

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

у пациентов с болезнью
паркинсона

Пособие для врачей



ГУ «Институт геронтологии
им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины»
Отдел клинической физиологии и патологии
экстрапирамидной нервной системы
Центр паркинсонизма

 **SANDOZ**
Здорові рішення

Пособие разработано в Отделе клинической физиологии и патологии экстрапирамидной нервной системы ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарева НАМН Украины»

Авторы: доктор медицинских наук, профессор **И.Н. Карабань**
доктор медицинских наук **Н.В. Карабань**
кандидат биологических наук **Е.Н. Аксенова**
кандидат медицинских наук **Н.В. Карасевич.**

Пособие предназначено для врачей-неврологов, специалистов по лечебной физкультуре (как врачей, так и методистов лечебной физкультуры).

Отдел клинической физиологии и патологии экстрапирамидной нервной системы с Центром Паркинсонизма ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» был создан по инициативе всемирно известного невролога и геронтолога, заслуженного деятеля науки Украины, профессора Никиты Борисовича Маньковского, под руководством которого проведены фундаментальные исследования патогенеза, диагностики, клиники и лечения заболеваний экстрапирамидной нервной системы. Сегодня Институт имеет 40-летний опыт работы с пациентами с БП, занимается проблемами исследования возрастных особенностей клинического течения и дифференциальной диагностики БП, разработкой и внедрением современных методов медикаментозной и немедикаментозной терапии заболевания. В настоящее время отдел возглавляет д.м.н., профессор И.Н. Карабань.

Научно-практическое разработки проблемы БП в Институте геронтологии, издание фундаментальных монографий, методических рекомендаций по диагностике и лечению БП, многочисленных статей в отечественной и зарубежной печати, а также пожизненное диспансерное наблюдение за течением БП и эффективностью лечения у многих тысяч пациентов с БП со всех регионов Украины-дали основание называть наш Отдел Украинским научно-методическим и лечебно-диагностическим центром паркинсонизма.

С 1994 года на базе Института геронтологии создана Украинская Ассоциация по проблеме БП, которая в 1997 году принята в качестве действительного члена в Европейскую паркинсоническую Ассоциацию (EPDA).

Контактный адрес Центра паркинсонизма Института геронтологии АМН Украины:
04114, Киев, ул. Вышгородская, 67

тел.: (044) 431-05-49
(044) 431-05-02

факс: (044) 430-37-82

e-mail: ig@geront.kiev.ua
kin@geront.ua

мозга ответственна за точность, интенсивность и волевой контроль движений, а также за изменение скорости и пластики уже начавшегося движения, поддержание нормальной позной активности.

Наиболее результативный комплекс лечебной физкультуры может быть построен лишь с учетом степени выраженности заболевания и должен преследовать следующие цели:

- воспитать осознанное и положительное отношение к регулярно и систематически проводимым занятиям лечебной физкультурой;
- восстановить отдельные звенья афферентной иннервации и увеличить объем сенсорной информации с целью снижения мышечного ригора;
- путем специальных упражнений стремиться улучшить движения за счет использования сохранившихся афферентных систем (зрительного и слухового анализаторов);
- активизировать корковые механизмы самоконтроля движений путем психотерапевтического воздействия;
- обучить пациента технике правильного дыхания в покое и в сочетании с движениями;
- научить пациентов выполнять напряжение определенных групп мышц с их последующим расслаблением.

При построении методики лечебной физкультуры у пациентов старших возрастов необходимо учитывать, что при старении понижаются функции рецепторных аппаратов зрения, слуха, обоняния. Это обуславливает нарастающее истощение афферентации и, в свою очередь, является одной из причин понижения функционального потенциала ретикулярной формации и падения тонуса коры головного мозга. С возрастом значительно изменяется высшая нервная деятельность за счет ослабления основных нервных процессов, их силы и уравновешенности. Последнее ведет к падению работоспособности, эмоциональной неустойчивости, ослаблению внимания и памяти, раздражительности и т. п.

При организации занятий лечебной физкультурой у пациентов с БП необходимо учитывать приспособительные реакции организма к нагрузкам, дифференцированно

подходить к лицам, ранее никогда не занимавшимся физическими упражнениями. В связи с этим пациентам старшего возраста в комплексе упражнений следует избегать силовых упражнений с отягощением, а также упражнений циклического характера — таких, как бег, прыжки, заменив их танцевальными шагами.

Несмотря на высокий уровень работоспособности, свойственный пожилым, утомление наступает у них быстрее, чем у молодых, в связи с чем при выполнении комплекса ЛФК целесообразны паузы отдыха между отдельными упражнениями. Известно, что мышечная система претерпевает с возрастом существенные изменения: уменьшается сила мышц, причем в первую очередь слабеют мышцы живота, спины, рук. Это следует учитывать при распределении нагрузки во время процедуры: на ослабленные мышцы вначале рекомендуется давать щадящую нагрузку и лишь по мере укрепления их можно нагружать за счет специальной тренировки.

В начале занятий физическими упражнениями у пациентов нередко отмечается ряд неблагоприятных изменений со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, что может проявляться в нарушении ритма сердечных сокращений и дыхательных движений, нарушении координации движений. У лиц старших возрастов относительно легкие упражнения рекомендуется выполнять длительное время. Повышение интенсивности мышечной деятельности требует соответствующей физической подготовки к ней. Следует включать упражнения малой и средней интенсивности. Не рекомендуются упражнения, связанные с элементами напряжения стенки брюшного пресса и возможной задержкой дыхания.

