

ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПИНЫ И СУСТАВОВ



- методы восточной медицины
- лечебная гимнастика
- профилактика болей
- массаж

и многое другое



БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ И СЧАСТЛИВЫ!

Елена Юрьевна Смирнова

Эффективное лечение

спины и суставов

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 9785386110994

Аннотация

На боли и дискомфорт в спине жалуется более 80% населения, но, списывая боль на переутомление или стресс, не обращаясь к врачу, человек может серьёзно ухудшить своё состояние здоровья, поскольку одной из самых распространённых причин подобной боли является проблема с позвоночником.

В этой книге рассказывается о строении позвоночника, причинах и следствиях самых распространённых заболеваний, а также о различных методах лечения и профилактики, включая эффективное оздоровление с помощью средств народной медицины, массажа, лечебной физкультуры и специального питания.

Будьте здоровы и счастливы!

Содержание

Предисловие	4
Позвоночник и суставы: строение и функции	8
Скелетная система	9
Соединения костей скелета	10
Скелет туловища	18
Осевой скелет	18
Добавочный скелет	29
Боль в спине: когда она проявляется	40
Травматические заболевания	40
Повреждения позвоночника	40
Мышечно-фасциальное растяжение	42
Воспалительные заболевания	44
Ревматоидный артрит позвоночника	44
Анкилозирующий спондилоартрит	45
Конец ознакомительного фрагмента.	48

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 яв-

ляется 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 фи-

зические (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 помо-

гут 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.

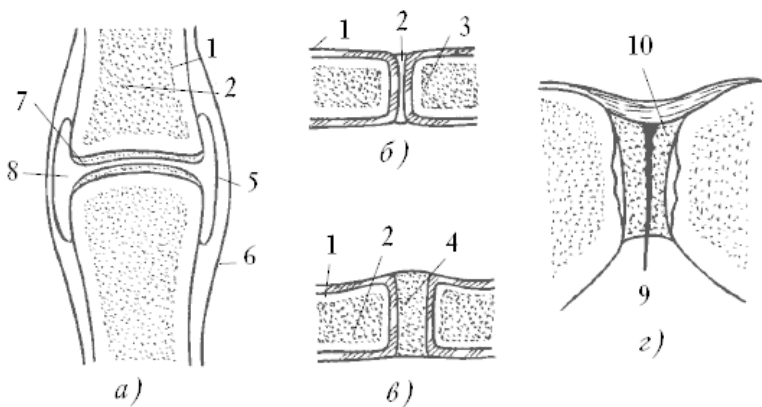


Рис. 1. Виды соединения костей (схема): а – сустав; б – фиброзное соединение; в – синхондроз (хрящевое соединение); г – симфиз (полу-сустав); 1 – надкостница; 2 – кость; 3 – волокнистая соединительная ткань; 4 – хрящ; 5 – синовиальная мембрана; 6 – фиброзная мембрана; 7 – суставной хрящ; 8 – суставная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

Различают три вида соединений костей:

1) *непрерывные*:

- синартрозы (характеризуются большой прочностью и малой подвижностью);
- фиброзные: синдесмозы (связки и мембраны), швы,gomфозы (зубоальвеолярные вколачивания);
- хрящевые: синхондрозы – межпозвоночные диски, соединение между I ребром и грудиной;
- 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;
- суставный 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 соеди-

нительной 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.

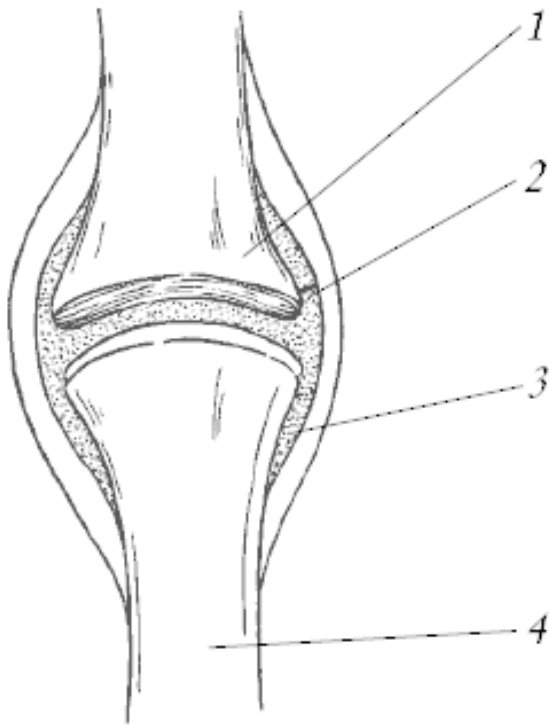


Рис. 2. Строение сустава: 1 – кости, образующие сустав; 2 – суставная капсула; 3 – суставная полость, заполненная суставной жидкостью; 4 – суставные поверхности

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, использующиеся 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).

