

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Р Е Ф Е Р А Т
ПО ПРЕДМЕТУ
ФИЗКУЛЬТУРА

Т Е М А:

**“Организационно-методические особенности физического воспитания студентов, имеющих
остеохондроз поясничного отдела позвоночника”**

**Выполнил: студент 3 курса
юридического факультета**

**Million
dollar
boy**

**Научный руководитель:
Бирюков А.А.**

МОСКВА
2008 ГОД

План:

Введение	3
Глава 1	
1.1 Сущность и клинические проявления поясничного остеохондроза.....	6
1.2 Анатомо-физиологические особенности позвоночника.....	7
1.3 Этиология.....	8
1.4 Патогенез	8
1.5 Клиническая картина	9
Глава 2	
2.1 Задачи реабилитации	11
2.2 Методы диагностики функционального состояния позвоночника	11
2.3 Экстензия позвоночника	13
2.4 Комплекс упражнений ЛФК, применяемый при поясничном остеохондрозе	17
2.5 Аппликации с бишофитом	23
2.6 Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе	24
2.7 Профилактика остеохондроза	28
2.8 Как правильно сидеть	29
2.9 Как правильно стоять.....	29
2.10 Как правильно поднимать и перемещать тяжести	30
2.11 Как правильно лежать.....	30
2.12 Формирование правильной осанки.....	31
2.13 Диета, рекомендуемая для профилактики остеохондроза.....	32
Заключение.....	34
Список использованной литературы	36

Введение

В последние годы в мире значительно увеличилось количество заболеваний опорно – двигательного аппарата, в частности остеохондрозом.

Остеохондроз (от греческих *osteon* – кость, *chondros* – хрящ) – это дегенеративно – дистрофическое заболевание межпозвоночных дисков, сопровождающееся биохимическими изменениями ткани позвонков. Как правило, оно возникает в возрасте 25 – 50 лет и является причиной длительной потери трудоспособности. Согласно данным медицинской статистики, до 80 % взрослого населения страны страдает остеохондрозом. Если 10 – 15 лет назад это заболевание было «привилегией» старости, то теперь оно все чаще встречается в юношеском и даже детском возрасте.

Среди хронических заболеваний остеохондроз позвоночника в виде вторичного проявления – корешковых болей – занимает первое место по числу дней нетрудоспособности людей. До 10 % больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника становятся инвалидами. Столь массовая заболеваемость связана прежде всего с вертикальным оложением человека, при котором нагрузка на позвоночник и межпозвонковые диски значительно выше, чем у животных. Поэтому остеохондроз болезнь человека как биологического вида.

Современный человек отличается малоподвижным, сидячим образом жизни. Из всех мышечных групп постоянную нагрузку несут только мышцы туловища и шеи, которые своим небольшим, но постоянным напряжением сохраняют и поддерживают рабочие и бытовые позы. При нарастании утомления мышцы туловища и шеи уже не в состоянии обеспечить амортизационную функцию, которая переходит на структуры позвоночника. При продолжающейся нагрузке на позвоночник в нем развиваются дегенеративно – дистрофические изменения, в первую очередь в межпозвонковых дисках. Постоянное мышечное перенапряжение наблюдается у лиц многих профессий, связанных с длительной фиксацией рабочих поз, однотипными мелкими движениями рук, а также

подвергающихся вибрации и сотрясению тела. Профессиональный остеохондроз нередко возникает у лиц таких профессий, как машинистки, кассиры, телефонистки, сборщицы, швеи, вязальщицы, водители, операторы и т.д. Большое значение в происхождении шейного остеохондроза позвоночника имеют также «хлыстовые» движения головой, возникающие при торможении транспорта. Постоянное мышечное перенапряжение приводит к ухудшению кровообращения в мышцах, окружающих позвоночник, плечевой пояс и суставы верхних конечностей.

У спортсменов и лиц тяжелого физического труда (шахтеры, грузчики, кузнецы и т.п.), другой механизм развития остеохондроза. При статических и динамических нагрузках на позвоночник (подъем тяжестей, штанги) или при физических перегрузках рессорных свойств позвоночника (в легкоатлетических прыжках, спортивной гимнастике, акробатике, прыжках на лыжах с трамплина, борьба и др.) в нем развиваются дистрофия и воспалительные процессы.

При раздражении и травмировании спинного мозга возникают тяжелые формы заболеваний нервной системы – миелопатии, парезы конечностей и нарушения функций различных органов. Ухудшается также подвижность позвоночного столба и суставов.

Остеохондроз – сложное системное заболевание и борьба с ним должна быть комплексной и активной. Она требует от человека определенных знаний, умения и истинного желания быть здоровым.

При профилактике и лечении остеохондроза в домашних условиях наиболее эффективен комплексный подход, включающий пассивную профилактику, самомассаж, самовытяжение, самокоррекцию позвоночника и специальные упражнения.

В настоящее время раскрыты многие причины возникновения остеохондроза, что позволяет разрабатывать конкретные практические рекомендации для лечения и профилактики этого заболевания.

Без проведения специальных лечебно – профилактических мероприятий заболевание неуклонно прогрессирует. Медикаментозные средства пока еще не могут помочь полностью избавиться от остеохондроза. Однако в результате изучения механизмов возникновения заболевания разработаны простые и эффективные способы лечения, которые, позволяют остановить развитие остеохондроза. Существуют методы пассивной и активной профилактики и лечения остеохондроза.

Основная цель работы – это изучение методов физической реабилитации и их влияния на опорно – двигательный аппарат и весь организм в целом, при лечении и профилактике больных с остеохондрозом позвоночника. Для этого необходимо решить ряд частных задач:

- изучение причин и механизмов развития остеохондроза позвоночника;
- изучение изменений, происходящих в позвоночнике и в организме в целом при остеохондрозе;
- определение методов исследования функциональной способности позвоночника, необходимых для диагностики остеохондроза;
- разработать комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на наиболее полное или частичное восстановление утраченных возможностей организма: укрепление мышц спины, повышение тонуса центральной нервной системы, нормализация в поврежденных межпозвонковых дисках, тренировка сердечно – сосудистой системы; разработать комплекс мероприятий для профилактики остеохондроза позвоночника, а также для смягчения клиники патологии.