Ограничение приспособительных возможностей к формированию двигательной активности, свойственной БП, приводит в частности, к затруднению приспособления вновь заданных и всего комплекса лечебной физкультуры. Неудачное выполнение пациентом заданий методиста нередко приводит

к ухудшению настроения больного, что отрицательно влияет на дальнейшее проведение занятий. Поэтому необходимо стремиться к словесному поощрению больных, акцентируя внимание на даже незначительных улучшениях выполнения упражнений. Психологический контакт между пациентом и специалистом лечебной физкультуры является неперенным условием успешных процедур. Рекомендуется выполнение упражнений в музыкальном сопровождении, что способствует выработке положительных эмоций, отвлекает от фиксации внимания на ограничении своих двигательных возможностей, уменьшает скованность. Вместе с тем, воздействие музыки на слуховой анализатор способствует формированию в коре головного мозга процессов доминантного возбуждения, вызывая функциональную перестройку корково-подкорковых взаимоотношений, и понижению мышечного тонуса. Наряду со специальными лечебно-гимна-

стическими упражнениями комплекс упражнений может включать элементы спортивных игр (например, различные виды бросания и ловли мяча). Подобные методические приемы улучшают координацию движений, увеличивают круг произвольных движений. Из физических упражнений следует отдавать предпочтение гимнастическим, при которых возможен подбор и применение их с дозированным влиянием как на весь организм, так и на отдельные мышцы и суставы при специальной тренировке. Процедура лечебной физкультуры у пациентов с БП имеет типовую структуру урока, в которую входит подготовительная, основная и заключительная части. Интенсивность нагрузки в каждой части урока будет различной.

У пациентов старшего возраста, в отличие от более молодых, вводная часть урока должна быть более продолжительной в связи с тем, что по мере старения удлиняется период «вработываемости».

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Цель вводной части занятий — сконцентрировать внимание пациента, мобилизовать его физические возможности, а также путем волевого усилия максимально расслабить мышцы. Вводная часть процедуры должна включать и элементы психотерапевтического воздействия, желательно проводить элементы аутотренинга. Включение тех или иных элементов аутогенной тренировки зависит от стадии заболевания. Широко применяются в этой части процедуры дыхательные упражнения, создающие определенный фон для выполнения последующей физической нагрузки основной части урока.

В начале вводной части определяется частота пульса, артериальное давление.

Длительность занятий вводной части от 10 до 15 минут. Если в первое время вводная часть может быть и более длительной за счет заня-

тий аутотренингом, то в последующие занятия (по мере овладения аутотренингом) время процедуры значительно уменьшается.

Элементы аутогенной тренировки

Лежа на кровати или полулежа в кресле, либо сидя на стуле с опорой о спинку с полужакрытыми глазами. Под медленный счет метронома или медленную плавную музыку, ритмичную мелодию счет 1–2 — выпятить живот — вдох; 3–4–5–6 — втянуть живот — выдох; 7–8 — пауза.

На первых процедурах после трех дыхательных упражнений возможно полнее расслабить мускулатуру и на счет 1–2–3–4–5 дышать, как обычно. Следует объяснить пациенту, что расслаблять мышцы вначале будет трудно, а, возможно, сразу и не удастся. Тем не менее, этому нужно учиться и необходи-

мо значительное волевое усилие при выполнении такого упражнения. Для этого потребуется терпение и время. В момент максимального расслабления мышц следует сосредоточить внимание и мысленно повторять: «Меня ничто не отвлекает, я спокоен, чувствую, что мышцы мои расслаблены». Следует сосредоточить внимание на отдельных мышечных группах. Направить внимание на руку и постепенно последовательно вспомнить все движения, которые можно ей совершить, мысленно их воспроизвести. Приемы «мысленного движения» затем про-

водят и на других мышечных группах. Через месяц подобных тренировок можно перейти к движениям (максимальному напряжению и расслаблению мышц). Поднять прямую руку (ногу) вверх свободно, без задержки опустить и расслабить мышцы. Лежа согнуть ногу и, расслабив, разогнуть ее. Добиваясь максимального напряжения и расслабления, надо тренировать и мышцы лица, затылка, шеи, спины, брюшного пресса. Заниматься аутотренингом рекомендуется в теплом помещении, в легкой, удобной одежде с целью более полного расслабления мышц.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Основная часть процедуры направлена на осуществление лечебно-воспитательных задач, характерных для конкретного двигательного режима. Комплекс упражнений у пациента с БП должен быть спланирован только в определенном, оптимальном для каждого больного двигательном режиме, в основе которого лежит степень выраженности клинических проявлений болезни Паркинсона, физическая подготовленность пациента и возрастные особенности организма. При выраженных двигательных нарушениях, скованности, что соответствует 3 стадии заболевания, назначается щадящий двигательный режим. Занятия в таком случае проводятся индивидуальным методом, в палате. При нерезких двигательных расстройствах 1 или 1,5 стадии процесса занятия проводятся по щадяще-тренирующему двигательному режиму, в зале, малогрупповым методом. И, наконец, при сохраненной двигательной функции и нерезко выраженных клинических проявлениях болезни Паркинсона, рекомендуются занятия

по тренирующему двигательному режиму, групповым методом, в зале ЛФК.

