



Ирина Анатольевна Котешева
Симфония для позвоночника.
Профилактика и лечение заболеваний
позвоночника и суставов

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6647650

Симфония для позвоночника. Профилактика и лечение заболеваний позвоночника и суставов:

РИПОЛ классик; М.; 2011

ISBN 978-5-386-02956-2

Аннотация

Артриты, остеохондроз – эти заболевания не щадят ни стариков, ни детей. Завершаются нередко инвалидностью, а начаться могут даже в результате перенесенной на ногах простуды. Как вести себя, чтобы не заболеть? Как распознать болезни? Как правильно лечиться? Как избежать обострений?

Ответы на важные вопросы по лечению и профилактике артритов и остеохондроза вы найдете в этой книге. Автор Ирина Котешева, кандидат медицинских наук, врач лечебной физкультуры и спортивной медицины высшей категории, дает рекомендации, доказавшие эффективность в ее лечебной практике.

Содержание

АРТРИТЫ И АРТРОЗЫ	4
Общие сведения о болезнях суставов	5
Краткие сведения о строении и функционировании опорно-двигательного аппарата человека	6
Причины болезней суставов	12
Диагностика заболевания и методы лечения	14
Врачебное обследование	14
Лабораторные и инструментальные методы исследования	16
Методы лечения	17
Кинезитерапия	20
Лечебный массаж	28
Точечный массаж	35
Психотерапия	37
Целесообразность поведения в разные периоды болезни	49
Традиционная медицина	50
Конец ознакомительного фрагмента.	63

Ирина Анатольевна Котешева

Симфония для позвоночника.

Профилактика и лечение заболеваний

позвоночника и суставов

*Со всякими заболеваниями надо бороться от начала и до конца,
ни на момент не оставляя борьбы и не поддаваясь болезни.*
Агни-Йога

АРТРИТЫ И АРТРОЗЫ

Артриты в категорию легких болезней отнести нельзя, нередко их полностью вылечить не представляется возможным (например, ревматоидный артрит), но если заболевший знает свой точный диагноз, основанный на серьезных достоверных исследованиях, то можно существенно ограничить разрушающее влияние на организм коварного многоликого заболевания.

Общие сведения о болезнях суставов

Болезни суставов – явление достаточно распространенное. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), тем или иным ревматическим заболеванием в мире страдает каждый 10-й человек. В понятие «ревматические болезни» включают разнообразные по происхождению заболевания, протекающие со стойким или преходящим суставным синдромом (артритом). В России в новом тысячелетии зарегистрировано более 15 миллионов больных, и, к сожалению, их численность с каждым годом растет.

Врачи связывают этот факт со многими причинами. Первая среди прочих – ухудшение состояния окружающей среды, а значит, частое возникновение аутоиммунных реакций, которые широко открывают двери ревматоидному артриту (этой болезнью страдает 1 % населения, то есть почти 1,5 миллиона жителей России). Особенно настораживает рост заболеваемости среди людей молодого возраста.

Слово «артрит» буквально означает «воспаление сустава» (arthron – сустав, itis – воспаление). Надо сказать, что за этим определением скрывается не одно, а множество заболеваний: на сегодня известно 150 разновидностей артрита!

Согласно отечественной классификации выделяют 2 основных типа артритов:

артриты – самостоятельные нозологические формы;

артриты, связанные с другими заболеваниями.

- Самостоятельные нозологические формы: ревматоидный артрит, ревматический полиартрит (болезнь Сокольского – Буйо), анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), инфекционные специфические артриты, в том числе гонорейный, туберкулезный, дизентерийный, вирусный, инфекционно-аллергический полиартрит (включая полисиндромный ревматизм и перемежающуюся водянку сустава), псориазический полиартрит, болезнь Рейтера.

• Сопутствующие артриты: при аллергических заболеваниях, диффузных заболеваниях соединительной ткани, метаболических нарушениях (например, подагре), заболеваниях легких, крови, пищеварительного тракта, саркоидозе, злокачественных опухолях и ряде синдромов.

• Травматические артриты вследствие особенностей их возникновения и лечения выделены в отдельную группу.

