ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

А. А. Яковлев

Алексей Александрович Яковлев

Лечебная физкультура при болезни Паркинсона

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42596349
ISBN 9785449681935

Аннотация

Пособие содержит лечебно-физкультурные комплексы упражнений для пациентов с болезнью Паркинсона, в т. ч. кинезиотерапевтические модули, элементы фитбол-гимнастики, степ-гимнастики, эрготерапии, дыхательной гимнастики, упражнения для улучшения моторики кишечника, баланса равновесия и многие другие.

Содержание

Список сокращений 6
Болезнь Паркинсона и паркинсонизм. Краткие сведения 7
Лечебная физкультура и кинезиотерапия 12
Воздействие физических упражнений на метаболизм дофамина 12
Кинезиотерапия при болезни Паркинсона 15
Конец ознакомительного фрагмента. 36

Лечебная физкультура при болезни Паркинсона

Алексей Александрович Яковлев

© Алексей Александрович Яковлев, 2019

ISBN 978-5-4496-8193-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Яковлев Алексей Александрович

Заведующий неврологическим отделением №2 клиники НИИ неврологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» МЗ РФ. Врач-невролог, врач-рефлексотерапевт, врач лечебной физкультуры и спортивной медицины, кандидат медицинских наук. Ассистент кафедры неврологии и мануальной медицины ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» МЗ РФ. Ассистент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И. И. Мечникова» МЗ РФ. Член Региональной общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга», «Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга», общероссийской общественной организации «Союз реабилитологов России». Автор более чем 75 научных публикаций по вопросам диагностики, лечения и реабилитации при различных неврологических заболеваниях. Высшее образование: ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова» МЗ РФ, врач, специальность «Лечебное дело» (2007), Санкт-Петербургский Инженерно-экономический университет, экономист-менеджер, специальность «Экономика и управление на предприятии здравоохранения», специализация – правовое регулирование хозяйственной деятельности (2011). В 2015 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Полинейропатия у пациентов с парапротеинемическими гемобластозами».

Список сокращений

БОС – биологическая обратная связь

БП – болезнь Паркинсона

КР – коэффициент Ромберга

ЛФК – лечебная физкультура

МКФ – международная классификация функционирования

ЦНС – центральная нервная система

Болезнь Паркинсона и паркинсонизм. Краткие сведения

Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), клинически проявляющееся нарушением произвольных движений. Принято различать понятие БП и паркинсонизма. Паркинсонизм – это синдром, ведущими клиническими проявлениями которого являются: гипокинезия (обязательный признак), мышечная ригидность, тремор покоя, постуральная неустойчивость. Паркинсонизм в свою очередь подразделяют на первичный, вторичный, а также паркинсонизм при мультисистемных дегенерациях ЦНС.

В классификации БП выделяют клиническую форму, стадию и темп прогрессирования.

В зависимости от доминирования в клинике того или иного симптома выделяют три клинических формы: акинетико-ригидно-дрожательную (60—70%), акинетико-ригидную (15—20%) и дрожательную (5—10%).

В отношении клинической стадии заболевания общепризнанной является следующая классификация стадий (степеней тяжести) БП:

Стадия 0. Двигательные проявления отсутствуют;

Стадия 1. Односторонние проявления заболевания;

Стадия 2. Двусторонние проявления заболевания без постуральной неустойчивости;

Стадия 3. Умеренно выраженная постуральная неустойчивость, возможно самостоятельное передвижение;

Стадия 4. Значительная утрата двигательной активности, но пациент в состоянии передвигаться;

Стадия 5. При отсутствии посторонней помощи пациент прикован к постели или инвалидному креслу.

Выделяют также модифицированную шкалу Хен и Яр (Hoehn, Yahr, 1967), которая впервые была опубликована Маргарет Хён и Мелвином Яром в 1967 году.