Физическая нагрузка в основной части урока постепенно возрастает. Можно рекомендовать повышение эффективности процедуры лечебной физкультуры выполнением упражнений под счет метронома или определенный музыкальный ритм. Ниже приводятся комплексы упражнений для занятий с пациентами с БП старших возрастных групп.

Представленные упражнения сведены в группы по характеру воздействия, причем в основной части каждого урока подбираются упражнения по принципу «направленного» воздействия, улучшающие наиболее пораженную функцию.

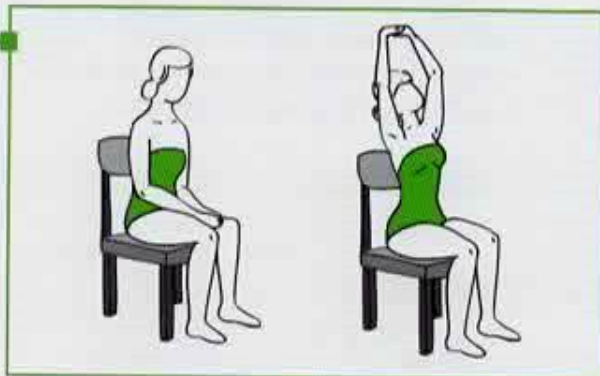
Продолжительность занятий основной части урока наибольшая и составляет 30–40 минут с учетом времени на включение пауз расслабления, выполняемых между отдельными упражнениями.

По характеру решения задач, стоящих в основной части процедуры, упражнения можно разделить на три группы.

1 УПРАЖНЕНИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УЛУЧШЕНИЮ ОСАНКИ, УМЕНЬШЕНИЮ МЫШЕЧНОЙ РИГИДНОСТИ

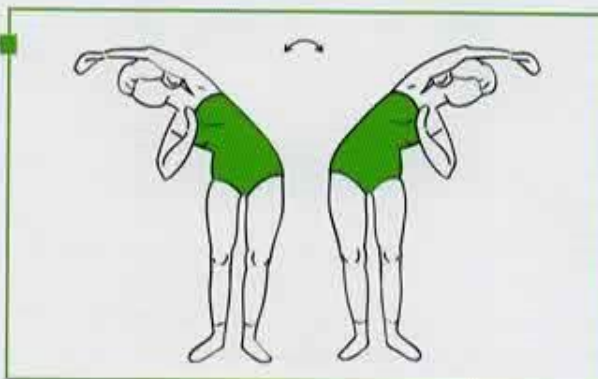
1

Исходное положение — сидя на стуле, пальцы рук в «замок». Поднять руки вверх, подтянуться вверх — вдох, опустить руки, расслабиться — выдох (5–6 раз).



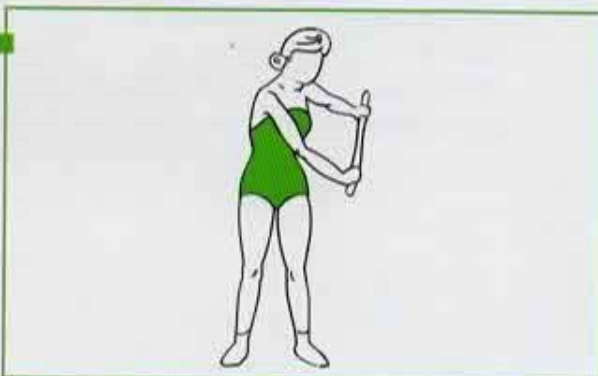
2

Исходное положение — кисти рук к плечам, руки согнуты в локтях. Поочередное поднятие правой и левой рук с одновременным «самовытяжением» позвоночника — вдох (по 4–5 раз каждой рукой).



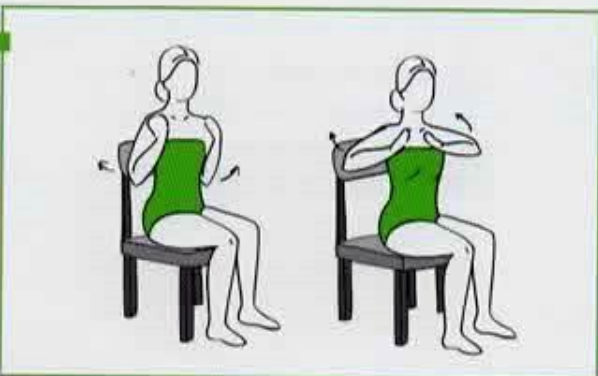
3

Исходное положение — руками держаться за края гимнастической палки. Палка в руках находится на бедрах. Одной рукой подталкивать палку в сторону — вверх поднять палку, потянуться — вдох (выполнять по 4–5 раз в правую и левую сторону поочередно).



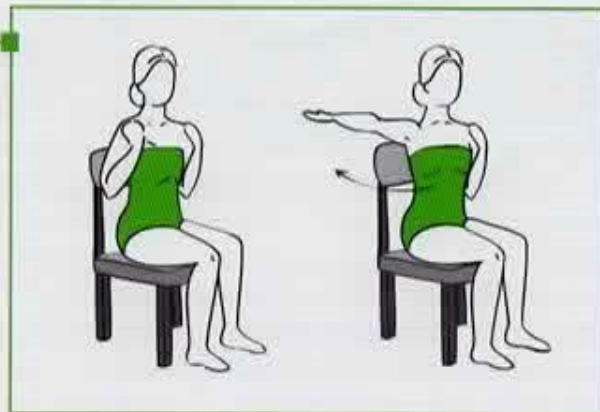
4

Сидя на стуле. Руки согнуты в локтях. Кисти рук к плечам. Поднять локти, отвести их назад в стороны, прогнуться в грудном отделе позвоночника (6–8 раз).



