидной и пяточным костям. По форме суставных поверхностей сустав относится к блоковидным. Производимые в суставе движения – сгибание и разгибание стопы, небольшие движения в стороны (отведение и приведение) – возможны при сильном подошвенном сгибании.

Боль в спине: когда она проявляется

Травматические заболевания

Повреждения позвоночника

Повреждения позвоночника относятся к тяжелым травмам, которые приводят к длительной нетрудоспособности и стойкой инвалидности. Наиболее частыми причинами повреждения позвоночника являются падения с высоты, автотравмы, нескоординированное падение на твердую поверхность, а также прямой удар в область позвоночника. Повреждениями считаются ушибы, дисторсии, подвывихи и вывихи, переломовывихи, переломы позвонков.

Дисторсии позвоночника – это надрывы или разрывы связок и суставных сумок без смещения позвонков и стойких нарушений функций при чрезмерных форсированных движениях туловища или поднятии тяжести.

По анатомической локализации различают переломы тел позвонков, дужек, суставных, остистых и поперечных отростков.

Переломы тел позвонков могут быть компрессионными, поперечными, вертикальными, множественными и комбинированными. Наиболее часто встречаются компрессионные переломы тел позвонков. Повреждения позвоночника бывают без нарушения и с нарушением целостности спинного мозга и его корешков.

При травме позвоночника без нарушения целостности спинного мозга обычно беспокоят боли в области повреждения, возникающие при движениях, наклонах, поворотах, напряжении и спазме мышц в области поврежденного позвонка.

При нарушении целостности спинного мозга и корешков утрачивается подвижность рук или ног (в зависимости от того, в какой части позвоночного столба произошло повреждение). О наличии такой травмы свидетельствуют и другие характерные признаки: задержка мочеиспускания и дефекации, снижение мышечной силы («ватные ноги»), нарушение чувствительности.

В домашних условиях после консультации лечащего врача проводят лечение ушибов, дисторсий. При ушибах рекомендуются постельный режим до 10 суток, массаж, тепловые процедуры (аппликации парафина, озокерита и др.). При дисторсиях лечение заключается в постельном режиме до 6 недель, назначении массажа и тепловых процедур. При дисторсиях в шейном отделе хорошие результаты дает вытяжение с последующим применением воротника Шанца. В остальных случаях домашнее лечение допускается лишь в период реабилитации (восстановления) после консультации лечащего врача.

Мышечно-фасциальное растяжение

Внезапная нагрузка в виде натяжения или напряжения (например, поднятие тяжести) может стать причиной воспаления и боли, развивающихся обычно в результате частичного разрыва мышц или связок в течение нескольких часов после происшествия. Эти повреждения встречаются в основном у молодых и здоровых людей, а их причиной является специфическая травма.

Боль (часто интенсивная) и слабость мышц в очень ограниченной области сопровождаются мышечным спазмом.

Лечение заключается в постельном режиме, местном охлаждении первые 2–3 суток. Затем назначаются массаж, ЛФК, тепловые процедуры.

Постельный режим подразумевает положение лежа на плоской поверхности или со слегка согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами с подложенными под них подушками в течение 2 дней. Допускается лишь посещение туалета и ванной.

Симптомы острой боли и мышечного спазма обычно проходят в течение первых нескольких дней, однако ноющая боль может сохраняться несколько недель. Для уменьшения болезненности к месту растяжения прикладывают пузырь со льдом – каждый час на 10–15 мин во время бодрствования. (Вместо пузыря со льдом можно использовать влажное полотенце, замороженное в холодильнике.)

Воспалительные заболевания

Ревматоидный артрит позвоночника

Ревматоидный артрит – это системное воспалительное заболевание с первичным вовлечением в процесс синовиальной ткани. Наиболее часто поражаются верхние позвонки шейного отдела позвоночника, на втором месте – поражение крестцово-подвздошного сочленения, состоящего из парного крестцово-подвздошного сустава и прилегающих связок.

У больных ревматоидным артритом даже в результате незначительной травмы может развиваться угрожающее жизни повреждение позвоночника.

На ранних стадиях заболевания отмечаются боли в области шеи, сопровождающиеся болью в затылке. Боли также распространяются на область лба или глаз, усиливаются при поворотах шеи. При поражении нижних позвонков шеи они переходят в руки, плечи, верхнюю часть спины и грудь. Впоследствии развиваются вторичные изменения в позвоночнике, которые ведут к смещению позвонков друг относительно друга даже при незначительной травме, при этом возможно сдавление спинного мозга. Для подтверждения диагноза необходимы рентгенография и ряд анализов крови.

Больных ревматоидным артритом лечат большими дозами аспирина и нестероидными противовоспалительными средствами (такими как амидопирин, бутадиион, бруфен, вольтарен, ортофен), назначают мягкий (воротник Шанца) или жесткий воротник на 2–6 недель. После получения эффекта от медикаментозной терапии применяют физиотерапевтическое лечение (УФО, общие сероводородные и радоновые ванны), УВЧ. Для восстановления функций применяют массаж и лечебную физкультуру. Обязательны постоянные занятия лечебной физкультурой, которые препятствуют атрофии мышц и сморщиванию сумочно-связочного аппарата позвоночника.

Анкилозирующий спондилоартрит

Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – это хроническое воспалительное заболевание, которое вызывает окостенение суставов позвонков. Сначала возникает воспалительный процесс, в основном поражающий суставные хрящи и капсулу. Затем в процесс вовлекается связочный аппарат позвоночника. В итоге неподвижность суставов и окостенение связок приводят к формированию мостиков между телами прилежащих позвонков и их сращению. Болезнь поражает мужчин чаще, чем женщин.