В зависимости от происходящих в суставе изменений основные типы артритов объединяют в 2 класса:

воспалительный артрит,
дегенеративный артрит (артроз).

• Воспалительные артриты, для которых характерно воспаление синовиальной оболочки (тонкой пленки соединительной ткани, выстилающей сустав изнутри), включают в себя: инфекционный артрит, ревматоидный артрит, подагру и др.

• Дегенеративные артриты (артрозы), при которых происходит повреждение суставного

хряща, покрывающего концы костей в месте их сочленения, включают в себя:

остеоартроз,
остеохондроз,
травматический артрит.

Обычно артриты характеризуются болью в суставах при движении и поднятии тяжестей. Воспаление (боль, повышенная температура, краснота или опухание) может присутствовать или отсутствовать. Нередко подвижность сустава ограничена, заметно изменение его формы, наблюдается припухлость. Возможен артрит одного сустава (# моноартрит) и многих суставов (# полиартрит).

Артрит может возникать сразу и сопровождаться сильными болями в суставе (# острый артрит) или развиваться постепенно (# хронический артрит).

Артрит – это общий термин для обозначения ряда заболеваний различного происхождения, с разными симптомами и разной тяжестью протекания патологического процесса.

Артрит поражает разные суставы, но первый сигнал неблагополучия не заметить невозможно: появляется отек ткани, повышается ее температура, возникает боль. Если оставить эту боль без лечения, воспаление может распространяться на соседние ткани, например на мышцы, сухожилия и связки. Припухлость, покраснение, боль, тугоподвижность и, как следствие, деформация сустава – все это и принято называть артритом.

При артрите могут подвергнуться поражению не только ткани опорно-двигательного аппарата, но и органы, содержащие соединительную ткань, то есть практически любая система организма.

Многие виды артрита становятся хроническими заболеваниями. Они не только сопровождают человека в течение многих лет, но и нередко приводят к потере трудоспособности и ранней инвалидности.

Каждый вид артрита требует специфического лечения. К настоящему времени появились принципиально новые лекарственные средства и методики, которые позволяют смягчить течение заболевания и повлиять на его глубинные механизмы, не допустить значительного снижения двигательной функции.

Краткие сведения о строении и функционировании опорно-двигательного аппарата человека

Те краткие сведения из анатомии и физиологии человека, с которыми вы познакомитесь дальше, могут показаться на первый взгляд суховатыми, но они пригодятся вам для понимания механизма болезни. Советую читать не спеша, внимательно рассматривая картинки: в конце концов, вы можете почувствовать даже восхищение от того, насколько совершенно устроила природа человека и как важно бороться за восстановление утраченного здоровья.

Итак, двигательный (опорно-двигательный) аппарат человека состоит из костей (совокупность которых называется скелетом), соединений между ними (суставы и связки) и мышц. Без скелета наше тело было бы бесформенной массой мышц, кровеносных сосудов и внутренних органов. Но упругие, твердые кости образуют прочный остов, поддерживающий все остальные части тела. Трудясь вместе с мышцами, скелет дает человеку полную свободу бегать, прыгать и сгибаться в разные стороны. Скелет человека состоит более чем из 200 костей и делится на кости черепа, туловища, верхних и нижних конечностей (*рис. 1*).



Рис. 1

Часть костей соединена между собой неподвижно (кости черепа, таза) или полуподвижно (позвонки, кости запястья и плюсны), часть – подвижно с помощью суставов (большинство костей конечностей).

**Суставы – это подвижные соединения между костями.
Именно благодаря суставам мы можем сгибать колени,
захватывать пальцами предметы, пережевывать пищу.**

Суставы представляют собой прерывные соединения, у которых всегда наблюдается щелевидное пространство между соединяемыми костями. Помимо щелевидной суставной полости в каждом суставе различают суставные поверхности сочленяющихся костей и суставную капсулу, окружающую сустав со всех сторон (рис. 2).



Рис. 2. Строение сустава

Суставные поверхности сочленяющихся костей покрыты слоем гладкого суставного хряща, который уменьшает трение между движущимися костями. Чем больше нагрузка, тем толще суставной хрящ. Поскольку хрящ не имеет сосудов, в его питании основную роль играет синовиальная жидкость, заполняющая полость сустава.