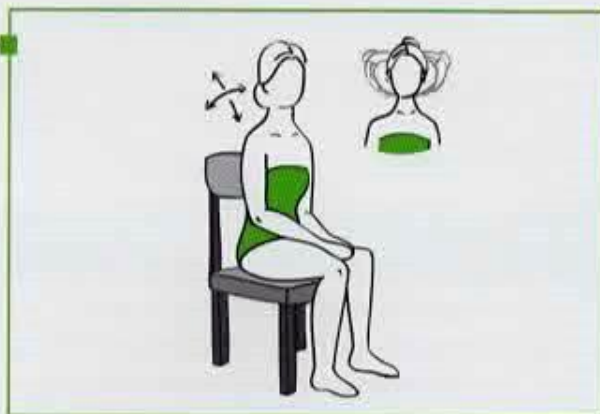
5

Сидя в том же положении, что и в упр. № 2, одновременно с поворотом туловища отводить прямую руку в сторону — назад — вдох, возвращение в исходное положение — выдох (по 4–5 раз в каждую сторону).



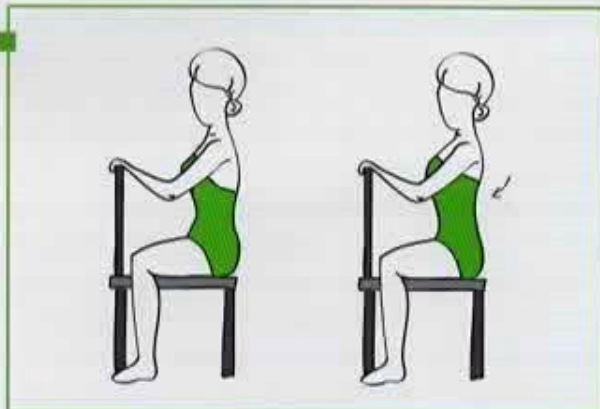
6

Сидя на стуле. Наклоны головы в сторону, вперед и назад.



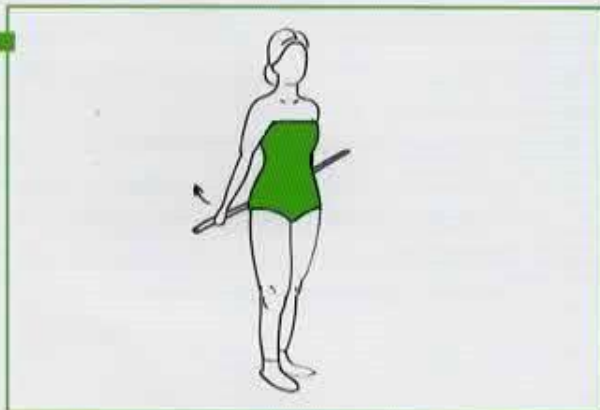
7

Исходное положение — сидя верхом на стуле, лицом к спинке, держась за нее руками, прогнуться назад (5–6 раз).



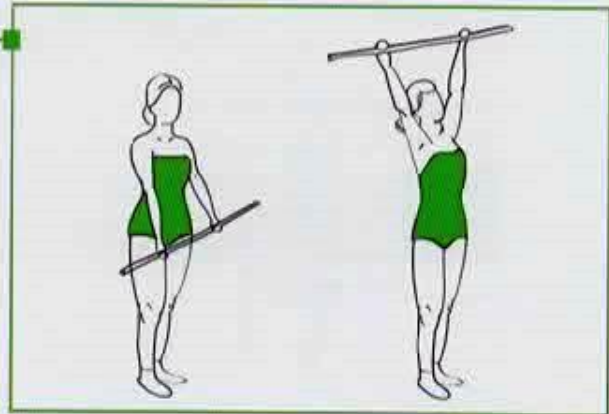
8

Исходное положение — стоя, руки с гимнастической палкой за спиной. Отводить палку назад — вверх (4–5 раз).



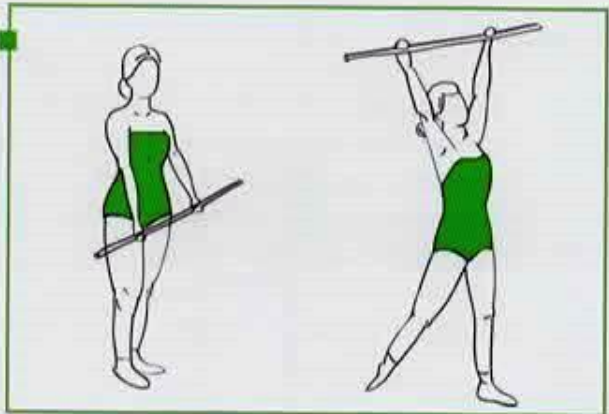
9

Исходное положение — стоя. В руках гимнастическая палка. Поднять палку вверх, потянуться, прогнуться — вдох, опустить палку, расслабиться — выдох (5–6 раз).