1.1 Сущность и клинические проявления поясничного остеохондроза

Чтобы понять суть этого заболевания, необходимо хотя бы в общих чертах разобраться в строении позвоночника. Позвонки соединены друг с другом связками и межпозвоночными дисками. Отверстия в позвонках образуют канал, в котором находится спинной мозг; его корешки, содержащие чувствительные нервные волокна, выходят между каждой парой позвонков. При сгибании позвоночника межпозвоночные диски несколько уплотняются на стороне наклона, а их ядра смещаются в противоположную сторону. Проще говоря, межпозвоночные диски – это амортизаторы, смягчающие давление на позвоночник при нагрузках. Массовая заболеваемость связана, прежде всего, с вертикальным положением человека, при котором нагрузка на позвоночник и межпозвоночные диски значительно выше, чем у животных. Если не научиться правильно сидеть, стоять, лежать, то диск потеряет способность к выполнению своей функции (амортизация) и спустя некоторое время внешняя оболочка диска растрескается, и образуются грыжевые выпячивания. Они сдавливают кровеносные сосуды (что приводит к нарушению спинального кровообращения) или корешки спинного мозга, а в редких случаях и сам спинной мозг. Эти изменения сопровождаются болевыми ощущениями и рефлекторным напряжением мышц спины.

По статистике чуть ли не каждый второй человек в возрасте от 25 до 55 лет страдает остеохондрозом. Но в основном люди начинают чувствовать проявления остеохондроза после 35 лет. Развитию и обострению остеохондроза позвоночника способствуют статические и динамические перегрузки, а также вибрация.

Это может быть вызвано:

- работой, связанной с частыми изменениями положения туловища - сгибаниями и разгибаниями, поворотами, рывковыми движениями;
- подниманием тяжелых грузов;
- неправильной позой в положении стоя, сидя, лежа и при переноске тяжестей;

- занятиями физкультурой и спортом без учета влияния больших физических нагрузок, неблагоприятными метеоусловиями - низкая температура при большой влажности воздуха.

1.2 Анатомно-физиологические особенности позвоночника

Нормальный, полностью сформированный позвоночный столб имеет физиологические изгибы – шейный и поясничный лордозы, грудной и крестцовый кифозы. Шейные, грудные, поясничные позвонки соединены подвижно (тела межпозвонковыми дисками – симфизами, а дуги – суставами), крестцовые и копчиковые – неподвижно.

Комплекс, состоящий из межпозвончного диска, прилегающих к нему позвонков с суставами и связками, назван позвоночным сегментом. Замыкательные пластинки позвонков образованы плотной костной тканью, пронизанной множеством отверстий, через которые в детском возрасте проходят кровеносные сосуды, заступающие к 12 – 14 годам. Межпозвончный диск состоит из двух пластинок гиалинового хряща, покрывающие площадки тел смежных позвонков, фиброзного кольца и заключенного в нем пульпозного ядра. За счет пластинок гиалинового хряща происходит рост тел позвонков в высоту. Фиброзное кольцо – плотное соединительно-тканное образование из волокнистого хряща. Студенистое ядро образовано небольшим количеством хрящевых и соединительно-тканых клеток и беспорядочно переплетающихся набухших гидрофильных соединительно-тканых волокон. Межпозвончный диск представляет собой систему, в которой происходит активный обмен, и находящуюся в равновесии благодаря взаимодействию осмотического и гидростатического давления. Диск выполняет буферную функцию и чем больше гидрофильность студенистого ядра, чем выше эластичность и тонус.

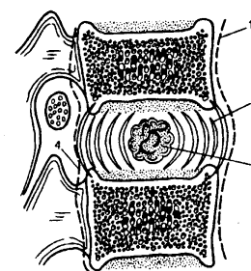


Рис. 1. Позвоночный сегмент по Шморлю и Юнгансу. 1 — передняя продольная связка; 2 — фиброзное кольцо; 3 — студенистое ядро; 4 — задняя продольная связка.

1.3 Этиология

1. Инфекционная теория.

2. Ревматоидная теория.
3. Аутоиммунная теория.
4. Травматическая теория.
5. Аномалии развития позвоночника и статические нарушения.
6. Инволютивная теория.
7. Мышечная теория.
8. Эндокринная и обменная теории.
9. Наследственная теория

1.4 Патогенез

Под воздействием эндо- и / или экзо- факторов нарушается микроциркуляция в позвоночном сегменте и как следствие этого - дегенеративные изменения хряща. Процесс всегда начинается с хряща, если нет дистрофического поражения хряща, то нет и остеохондроза. В свою очередь измененный хрящ и пульпозное ядро служат антигенными и на них вырабатываются антитела, провоцирующие аутоиммунное воспаление. Дистрофические изменения хряща приводят к его атрофии, истончению, уменьшению буферных свойств и соответственно увеличению нагрузки на граничащую с ним кость. В результате кость оказывается перегруженной и реагирует функциональной перестройкой, направленные на укрепление самой кости (субхондральный остеосклероз) и на уменьшение нагрузки на единицу опорной поверхности – краевые костные разрастания. Особое клиническое значение имеют костные разрастания в заднем и заднебоковых направлениях. Они свидетельствуют о выпячивании диска в этих направлениях, причем диск всегда выстоит больше, чем остеохондрозные костные разрастания.

Патоморфологические стадии остеохондроза

Патогенетические стадии	Патоморфологические изменения	Клиника.
1. Образование трещин во внутренних слоях фиброзного кольца и	Раздражение нервных окончаний во внутренних слоях фиброзного кольца и	Боли в пораженном отделе позвоночника.

пульпозного ядра. Внутридисковое перемещение пульпозного ядра	задней продольной связке.	
2. Разрушение фиброзного кольца и ухудшение фиксации позвонков между собой.	Появление патологической подвижности позвоночника (нестабильность, спондилолистез)	Постоянные боли усиливающиеся при неудобных позах, статической нагрузке.
3. Разрыв фиброзного кольца с грыжевом выпячиванием или без него.	Пролабирование студенистого ядра, чаще происходит в сторону позвоночного канала, при этом сдавливаются корешки спинномозговых нервов, сосуды, спиной мозг.	Выраженная фиксированная деформация пораженного отдела позвоночника. Радикалярные синдромы
4. Распространение дегенеративного процесса на желтые связки, межостистые связки и другие образования позвоночника.	Формирование фиброза в межпозвоночном диске, а так же в других образованиях позвоночника	Различное проявление клинической симптоматики от выраженной неврологии до стойкой ремиссии (неосложненный фиброз диска).

1.5 Клиническая картина

Поясничный остеохондроз (синдром пояснично – крестцового радикулита) стоит на первом месте среди всех синдромов остеохондроза позвоночника. Каждый второй взрослый человек хотя бы раз в течение жизни имеет проявление этого синдрома. Среди больных преобладают мужчины наиболее работоспособного возраста (20 – 40 лет). Как правило, первыми клиническими проявлениями дискогенного пояснично – крестцового радикулита являются боли в поясничной области. Эти боли могут быть резкими, внезапно возникающими (люмбаго), либо возникающими постепенно, длительные, ноющего характера (люмбалгия). В

большинстве случаев люмбаго связаны с острым мышечным перенапряжением.