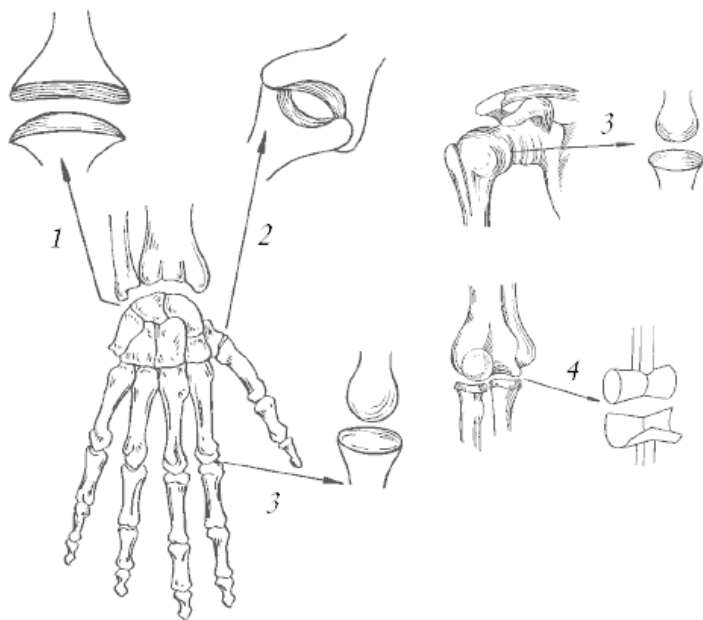


Рис. 3. Формы суставов: 1 – эллипсоидный; 2 – седловидный; 3 – шаровидный; 4 – блоковидный

Движения в двух плоскостях (двуосные суставы):

- мышечковые (коленный сустав, пястно-фаланговые и плюснефаланговые суставы);

- седловидные (запястно-пястный сустав большого пальца);

- эллипсоидные (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 по-

звоночное отверстие. При соединении позвонков эти отверстия формируют позвоночный канал, в котором размещается спинной мозг.