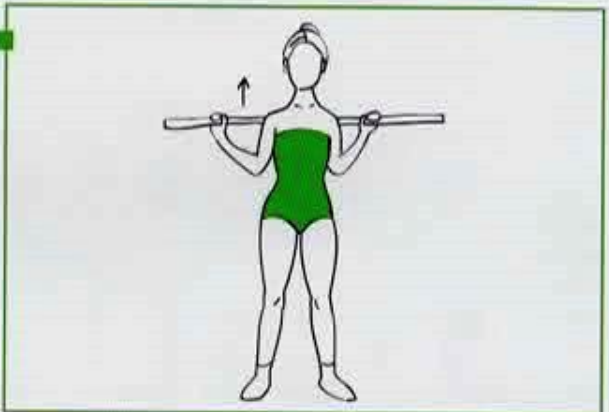
10

Исходное положение то же, что и в упр. № 9. Поднимая палку вверх, одновременно поставить ногу назад, на носок — вдох, опуская палку, приставить ногу — выдох (4–5 раз).



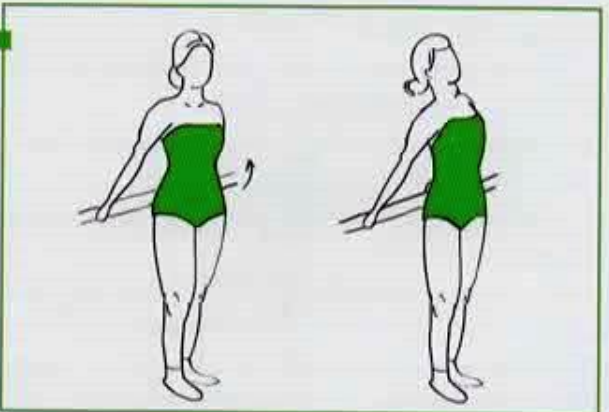
11

Исходное положение то же, что и в упр. № 9. Поднять палку вверх, за голову, на лопатки, назад (5–6 раз).



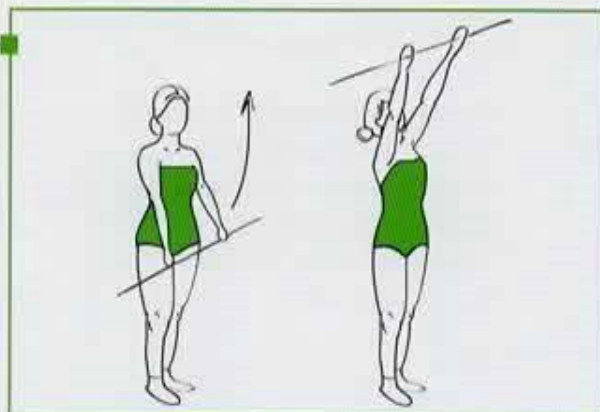
12

Стоя спиной к гимнастической стенке, руками держаться за планку на уровне поясницы. Прогибание корпуса назад — выдох (5–6 раз).



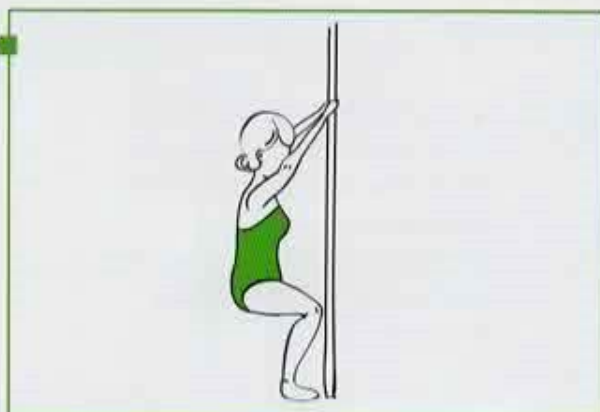
13

Исходное положение — стоя у гимнастической стенки. Скользя руками по стенке, потянуться максимально вверх — вдох, опуская руки — выдох (6–7 раз).



14

Исходное положение — руками держаться за гимнастическую планку на уровне лба. Сгибая ноги в коленных суставах, присесть с выпрямлением позвоночника — выдох, встать — вдох (5–6 раз).



II

УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОХОДКИ

Упражнения для коррекции походки преследуют цели:

Научить пациента не останавливаться перед препятствием.

1. Уменьшить тахиказию (топтание на месте).
2. Уменьшить пропульсию (бег).
3. Уменьшить латеропульсию (насильственные движения в сторону).
4. Уменьшить ретропульсию (движения и падения кзади).
5. Улучшить координацию различных сегментов тела во время поворотов.

Прежде чем приступать к занятиям, предусматривающим коррекцию походки не-

обходимо предложить пациенту пройти перед зеркалом, а затем указать ему на основные дефекты походки. Следует объяснить, из каких основных элементов состоит акт ходьбы, при этом остановиться на таких моментах, как перенос тела с одной ноги на другую, а также на четком выполнении переката с пятки на носок. Обратит внимание на поднятие пальцев стопы в момент опоры на пятку. Следить за правильной координацией движения правой и левой руки с движениями ног, то есть самостоятельным контролем физиологических синкинезий.