Модифицированная шкала Хен и Яр:

Стадия 0.0 – нет признаков паркинсонизма *(данная стадия характеризуется отсутствием клинических проявлений заболевания, однако в центральной нервной системе уже начинаются структурные изменения. Болезнь на этой стадии диагностируется очень редко, как правило, случайно)*;

Стадия 1.0 – только односторонние проявления *(у больных наблюдают односторонний тремор кисти руки, тремор имеет слабо выраженный характер. По мере прогрессии появляются изменения осанки, мимики лица, походки, может появляться боль в плечевом суставе на стороне поражения. Также может появиться ощущение «песка в глазах», вследствие сокращения количества мигательных движений век. У пациентов увеличиваются затраты времени на бритье, расчесывание и другие ежедневные манипуляции)*;

Стадия 1.5 – односторонние проявления с вовлечением аксиальной мускулатуры *(происходят локомоторные изменения, сокращение амплитуды движений, появляется выраженная ригидность мышц лица и шейного отдела)*;

Стадия 2.0 – двухсторонние проявления без признаков нарушения равновесия *(расстройства носят двусторонний характер и проявляются дрожанием кистей рук, недостаточной амплитудой и скованностью. Возникает непроизвольное покачивание головы, а ригидность лицевой мускулатуры приводит к гипомимии («маскообразное» лицо)*;

Стадия 2.5 – мягкие двухсторонние проявления. Сохранена способность преодолевать вызванную ретропульсию;

Стадия 3.0 – умеренные или средней тяжести двухсторонние проявления. Небольшая постуральная неустойчивость. Но больной не нуждается в посторонней помощи *(становится более выраженной ретропульсия. У пациентов прогрессирует скованность движений, в результате потери равновесия возможны падения. При ходьбе больной прижимает руки к телу, сокращается длина и высота шага – признак «шаркающей» походки. Несмотря на симптоматику, человек продолжает себя обслуживать, сохраняется частичная способность работать)*;

Стадия 4.0 – тяжёлая обездвиженность; однако ещё может ходить или стоять без поддержки *(развивается значительная гипокинезия, выраженный тремор головы и конечностей. Иногда тремор уменьшается. Больной не в состоя-*

нии выполнять физическую работу, уход за собой вызывает существенные затруднения. Движения выполняются с трудом, походка становится очень медленной. На этом этапе пациенту необходимы дополнительные средства, чтобы поддерживать равновесие – трость, костыли, ходунки);

Стадия 5.0 – без посторонней помощи прикован к креслу или кровати *(данная стадия заболевания характеризуется потерей возможности самостоятельно передвигаться. Больной перемещается при помощи инвалидного кресла, либо он все время лежит в кровати. С этого момента человек нуждается в постоянном уходе со стороны близких или медицинского персонала. Появляются выраженные нарушения глотательной функции, что ведет к потере веса)*.

Кроме того, при БП принято выделять три вида темпа прогрессии заболевания: быстрый, умеренный и медленный. При быстром темпе смена стадий заболевания (первая – вторая/вторая – третья) происходит в течение 2 и менее лет. При умеренном темпе смена стадий происходит более чем за 2 года, но не более чем за 5 лет. При медленном темпе смена стадий происходит более чем через 5 лет.

Клинические проявления БП принято разделять на моторные и немоторные. Среди моторных симптомов заболевания следует выделить: брадикинезию, ригидность, тремор покоя, постуральную неустойчивость. К немоторным проявлениям БП относят: нарушения обоняния, вегетативные проявления (дисфункция желудочно-кишечного тракта, мо-

чеиспускания, половую дисфункцию, нарушение потоотделения, постуральную гипотензию, себорею), аффективные нарушения, нарушения сна, психотические нарушения, когнитивные нарушения.

Наряду с применением антипаркинсонических препаратов и вне зависимости от клинических проявлений и стадии заболевания важнейшее значение для пациентов с БП имеют регулярные занятия лечебной физкультурой. Специальные комплексы лечебной физкультурой позволяют повысить эффективность медикаментозной терапии, уменьшить негативные клинические проявления заболевания, в особенности такие, как постуральная неустойчивость, брадикинезия, ортопедические осложнения (например, плече-лопаточный периартрит, изменения осанки, в том числе по типу синдрома Пизанской башни и др.), дисфункция желудочно-кишечного тракта, а также существенно повысить качество жизни пациента, за счет увеличения повседневной двигательной активности. При этом лечебная физкультура не имеет абсолютных противопоказаний, однако требует персонифицированного подхода к каждому пациенту и подбора комплекса упражнений с учетом толерантности к физической нагрузке, проявлений функционального неврологического дефицита, наличия или отсутствия каких-либо сопутствующих заболеваний, а также ряда иных факторов, влияющих на реабилитационный потенциал пациента и определяющих реабилитационные цели и задачи.