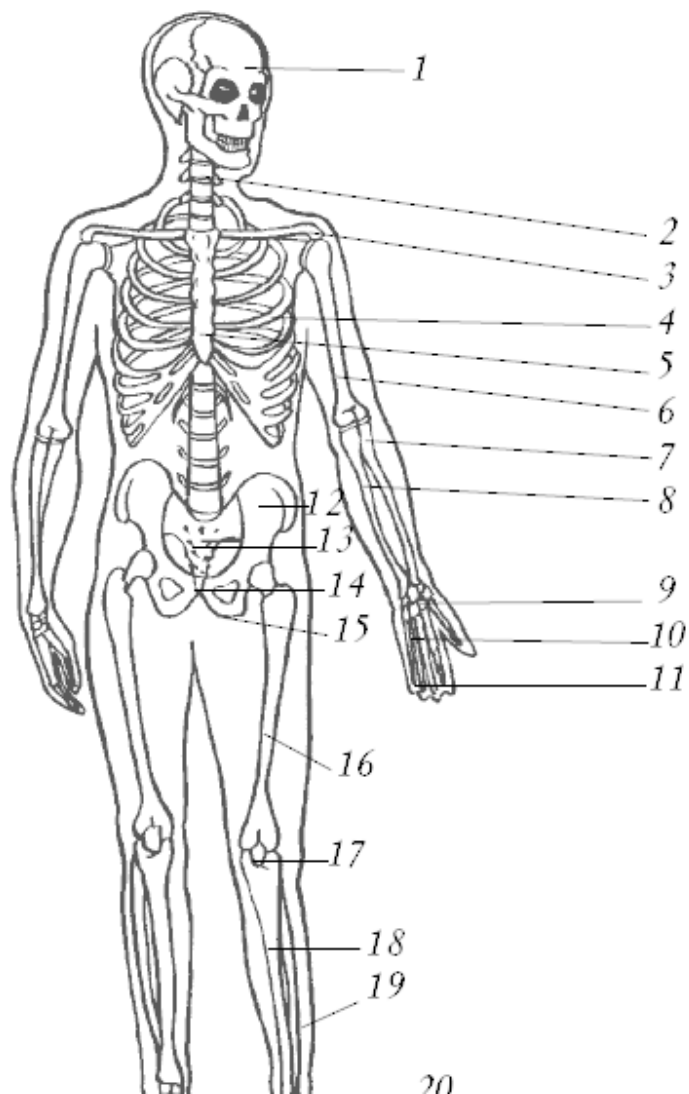


Рис. 4. Скелет человека (вид спереди): 1 – череп; 2 – позвоночный столб; 3 – ключица; 4 – ребро; 5 – грудина; 6 – плечевая кость; 7 – лучевая кость; 8 – локтевая кость; 9 – кости запястья; 10 – пястные кости; 11 – фаланги пальцев; 12 – подвздошная кость; 13 – крестец; 14 – лобковая кость; 15 – седалищная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

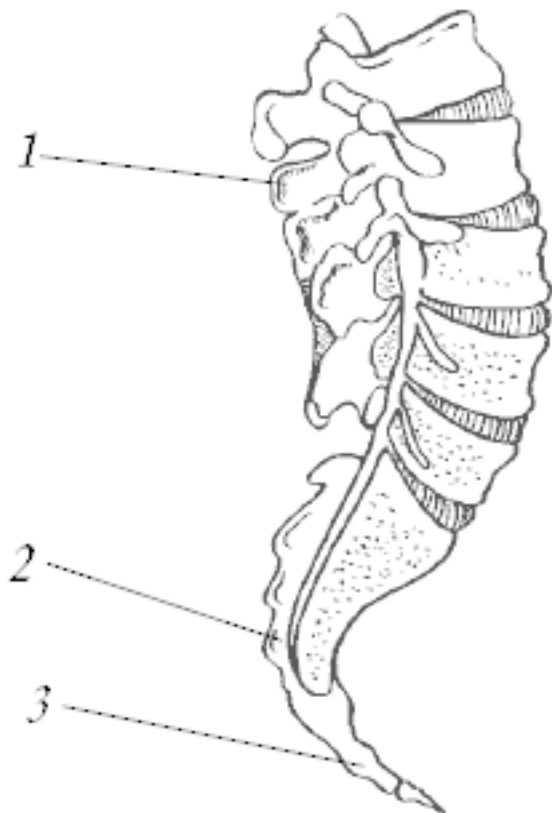


Рис. 5. Нижняя часть позвоночного столба: 1 – поясничный отдел; 2 – крестец; 3 – копчик

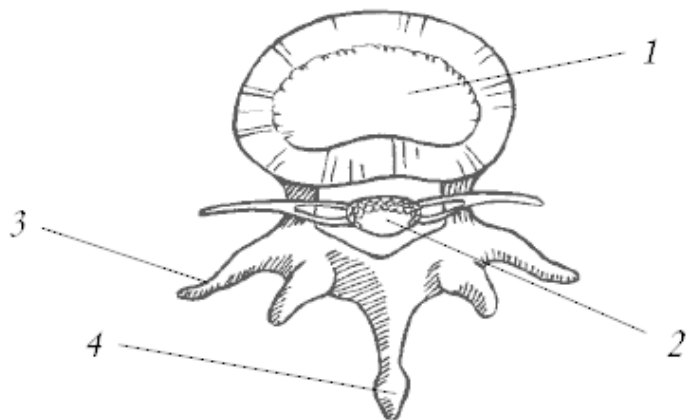


Рис. 6. Позвонок (вид сверху): 1 – тело; 2 – позвоночное отверстие; 3 – поперечный отросток; 4 – остистый отросток