Боли в области поясницы строго локализованы, усиливаясь при физической нагрузке, длительном сохранении вынужденной позы. Иногда из – за болей больной не может повернуться с боку на бок, встать и т.п. кроме болей ограничивается подвижность поясничного отдела позвоночника, появляются нарушения чувствительности и трофические расстройства. Боли по характеру жгучие, колющие, стреляющие, ломящие. Их локализация возможна в поясничной области, в области ягодицы, тазобедренного сустава, задней поверхности бедра (ишиас), голени и стопы. Нередко боли сопровождаются защитными напряжениями мышц поясницы.

В ряде случаев возможны двигательные нарушения. Поскольку при поясничном остеохондрозе наиболее часто поражаются сегменты L5 – S1, соответственно атрофируются мышцы, иннервируемые нервами, исходящими из этих сегментов (седалищный нерв и его ветви): ягодичные мышцы, сгибатели голени, стопы, разгибатели стопы и пальцев. При раздражении и компрессии корешков верхних поясничных сегментов спинного мозга возможны поражения бедренного нерва и атрофия четырехглавого разгибателя голени. Вегетативные нарушения выражаются в вазомоторных расстройствах (цианоз, отечность), секреторных (потливость или сухость кожи) и трофических (шелушение кожи, усиленный рост волос и ногтей).

2.1 Задачи реабилитации

1. Обеспечить пространственное освобождение сдавленных нервных корешков
2. Во время постельного режима улучшить дыхание, кровообращение, обмен веществ, сохранить мышечный тонус и препятствовать развитию обширных мышечных атрофий, поддерживать перистальтику кишечника.
3. Уменьшить спазм паравертебральной мускулатуры.
4. Постепенно мобилизовать позвоночник после выхода из острой фазы заболевания.
5. Усилить мускулатуру живота и экстензоры тазобедренного сустава (большую ягодичную мышцу), создать естественный мышечный корсет.
6. Устроить привычки правильной осанки при стоянии, сидении и некоторых видах бытовой деятельности и трудовых процессов во избежание перегрузки позвоночника и для профилактики рецидивов.
7. Устранить возможный функциональный блокаж в некоторых сегментах позвоночника с помощью приемов мануальной терапии, а также направленно тренировать ограниченные движения в отдельных сегментах посредством аутомобилизации.

2.2 Методы диагностики функционального состояния позвоночника

Подвижность и функциональное состояние позвоночника можно определить с помощью некоторых тестов.

Подвижность позвоночника является суммой отдельных движений его анатомических сегментов. На практике оценивают относительную подвижность путем измерения расстояния между общепринятыми, выраженными топографически, костными точками в исходном положении и после выполнения исследуемого максимального движения. Ни с помощью числа градусов, ни в сантиметрах не удастся для измерений этого типа определить норму, поскольку здесь возможны довольно большие индивидуальные особенности. Необходимо четко фиксировать методику измерения, чтобы воспроизвести ее при следующем обследовании.

Сравнение исходных и контрольных результатов является важным и позволяет оценить процесс реабилитации. Поясничный отдел позвоночника характеризуется увеличенным объемом движения. После шейного отдела поясничный отдел – наиболее подвижная часть позвоночника. Для измерения применяются данные топографические точки.

1. Движения сгибания и разгибания в сагиттальной плоскости. Исходное положение свободно стоя. Степень сгибания в этой плоскости определяют остистые отростки первого и пятого поясничных позвонков. При разгибании точками измерения являются мечевидный отросток грудины и лонное сочленение.

2. Движение при боковых наклонах во фронтальной плоскости.

Исходное положение сидя. Измеряют расстояние от наиболее высокой точки на вершине гребня подвздошной кости, до расположенного вертикально над ним пункта на последнем ребре. Разница между исходной позицией и максимальным боковым наклоном составляет в нормальных условиях 5-6 см.

3. Вращательные движения в поперечной плоскости. Чаще всего измеряют расстояние от остистого отростка поясничного позвонка до мечевидного отростка грудины в положении обследуемого сидя со свободно свешенными ногами. После выполнения максимального вращения позвоночника измерение повторяют; различие является мерой подвижности исследуемого отдела.

Измерение подвижности позвонка можно выполнять суммарно, объединяя соседние отделы (например, поясничный с грудным) в зависимости от необходимости. При этом нужно точно фиксировать методику исследования, описать ее в документации и последовательно воспроизводить при очередных исследованиях.

Говоря об изучении подвижности позвоночника, необходимо упомянуть два дополнительных измерения. Одним из них является тест

Шобера. С его помощью характеризуется подвижность позвоночника в поясничном отделе в сагиттальной плоскости при наклонах вперед. Определяют центральную точку уровня пояснично – крестцового сустава, т.е. точку на линии, соединяющей остистые отростки позвонков в месте ее пересечения с горизонтальной линией, соединяющей верхние и задние ости подвздошной кости. Верхний пункт измерения располагается на 10 см выше данной точки, нижний – на 5 см ниже. Обследуемый делает наклон вперед при выпрямленных коленях, после чего производят второе измерение. Различие у здоровых лиц составляет в среднем 7 см.

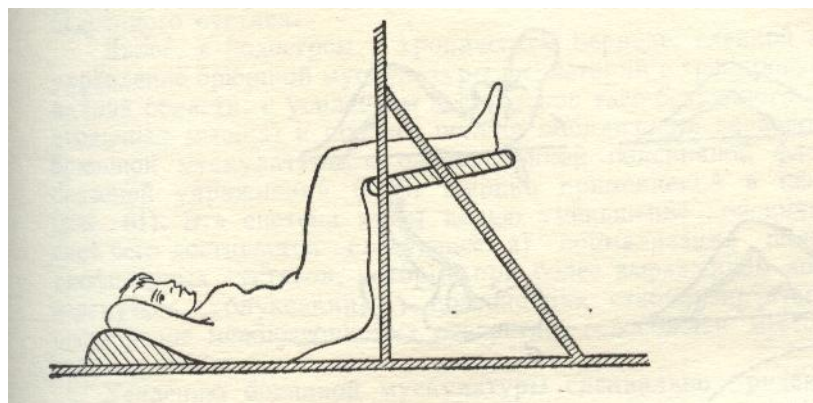
Тест «пальцы – пол» служит для характеристики общей возможности выполнения наклона вперед в сагиттальной плоскости. Он относится к позвоночнику, а также к тазобедренным суставам. Обследуемому предлагают выполнить описанное выше движение при выпрямленных ногах. Измеряют расстояние от кончика третьего пальца руки до пола. Повторное измерение, выполненное через определенное время, позволяет сориентироваться в том, не уменьшается ли данное расстояние. Если это действительно так, то значит подвижность позвоночника увеличилась.