Суставная капсула окружает суставную полость и прирастает к костям по краю их суставных поверхностей или с небольшим отступом. Суставная капсула состоит из двух слоев: наружного – плотной фиброзной мембраны, внутреннего – тонкой синовиальной мембраны. Именно синовиальная мембрана выделяет в полость сустава прозрачную тягучую синовиальную жидкость – своеобразную смазку, которая облегчает скольжение сочленяющихся костей. Синовиальная мембрана может образовывать различные выросты: складки внутри сустава для амортизации при движении, а также выпячивания за пределы суставной капсулы, называемые сумками (бурсы). Располагаясь вокруг сустава в виде мягких прокладок под сухожилиями мышц, сумки уменьшают трение сухожилий о кость при движениях в суставе.

Полость сустава имеет щелевидную форму благодаря плотному соприкосновению суставных хрящей и отрицательному давлению внутри сустава. Для увеличения подобия касаемых поверхностей в полости суставов могут быть расположены дополнительные хря-

щевые прокладки – диски и мениски (пластинки полукруглой формы), выполняющие амортизационную функцию и содействующие разнообразию движений в суставе. Например, в коленном суставе имеются два мениска, а в суставах нижней челюсти – диски.

Удерживать кости в состоянии сочленения помогают сокращение мышц, окружающих сустав, а также связки, расположенные в полости сустава (например, крепкие крестообразные связки коленного сустава) или поверх его капсулы. Связки укрепляют капсулу сустава, направляют и ограничивают амплитуду движений.

Если в суставе соединены две кости, то его называют простым суставом. В сложных суставах сочленяется несколько костей (в локтевом суставе, например, сочленяются 3 кости). Если движения в двух самостоятельных суставах происходят одновременно (например, правый и левый суставы нижней челюсти), то говорят о комбинированном суставе.

Для характеристики движений в суставах пользуются тремя условными взаимно перпендикулярными осями, вокруг которых и совершаются движения (рис. 3).

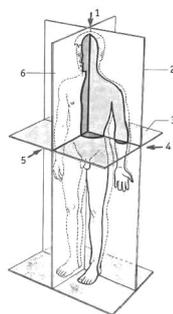


Рис. 3. Схема осей и плоскостей в теле человека: 1 – вертикальная (продольная) ось; 2 – фронтальная плоскость; 3 – горизонтальная плоскость; 4 – поперечная ось; 5 – сагиттальная ось; 6 – сагиттальная плоскость

По числу осей различают многоосные суставы, в которых движения происходят вокруг всех трех осей трехмерного пространства, а также двухосные и одноосные суставы. Характер и размах движений в суставе зависят от особенностей его строения и прежде всего от формы суставных поверхностей костей.

Рельеф суставных поверхностей сравнивают с геометрическими телами, поэтому различают шаровидные (многоосные), эллипсоидные (двухосные), цилиндрические и блоковидные (одноосные), плоские и еще некоторые типы суставов (рис. 4). Одним из наиболее подвижных является шаровидный по форме плечевой сустав (рис. 5), в котором круглая головка плечевой кости сочленяется с суставной впадиной лопатки. Движения руки в плечевом суставе возможны вокруг всех осей. В плоских суставах (например, между крестцом и тазовыми костями) подвижность, наоборот, крайне мала.

Строение суставов формируется под влиянием деятельности мышц: данный закон действовал в процессе эволюции, работает он и в течение индивидуального развития организма. Примером являются особенности скелета верхней и нижней конечностей человека: скелет имеет общий план строения, но отличается организацией костей и их соединений.



Рис. 4. Типы суставов



Рис. 5. Плечевой сустав (шаровидный)

В скелете конечностей выделяют пояс (плечевой и тазовый) и свободную конечность, включающую 3 части: плечо, предплечье, кисть – у верхней конечности, бедро, голень, стопу – у нижней конечности. Различие в строении скелета конечностей обусловлено их разными функциями.

Верхняя конечность – это орган труда, приспособленный к выполнению разнообразных и точных движений. Поэтому кости верхней конечности имеют меньшие размеры, чем кости конечности нижней, и соединены между собой и с туловищем подвижными соединениями. Нижняя конечность у человека предназначена для опоры тела и перемещения его в пространстве: кости нижней конечности массивные, прочные, а суставы имеют плотные капсулы, мощный связочный аппарат, ограничивающие размах движений.