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

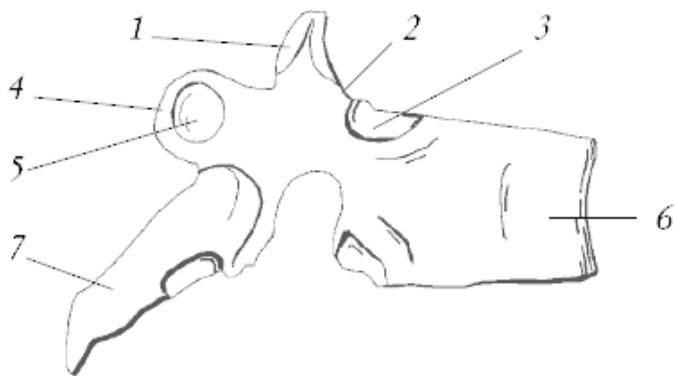


Рис. 7. Грудной позвонок (вид сбоку): 1 – верхний суставной отросток; 2 – суставная поверхность для сочленения с ребром; 3 – поперечный отросток; 4 – реберная ямка; 5 – тело позвонка; 6 – остистый отросток; 7 – нижний суставной отросток

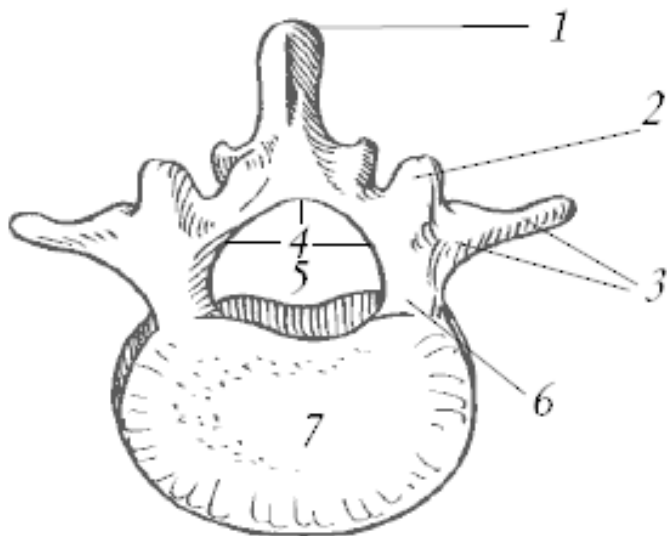


Рис. 8. Поясничный позвонок (вид сверху): 1 – остистый отросток; 2 – верхний суставной отросток; 3 – поперечный отросток; 4 – дуга позвонка; 5 – позвоночное отверстие; 6 – ножка дуги позвонка; 7 – тело позвонка

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 от-

ростками и межпозвоночные диски между телами позвонков.

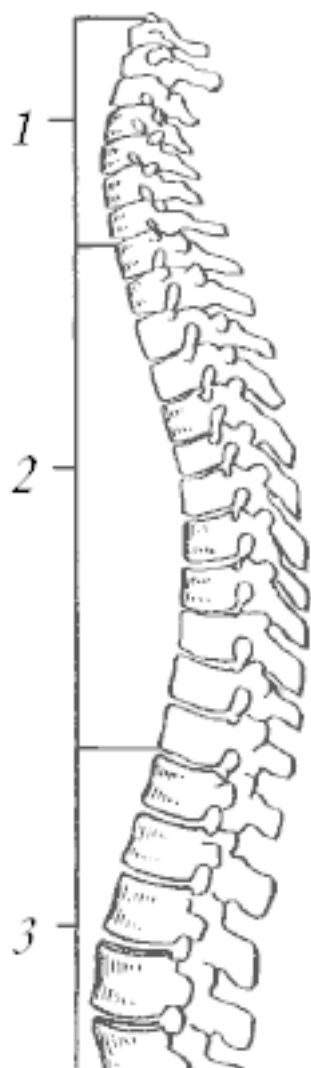


Рис. 9. Позвоночный столб: 1 – шейные позвонки; 2 – грудные позвонки; 3 – поясничные позвонки; 4 – крестец; 5 – копчик

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 амортизато-

ра 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.