2.3 Экстензия позвоночника

Более эффективное расширение межпозвонковых пространств и освобождение придавленных корешков осуществляется за счет экстензии. Считается, что при экстензии происходит некоторое снижение давления, которое облегчает репозицию выпавшей ткани. Существуют разнообразные методы экстензии позвоночника при дисковых грыжах. Положение больного при экстензии может быть вертикальным (в прямом или сидячем положении) или в лежачем положении на спине или на животе на горизонтальной или наклонной плоскости. Следует предпочитать лежачее положение, так как оно предрасполагает к более полной релаксации мускулатуры. Вытяжение может быть осуществлено за счет внешней силы (прямая экстензия) или за счет собственной тяжести больного. Рекомендуется прикреплять приспособления,

с помощью которых осуществляется вытяжение больного при прямой экстензии (пояса, корсета и пр.) к наиболее близким сегментам тела. При экстензии поясничной части позвоночника такое прикрепление наиболее удачно, с одной стороны на грудной клетке, а с другой - на тазе. Таким образом, вытяжение может быть локализовано в желаемом участке. Было бы нецелесообразным, например, при поясничных дисковых грыжах растяжение производить за голову и лодыжки, так как суставы между другими сегментами поддаются легче вытяжению и выдерживают меньше давления – возникают боли и перерастяжение в других суставах, прежде чем достигнута оптимальная экстензия поясничной области. Стол, на котором производят экстензию (прямую или за счет собственной тяжести больного) желательно чтобы состоял из двух частей. К одной прикрепляют таз. А к другой – грудную клетку больного. Таким образом, избегается потеря части силы, которая была бы затрачена на преодоление трения, и больной освобождается от неприятных ощущений при слишком сильном растяжении.

При поясничных дисковых грыжах очень хорошие результаты получаются при использовании экстензии по Perl (см. рис), во время которой позвоночник находится в положении кифоза в поясничной области



Экстензия по Perl

Продолжительность лечения определяется фазой заболевания и выносливостью больного. При постельном режиме, если экстензию проводят в самой постели больного, она может осуществляться ежедневно и продолжаться часами – непрерывная экстензия. Позднее переходят к сеансам в 10- 15 – 30 минут один или два раза в день.

Наиболее часто применяется пульсирующее вытяжение, кресельное вытяжение и гравитационное вытяжение. Пульсирующее вытяжение действует по принципу медленного усиления и в обратном порядке – медленного снятия нагрузки. Продолжительность вытяжения около 20 минут. Средняя величина силы, с которой вытягивается позвоночник в поясничном отделе, составляет 15 – 20 кг.

Пульсирующее вытяжение ведет к увеличению межпозвоночного пространства и к ослаблению мышц, окружающих позвоночник.

Такой же эффект дает и кресельное вытяжение. Оно не требует дополнительной силы извне. Как правило, это вытяжение ведет к уменьшению болей и хорошо принимается большинством больных. Такое вытяжение можно применять независимо от возраста, поскольку оно не перегружает систему кровообращения. Длительность вытяжения около 30 минут. Отрицательным моментом кресельного вытяжения является онемение ног из-за нажатия ремня, стабилизирующего голени.

При гравитационном вытяжении используют силу тяжести (гравитацию), включаемую туловищем в положении «вниз головой». Следует избегать применения вытяжения за нижние конечности. При такой форме вытяжения обычно раздражается седалищный нерв, а это усиливает боли. Чем больший угол наклона стола, тем большая сила действует вдоль продольной оси туловища. Вытяжение начинают использовать от угла наклона стола 30 градусов в течение 10 минут, постепенно увеличивают наклон до 50 – 60 градусов и выдерживают в течение 30 минут.

Вытяжение «головой вниз» можно применять только у больных с состоятельной системой кровообращения, с нормальным артериальным давлением, эластичными кровеносными сосудами. Обычно это люди моложе 45 лет. В ходе вытяжения необходимо постоянно контролировать артериальное давление и пульс. Гравитационное вытяжение, кроме расслабления и увеличения межпозвоночного пространства, дает возможность одновременно проводить упражнения.

Нельзя заранее предвидеть, какое вытяжение придется применить у данного больного. Из перечисленных способов необходимо выбрать тот, который уменьшает или снимает боль и наилучшим образом увеличивает двигательные возможности больного. Ни в коем случае нельзя форсировать вид вытяжения, увеличивающий боль и ухудшающий самочувствие. После 2 – 3 неудачных попыток от него нужно отказаться и попробовать другой вид (Костевич Е., 1986).

Примеры упражнений во время вытяжения «головой вниз»:

Упражнение 1. исходное положение: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, руки расположены вдоль туловища. Боковые наклоны туловища с поднятой головой и плечами. Во время этого упражнения интенсивно работают мышцы брюшной стенки и четырехглавая мышцы бедра при одновременном выпрямлении лордоза и вытяжении позвоночника.

Упражнение 2. Исходное положение: ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, в руках тросик, закрепленный на арматуре над столом. Переход из положения лежа в положение сидя с помощью тросика. Это упражнение больной выполняет в тех случаях. Когда самостоятельный переход в положение полусидя невозможен из – за нарастания боли или чрезмерно расслабленных мышц брюшной стенки, не способных совершить отрыв туловища от плоскости стола.

Упражнение 3. Исходное положение: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, руки вытянуты вдоль туловища. Поочередное подтягивание коленей к подбородку с одновременным отрывом головы от стола.

Упражнение 4. Исходное положение: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, руки расположены вдоль туловища. Подтягивание коленей к подбородку с одновременным подниманием головы. При этом упражнении во время движения подтягивания коленей к подбородку (движение совершается в соответствии с силой тяжести) происходит

кифотизация позвоночника в поясничном отделе и вследствие этого дальнейшее вытяжение мышц спины в этом отделе. Одновременно во время подтягивания головы к грудной клетке (движение совершается против силы тяжести) работают прямые мышцы живота.

Упражнение 5. Исходное положение: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, стабилизация стол, руки опущены вниз и несколько в стороны, в руках гантели. Подъем туловища до угла 45 градусов. Удерживание изометрического напряжения мышц брюшной стенки в течение 20 секунд.

В отношении методики проведения экстензии очень важно соблюдать постепенное, нерезкое увеличение силы вытяжения, причем максимума при отдельной процедуре нужно достигнуть в продолжении 2 – 3 минут. Это позволяет избежать сокращения паравертебральной мускулатуры как защитной реакции на боль. Курс экстензионной терапии продолжается чаще всего 20 – 25 дней при условиях хорошей переносимости. Считается, что экстензию нужно прекратить, если не дает результаты до 7 – 8 процедуры.

Экстензия в водной среде совершаемая из вертикального положения или полулежачего, также является эффективной при поясничных дисковых грыжах (Гечев, 1960).

Противопоказаниями для экстензии считаются тяжелые заболевания сердечно – сосудистой системы (выраженный венечный склероз, гипертоническая болезнь 2 и 3 степени и др.), беременность, ревматоидный артрит в позднейшей фазе, старческий остеопороз, пожилой возраст и слабость больных, подозрение на воспалительный процесс в спинном мозгу или на злокачественные образования в этой области.