Главные различия наблюдаются в строении кисти и стопы. Суставы кисти имеют подвижные соединения, вследствие чего человек может осуществлять разнообразные тонкие движения. Особенно важны суставы большого пальца: за счет них возможно противопоставление большого пальца кисти всем остальным – вот почему рука так ловко действует, захватывая предметы. Заметьте, что такого развития суставы кисти достигают только у человека!

Стопа несет на себе всю тяжесть человеческого тела. Благодаря сводчатому строению она обладает рессорными свойствами. Уплотнение сводов стопы (плоскостопие) приводит к быстрой утомляемости при ходьбе.

Подвижность суставов увеличивается под влиянием тренировки – ловкость спортсменов и цирковых акробатов вызывает восхищение.

Но даже мы, обычные люди, должны больше двигаться для сохранения хорошей подвижности суставов.

У детей суставы, как правило, подвижнее, чем у взрослых (и особенно пожилых) людей: с возрастом снижается эластичность связочного аппарата, происходит стирание суставного хряща. Но не только – и об этом я расскажу чуть позже.

Нормальные амплитуды движений в суставах показаны на рисунках 6–10.

Кости, соединенные между собой суставами, являются как бы системой рычагов 1-го и 2-го рода, приводимых в движение мышцами. Почти все мышцы прикрепляются к костям посредством сухожилий. Всего в теле человека насчитывается около 500 мышц, и каждая снабжена большим количеством кровеносных и лимфатических сосудов, а также нервами. По одним кровеносным сосудам (артериям) к мышцам притекает кровь, принося им кислород и питательные вещества; по другим кровеносным сосудам (венам) кровь оттекает из мышц, унося с собой продукты обмена веществ и распада (углекислый газ, воду, остатки распавшихся белков и т. п.). По лимфатическим сосудам от мышц и других органов и тканей происходит отток межтканевой жидкости (лимфы). Лимфа образуется в межклеточных пространствах из плазмы крови, которая проникает в них сквозь стенки капилляров.

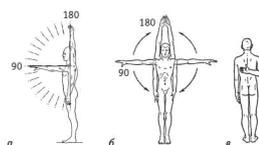


Рис. 6. Нормальная амплитуда движений в плечевых и локтевых суставах: *а* – сгибание вытянутой руки (это исследование проводят для каждой верхней конечности в отдельности или для обеих рук вместе – в этом случае пациент соединяет руки ладонями над головой); *б* – отведение вытянутых рук (руки описывают боковые дуги во фронтальной плоскости и соединяются ладонями над головой); *в* – нормальная амплитуда движений внутренней ротации плеча;

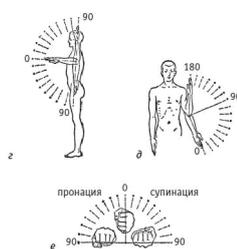


Рис. 6. Нормальная амплитуда движений в плечевых и локтевых суставах: *z* – вращение плечевой кости внутрь и наружу при согнутой под прямым углом в локтевом суставе руке и горизонтальном положении предплечья; *д* – нормальная амплитуда сгибания и разгибания в локтевом суставе; *е* – амплитуда нормальной пронации и супинации кисти и предплечья

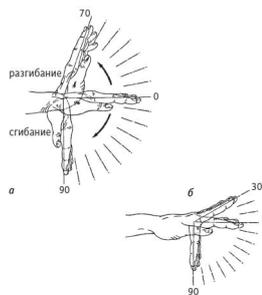


Рис. 7. Нормальная амплитуда движений в суставах кисти: *а* – амплитуда нормального сгибания и разгибания запястья; *б* – амплитуда нормального сгибания и разгибания в пястно-фаланговых суставах;