Лечебная физкультура и кинезиотерапия

Воздействие физических упражнений на метаболизм дофамина

В результате клинико-экспериментальных исследований получены свидетельства положительного воздействия физических упражнений на метаболизм дофамина. Так, у пациентов с БП методом позитронно-эмиссионной томографии установлено повышение высвобождения дофамина из нигростриарных окончаний дофаминергических нейронов без специфической терапии через час быстрой ходьбы. Кроме того, показано, что на фоне умеренной физической активности отмечается более полное всасывание леводопы в кишечнике, что способствует лучшей эффективности терапии. В ходе открытых и ряде контролируемых клинических исследований продемонстрирован клинически значимый эффект регулярных занятий лечебной физкультурой (ЛФК). Выявлено достоверное повышение повседневной активности, улучшение ходьбы (увеличение длины шага и темпа), уменьшение постуральной неустойчивости, сокращение «застываний» во время ходьбы. Причем в ряде работ прослеже-

но сохранение эффекта в течение нескольких недель или даже месяцев после окончания занятий. Наряду с этим отмечено, что пациентам на ранних стадиях болезни, систематически занимающихся лечебной физкультурой, могут требоваться меньшие дозы дофаминергических препаратов.

Помимо улучшения двигательных функций, положительный эффект физических занятий проявляется в изменении психологического состояния – повышении удовлетворенности состоянием своего здоровья и качеством жизни. Занятия физкультурой могут проводиться индивидуально, лучше после инструктажа специалистом по лечебной физкультуре. Комплекс упражнений желательно выполнять ежедневно, посвящая занятиям 1—1,5 часа. Хорошо, если пациенты начинают день с дозированной физической нагрузки. Некоторые упражнения могут совершаться наряду с другими повседневными занятиями (например, сидя перед компьютером или телевизором).

Достаточно эффективными могут быть занятия в группе, особенно на этапе обучения комплексу упражнений и общим подходам к физической терапии. Групповые занятия, обеспечивающие эмоциональную поддержку, могут способствовать также большей мотивации к сохранению или повышению двигательной, а также и социальной активности.

Дозированная ходьба, подвижные занятия на свежем воздухе, плавание в дополнение к специализированным занятиям физкультуры также улучшают физическое и эмоциональ-

ное состояние пациентов.

Основные задачи занятий физкультурой при БП:

1. Поддержание общей двигательной активности;
2. Повышение силы и гибкости мышц;
3. Облегчение инициации движений;
4. Улучшение подвижности суставов;
5. Поддержание правильной осанки;
6. Улучшение ходьбы и поддержания равновесия;
7. Профилактика болевых синдромов и контрактур;
8. Профилактика дыхательных нарушений.

Основными методиками двигательной реабилитации при БП являются выполнение пациентами упражнений с активными движениями, а также упражнений на растяжение мышц, направленных на повышение силы и гибкости мышц. При этом особое внимание уделяется активной тренировке мышц-разгибателей, а растяжение производят мышц-сгибателей для противодействия формированию сгибательной позы. Уменьшению проявлений крампи и дистонии способствует применение упражнений, направленных на релаксацию мышц.

Для коррекции нарушений инициации движений, «застываний» при ходьбе на развернутых и поздних стадиях БП применяются методики поведенческой терапии. Так, для поддержания нарушенных автоматизмов ходьбы эффективно использование внешних зрительных или слуховых стимулов.

Кинезиотерапия при болезни Паркинсона

Иллюстрированные примеры отдельных упражнений к данному разделу представлены на рис. 1—43.