2.4 Комплекс упражнений ЛФК, применяемы при поясничном остеохондрозе

В стадиях неполной и полной ремиссии больному назначают щадяще – тренировочный режим. Занятия состоят из разнообразных общеукрепляющих

и специальных упражнений. Нежелательны резкие подскоки, резкие наклоны туловища, подъем тяжестей. Широко применяются висы, полувисы; для укрепления мышц спины, живота, конечностей применяются различные силовые тренажеры.

УПРАЖНЕНИЕ 1

Исходное положение (И.П.) : лежа на спине, руки на голове.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: руки вверх, потянуть носки на себя.

На два: вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 30 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 2

И.П.: лежа на спине, руки вверх.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: хват правой рукой за запястье левой руки, вытягивая себя правой рукой за левую - наклон туловища вправо.

На два: вернуться в И.П.

На три: хват левой рукой за запястье правой руки, вытягивая себя левой рукой за правую - наклон туловища влево.

На четыре: вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 30 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 3

Исходное положение (И.П.) : лежа на спине, руки вверх.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: хват левой рукой за запястье правой руки, повернуть стопы в правую сторону, вытягивая себя левой рукой за правую наклон туловища в левую сторону.

На два: вернуться в И.П.

На три: хват правой рукой за запястье левой руки, повернуть стопы в левую сторону, вытягивая себя правой рукой за левую наклон туловища в правую сторону.

На два: вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 15 - 20 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 4

И.П.: лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, руки
вверху.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: хват левой рукой за запястье правой руки, опустить колени
в правую сторону, руки тянуться в левую сторону.

На два: вернуться в И.П.

На три: опустить колени в левую сторону, руки тянуться в правую
сторону.

На четыре: вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 30 раз.

Во втором периоде продолжительность занятия доводится до 30 - 40
минут. Желательно выполнение данного комплекса 2 - 3 раза в день.

Так как пациент в данное время, почти не способен заниматься
производительным трудом.

УПРАЖНЕНИЕ 5

И.П.: лежа на спине, руки вверху.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: согнуть ноги, обхватить колени руками.

На два: вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 30 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 6

И.П.: лежа на спине, руки вверху, ноги врозь.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: напрячь мышцы конечностей, так чтобы создавалось
впечатление, что исполнителя растягивают за руки и ноги
противоположных направлениях, держать 3 - 5 сек.

На два: медленно расслабляясь вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 5 - 7 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 7

И.П.: лежа на спине согнуть руки в локтевых суставах, опора на предплечья, ноги согнуты в коленных суставах, опора на стопы.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: оторвать таз от пола, держать 10-15 сек.

На два: вернуться в И,П.

Упражнение выполнять 5 - 7 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 8

И.П.: лежа на животе, руки на пояснице на гребнях подвздошных костей.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

Самовытяжение, т.е., опираясь руками в гребни подвздошных костей стараемся вытянуться. Должно создаваться впечатление, что вас растягивают в разные стороны за ноги и за туловище.

Упражнение выполнять 8 - 10 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 9

И.П.: лежа на животе, руки под подбородком.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: согнуть правую ногу по пластунски .

На два: выпрямить.

Тоже самое выполнить с другой ногой.

Упражнение повторить 15 - 20 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 10

И.П.: лежа на животе, руки под подбородком.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: приподнять прямую ногу.

На два: приподнять вторую ногу, соединить ноги.

На три: вернуться в И,П.

Выполнять 5-7 раз по 10-15 сек.

УПРАЖНЕНИЕ 11

И.П.: лежа на животе, руки вверх, ноги врозь.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: напрячь мышцы конечностей, так чтобы создавалось впечатление, что исполнителя растягивают за руки и ноги противоположных направлениях, держать 3 - 5 сек.

На два: медленно расслабляясь вернуться в И.П.

Упражнение выполнять 5 - 7 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 12

И.П.: лежа на животе, руки в стороны.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: оторвать прямые ноги от ковра на 10-15 см.

На два: вернуться в И.П.

Выполнять 5-7 раз по 10-15 сек.

УПРАЖНЕНИЕ 13

И.П.: упор стоя на коленях.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: переставляя руки вперед - потянуться, движение напоминает потягивания кошки, ноги не отрываются от ковра.

На два: переставляя руки вернуться в И.П.

Самовытяжение повторить 20 - 25 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 14

И.П.: лежа на животе, руки за спиной в замок.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: приподнять голову и туловище вверх, сохранять данное положение 10 - 15 сек.

На два: вернуться в И.П.

Выполнять 5-7 раз по 10-15 сек.

УПРАЖНЕНИЕ 15

И.П.: лежа на спине, ноги прямые.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: приподнять ноги от ковра на 10-15 см.

На два: скрестное движение ногами.

На три: вернуться в И.П.

Упражнение повторить 5-8 раз по 15 - 25 движений.

Не рекомендуем поднимать ноги выше угла 45 градусов, чтобы не уменьшить поясничный лордоз.

УПРАЖНЕНИЕ 16

И.П.: упор стоя на коленях.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: переставляя руки к ногам - выгнуть спину, стараясь головой достать коленей (напоминает выгибание спины животных), руки не отрываются от ковра.

На два: вернуться в И.П.

Упражнение повторить 20 - 25 раз.

УПРАЖНЕНИЕ 17

И.П.: стоя на коленях лицом к гимнастической стенке, руки на перекладине.

ВЫПОЛНЕНИЕ:

На раз: не отрывая рук от перекладины, потягиваясь, сесть на пятки.

На два: потянуться.

На три: вернуться в И.П.

Переместить руки на перекладину расположенную ниже предыдущей, повторить упражнение.

Повторить 25 - 30 раз, постоянно перемещая руки с более высокой на нижнюю перекладину, и затем с низкой на перекладины расположенные выше.

При отсутствии гимнастической стенки можно использовать одну из сторон дверной коробки или веревку охватывающую письменный стол.

В данном комплексе предлагаются специализированные физические упражнения, имеющие направленность, как на лечение, так и на

профилактику остеохондроза поясничного отдела. Предлагаемые физические задания сопровождаются положительными эмоциями, отвлекают больных от "ухода в болезнь", что в свою очередь, способствует снижению мышечного тонуса и выполнению движений в большем объеме.

2.5 Аппликации с бишофитом

Бишофит — продукт кристаллизации солей из вод древнего Пермского моря и состоит из хлормagneйевой соли, большого количества брома, йода, калия, кальция и более 20 микроэлементов. Водный раствор его прозрачный и бесцветный (или слегка желтоватый), без запаха. В институтах курортологии и физиотерапии в Москве и Пятигорске проведены клинические испытания бишофита по применению в форме компрессов. Как было, установлено, он показан для комплексного лечения следующих заболеваний: деформирующий артроз, ревматоидный артрит, остеоартроз, вертеброгенные заболевания нервной системы у больных с компрессионным и рефлекторным синдромами шейно-грудного и поясничного отделов позвоночника (радикулиты, люм-балгии, люмбоишалгии); при неполной ремиссии и обратном развитии с умеренно выраженным болевым синдромом, мышечные контрактуры у детей, страдающих церебральным параличом.