Первые признаки заболевания проявляются в виде ноющих болей и тугоподвижности нижней части спины. Они развиваются обычно постепенно. Интенсивность болей преобладает во второй половине ночи и утренние часы. Характерна утренняя скованность в позвоночнике, которая исчезает к концу дня. Боли также могут быть в ягодичных областях, бедрах и пальцах ног. При поражении шейного и грудного отделов позвоночника боли и тугоподвижность отмечаются в области шеи. Когда в процесс вовлекаются реберно-позвоночные суставы, то боли возникают в груди, затруднен глубокий вдох. С течением времени болезнь прогрессирует: боли беспокоят постоянно, появляется характерная «поза просителя». Подтверждается диагноз рентгенологически, возможен ряд других дополнительных исследований.

Симптомы анкилозирующего спондилоартрита имеют непостоянный характер, активное течение заболевания может сменяться периодами ремиссии, длящимися от нескольких месяцев до нескольких лет.

Больному следует избегать напряженной физической нагрузки как на работе, так и в быту. Необходимо 2–3 раза в день проводить

умеренные тренировочные занятия ходьбой, плаванием и лечебной физкультурой. Спать следует на жестком матрасе с подложенным под него деревянным щитом, или жестком ортопедическом матрасе. Нужно отказаться от подушки, которая способствует деформации позвоночника. Из арсенала физиотерапевтических процедур желательно применение ультразвука, парафинолечения, методов рефлексотерапии, массажа. Настоятельно рекомендуется ежегодное санаторно-курортное лечение с применением радоновых и сероводородных ванн, грязевых аппликаций. Обязательно наблюдение у ревматолога и ортопеда.

Дегенеративно-дистрофические и обменно-гормональные заболевания

Остеопороз позвоночника

Остеопороз – это клиническое состояние, характеризующееся уменьшением общей массы костей скелета, в результате которого нарушается структура кости и возникают переломы.

К остеопорозу может привести множество причин, как каждая в отдельности, так и в сочетании друг с другом.

Факторы риска, приводящие к остеопорозу:

- генетические (женский пол, белая раса, низкорослость, пожилой и старческий возраст, менопауза);
- неправильный образ жизни (курение, гиподинамия);
- недостаточное поступление кальция с пищей, повышенное употребление белка, жиров, пищевой клетчатки, кофе, алкоголя;
- заболевания (токсический зоб, болезнь Иценко – Кушинга, акромегалия, гипотиреоз, инсулинозависимый сахарный диабет, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, гиперпаратиреоз, несовершенный остеогенез, резекция желудка, хронический панкреатит и энтерит и др.);
- длительное применение лекарственных препаратов, таких как тиреоидные гормоны, глюкокортикоиды, гепарин, литий, спиронолактон, противосудорожные средства, тетрациклин, диуретики, циклоспорин, антациды, содержащие алюминий, и др.

По оценкам специалистов, в США 15–20 млн человек поражены остеопорозом. Приблизительно 1,3 млн переломов в год среди лиц старше 45 лет можно объяснить остеопорозом.

Как проявления заболевания на первом месте стоят боли, которые появляются в связи с переломом тела позвонка.

Они могут быть следующего характера и течения.

1. Острая боль длится обычно 2–3 месяца и связана с острым переломом позвонка.
2. Уменьшение высоты позвонка вследствие его компрессии ведет к компенсаторному увеличению изгиба поясничного отдела позвоночника и проявляется хронической болью в нижней части спины, продолжается от 3 до 6 месяцев.
3. При множественных или повторных переломах хроническая боль является результатом давления на связки, мышцы.
4. При увеличении грудного изгиба позвоночника боль возникает из-за опоры ребер на гребни подвздошных костей.

Кроме болей, отмечается снижение роста: при этом размах рук более чем на 3 см превышает длину тела. Характерно нарушение осанки: сутулость, «вдовий горб», «поза просящего», чувство тяжести в межлопаточной области.

Диагноз подтверждается с помощью рентгенографии и денситометрии, также необходимы анализы крови на содержание кальция и фосфора в крови и некоторые другие исследования.

Рекомендуется обратиться к специалисту (ортопеду, терапевту), который определит причину остеопороза и назначит соответствующее лечение. При остром переломе тела позвонка необходимы постельный режим, местное охлаждение, обезболивающие средства.

Длительное лечение заключается в применении определенных лекарственных препаратов и должно быть обязательно согласовано с лечащим врачом. Из общих рекомендаций можно назвать следующие: диетотерапию (пища с большим количеством кальция: 1000–1500 мг/сут, витамина D), утренние ежедневные прогулки, плавание, умеренные ежедневные упражнения с небольшой весовой нагрузкой.

Гнойный спондилит

Гнойный спондилит (остеомиелит) позвоночника чаще встречается у детей и при поражении приводит к гибели в 75 % случаев. Причиной является попадание в позвоночник пиогенных бактерий, наиболее часто с током крови из других органов, но это возможно и при врачебных и сестринских манипуляциях.

Пиогенные бактерии – бактерии, вызывающие образование гноя.

Обычно боли в спине появляются постепенно, усиливаясь при движениях позвоночника. Могут быть жалобы на недомогание или потерю массы тела. При дальнейшем развитии заболевания появляется постоянная, тупая, ноющая боль, длящаяся месяцами.

Боли сопровождаются повышением температуры тела до 38 °С, спазмом и напряжением мышц спины, ограничением движений в позвоночнике. При несвоевременной диагностике возникает ряд опасных для жизни осложнений, таких как распространение гноя в спинно-мозговой канал, сдавление спинного мозга, гнойный менингит, формирование абсцессов, локализующихся в различных местах, и др.