Среди комплексов ЛФК в процессе реабилитации пациентов с БП применяют разнообразные варианты методов активной и пассивной кинезиотерапии. Среди используемых методик ЛФК: классическая гимнастика, дыхательная гимнастика, фитбол-терапия, степ-гимнастика, танц-терапия, механотерапия, терапия с использованием БОС-технологий, эрготерапия, кинезиологическое тейпирование и т. д.

Рис. 1. Повороты головы в стороны: 1. Исходное положение («сидя» или «стоя»); 2. Поворот головы вправо; 3. Поворот головы влево.

Гимнастическими называют упражнения, характеризующиеся искусственным сочетанием движений и выполняемые из определенных исходных положений, с точно предусмотренными направлениями, амплитудой и скоростью движений. Эти упражнения позволяют довольно точно дозировать нагрузку на различные сегменты тела, они в свою очередь развивают мышечную силу, подвижность в суставах, координацию движений. Гимнастические упражнения характеризуются по следующим признакам:

– анатомическому (упражнения для мышц конечностей, брюшного пресса, спины, шеи и т. д.);

– методической направленности (для увеличения мышечной силы, для улучшения подвижности в суставах, для тренировки равновесия, координации, для улучшения функции дыхания, тренировки сердечно-сосудистой системы);

– характеру активности (активные упражнения, выполняемые самим больным, требующие волевого усилия и напряжения мышц; пассивные, выполняемые инструктором, либо с помощью здоровых конечностей самого больного, но без волевого усилия и мышечного напряжения пораженной области; активно-пассивно выполняемые упражнения; идеомоторные – мысленно выполняемые упражнения);

– характеру работы мышц (статическая, динамическая).

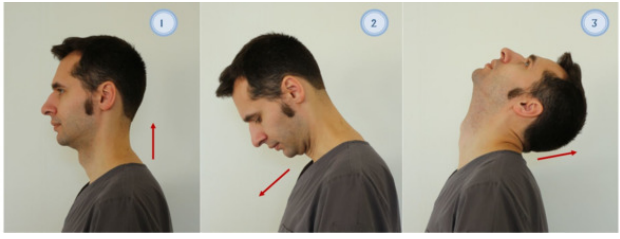

Рис. 2. Наклоны головы вперед и назад. 1. Исходное положение («сидя» или «стоя»); 2. Наклон головы вперед; 3. Наклон головы назад.

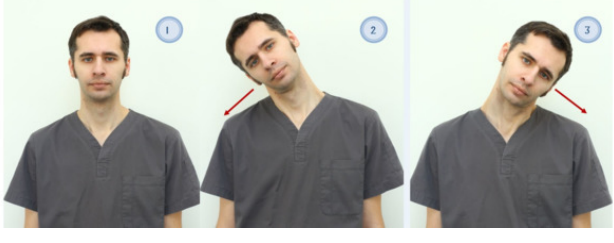

Рис. 3. Наклоны головы в стороны: 1. Исходное положение («сидя» или «стоя»); 2. Наклон головы вправо; 3. Наклон головы влево.

Статическая работа с изометрическим сокращением мышц (то есть без укорочения мышечного волокна) проводится при усилии, направленном на сжимание, удержание тяжести, попытке столкнуть с места тяжелый предмет и сопровождается повышением не только систолического,

но и диастолического артериального давления, некоторым учащением пульса. Динамическая работа проводится при изотоническом мышечном сокращении (то есть с уменьшением длины сокращающихся мышечных волокон).

Рис. 4. Упражнение лечебной физкультуры: 1. Исходное положение «стоя» или «сидя», руки выпрямлены вперед перед собой, соприкасаясь ладонями; 2. Разводим руки в стороны. Повторяем 15—20 раз.