Противопоказано лечение компрессами бишофита в острой фазе заболевания, в случае индивидуальной непереносимости процедур, при возникновении признаков бромизма, иодизма, других аллергических реакций (насморк, кашель, конъюнктивит, отек слизистых, сыпь на коже, общая слабость), при раздражении кожи на месте применения. Лечение проводят следующим образом. Подлежащий лечебному воздействию участок тела (поясница, грудной отдел, суставы и т. д.) вначале согревают, для чего используют обычный рефлектор («синюю» лампу) или же грелку в течение трех минут. На блюде наливают 20—30 мл подогретого до 38...40 градусов.

С бишофита и, смачивая пальцы рассолом, слегка втирают его в болезненное место в течение 3—5 минут. Затем оставшимся рассолом

пропитывают марлю, накладывают на болезненную область, закрывают вощеной бумагой и весь участок укутывают, делая согревающий компресс. Процедуры обычно проводят на ночь, оставляя компресс на 8—9 часов. Утром остатки бишофита смывают с кожи теплой водой. Курс лечения обычно 12—14 процедур, проводимых через день. Если появляются признаки раздражения кожи, лечение прерывают и возобновляют после их исчезновения. Одновременно можно накладывать компрессы не более чем на 2—3 области.

Людам с нарушением функций сердечно-сосудистой системы длительность процедуры сокращают до 6—7 часов и воздействуют только лишь на одну область. При применении бишофита у детей его разводят водой наполовину.

Клиническое улучшение наблюдается у 70—80% больных. Эффективен бишофит у больных с мышечно-тоническими расстройствами. Менее эффективен при выраженных костных изменениях и длительном патологическом процессе (свыше 3—5 лет). Компрессы с бишофитом назначают как в стационаре, так и домашних условиях, но под обязательным контролем врача.

2.6 Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе

Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе начинают после того, как утихнет острая боль. Проводится он всегда в положении больного лежа на животе, причем обязательно на твердой основе (столе, кушетке), которая не допускала бы прогибания позвоночника в поясничном отделе. С этой же целью под живот подкладывается подушка (свернутое одеяло, валик и т.п.). Голени должны быть приподняты под углом 45°, что способствует расслаблению тела и особенно пояснично-крестцового отдела. Руки вытянуты вниз вдоль туловища. Голова должна лежать на правой или левой щеке, а лучше, если она будет немного опущена ниже кушетки, но опираться лбом на какую-либо опору (например, стул).

Сеанс начинается со спины. Вначале делается массаж для снятия напряжения и боли. Этой цели служат комбинированное поглаживание (8-10 раз), легкое выжимание ребром ладони (2-3 раза) и двойное кольцевое (поверхностное) –

оно проводится и на широчайших, и на длинных мышцах (по 4-5 раз). Закончив этот этап комбинированным поглаживанием (5-6 раз), переходят к массажу ягодичных мышц. На них воздействуют: поглаживанием комбинированным (6-8 раз) и двойным кольцевым (4-6 раз), которое сопровождается легким потряхиванием в сочетании с поглаживанием двумя руками. Затем - массаж бедра: комбинированное поглаживание (6-7 раз), длинное разминание в сочетании с потряхиванием (по 3-4 раза) и снова комбинированное поглаживание (4-5 раз).

Теперь снова очередь спины. После поглаживания двумя руками (6-8 раз) делают легкое выжимание (3-4 раза), поглаживание (4-5 раз) и разминание на длинных мышцах - основанием ладони (4-5 раз) и подушечками четырех пальцев (3-4 раза). Далее - поглаживание (2-4 раза) и разминание на широчайших мышцах спины (от гребня подвздошной кости до подмышечной впадины): ординарное (3-4 раза), двойное кольцевое (4-5 раз) и поглаживание с потряхиванием (по 3-4 раза).

Только после всего этого можно приступить к массажу поясничного отдела. Он включает поглаживание комбинированное от ягодичных бугров до середины спины (5-8 раз), выжимание ребром ладони (3-4 раза) и вновь поглаживание (5-6 раз). Проведя на ягодичных мышцах различные виды выжимания (по 4-6 раз), а затем поглаживание и потряхивание (по 3-4 раза), снова возвращаются на поясничный отдел. Выполнив здесь поглаживание (5-8 раз) и выжимание (2-3 раза), приступают к растиранию.

Растирание - прием глубокого воздействия, и выполняют его с осторожностью, чтобы не причинить боли. Если же при растираниях

возникают сильные болевые ощущения, от них следует день-два воздержаться. Если боли терпимы, тогда растирание начинают с легкого поперечного (то есть поперек позвоночника) ребром ладони. Этот прием - его в обиходе часто называют "пиление" - может проводиться и одной, и двумя руками. Далее - прямолинейное растирание подушечками больших пальцев вдоль позвоночника (6-8 раз), постепенно усиливая давление; спиралевидное растирание подушечками больших пальцев (4-6 раз); снова "пиление" - 10-15 с и поглаживание (4-6 раз).

Затем применяют пунктирное одновременное растирание подушечками больших пальцев вдоль позвоночного столба. Оно выполняется так, чтобы кожа на 3-4 см смещалась вместе с массирующими пальцами, только в этом случае от растирания будет польза. Прием проводится 4- 5 раз и всякий раз сопровождается выжиманием и поглаживанием (по 2-3 раза).

С каждым сеансом число повторений приемов и сила воздействия прибавляются.

Необходимо запомнить: перед массажем крестцовой области обязательно и тщательно прорабатываются ягодичные мышцы. Используются: поглаживание по всей тазовой области (4-5 раз), выжимание (6-7 раз), разминание - ординарное (4-5 раз), основанием ладони (3-4 раза), потряхивание (2-3 раза), поглаживание (1-2 раза), выжимание (5-6 раз), разминание гребнями кулаков (3-4 раза), потряхивание (2-3 раза), разминание кулаками, потряхивание и поглаживание (по 3-4 раза).

Массаж крестца включает: поглаживание двумя руками (5-7 раз), выжимание по крестцовой области (6-7 раз), растирание - ладонями обеих рук (5-6 раз), тыльной стороной кистей (6-8 раз), поглаживание (3-4 раза), растирание - прямолинейное подушечками четырех пальцев от копчика вверх до поясницы (6-8 раз; после каждого растирания руки расходятся в стороны до ягодичных мышц), кругообразное подушечками четырех пальцев (5-6 раз),

прямолинейное пястно-фаланговыми суставами (6-7 раз), поглаживание (3-4 раза), растирание кулаками (5-6 раз) и поглаживание во всех направлениях.