Диагноз подтверждается рентгенологически, также необходима сдача анализов крови.

В случае подозрения на остеомиелит позвоночника необходимо выполнить сканирование, так как клинические и рентгенологические данные при этом заболевании неспецифичны и проявляются поздно.

Все больные с диагнозом гнойного остеомиелита нуждаются в госпитализации и стационарном лечении. Лечение на дому исключено в связи с возможностью серьезных осложнений, влекущих за собой смертельный исход.

Остеохондроз позвоночника

Остеохондроз позвоночника – дегенеративно-дистрофическое поражение соединительно-тканых структур (связок, хрящей, фиброзного кольца), обеспечивающих движение между позвонками.

Причины его возникновения до конца не выяснены. Считается, что важную роль в процессе развития заболевания играют наследственная предрасположенность, нарушение гормональных и метаболических процессов в организме (ожирение, сахарный диабет и др.), механическое воздействие (травма, деформация, чрезмерная нагрузка).

В развитии остеохондроза выделяют четыре периода, характеризующихся различной степенью развития патологического процесса и, соответственно, разными признаками и симптомами, таких как:

- период внутридискового перемещения студенистого ядра;
- период прогрессирующего разрушения фиброзного кольца диска;
- период полного разрыва фиброзного кольца диска с выходом за его пределы студенистого вещества (грыжа диска);
- период распространения дегенеративного процесса на другие межпозвоночные элементы и позвонки, развития спондилоартроза, дегенерации (разрушения) позвоночных связок.

Первый период характеризуется появлением боли в каком-то определенном месте позвоночника (пораженном диске), иногда в нескольких, чаще при длительном сидении или стоянии. Этот симптом носит название **дискалгии**. В зависимости от места появления боли различаются следующие виды дискалгии:

- **цервикалгия** (в шейном отделе позвоночника);
- **люмбалгия**, или **люмбаго** (в поясничном отделе);
- **ишиалгия**, или **ишиас** (боль отдает, «простреливает» в ногу, из-за сдавления сосудов шеи возможны обмороки).

Еще один признак заболевания – тугоподвижность (что характерно больше для шейного отдела позвоночника), проявляющаяся по утрам.

Во *втором периоде* заболевания увеличивается подвижность позвонка, которая сопровождается постоянным неосознанным напряжением мышц спины. Это приводит к непроходящему чувству утомления мышц спины, дискомфорту.

В *третьем периоде* в связи с выпадением диска происходит сдавление нервных корешков, спинного мозга, сосудов. Появляются неврологические симптомы – радикулит, миелопатия. Больной ощущает снижение чувствительности рук или ног (в зависимости от уровня поражения), беганье мурашек, онемение пальцев кистей или стоп. Также возможны боли в груди, области сердца, животе. Могут быть боли в правом подреберье, симулирующие патологию желчного пузыря. У мужчин может наступить снижение потенции, а у женщин – снижение либидо.

Четвертый период характеризуется появлением патологических процессов на других уровнях – появлением остеофитов (костных выростов), а также всех вышеперечисленных симптомов.

Лечение средствами народной медицины возможно во все четыре периода развития заболевания, кроме тех случаев, когда показано оперативное вмешательство. Все предпринимаемые манипуляции должны быть согласованы с лечащим врачом. Основными целями терапии должны быть снятие мышечного спазма и улучшение кровообращения в пораженной области. Этого можно достичь применением тепла (парафиновыми и озокеритовыми аппликациями, грязе- и песколечением и др.) и движения (массажем, ЛФК и т. д.).

Сколиотическая болезнь

Сколиоз – боковое искривление позвоночника с торсионной деформацией (скручиванием в горизонтальной плоскости) позвонков. По мере прогрессирования болезни присоединяется деформация в переднезадней плоскости (кифоз). Сколиоз – это сложная многоосевая деформация позвоночника, неизбежно влекущая за собой деформацию ребер и грудной клетки в целом, изменение ее формы и нарушение взаиморасположения органов грудной клетки и систем организма. Все это приводит к возникновению физической неполноценности и полиорганной недостаточности (сколиотической болезни). Нарушается деятельность дыхательной и сердечно-сосудистой систем, появляются неврологические осложнения в виде параличей и парезов конечностей (ограничения или отсутствия движений). Часто возникают тяжелые психические страдания из-за грубых косметических дефектов.

Больные сколиозом с ранней стадии испытывают боли в различных отделах позвоночника (больше в нижнегрудном и поясничном) различной интенсивности и регулярности.

Они могут возникать как при статической (стоянии, сидении), так и при динамической (наклонах, поворотах) нагрузке. С развитием сколиоза возникает хорошо видимая на глаз деформация позвоночника и грудной клетки. Можно различить асимметрию надплечий, лопаток, ключиц, выступание одной из половин грудной клетки.

Для подтверждения диагноза проводят рентгенологическое исследование позвоночника в динамике. Кроме того, измеряют объем мышечной массы, определяют силовую выносливость мышц, оценивают показатели внешнего дыхания.

Лечение должно проводиться под наблюдением специалиста. Начинают его с методов функциональной терапии, в основу которой положено несколько направлений, таких как:

- выработка индивидуального статодинамического режима (исключение порочных поз, оптимальная двигательная активность, исправление деформации позвоночника и грудной клетки с помощью лечебной гимнастики, занятий на специальных тренажерах, плавание в бассейне, приемы постизометрической релаксации);

- соблюдение общего ортопедического режима (статическая разгрузка позвоночника) – проведение школьных занятий в положении лежа на кровати, оборудованной специальной ортопедической подставкой, использование ортопедических укладок, ношение ортопедического корсета;

- общеукрепляющие мероприятия.