Спортивно-прикладные упражнения представляют собой естественные двигательные действия или их элементы (например, целостные бытовые и трудовые действия, бег, плавание), способствующие восстановлению сложных двигательных навыков, а также оказывают мощное общетонизирующее воздействие. В отличие от занятий спортом, исключаются максимальные нагрузки. Игры, как средство ЛФК, направлены на совершенствование двигательных навыков в меняющихся условиях, на улучшение функций различ-

ных анализаторов, обладают мощным общетонизирующим и эмоциональным воздействием. Лечение положением осуществляется путем придания конечности либо туловищу специальных коррегирующих поз. Обычно лечение положением направлено на предупреждение или устранение контрактур в суставах либо патологических синкинезий.

Рис. 5. Упражнение лечебной физкультуры: 1. Исходное положение «стоя» или «сидя», левой рукой под локоть поддерживаем правую руку. Правая рука согнута в локте; 2—4. Показана смена положения правой руки. Повторяем по 10—15 раз для правой и левой руки.

Основными формами ЛФК являются групповая и индивидуальная гимнастика. Индивидуальная гимнастика назначается больным с выраженными двигательными расстройствами, а также когда посещение групповых занятий затруднено.

Индивидуальная гимнастика направлена на обучение произвольному движению и дозированному напряжению и расслаблению мышц, нормализации координации и равновесия, снижение повышенного мышечного тонуса и устранение патологических синкинезий, предупреждение и ликвидация контрактур, увеличение амплитуды движений и мышечной силы, выработку компенсаторных навыков. Длительность индивидуальных занятий ЛФК обычно в среднем составляет 15—30 мин. Групповая лечебная гимнастика назначается больным с более легкими двигательными нарушениями, для которых основными задачами становится расширение режима двигательной активности, тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшение общей и церебральной гемодинамики, тренировка вестибулярного аппарата.

Рис. 6. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: 1. исходное положение «лежа на спине», руки вдоль туловища; 2. положение лежа на спине, сгибание правой ноги в коленном и тазобедренном суставе, руки вдоль туловища; 3. положение лежа на спине, сгибание левой ноги в коленном и тазобедренном суставе, руки вдоль туловища; 4. положение лежа на спине, обе ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки разведены в стороны. Выполняется 5—10 повторений.

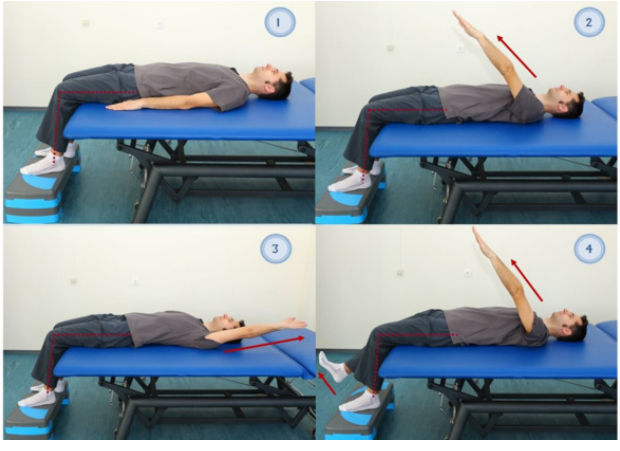

Рис. 7. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии, степ-платформа: 1. исходное положение «лежа на спине», руки вдоль туловища, коленные суставы согнуты под углом 90°; 2. положение лежа на спине, подъем левой руки вверх на угол 60° к горизонтальной прямой; 3. положение лежа на спине, левая рука продолжает движение вверх параллельно горизонтальной прямой; 4. положение лежа на спине, левая рука возвращается в положение на угол 60° к горизонтальной прямой, правая нога слегка разгибается в коленном суставе. Выполняется 5—10 повторений, затем тот же комплекс выполняется для правой руки и левой ноги (5—10 повторений).