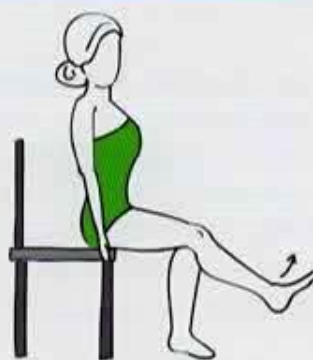
1

Сидя на краю стула.
Руки в упоре на сиденье.
Сгибание и разгибание
в голеностопных суставах
попеременно правой и левой
стопы (под счет метронома,
10–12 раз).



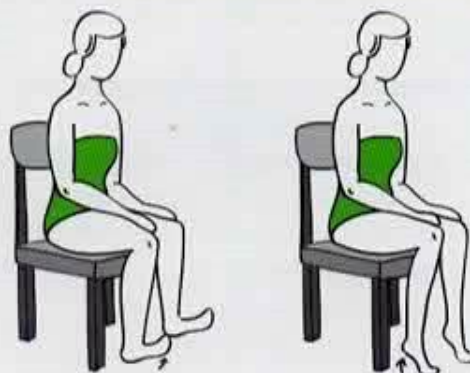
2

Стоя позади стула.
Руками опираться о спинку
стула. Поднимать попеременно
правую, а затем левую ногу
над полом (по 10–15 раз
каждой ногой).



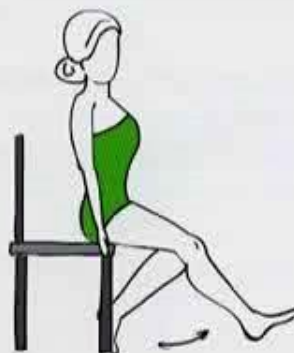
3

Исходное положение то же,
что и в упр. № 1. Попеременно,
правой и левой стопой
выполнять «перекат» с пятки
на носок, не отрывая пальцы
стопы от пола (20–30 раз).



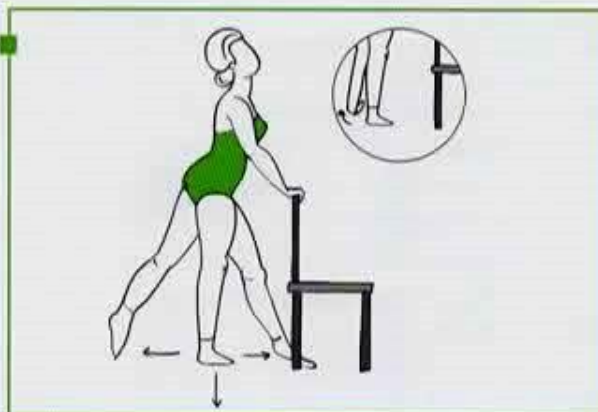
4

Сидя на краю стула.
Руки в упоре на сиденье.
Одновременно одна нога
сгибается, а другая разгибается
в колене (по 10–15 раз).



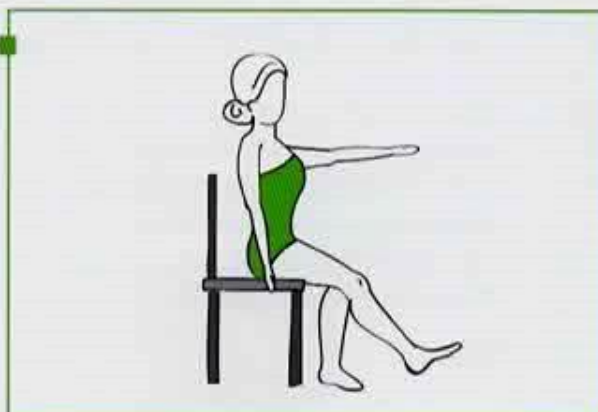
5

Стоя позади стула. Руками опираться о спинку стула. Отвести прямую ногу в сторону, приставить; вперед — приставить; назад — приставить (по 8–10 раз).



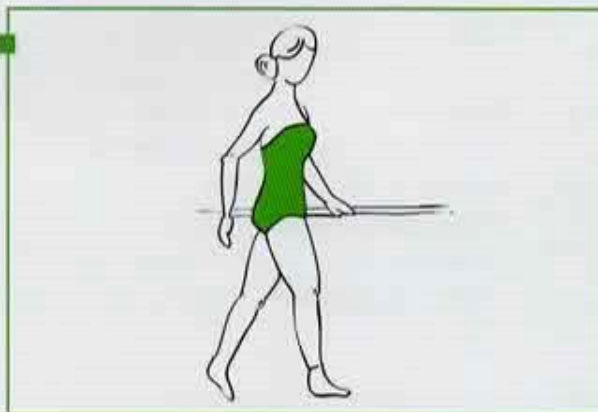
6

Сидя на стуле. Одновременно с махом правой руки вперед левую ногу вынести вперед и поставить ее в упор на пятку. Затем то же проделать левой рукой и правой ногой — имитация ходьбы (по 10–15 раз).



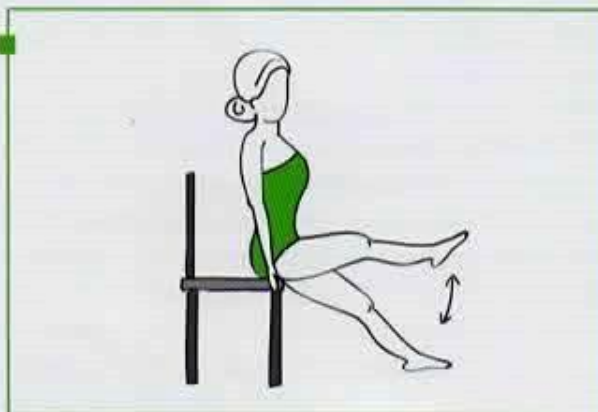
7

Ходьба по «следовой» дорожке перед зеркалом, держась руками за поручни под счет метронома или в определенно заданном музыкальном ритме (от 5 до 10 мин).