Лечение сколиоза должно проводиться сразу после установления диагноза, систематически и длительно.

Больному назначают лечебную гимнастику. Комплекс упражнений подбирается индивидуально – в зависимости от динамики заболевания. Вначале больной занимается под наблюдением специалиста в поликлинике или стационаре, а затем (по мере освоения упражнений) в домашних условиях. Упражнения нужно делать ежедневно.

Лечебная гимнастика направлена на укрепление мышц и нормальное формирование мышечного корсета. Она улучшает функциональные способности грудной клетки и помогает выработать правильную осанку. Кроме того, такая гимнастика оказывает общеукрепляющее воздействие на организм.

Также в лечении сколиотической болезни большое значение имеют упражнения, улучшающие функцию дыхания, расширяющие деформированную грудную клетку.

Одним из важных средств для устранения сколиотической деформации служит лечение положением – постуральной коррекцией с помощью укладок. Эта методика также оказывает продолжительное воздействие на связочно-мышечный аппарат деформированного позвоночника и закрепляет достигнутый физическими упражнениями эффект. Такую коррекцию проводят несколько раз в день с длительностью до 1,5–2 ч. При выраженной деформации используют лечебную позу с асимметричным положением верхних и нижних конечностей. Например, при искривлении поясничного отдела позвоночника влево и грудного отдела вправо больного укладывают на живот с отведенной левой ногой и вытянутой левой рукой.

Массаж спины стоит на втором месте при лечении сколиоза. Он подготавливает нервно-мышечный аппарат к физическим упражнениям и усиливает их воздействие на организм.

Неотложные состояния

Так как позвоночник представляет собой сложную систему, выполняющую множество важных функций, при любых болях в спине необходимо обращение к врачу (хирургу, травматологу, ортопеду, вертебрологу, неврологу). Особенно это необходимо при деформации спины, а также болях:

- длящихся более 2 недель;
- сопровождающихся повышением температуры выше 37 °С;
- сопровождающихся онемением рук или ног, беганьем мурашек, отсутствием каких-либо движений в конечностях, нарушением физиологических отпавлений;
- острых, внезапно появившихся в спине.

Боль в суставах: что за ней стоит

Травматические повреждения

Ушибы

Ушиб – закрытое (без разрыва кожи) повреждение мягких тканей, возникающее в результате тупой травмы (падения, удара).

Для ушибов характерны боль и ограничение движений в конечности. Происходит разрыв кровеносных сосудов в поврежденной области. В результате образуется кровоизлияние (синяк). При разрыве поверхностного сосуда возникает видимый кровоподтек, иногда скопление крови – гематома. При повреждении глубоких сосудов в первые дни кровоизлияния не видно, оно выявляется позже.

Подозревая ушиб, надо исключить более серьезные повреждения, в том числе перелом кости. При обширных ушибах это можно сделать только на основании рентгенологического исследования!

Свежий кровоподтек имеет красный цвет. С течением времени он становится синим, а затем желто-зеленым. Если кровоизлияние не претерпевает таких изменений, а становится багровым, то это указывает на присоединение инфекции. Тогда боль усиливается, возникает припухлость, повышается температура тела. Иногда кровоизлияния полностью не рассасываются, на их месте длительно остаются плотные участки – организовавшиеся (т. е. проросшие соединительной тканью) гематомы.

Для оказания помощи необходимо обеспечить покой конечности, туго забинтовать место ушиба, положить пузырь со льдом или сделать холодный компресс, придать конечности возвышенное положение. При сильном ушибе лучше наложить шину или гипсовую лонгету. Для ускорения рассасывания обширных кровоизлияний можно через 3–4 дня начать теплые (не горячие!) ванны, физиотерапевтические процедуры.

Растяжения и разрывы связок

Растяжения и разрывы связок возникают при внезапных, чрезмерно резких, форсированных движениях, превышающих нормальный объем движений сустава. Такие повреждения характерны для спортивной травмы голеностопного, коленного, реже лучезапястного суставов.

При травме наблюдаются боль, припухлость, кровоподтек, нарушения движений в суставе из-за боли. При растяжении и разрывах связок повреждаются около- и внутрисуставные ткани, в результате полость сустава заполняется кровью – возникает гемартроз. При этом сустав припухает, его контуры сглаживаются, движения отсутствуют.

При травмах такого рода в первую очередь накладывают шину или тугую повязку и применяют холод (пузырь со льдом или холодный компресс). Затем в течение 2–3 недель больному надлежит носить тугую повязку или гипсовую лонгету, после чего ему назначают лечебную физкультуру и физиотерапевтические процедуры. Для профилактики повторного растяжения связок и разболтанности сустава в течение года рекомендуется использовать фиксирующие средства (эластичные чулки, наколенник) и носить обувь на низком каблуке. Иногда при разрыве связок возникает необходимость в восстановительной операции.

Разрывы сухожилий и мышц

Чаще всего повреждению подвергаются сухожилия разгибателя пальцев кисти, реже – ахиллово сухожилие, сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча и четырехглавой мышцы бедра. Обычно при резком, внезапном напряжении мышцы сухожилие отрывается от места прикрепления к кости или разрывается на месте перехода в мышечное брюшко. Различают полные и неполные разрывы. Чаще всего наблюдаются разрывы четырехглавой, икроножной и двуглавой мышц плеча.

В момент разрыва можно ощутить как бы электрический удар и сильную боль. При полном разрыве образуется видимая впадина, при неполном она менее заметна. Всегда имеется гематома.