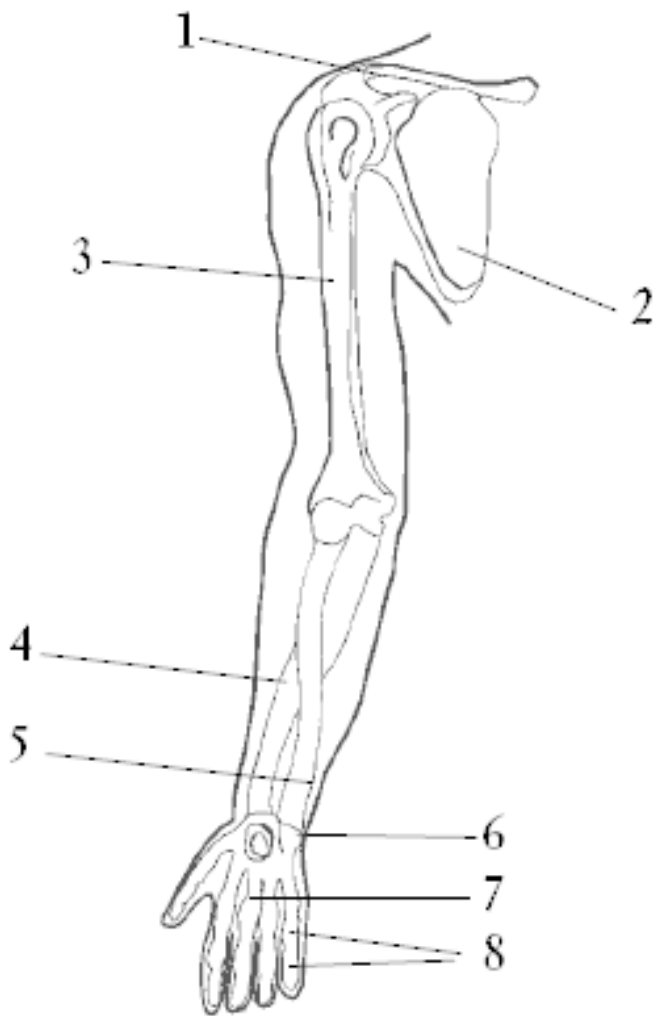


Рис. 10. Скелет верхней конечности: 1 – ключица; 2 – ло-

патка; 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.

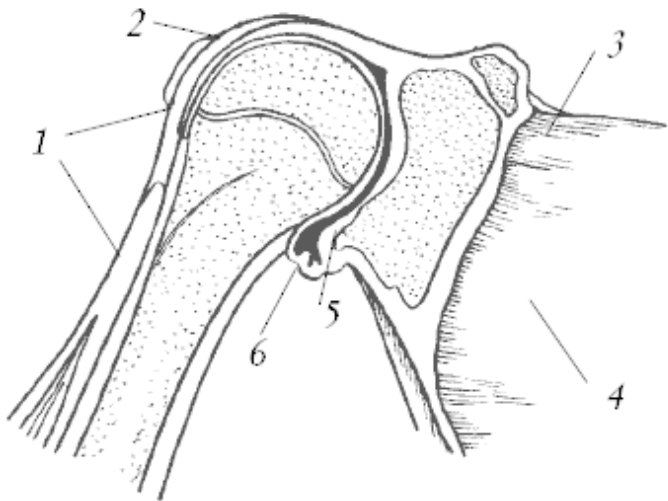


Рис. 11. Плечевой сустав (продольный разрез): 1 – сухожилие длинной головки двуглавой мышцы плеча; 2, 6 – суставная сумка; 3 – верхняя поперечная связка лопатки; 4 – лопатка; 5 – суставная впадина лопатки

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 конеч-

ности. 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.