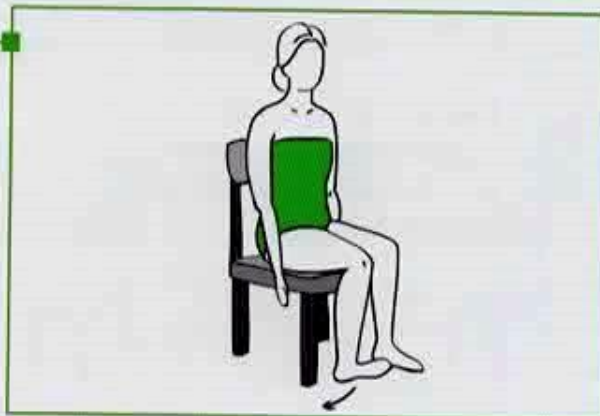
8

Сидя на стуле. Поднимание прямой ноги поочередно правой и левой (по 5–6 раз каждой ногой).



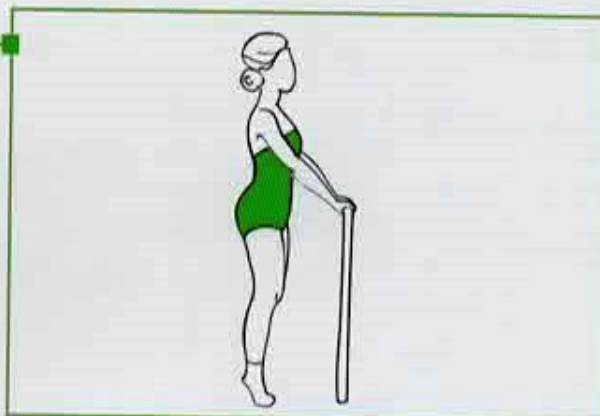
9

Сидя на стуле. Отведение ноги в сторону, скользя пяткой по полу (выполнять поочередно правой и левой ногой, по 5–6 раз).



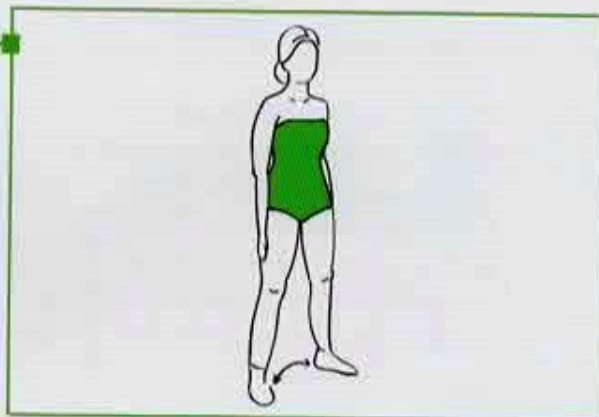
10

Стоя. Один конец гимнастической палки в упоре о пол, другой — в руках. Подняться на носки, слегка прогнуться, свести лопатки — вдох (8–10 раз).



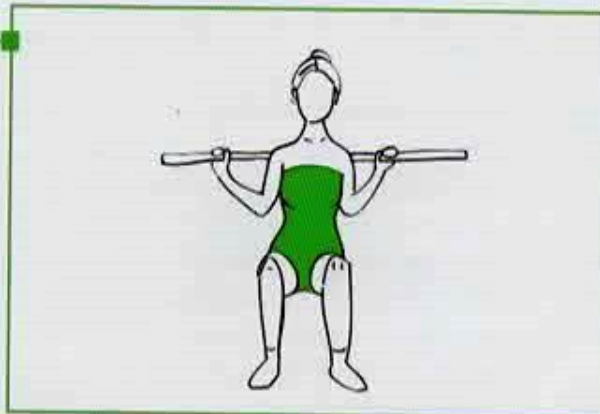
11

Стоя. Перенос веса тела, «переминание» с ноги на ногу (10–15 раз).

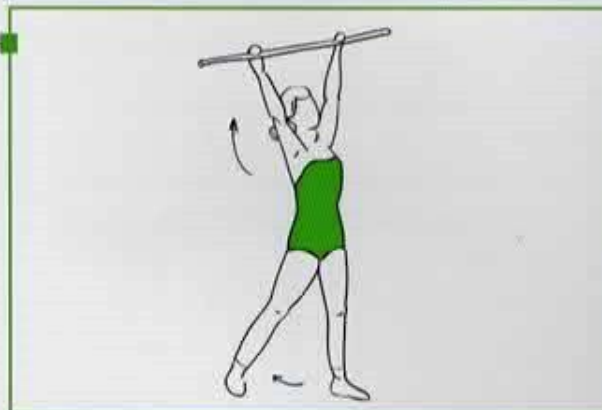


12

Приседая, опустить палку на лопатки (6–8 раз).



- 13 Поднять палку вверх с одновременным махом ноги в сторону (по 5–6 раз каждой ногой).