При полных разрывах показано оперативное вмешательство. При неполных разрывах необходима фиксация конечности гипсовой лонгетой или шиной в положении, расслабляющем поврежденную мышцу в течение 2–3 недель. Затем проводятся массаж, лечебная физкультура.

Травматическим вывихам иногда сопутствуют трещины и краевые переломы кости, в связи с этим обращение за медицинской помощью обязательно!

Вывихи и подвывихи

Вывих – смещение суставных концов сочленяющихся костей. Вывихи могут быть полными и неполными (подвывихами), также различают врожденные, патологические и травматические. Врожденные вывихи возникают в результате неправильного внутриутробного развития элементов сустава. Патологические вывихи вызываются заболеванием сустава, приводящим к нарушению суставных поверхностей костей. Разновидностью патологического вывиха является паралитический. Наиболее частые – травматические вывихи. Нередко они сопровождаются разрывом капсулы сустава, связок, повреждением сосудов и нервов.

Травма сопровождается резкой болью, отсутствием движений в суставе, его деформацией, при которой вывихнутый конец выпячивает мягкие ткани и прощупывается не на своем обычном месте.

Устранение (вправление) вывиха производится в самое ближайшее время после травмы. Затем показано ношение фиксирующей повязки – гипсовой лонгеты или ортеза – в течение 2–3 недель.

Для предотвращения развития тугоподвижности в суставе после снятия повязки следует проводить массаж, лечебную физкультуру.

Внутрисуставные переломы

Внутрисуставным переломом называется перелом кости, расположенной внутри сустава. Он характеризуется резкой болью и невозможностью движения в суставе. Поврежденный сустав утолщается, припухает, контуры его сглаживаются. Внутрисуставный перелом всегда сопровождается гемартрозом. При попытке ощупывания возникает боль.

При травме обязательно нужно обратиться к специалисту (травматологу). В зависимости от перелома лечение может быть консервативное или оперативное. Тактику его определяет врач.

При консервативном методе производится иммобилизация (фиксация) гипсовой повязкой на срок 1,5–2 месяца, пункция сустава с целью удаления крови. Затем гипсовую повязку меняют на ортез и проводят массаж, тепловые процедуры, лечебную гимнастику.

Воспалительные заболевания суставов

Заболевания, сопровождающиеся болью суставов, можно разделить на три группы:

- околосуставные заболевания мягких тканей (тендинит, бурсит);
- полиартрит (острый, подострый, хронический) – воспаление нескольких суставов.
- острый моноартрит – воспаление одного сустава;

Околосуставные заболевания мягких тканей

Эпикондилит (теннисный локоть) – хроническое заболевание, обычно встречающееся у людей, имеющих профессию, связанную с круговыми движениями в локтевом суставе (игроков в теннис, плотников).

Проявляется постепенным нарастанием болей тупого характера по наружной поверхности локтевого сустава. Боль отдает в предплечье. При ощупывании локтевого сустава также возникает боль.

При появлении боли рекомендуется придать локтевому суставу положение покоя с помощью ортезов: рука согнута в локте, предплечье повернуто внутрь, кисть разогнута в лучезапястном суставе. Снять боль помогает сухое тепло (песок, парафин, озокерит).

Бурсит – воспаление синовиальной сумки, расположенной в области сустава.

Чаще всего бурситы встречаются в области локтевого, тазобедренного, коленного суставов.

Характерны локальная боль, припухлость или вздутость, ограниченная размером синовиальной сумки, покраснение. На ощупь это место будет горячее и болезненное. Боль также отмечается при движении.

Необходимо обратиться к специалисту (хирургу, травматологу, ортопеду) для решения вопроса о способе лечения (возможен оперативный или консервативный). Общие рекомендации заключаются в создании покоя для сустава. С этой целью используют специальные ортопедические приспособления (ортезы).

Тендиниты и тендовагиниты. Тендинит – это воспаление сухожилия, а тендовагинит – это воспаление сухожилия и сухожильного влагалища (футляра, в котором проходит сухожилие). Располагаться данный патологический процесс может в области любого сустава, но, как правило, с ограничением распространенности.

Отмечается боль при определенном движении сустава (сгибании или разгибании либо повороте и др.). При ощупывании проблемного места можно почувствовать утолщенное болезненное сухожилие. При отсутствии терапии сухожилие может спонтанно разорваться.

При лечении используются различные ортезы, благодаря которым сустав и сухожилие временно фиксируются в состоянии покоя. Врач может назначить лечебную гимнастику.

Полиартрит

Представлен **ревматоидным артритом**. Ревматоидный артрит – хроническое системное воспалительное заболевание с первичным вовлечением в процесс синовиальной ткани и преимущественным поражением суставов. Ревматоидным артритом женщины болеют чаще, чем мужчины.

Начинается заболевание обычно с резких болей в суставах, мышцах, сопровождающихся покраснением и отеком. Утром отмечается скованность в суставах, которая постепенно проходит в течение дня. Наиболее часто поражаются суставы кистей, стоп. Но в процесс могут вовлекаться и тазобедренные, коленные, плечевые, локтевые суставы. Со вре-

менем при отсутствии лечения в суставах возникают деформации и стойкое ограничение движений. Кроме того, могут поражаться и внутренние органы: сердце, сосуды, печень, легкие, почки и др. Диагноз подтверждается с помощью различных анализов крови (ревматоидного фактора, общего анализа крови, биохимического анализа и др.), рентгенологического исследования.

При подозрении на ревматоидный артрит необходимо срочно обратиться к врачу.

Лечение этого заболевания специфическое и проводится только под наблюдением лечащего врача.