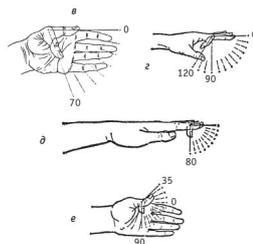


Рис. 7. Нормальная амплитуда движений в суставах кисти: *в* – амплитуда нормального сгибания и разгибания в пястно-фаланговом суставе I пальца; *г* – нормальная амплитуда сгибания в проксимальном межфаланговом суставе; *д* – нормальная амплитуда сгибания в дистальном межфаланговом суставе; *е* – нормальная амплитуда сгибания и разгибания в межфаланговом суставе I пальца

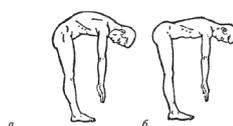


Рис. 8. Переднее сгибание туловища: *а* – нормально согнутый позвоночник; *б* – при ограниченности движений в поясничном отделе



Рис. 9. Нормальная амплитуда движений в тазобедренном и коленном суставах: *а* – амплитуда сгибания в тазобедренном суставе при согнутом колене; *б* – амплитуда сгибания в тазобедренном суставе при разогнутом колене;

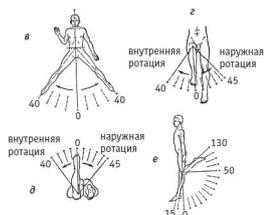


Рис. 9. Нормальная амплитуда движений в тазобедренном и коленном суставах: *в* – амплитуда отведения в тазобедренном суставе; *г* – амплитуда ротации бедра внутрь и наружу (для измерения наружной ротации бедра врач поворачивает стопу лежащего на спине больного внутрь, а для измерения ротации бедра внутрь поворачивает стопу наружу; при этом стопа и бедро поворачиваются в противоположные стороны); *д* – определение амплитуды внутренней и наружной ротации бедра при положении больного на животе; *е* – амплитуда сгибания и разгибания колена



Рис. 10. Нормальная амплитуда движений в голеностопном суставе и суставах стопы (разгибание в этих суставах не превышает 0°): *а* – нормальная амплитуда сгибания и разгибания в голеностопном суставе; *б* – нормальная амплитуда супинации и пронации в подтаранном суставе; *в* – нормальная амплитуда разгибания в плюснефаланговом суставе I пальца и нормальная амплитуда сгибания в плюснефаланговых суставах остальных пальцев *г* – нормальная амплитуда сгибания в проксимальных межфаланговых суставах стопы.

По двигательным нервам в мышцы передаются импульсы возбуждения из центральной нервной системы (головной и спинной мозг). И, наоборот, из мышц и связок поступают импульсы в центральную нервную систему, информируя ее о том, что происходит на периферии, в каком состоянии находятся суставы и кости.

Основное свойство мышечной ткани – ее сократимость. Во время сокращения мышцы укорачиваются, что и вызывает движение частей тела, приближая более подвижные части к менее подвижным. Но функция мышц не ограничивается только передвижением костных рычагов: гармоничное развитие мускулатуры удерживает различные части тела в правильном положении, придавая ему нормальную, красивую форму.

Причины болезней суставов

Причинами артрита могут стать: дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, например остеоартроз, остеохондроз;

воспалительные артриты, такие как ревматоидный артрит;

отложение в суставах кристаллов химических веществ, например при подагре.

Наиболее часто встречаются: ревматоидный артрит, остеоартроз, остеохондроз позвоночника.

При остеоартрозе разрушается защитный хрящ, который покрывает кости.

Для остеохондроза позвоночника характерны дегенеративные изменения в межпозвоночном диске.

Ревматоидный артрит проявляется как воспаление синовиальной оболочки – синовит (при этом повреждаются окружающие сустав ткани).

Подагра также является распространенным заболеванием. Боль вызывают кристаллы, накапливающиеся в суставной полости, которые образуются вследствие повышенного содержания в крови мочевой кислоты.

Все названные выше заболевания объединяет то, что патологический процесс затрагивает суставы.

Но причиной развития воспалительного процесса в суставе могут стать местная или общая инфекция, аллергия, аутоаллергия, местная травма. К сожалению, этиология некоторых тяжелых воспалительных суставных заболеваний, например ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилоартрита, до сих пор недостаточно ясна. Из врачебного наблюдения известно также, что развитию артритов способствуют переохлаждение, физическая перегрузка сустава, стресс, переутомление, наследственная предрасположенность. Особенности структуры суставных тканей (обилие сосудов в синовиальной оболочке и наличие многочисленных нервных окончаний) обуславливают способность суставов быстро отвечать воспалительной реакцией на различные прямые и опосредованные воздействия.