Пациенты объединяются в группы по принципу общно-

сти типа и характера функционального дефицита, выраженности двигательных нарушений, толерантности к физической нагрузке, наличия или отсутствия тех или иных сопутствующих патологий. Длительность групповых занятий составляет в среднем около 30—45 мин. Каждое занятие ЛФК состоит из вводной, основной и заключительной частей. Вводная часть (10—20% времени занятия) предусматривает подготовку организма к предстоящей в основной части занятия нагрузке и включает обычно ходьбу, дыхательные упражнения, элементарные упражнения для туловища, верхних и нижних конечностей. Основная часть (60—80% времени) направлена на решение задач, определенных для данной группы больных (восстановление конкретных двигательных функций, формирование компенсаций, общетренирующее воздействие). Используются общеразвивающие и специальные упражнения, упражнения на снарядах, прикладные упражнения и игры. Заключительная часть (10—20% времени) имеет целью снизить физиологическую нагрузку, нормализовать функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для этого используют дыхательные упражнения, упражнения на расслабление, ходьбу, упражнения для туловища и конечностей с незначительной нагрузкой.

Рис. 8. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии, степ-платформа: исходное положение – «лежа на спине», ноги согнуты в коленных суставах с опорой стоп на степ-платформу, руки вдоль туловища. Одновременно выпрямляем правую ногу и левую руку, задерживаем положение на 10—15 сек. Поочередно выполняем для правой ноги/левой руки и левой ноги/правой руки.

К методам активной ЛФК относятся: лечебная гимнастика (общеукрепляющая, дыхательная, рефлекторная, корригирующая, гидрокинезиотерапия, психомышечная), эрготерапия и ADL-тренинг (Activities of daily living – повседневная жизненная активность), лечебная ходьба, занятия ЛФК с использованием компьютерных технологий и биологической обратной связи, механотерапия в активном режиме, специализированные программы (Bobath, Woitta, Neurac

и др.).

К методам пассивной ЛФК относятся: массаж лечебный (рефлекторный, сегментарный, механический) и массаж классический (вибрационный, пневмомассаж, гидромассаж), лечение положением, механотерапия в пассивном режиме (в том числе с использованием робототехники), техники мануальной терапии – вертебротерапия, суставные манипуляции, мышечно-фасциальные манипуляции, кинезиотейпирование.

Рис. 9. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии, степ-платформа: 1. Исходное положение – «сидя», нижние конечности согнуты в коленных и тазобедренных суставах, пальцы стоп с опорой на степ платформу, руки скрещены, кости на уровне локтей; 2—3. Поочередно выполняем наклоны в стороны со скрещенными руками, по 10 наклонов в разные стороны.

Особенно перспективным направлением в современной концепции нейрореабилитации является комбинированное применение методов ЛФК.

С целью повышения физиологической нагрузки либо достижения более точного локального воздействия в практике ЛФК широко используются разнообразные технические средства, к числу которых относятся:

– снаряды, предметы и простейшие устройства (гимнастическая стенка, скамейки, мячи, палки, обручи, цилиндры, подвесные конструкции);

– тренажеры – учебно-тренировочные устройства для развития двигательных навыков, восстановления и совершенствования функций опорно-двигательного аппарата.

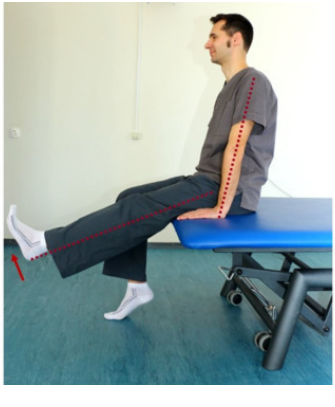

Рис. 10. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: исходное положение –

«сидя», нижние конечности согнуты в коленных и тазобедренных суставах, пальцы стоп с опорой на пол, поочередно выпрямляем левую и правую ногу, тянем стопу на себя, по 10 раз для каждой ноги.

В реабилитации неврологических пациентов занятия ЛФК проводятся с целью решения двух основных групп задач: 1) общетонизирующее воздействие на организм, тренировка сердечно-сосудистой системы; для этого назначаются дыхательные упражнения, неспецифическая общеукрепляющая гимнастика для крупных мышечных групп, тренировка ортостатической функции; 2) воздействие на двигательный дефект проводится с учетом характера основного заболевания, типа двигательных нарушений (спастический или вялый парез либо паралич, атаксия, гиперкинезы и т. д.), степени выраженности и распространенности этих нарушений, периода болезни, наличия или отсутствия вторичных изменений или осложнений (контрактуры, пролежни, синкинезии), сопутствующая патология.