Моноартриты

Реактивный артрит – стерильный, негнойный артрит, развивающийся в ответ на внесуставную инфекцию (воспаления кишечника, мочеполовой системы, глаз).

Наблюдаются боль, чаще ночью, покраснение, припухлость сустава. При ощупывании сустав горячий, боль усиливается. Движения в нем ограничены из-за боли.

В первую очередь проводятся лечение основного заболевания, а также противовоспалительная терапия под контролем врача.

Инфекционный артрит – быстро развивающееся воспаление сустава, связанное с проникновением в него микробов.

Они попадают туда с током крови (из полости рта, дыхательных путей, мочевого тракта, с кожи), лимфы (при околоуставной локализации остеомиелита), при пункции сустава и других хирургических операциях на суставе.

Начало заболевания имеет внезапный характер. В области пораженного сустава отмечаются выраженная боль, покраснение, припухлость. На ощупь сустав горячий. Температура тела повышается до 38–39 °С, может сопровождаться ознобом и проливным потом. Движение в суставе резко ограничено из-за боли. Диагноз подтверждается анализами крови, рентгенологическим исследованием и исследованием синовиальной жидкости.

При обнаружении признаков болезни необходимо без промедления обратиться к специалисту (хирургу, ортопеду, артрологу). Домашнее лечение исключено!

Дегенеративно-дистрофические и обменно-гормональные заболевания

Подагра

Подагра – метаболическое заболевание с нарушением пуринового обмена и отложением уратов в полости сустава, что и вызывает воспалительную реакцию. Заболеванию чаще подвержены люди среднего и пожилого возраста или злоупотребляющие алкоголем. Чаще всего поражается первый плюснефаланговый сустав стопы, голеностопный, коленный суставы.

Среди полного здоровья, внезапно, нередко среди ночи, возникает резкая боль в суставе. Больной сустав припухлый, красный (или синевато-багровый), горячий на ощупь, кожа над ним блестит. Температура тела может повышаться до 38–39 °С, отмечается общая слабость. Такой приступ может длиться 3–10 дней. Диагноз подтверждается с помощью анализов крови и мочи, рентгенологического обследования и исследования синовиальной жидкости.

Лечение проводится под наблюдением специалиста. На первом месте стоит диета, затем – покой и лечебная гимнастика в период ремиссии. Острые приступы купируются только медикаментозно.

Деформирующий артроз

Деформирующий артроз – это состояние, при котором происходит разрушение суставных тканей, в первую очередь гиалинового суставного хряща и прилежащей к нему кости. Причинами этого могут быть наследственная предрасположенность, несоответствие между нагрузкой на суставной хрящ и его сопротивляемостью (избыточный вес, занятия профессиональным спортом), травмы суставов, эндокринные заболевания (сахарный диабет), подагра, ревматоидный артрит и др.

При заболевании наблюдается боль в суставах с постепенным развитием ограничения движений (тугоподвижности, скованности). В начале процесса ощущается легкий дискомфорт в суставе при ходьбе. Затем появляется боль, которая проходит в покое. При прогрессировании боль возникает при изменении положения тела (вставании со стула, подъеме по лестнице). При деформирующем артрозе возможны ночная боль (при присоединении воспалительного процесса), припухание пораженного сустава. При развитии заболевания возникают деформации суставных тканей, появляются узелки в области суставов кистей. Диагноз подтверждается рентгенологически.

Лечение деформирующего артроза должно быть комплексным и включать:

- правильное питание (нежирные продукты с высоким содержанием кальция). Не рекомендуются субпродукты, жирное мясо, сливочное масло, колбасы, сосиски, сало, жирное молоко;
- защиту от перегрузки с использованием специальных ортопедических приспособлений (ортезов) и правильно подобранной обуви. При артрозе коленных суставов рекомендуется ношение наколенников для фиксации сустава, которые уменьшают его нестабильность и замедляют прогрессирование заболевания. Чтобы уменьшить статическую нагрузку, при артрозах суставов нижних конечностей рекомендуется пользоваться тростью. В случае плоскостопия следует носить обувь со стельками-супинаторами с целью поддержания свода стопы и снижения нагрузки на суставы. Предпочтительна обувь на широком каблуке с мяг-

кой, эластичной подошвой. Она гасит удар, травмирующий хрящ во время ходьбы. Обувь должна быть достаточно широкой и мягкой сверху;

- иглорефлексотерапию;
- массаж (показан только вне обострений воспалительного процесса);
- физическую активность (ходьбу в спокойном темпе, плавание, велосипедные и лыжные прогулки);
- регулярные занятия лечебной физкультурой и гимнастикой.

В запущенных случаях и при неэффективности консервативного лечения прибегают к замене больного сустава искусственным.

Синдром хронической усталости

Синдром хронической усталости – нарастающая усталость без явных причин, продолжающаяся в течение длительного времени (более 6 месяцев). Болеют чаще женщины в возрасте 20–50 лет.

Характерные проявления синдрома заключаются в общем недомогании, усталости, нарушении сна, могут возникать боли в горле, увеличение лимфатических узлов. На фоне этих симптомов отмечаются боли в суставах, которые имеют мигрирующий характер. Больной сустав может припухнуть и покраснеть. Также характерны распространенные мышечные боли.

Массаж снимает болезненный спазм мышц и улучшает кровообращение в суставе.

Лечение заключается в соблюдении строгого режима дня, включающего длительные прогулки, полноценный отдых, сон (не менее 8 ч) и сбалансированное питание. Рекомендуется санаторно-курортное лечение. Для исключения других, более серьезных заболеваний обязательно обращение к врачу.