Еще раз проработав ягодичные мышцы (поглаживание, выжимание, разминание ординарное и двойное кольцевое подушечками четырех пальцев, потряхивание (все приемы по 2-3 раза), снова возвращаются на поясничный участок, где проводят 3-4 основных приема (повторяя каждый 2-3 раза).

Гребень подвздошной кости массируют так. За поглаживанием от позвоночного столба в стороны (4-5 раз) следует выжимание основанием ладони (кисти рук при этом располагают по обе стороны позвоночника, обратив пальцы в сторону тазобедренного сустава; 4-5 раз). Далее, не меняя положения рук, проводят разминание основанием ладони по краю гребня и прикрепления ягодичных мышц к гребню (5-6 раз), разминание ординарное на ягодичных мышцах (3-4 раза).

После этого приступают к массажу самого гребня подвздошной кости. Применяют: растирание кругообразное подушечками четырех пальцев (4-5 раз) и фалангами пальцев, сжатых в кулак (3-4 раза), выжимание основанием ладони (3-4 раза), прямолинейное и спиралевидное растирание гребнями, образованными фаланговыми суставами четырех пальцев (по 3-4 раза), поглаживание (2-3 раза). Весь комплекс повторить 2-3 раза.

Далее массируются поясничная область, крестцовая и ягодичные мышцы. Применяются всевозможные приемы - поглаживание, выжимание, разминание, потряхивание и поглаживание (по 3-4 раза каждый прием).

Количество повторений поглаживания и разминания и их процентное соотношение в сеансе массажа зависит от состояния массируемого, прогресса в лечебно-восстановительном процессе и т.д. При острых болях до половины сеанса занимает поглаживание, по мере утихания болей массаж должен

становиться все более энергичным и глубоким (изредка даже до легкой боли).

При массаже поясничной или крестцовой областей надо обращать внимание на болевые точки (участки). Вокруг этих мест и непосредственно в болевой точке следует проводить особенно тщательную проработку. При остеохондрозе поясничного отдела боли нередко иррадиируют в заднюю поверхность бедра. В этом случае массажу на бедре уделяют особое внимание. Применяют глубокий массаж - выжимание, разминание (особенно двойное кольцевое, "двойной гриф", кулаками и подушечками четырех пальцев).

Массаж выполняется ежедневно, можно и два раза в день - утром и вечером. Длительность сеанса 8-10 мин, если заболевание в поясничной области. При поражении крестцового отдела время сеанса увеличивается до 15 мин. А по мере восстановления - и до 18 мин. Массируемые части тела должны быть предельно расслаблены. Собственно массаж обязательно сочетается с активными и пассивными движениями в суставах.

Массаж при пояснично-крестцовом остеохондрозе может проводиться с различными согревающими средствами. Хороший эффект достигается массажем после тепловых процедур (соллюкса, прогревания горячим песком, бани и т.д.).

2.7 Профилактика остеохондроза

Для профилактики остеохондроза позвоночника, а также для смягчения клиники патологии, необходимо соблюдать правила:

1. Правильно сидеть;
2. правильно стоять;
3. правильно поднимать и перемещать тяжести;
4. правильно лежать;
5. заниматься физкультурой;

6. соблюдать диету.

2.8 Как правильно сидеть

Необходимо избегать слишком мягкой мебели. Чтобы масса тела чрезмерно не давила на позвоночник, корпус должен поддерживаться сидалищными буграми, а это возможно только на жестких сиденьях. К мебели, на которой приходится сидеть подолгу, предъявляются следующие требования:

- высота стула, кресла должна соответствовать длине голени – надо, чтобы нога упиралась в пол. Для людей маленького роста рекомендуется подставить под ноги скамеечку.
- Максимальная глубина – приблизительно две трети длины бедер.
- Под столом должно быть достаточное пространство для ног, чтобы их не надо было сильно сгибать;
- Если приходится долго сидеть, необходимо каждые 15 – 20 минут немного размяться, поменять положение ног;
- Следить за тем, чтобы спина плотно прилегала к спинке стула;
- Сидеть прямо, не сильно наклоняя голову и не сгибая туловище, чтобы не напрягать мышцы тела.

2.9 Как правильно стоять

Когда человек долго стоит позвоночник испытывает значительные перегрузки, особенно его поясничный отдел. Необходимо:

- менять позу через каждые 10 – 15 минут, опираясь при этом то на одну ногу, то на другую, это уменьшит нагрузку на позвоночник;
- если есть возможность, ходить на месте, двигаться;
- периодически прогибаться назад, вытянув руки вверх, сделав глубокий вдох. Этим можно несколько снять усталость с мышц спины, шеи, плечевого пояса, затылка;

- страдающим остеохондрозом гладить белье лучше сидя, или поставив гладильную доску так, чтобы не приходилось низко наклоняться.

2.10 Как правильно поднимать и перемещать тяжести

Одна из основных причин обострения остеохондроза и образования грыж межпозвоночного диска, особенно в пояснично – крестцовом отделе, - неправильный подъем и перенос тяжестей. Остро, неожиданно возникает боль в пояснице в тех случаях, когда поднимают тяжести резко, рывком, а затем переносят тяжелый предмет в сторону, поворачивая при этом туловище.

- тяжелый груз не носить в одной руке, особенно на дальние расстояния. Чтобы не перегружать позвоночник, необходимо разделить груз и нести его в обеих руках. Недопустимо держать тяжесть, резко сгибаться (наклоняться назад).

- Больному остеохондрозом поднимать и переносить тяжесть более 15 кг нежелательно.

- Для переноски тяжести на дальние расстояния лучше использовать

- рюкзак с широкими лямками, т.к. вес полного рюкзака распределяется на вес позвоночника.

- При подъеме тяжелого необходимо надеть пояс штангиста или любой широкий пояс. Присесть на корточки, при этом спина должна быть прямой, шея выпрямлена. Ухватив двумя руками тяжесть, подняться, не сгибая спину. Всю работу перенести на ноги, а не на позвоночник.

2.11 Как правильно лежать

Спать лучше не на мягкой постели, но и не на досках. Постель должна быть полужесткой, чтобы тело, когда человек лежит на спине, сохраняло физиологические изгибы. Для этого:

- на всю ширину кровати или дивана положить щит, а сверху поролон толщиной 5 – 8 см. Накрыть его сверху шерстяным одеялом;
- при отдаче боли в ногу под коленный сустав подложить валик из пледа – это уменьшит растяжение седалищного нерва и снимет боль в ноге.

Встать утром с постели больным с острыми проявлениями остеохондроза бывает очень трудно. Необходимо:

- сначала сделать несколько простых упражнений руками и ногами;
- затем повернуться на живот;
- опустить одну ногу на пол;
- опираясь на эту ногу и руки, перенести вес тела на колено и постепенно встать, не делая резких движений.