При инфекционных специфических артритах возможны бактериально-метастатический и токсико-аллергический пути поражения суставов.

Путь бактериально-метастатический: возбудитель болезни с током крови или лимфы (гематогенным путем) проникает непосредственно в полость сустава и может быть обнаружен в синовиальной жидкости. Подобное наблюдается при туберкулезных, септических, гонорейных и других специфических артритах. Поражение суставов в таких случаях наиболее тяжелое.

Иногда имеет место токсико-аллергический механизм развития аллергического синовита, который под влиянием лечения исчезает обычно без остаточных явлений (например, синовит при туберкулезном артрите, аллергическая форма гонорейного, дизентерийного, бруцеллезного и других инфекционных артритов).

Менее изучен механизм развития ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилоартрита, псориатического полиартрита: участие инфекции в их возникновении остается недоказанным. Важнейшими факторами этих артритов являются развитие аллергии и аутоаллергии.

Обратите внимание: в клинической картине артритов прослеживается связь между возникновением заболевания и сбоями в функционировании нервной системы, особенно ее вегетативной части (симметричность поражения суставов, нарушение трофики мышц, костей, кожи, нарушение потоотделения, сосудистого тонуса). Но до сих пор роль нервной системы в патогенезе артрита недостаточно хорошо изучена.

Роль эндокринных нарушений в организме, формирующих его патологическую реактивность, предрасполагающую к заболеванию суставов, у специалистов сомнений уже не вызывает. Подтверждение этому частое развитие (или обострение) неспецифических артритов (например, ревматоидного) у женщин в период менопаузы.

Течение артритов весьма разнообразно: наблюдаются острые, непродолжительные и полностью обратные формы (аллергические, ревматические артриты), а также длительно текущие, прогрессирующие хронические, исходом которых нередко становится полная утрата функции суставов (например, костный или фиброзный анкилоз при ревматоидном артрите).

Диагностика заболевания и методы лечения

Хотя на первый взгляд артрит легко узнаваем, но окончательный, точный, диагноз требует от врача знаний и опыта. Боль в суставах не обязательно означает, что это артрит. Вот поэтому, если у вас случаются боли в суставах, необходимо либо подтвердить, либо опровергнуть опасения.

При подтверждении диагноза артрита своевременно начатое лечение приостановит прогрессирование заболевания, а значит, вы сумеете сохранить трудоспособность и физическую активность.

Не откладывайте визит к врачу: от этого зависит качество вашей дальнейшей жизни! Ниже перечислены симптомы, которые должны вас насторожить – это могут быть первые признаки развивающегося артрита – и о которых вы должны обязательно рассказать специалисту:

- # появление сильной или непонятной боли в суставе;
- # боль в суставе длится больше недели;
- # болевые ощущения сочетаются с повышением местной температуры, покраснением кожи или отечностью в области сустава;
- # ограничение подвижности сустава продолжается более 6 месяцев;
- # ограничение подвижности сустава возникло после сильного ушиба;
- # сустав менее подвижен в утренние часы, затем его функция восстанавливается;
- # отек длится более 7 дней;
- # отек сочетается с повышением общей температуры или появлением озноба;
- # вы уже страдаете артритом, но возникновение отека, как вы думаете, не связано с заболеванием и отличается от ранее наблюдавшихся расстройств.

Внимание!

Если отек развился после пункции сустава, обращайтесь к врачу немедленно.

Врачебное обследование

Чтобы поставить точный диагноз, врач проведет с вами обстоятельную беседу, в которой постарается выяснить, как началась болезнь, каким образом вы ее ощущаете, сколь давно она длится. Тщательный учет всех обстоятельств, в том числе наследственных факторов, условий работы, отдыха и семейного быта, помогает поставить верный диагноз. И поэтому ничего необычного нет в том, что на приеме у врача вы большую часть времени посвятите ответам на подобные вопросы, которые, как многим поначалу кажется, не имеют никакого отношения к заболеванию.