Неотложные состояния

При заболеваниях суставов не рекомендуется заниматься самолечением. Все манипуляции и процедуры следует согласовывать с лечащим врачом. Особого внимания требуют боли:

- острые;
- сопровождающиеся повышением температуры тела;
- сопровождающиеся нарушением опоры;
- продолжающиеся длительное время (более 1 месяца);
- ночные.

При всех вышеперечисленных состояниях следует немедленно обратиться к специалисту.

Народная медицина: лечим боль в спине и суставах

Лечебная гимнастика

Преимущества лечебной гимнастики

Это одно из средств лечебной физической культуры наряду с массажем и закаливанием. И, пожалуй, самое действенное.

В чем же преимущества лечебной гимнастики перед другими средствами лечения?

Во-первых, это отсутствие каких-либо чужеродных организму веществ (как в случае лекарственной терапии, траволечения), т. е. полная физиологичность метода. Человек использует собственные мышцы для выполнения движений, которые привычны и в повседневной жизни. Во-вторых, это практическое отсутствие передозировки.

Лечебная гимнастика – это не обычная зарядка или урок физкультуры. Она представляет собой специально подобранный комплекс упражнений для определенного заболевания. Общими результатами будут ускорение выздоровления, укрепление здоровья и увеличение внутренних резервов организма.

Благодаря множеству нейрогуморальных механизмов во время лечебной гимнастики происходит воздействие на весь организм, но преимущественно – на пораженные органы, изменяются такие параметры, как кровообращение, дыхание, секреция различных биологически активных веществ.

Противопоказания к использованию лечебной гимнастики:

- повышенная температура тела;
- прогрессирующее течение заболевания;
- пульс ниже 50 или выше 100 уд/мин;
- очень высокое или очень низкое артериальное давление;
- частые гипо– или гипертонические кризы;
- угроза возникновения кровотечений и тромбоэмболии.

Ниже приведены примерные комплексы лечебной гимнастики при различных заболеваниях. Помните, что в острой стадии лечебная гимнастика не используется! Самостоятельно проводить лечебную гимнастику рекомендуется только в стадии ремиссии.

Не нужно путать комплекс лечебной гимнастики и утреннюю зарядку. Зарядка служит для того, чтобы привести организм в деятельное состояние, и если утром вместо зарядки выполнять комплекс лечебной гимнастики, то лечебного эффекта от этого будет меньше. Утренняя зарядка и без того должна выполняться каждым человеком, ведущим здоровый образ жизни, сразу после пробуждения.

Каждый комплекс должен предваряться разминкой в течение 5–10 мин (ходьбой) и заканчиваться дыхательными упражнениями на расслабление.

Заниматься желательно не меньше 1 раза в день.

Лечебная гимнастика при шейно-грудном остеохондрозе

Что происходит при использовании лечебной гимнастики:

- стимуляция кровообращения в шейно-грудном отделе позвоночника и верхних конечностях;
- укрепление мышц спины;
- уменьшение болей и дискомфорта в спине;
- восстановление полной амплитуды движений;
- устранение мышечного дисбаланса – укрепление ослабленных мышц, восстановление их нормального тонуса, расслабление напряженных мышц;
- укрепление организма в целом.

Примерный комплекс лечебной гимнастики

1. Разминка: ходьба в течение 3–5 мин на носках, наружном своде стопы, с движениями рук, приставным шагом. Ритм дыхания произвольный.

2. Исходное положение: сидя на стуле, руки опущены вдоль туловища. Повернуть голову вправо – выдох, затем вперед – вдох, потом влево – выдох, вернуться в исходное положение – вдох. Повторить 8 раз.

3. Исходное положение: сидя на стуле, руки опущены вдоль туловища. Наклонить голову вправо – выдох, затем вернуться в исходное положение – вдох, наклонить голову влево – выдох, снова вернуться в исходное положение – вдох. Во время наклона надавливать на голову ладонью, противодействуя движению. Повторить 8 раз.

4. Исходное положение: сидя на стуле, руки опущены вдоль туловища. Опустить голову вниз, стараясь прижать подбородок к груди, одновременно надавливая ладонью на лоб, противодействуя движению головы – выдох. Вернуться в исходное положение – вдох. Повторить 4 раза.

5. Исходное положение: сидя на стуле, плечи опущены. Поднять плечи вверх, задержать на 3–5 с, опустить. Повторить 8 раз. Ритм дыхания произвольный.

6. Исходное положение: сидя на стуле, поднять вверх левое плечо, задержать на 3–5 с, опустить. Повторить то же с правым плечом. С каждым плечом сделать 4 раза. Ритм дыхания произвольный.

7. Исходное положение: сидя на стуле, держась руками за верх спинки сзади. Разогнуть руки в локтевом суставе, прогнуться вперед – выдох. Вернуться в исходное положение – вдох. Повторить 4 раза.

8. Исходное положение: сидя на стуле, руки опущены. Поднять руки вверх, прогнуться через спинку стула – вдох. Наклониться, обхватив руками колени, – выдох. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

9. Исходное положение: сидя на стуле, руки опущены. Поднять руки в стороны, прогнуться через спинку стула – вдох. Наклониться, обхватив руками колени, – выдох. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

10. Исходное положение: сидя на стуле, руки к плечам. Выполнить вращение рук вперед и назад поочередно 8 раз. Ритм дыхания произвольный.

11. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Вращение рук в плечевом суставе (поворачивать ладони вверх-вниз). Повторить 8 раз. Ритм дыхания произвольный.

12. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять правую руку вверх – выдох, вернуться в исходное положение – вдох. Затем поменять руки. Повторить 8 раз каждой рукой.