Конкретными точками приложения физических упражнений являются объем движений в суставе, мышечная сила, тонус мышцы, координация, а также сложные двигательные навыки.

Рис. 11. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии, степ-платформа: исходное положение – «сидя», правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставе, пальцы стопы с опорой на пол, левая нога выпрямлена, стопа пяткой опирается на степ платформу, левая кисть на левом коленном суставе сверху, правая кисть под левым коленным суставом. Осуществляем наклон вперед туловищем, при этом кистью помогаем выпрямить левую ногу в коленном суставе, удерживая положение на 15—20 сек. Поочередно выполняем для левой и правой ноги по 8—10 раз.

Лечебная физкультура представляет собой высокоэффективный метод лечения, основанный на выполнении разных физических упражнений. Лечебная физкультура успешно

дополняет лекарственное лечение. В наши дни лечебная физкультура является обязательной составной частью любых программ реабилитации (реабилитация – восстановление физической и социальной активности человека), особенно при продолжительном лечении хронических заболеваний, к которым относится и БП.

Важными отличительными особенностями лечебной физкультуры являются разностороннее воздействие на организм и простота исполнения. Когда человек выполняет физические упражнения, у него улучшается работа сердечно-сосудистой и дыхательной системы, двигательной системы и пищеварительной системы. Простота выполнения лечебной физкультуры очевидна – больной сам или с небольшой помощью методиста лечебной физкультуры и окружающих его людей выполняет лечебные физические упражнения.

Рис. 12. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: 1. Исходное положение «лежа на животе», руки вдоль тела; 2. Поочередно поднимаем левую и правую ногу вверх по 15 раз.

При БП на первый план выступают именно нарушения движений: во-первых, это так называемое «дрожание покоя» (совершенно очевидно, что при лечебной гимнастике, выводящей конечности из состояния покоя, оно уменьшается), второе – это замедление движений и повышенное напряжение мышц («скованность» мышц), которые после лечебной физкультуры и при овладении больным умением расслаблять напряженные мышцы тоже уменьшаются. Если у больного длительное время имеется ограничение движений, то суставы и мышцы «застаиваются», ограничение

объема движений может нарастать, могут появиться боли в мышцах и суставах. Лечебная физкультура преодолевает эти нарушения.

Когда больному удается избавиться от этих нарушений, у него улучшается ходьба, восстанавливаются привычные осанка и походка, улучшается равновесие.

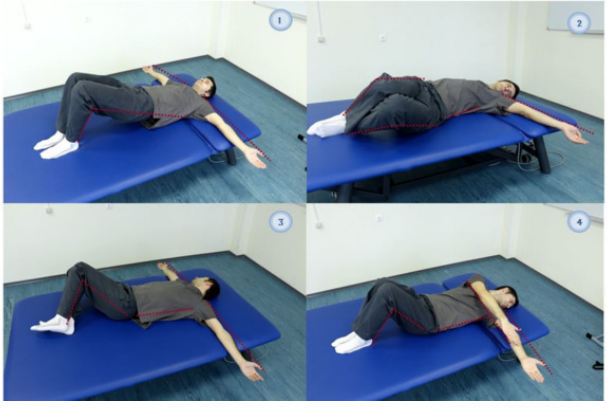

Рис. 13. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: исходное положение «лежа на спине» с разведенными в сторону выпрямленными руками, ноги согнуты в коленных суставах, таз поднят; 2—4. Показана смена позиций рук и повороты в стороны. Повторяем 10—15 раз.

Рис. 14. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: 1. Исходное положение «лежа на спине», руки выпрямлены вперед перед собой, ноги согнуты в коленных суставах, туловище и таз развернуты в правую сторону; 2—4. Показана смена позиций рук и повороты в стороны. Повторяем 10—15 раз.