Большое значение для установления диагноза имеет возраст пациента: если вы преодолели 50-летний барьер, то врач в первую очередь заподозрит остеоартроз, весьма распространенный у людей старшего возраста. При подозрении на ревматоидный артрит доктор может поинтересоваться, не было ли у вас в последнее время повышения температуры, не чувствуете ли вы чрезмерной усталости, спросит также, в какое время суток боль наиболее выражена. Утренняя боль и скованность в суставе характерны для ревматоидного артрита – заболевания, имеющего наследственные корни, поэтому информация о состоянии здоровья родственников будет иметь большое значение для правильного диагноза. Кроме того, врач примет во внимание ваш пол: 75 % больных ревматоидным артритом – это женщины.

После беседы врач-терапевт тщательно осмотрит ваши суставы и, вероятно, проведет осмотр. При подозрении на ревматоидный артрит доктор проверит, нет ли припухлости и

покраснения болезненных суставов. Если же врач заподозрит у вас остеоартроз, то внимательно осмотрит концевые суставы пальцев, а также попытается выявить болезненность и ригидность (напряженность, тугоподвижность) некоторых частей тела: рук, позвоночника, коленей. Узелки на пальцах могут иметь наследственное происхождение – отсюда интерес к заболеваниям, которыми страдают члены вашей семьи.

В ходе непосредственного обследования врач может проверить функционирование мышц спины и ног, для чего больного просят наклониться вперед, назад, в стороны, а также повернуть туловище вправо и влево, рассказывая о своих ощущениях. Чтобы установить причину болезни, доктор может ощупать мышцы спины и кости скелета.

Данное обследование позволяет специалисту выявить источники болевых ощущений и степень подвижности позвонков. Врач проверяет, не напряжены ли мышцы: это может быть признаком раздражения близлежащих тканей.

В исследование входит также проверка сухожильных рефлексов, то есть врач вызывает произвольное движение ноги ударом молоточка, например, по ахиллову сухожилию. По рефлексам врач судит о состоянии нервов, отвечающих за работу ног. Это важно для диагностирования грыжи межпозвоночного диска, которая нередко является следствием остеохондроза позвоночника. Для выявления грыжи применяется и другой способ: больной поднимает поочередно ноги вверх и рассказывает о своих ощущениях. Проверка силы мышц и их чувствительности – еще один прием для выявления причины болезни; ослабление этих двух функций обычно указывает на поражение спинномозговых нервов.

Надавливая на крестцово-поясничные суставы и копчик, осторожно постукивая по ним пальцами, можно вызвать у обследуемого болевые ощущения и определить их истинный источник.

Подвижность реберной дуги врач контролирует, положив руки на грудную клетку больного, когда тот делает глубокие вдох и выдох. Болевые точки определяются при надавливании на разные участки грудной клетки и грудного отдела позвоночника.

Для определения степени подвижности шейного отдела позвоночника больной наклоняется вперед, назад и в стороны, а также поворачивает туловище вправо и влево. Проверяя подвижность между отдельными позвонками, врач прощупывает их. Надавливая на мышцы шеи и плечевого пояса, он выявляет повышенную напряженность и болезненность в этих местах.

Иногда в дополнение к описанному выше обследованию врач проводит вытяжение позвоночника, с тем чтобы попытаться снять боль. В некоторых случаях в местах – вероятных источниках боли – врач назначает местную аналгезию (обезболивание), и если в результате данной процедуры боль перестает мучить, значит, пораженный участок определен правильно. Верное выявление точки «боли-обезболивание» облегчает состояние больного на более или менее длительный срок.

Итак, в результате беседы и тщательного обследования врач находит причину болезненных явлений. Однако и в этом случае поставить точный диагноз – дело непростое и ответственное, поскольку проявления артрита многообразны. Если терапевт не уверен в диагнозе или подозревает тяжелое заболевание, например ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит или системную красную волчанку, то скорее всего он даст направление к ревматологу или хирургу-ортопеду. Пациенты с диагнозом остеоартроза, как правило, не нуждаются в консультациях названных специалистов.

Для подтверждения диагноза могут потребоваться также дополнительные лабораторные и инструментальные обследования.