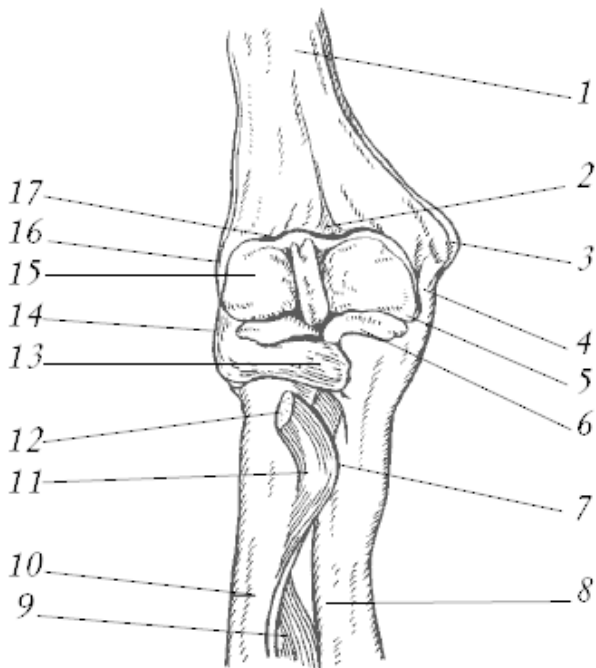


Рис. 12. Локтевой сустав: 1 – плечевая кость; 2 – венечная ямка; 3 – медиальный надмыщелок; 4, 13, 14 – связки; 5 – блок плечевой кости; 6 – венечный отросток; 7 – бугристость локтевой кости; 8 – локтевая кость; 9 – межкостная мембрана предплечья; 10 – лучевая кость; 11 – бугристость лучевой кости; 12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

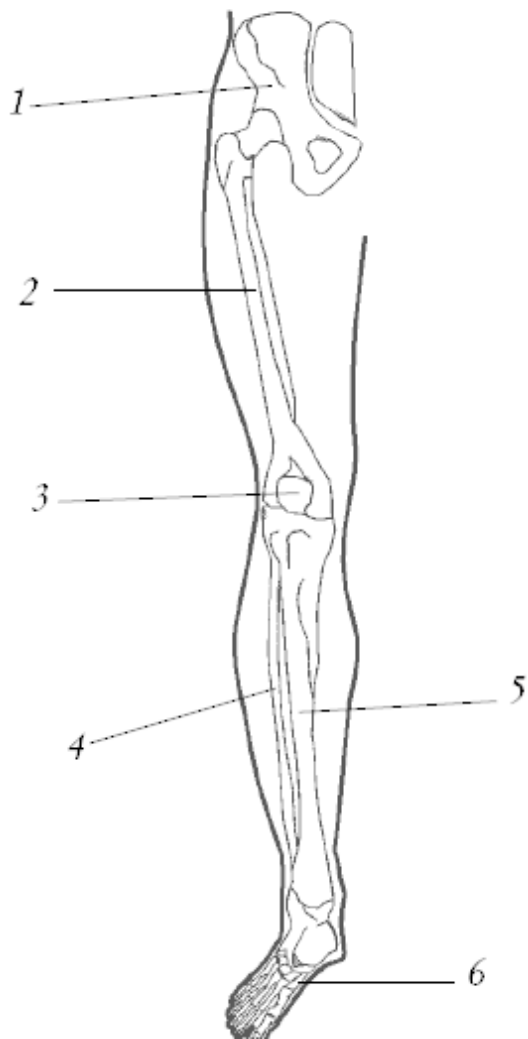


Рис. 13. Скелет нижней конечности: 1 – тазовая кость; 2 – бедренная кость; 3 – надколенник; 4 – малоберцовая кость; 5 – большеберцовая кость; 6 – кости стопы

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.

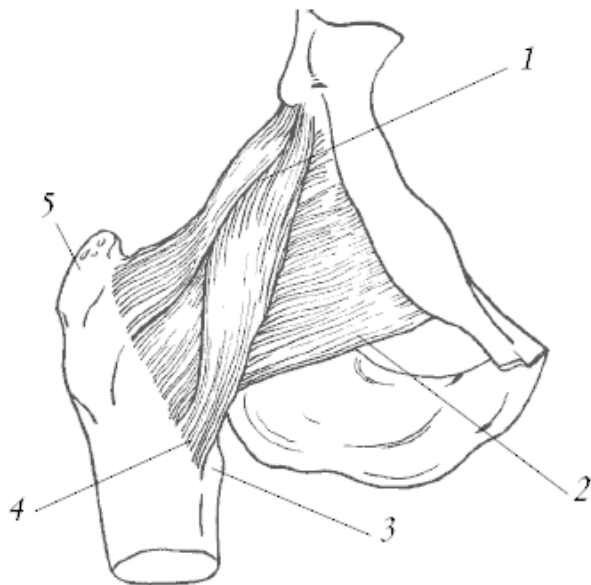


Рис. 14. Тазобедренный сустав и укрепляющие его связ-

ки: 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, ладьевид-

ной 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 от-

ростков.

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 вы-

тяжение 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, бутадиян, 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 рефлексоте-

рапии, массажа. Настоятельно рекомендуется ежегодное санаторно-курортное лечение с применением радоновых и сероводородных ванн, грязевых аппликаций. Обязательно наблюдение у ревматолога и ортопеда.

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.