Нарушение движений зависит и от того, как много лет прошло с момента появления первых симптомов заболевания. Если пациент заболел недавно, а до того вел достаточно активный образ жизни: поездки и путешествия, пешеходные и лыжные прогулки, спортивные игры – теннис, волейбол, плавание, велосипед и др., то нет оснований прекращать любимые занятия. Принимая хорошо подобранные лекарства, ведя здоровый образ жизни, посоветовавшись с врачом, пациент может продолжить заниматься любительскими вида-

ми спорта.

Улучшая свою физическую активность, пациенты с БП чувствуют себя гораздо увереннее в повседневной жизни – транспорт перестает быть для них проблемой, на работе они меньше устают, дома лучше справляются с надоевшими домашними делами, в том числе помогая своим родным и близким.

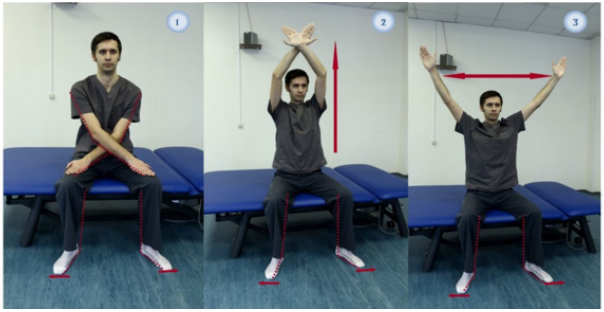

Рис. 15. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: 1. Исходное положение «сидя» руки сложены в локтях и перекрещены, кисти расположены на бедрах, ноги согнуты в коленных суставах, стопы слегка развернуты кнаружи; 2. Руки подняты вверх, слегка согнуты в локтях и перекрещены, ноги согнуты в коленных суставах, стопы слегка развернуты кнаружи; 3. То же положение с разведенными в стороны и выпрямленными руками. Выполняем упражнение 10—15 раз.

Невозможно дать рекомендации по лечебной физкультуре для всех сразу. Эти рекомендации очень индивидуальны. Однако некоторые советы общего плана будут уместны:

1. Лечебная физкультура должна быть ежедневной.

2. Число занятий в день определяется по совету с неврологом и врачом лечебной физкультуры и зависит от особенностей Вашей повседневной активности.

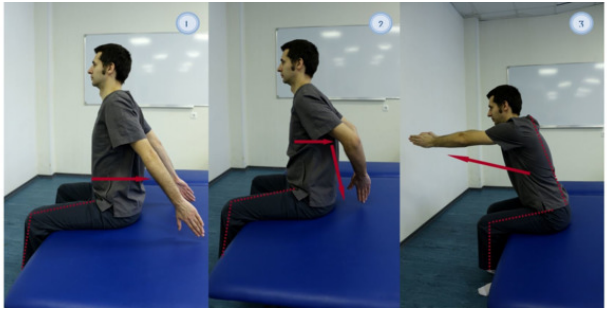

Рис. 16. Упражнение лечебной физкультуры, используется стол для Войта-Бобат терапии: 1. Исходное положение «сидя», руки выпрямлены отведены за спину, ноги согнуты в коленных суставах, стопы слегка развернуты кнаружи; 2. То же положение, но руки согнуты в локтях, задерживаем положение на 10 сек; 3. Руки выпрямлены вперед, ноги согнуты в коленных суставах, стопы слегка развернуты кнаружи. Тянемся корпусом вперед, оставляя спину прямой, задерживаем положение на 5—10 сек., возвращаясь в исходное. Выполняем 8—10 повторов.

3. В любом случае каждое из занятий лечебной физкультуры должно приносить Вам приятную усталость, но ни в коем случае не изможденне. Простой признак – в течение короткого отдыха после лечебной физкультуры Вы забываете об усталости, но продолжаете ощущать энергию, которую Вам дали проделанные упражнения.

4. Упражнения в течение дня должны захватывать все мышечные группы и движения во всех суставах для обеспечения максимально большого объема движений во всех суставах. Каждое из занятий тренирует определенную группу мышц, но большая часть этих упражнений должна быть направлена на тренировку тех движений, которые помогают Вам преодолеть вызванные болезнью нарушения Вашей двигательной активности.

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.