13. Исходное положение: лежа на спине, подложив под спину в области грудного отдела позвоночника валик. Руки в замке за головой. Прогнуться назад – вдох, приподнять верхнюю часть туловища – выдох. Остаться в таком положении на 3–5 с. Вернуться в исходное положение. Повторить упражнение 4 раза.

14. Исходное положение: лежа на спине, руки соединены в замок за головой. Туловище слегка отклонено вправо. Имитация колки дров: поднять голову и туловище вместе с руками и дотянуться до пола с левой стороны от туловища. Затем вернуться в исходное положение, но отклонившись от средней оси влево. После этого дотянуться до пола с правой стороны и вернуться в исходное положение. Ритм дыхания произвольный.

15. Исходное положение: стоя, ноги врозь. Выпрямить над головой руки, обхватив левой кистью запястье правой руки. Наклониться влево и немного потянуть правую руку. Вернуться в исходное положение и поменять положение рук. Наклониться вправо и потянуть левую руку. Повторить упражнение 8 раз в каждую сторону. Ритм дыхания произвольный.

16. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, гимнастическая палка (вместо нее можно использовать деревянную швабру) в руках перед собой. Поднять руки с палкой вверх и опустить за спину. Вернуться в исходное положение. Повторить 8 раз. Ритм дыхания произвольный.

17. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, гимнастическая палка на лопатках. Левую ногу поднять вверх, согнув в колене, и задержать это положение на 3–5 с. Вернуться в исходное положение и проделать то же самое, поменяв ноги. Повторить 4 раза каждой ногой. Ритм дыхания произвольный.

18. Исходное положение: стоя, руки к плечам, ноги на ширине плеч. Вытянуть руки вверх – вдох, возвратиться в исходное положение – выдох. Повторить 4 раза. Можно в сочетании с медленной ходьбой.

Лечебная гимнастика при пояснично-крестцовом остеохондрозе

Что происходит при использовании лечебной гимнастики:

- стимуляция кровообращения в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях;
- укрепление мышц спины;
- уменьшение болей в спине;
- восстановление полной амплитуды движений;
- устранение мышечного дисбаланса (укрепление ослабленных мышц, восстановление их нормального тонуса, расслабление напряженных мышц);
- укрепление организма в целом.

Примерный комплекс лечебной гимнастики

1. Разминка: ходьба в течение 3–5 мин на носках, наружном своде стопы, с движениями рук, приставным шагом. Ритм дыхания произвольный.

2. Исходное положение: лежа на спине, одна рука лежит на груди, другая – на животе. Выполнять диафрагмальное дыхание – следить за тем, чтобы во время вдоха поднимался живот, а не грудь. Повторить 4 раза.

3. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Сжать кисти в кулак и потянуть стопы на себя – выдох. Вернуться в исходное положение – вдох. Повторить 8 раз.

4. Исходное положение: лежа на спине, руки на локтях, ноги врозь. Выполнить круговые движения кистями и стопами. Повторить 8–12 раз. Ритм дыхания произвольный.

5. Исходное положение: лежа на спине, ноги вместе, руки вдоль туловища. Поднять левую ногу вверх, согнуть в коленном суставе, разогнуть, опустить. Повторить то же самое другой ногой. Каждой ногой выполнить 4 подъема со сгибанием. Ритм дыхания произвольный.

6. Исходное положение: лежа на спине, ноги вместе, руки вдоль туловища. Поочередно отвести каждую ногу в сторону. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза каждой ногой. Ритм дыхания произвольный.

7. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Движения ногами, как на велосипеде. Совершить 8 оборотов. Ритм дыхания произвольный.

8. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Движения, как на велосипеде, каждой ногой по очереди. Совершить 8 оборотов каждой ногой. Ритм дыхания произвольный.

9. Исходное положение: лежа на спине, руки на локти. Прогнуться в грудном отделе позвоночника 4 раза. Ритм дыхания произвольный.

10. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. Совершить круговые движения каждой ногой – по 8 кругов или восьмерок. Ритм дыхания произвольный.

11. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища. На вдохе поднять руки вверх, на выдохе – прижать правое колено к животу. Вернуться в исходное положение. Повторить каждой ногой 4 раза.

12. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки за головой. Положить колени влево, затем вправо, затем развести их в стороны и вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза. Ритм дыхания произвольный.

13. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища ладонями вниз, ноги согнуты в коленях. Подъем таза с опорой на ладони и стопы – вдох, вернуться в исходное положение – выдох. Повторить 4 раза.

14. Исходное положение: лежа на животе, руки вдоль туловища. Согнуть ноги в коленных суставах, задержаться в таком положении на 2–3 с, разогнуть. Выполнять поочередно, затем одновременно обеими ногами. Повторить 8 раз каждой ногой. Ритм дыхания произвольный.

15. Исходное положение: лежа на животе, руки вдоль туловища. Подъем разноименных руки и ноги вверх, задержать на 5 с в таком положении. Сменить положение рук и ног. Повторить 8 раз. Ритм дыхания произвольный. Дыхание не задерживать!

16. Исходное положение: лежа на животе, руки вдоль туловища, ноги вместе. Отведение правой ноги в сторону. Возвращение в исходное положение. Затем выполнить другой ногой. Каждой ногой повторить 4 раза. Ритм дыхания произвольный.

17. Исходное положение: лежа на животе. Выполнить руками имитацию движений при плавании брассом. Ритм дыхания произвольный.

18. Исходное положение: лежа на правом боку. Поднять прямыми левую руку и левую ногу вверх. Вернуться в исходное положение. Повторить по 8 раз на каждом боку. Ритм дыхания произвольный.

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.