2.12 Формирование правильной осанки

Для того, чтобы исправить осанку, необходимо уметь принимать позу правильной осанки и сохранять ее длительное время, что возможно лишь при равномерном развитии мышц всего тела, особенно спины, брюшного пресса и плечевого пояса, а также при достаточной гибкости позвоночника. Предлагаемый комплекс способствует тренировке этих качеств и формированию правильной осанки.

1. Встать спиной к стене так, чтобы затылок, лопатки, ягодицы и пятки касались ее поверхности. Запомнить положение и отойти от стены, сохраняя принятую позу.

2. Приняв позу правильной осанки у стены, сделать шаг вперед и

- а) выполнить повороты, вращения головой, наклоны;
- б) походить 15 – 20 с, сделать несколько упражнений.

Возвратиться в исходное положение и проверить правильность осанки. Голову следует держать прямо и не опускать, так как это приводит к сгибанию спины и сутулости.

3. приняв позу правильной осанки у стены, прогнуть спину, не отрывая голову и таз от ее поверхности и возвратиться в исходное положение. Приседать, вставать, поднимать и сгибать ноги, не отрывая голову, спину, таз от стены.

Для формирования правильной осанки необходимо научиться управлять степенью напряжения мышц, ощущать части тела в различных положениях (стоя, сидя, при ходьбе) и закрепить эти навыки.

Нарушения осанки сопровождаются снижением функциональных возможностей организма, его сопротивляемости воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, ухудшением здоровья, уменьшением работоспособности. Поэтому следует обратить особое внимание на дефекты осанки и принять меры для их исправления.

2.13 Диета, рекомендуемая для профилактики остеохондроза

Согласно наследственно (метаболической) модели остеохондроза, его основной причиной является мочекислый диатез. С диетологической точки зрения, существует три пути профилактики избыточного содержания мочевой кислоты и ее производных в крови, каждый из которых усиливает ее выведение из организма.

1. путь первый – усилить выведение мочевой кислоты с мочой. Для этого пациенту необходим обильный водный режим. Постепенно увеличивать объем выпиваемой жидкости до 4 – 5 литров в день.

2. путь второй – увеличить выделение мочевой кислоты с желчью. Так как с желчью выводятся в основном те продукты обмена мочевой кислоты, которые не всасываются в кишечнике, то учащение выделения желчи приведет, во-первых, к снижению содержания мочевой кислоты в крови, а, во-вторых, такое выделение препятствует застою желчи и кристаллизации солей в песок и камни в желчных проходах.

При каждом, даже незначительном приеме пищи, происходит выброс желчи из желчного пузыря. А вместе с желчью выбрасываются и производные мочевой кислоты, которые не всасываясь выводятся из кишечника.

Больным рекомендуется шестиразовое питание небольшими дробными порциями.

3. третий путь – ограничение потребления продуктов, богатых веществами расщепление которых образует соли мочевой кислоты.

Этими продуктами являются: мясо, мясной бульон, ливер, бобовые (фасоль, горох) и другие продукты с высоким содержанием белков. Особенно вредно употребление кофе, крепкого чая и шоколада, из напитков – алкоголь, особенно сухие красные вина, шампанское и пиво.

Заключение

На основе проведенной работы можно сделать следующие выводы:

1. В реабилитации больных с остеохондрозом позвоночника наиболее эффективен комплексный подход, включающий лечебную физическую культуру, массаж, физиотерапию, мануальную терапию, а также пассивную профилактику, само коррекцию позвоночника, специальные упражнения и др.

2. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий важно с точки зрения профилактики возможности дегенеративных изменений в позвоночнике. Раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности.

3. В реабилитации больных с остеохондрозом позвоночника основное значение имеют физические упражнения. Упражнения необходимо рассматривать как наиболее важное укрепляющее и лечебное средство для восстановления любой угасающей функции ослабленного органа, сустава. Упражнения оказывают непосредственное лечебное действие, стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсации, улучшая обмен веществ и репаративные процессы, восстанавливая нарушенные функции позвоночника; перестраивается функциональное состояние вегетативных центров, которые улучшают трофику внутренних органов и опорно – двигательного аппарата.

В комплексе реабилитационных мероприятий массаж применяется с целью уменьшить боли и скованность движений в позвоночнике, способствовать восстановлению нормальной амплитуды движений; укрепить

мышцы, предупредить развитие мышечных атрофий и повысить их работоспособность; усилить лимфо – и кровообращение в области позвоночника.

Список литературы

1. Андрианов В.л., Баиров Г.А., Садофьева В.И., Райе Р.Э. Заболевание и повреждение позвоночника у детей и подростков. Л., 1985. 255 с.
2. Бонев Л., Сленчев П., Банков С. Руководство по кинезитерапии. София, 1978, 357 с.
3. Бубновский С.М. Практическое руководство по кинезитерапии. М., 2000. 240 с.
4. Долженков А.В. Здоровье высшего позвоночника. – СПб.: Питер, 2002. –192с.
5. Дубровский В.И. Движения для здоровья. М., Знание, 1989.
6. Жалендич И. Остеохондроз – заблуждение. Медицина против. – Изд. Ленто, 1991.
7. Каптелин А.Ф. Гидрокинезотерапия в ортопедии и травматологии. – М.:Медицина, 1986.-224 с.
8. Курпан Ю.И., Таламбум Е.А., Силин Л.Л. Движение против остеохондроза позвоночника. – М.:Физкультура и спорт, 1987. –32с.
9. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина,1991. – 510 с.
- 10.Лечебная физическая культура. Под ред. В.А. Епифанова. М., 1987. 528 с.
- 11.Методы исследования в невропатологии. Под ред. Проф. Б.Г. Агте. Киев, Здоровье, 1981.
- 12.Сударушкина И.А. Боль в спине. СПб.: Питер, 2001. –192с.
- 13.Угрюмов В.М. и др. Лечебная гимнастика при заболеваниях позвоночника и спинного мозга. М.: Медицина, 1964.
- 14.Физиотерапия: Пер. с польск./ Под ред. М. Вейсса, А. Зембатого. – М.: Медицина, 1986, 496с., ил. Пер изд.: ПНР, 1983.
- 15.Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры./ Под общей ред. Проф. С.Н. Попова. – Ростов Д: изд-во «Феникс»,1999,-608с.

16. Фищенко В.Я., Мартыненко В.С., Шаргородский В.С., Швец В.А. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника. К., 1989, 167 с.
17. Хвисюк Н.И., Чикунов А.С. Профилактика остеохондроза. К., 1987. 35 с.
18. Юмашев Г.С., Ренкер К.Х. основы реабилитации. – М.: Медицина, 1973. – 111 с.