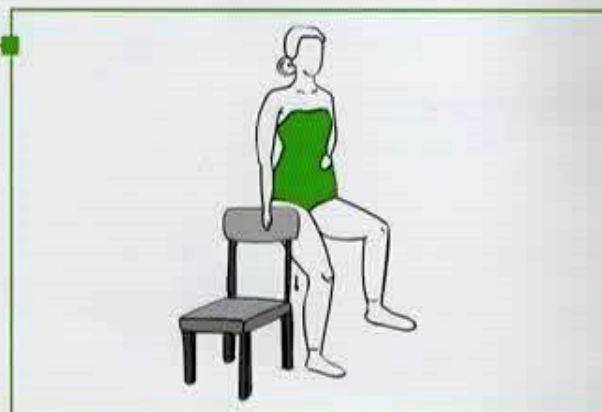
- 14 Исходное положение — стоя позади стула. Руки в упоре о спинку стула. Поочередно отрывать носки, не отрывая пяток (10–15 раз).



- 15 Исходное положение — стоя позади стула, упор на одну ногу, руками держаться за стул. Сгибание и разгибание, вращение в голеностопном суставе ноги (поочередно правой и левой по 8–10 раз).

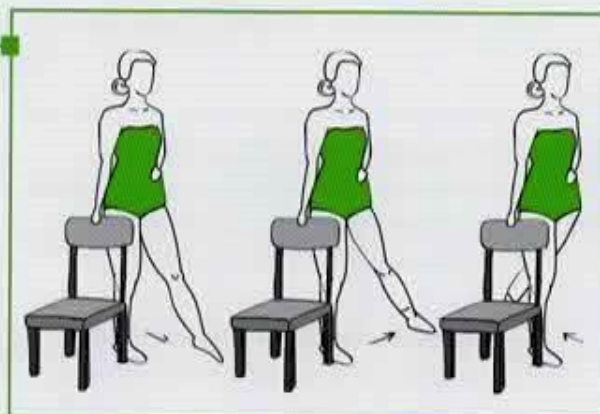


- 16 Исходное положение — стоя боком к стулу. Одна рука в упоре о спинку. Нога согнута в колене «на весу» — впереди, другая нога в упоре о пол. Не опуская ногу, выполнять сгибание и разгибание ноги в колене (по 5–6 раз каждой ногой).



17

Исходное положение — стоя боком к стулу. Попеременно ставить ногу на носок, вперед, в сторону, назад (по 8–10 раз каждой ногой). Расслабление.



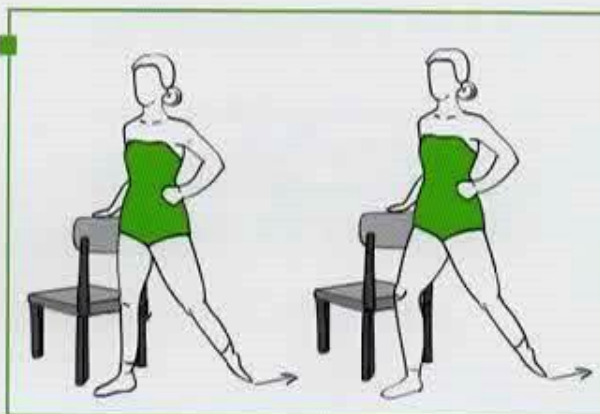
18

Исходное положение — стоя боком к стулу. Сгибание и разгибание в колене отведенной назад ноги (по 8–10 раз каждой ногой).



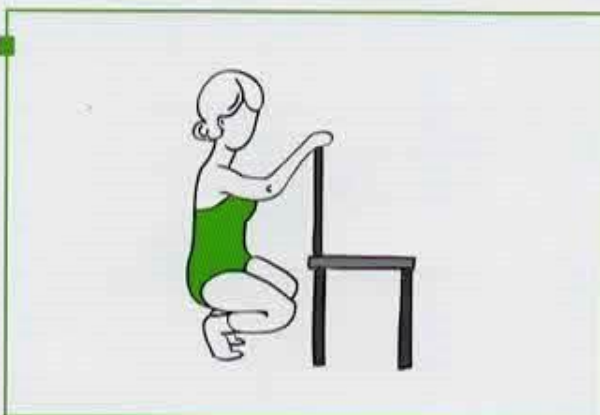
19

Исходное положение — стоя боком к стулу. Согнуть одну ногу в колене, другая, выпрямленная, скользит назад (по 5–6 раз каждой ногой).



20

Стоя позади стула. Руки в упоре о спинку, ступни параллельно. Присесть — выдох (8–10 раз).



21

Ходьба на месте с высоким подниманием бедра и махом рук. Упражнение выполнять перед зеркалом, контролируя положение туловища во время ходьбы и координацию движения рук и ног в течение 2–3 минут. В дополнение к вышеперечисленным упражнениям рекомендуются упражнения с целью уменьшения латеропульсии, ретропульсии и улучшения поворотов, координации различных сегментов тела во время поворотов. Исходное положение — сидя на стуле. Боковые наклоны туловища. Руки скользят по спинке стула (по 5–6 раз в каждую сторону).



22

Исходное положение — сидя на стуле. Боковые наклоны туловища. Руки скользят по спинке стула (по 5–6 раз в каждую сторону).



23

Согнув руку в локте, поворачивая корпус, коснуться локтем спинки стула (по 5–6 раз в каждую сторону)

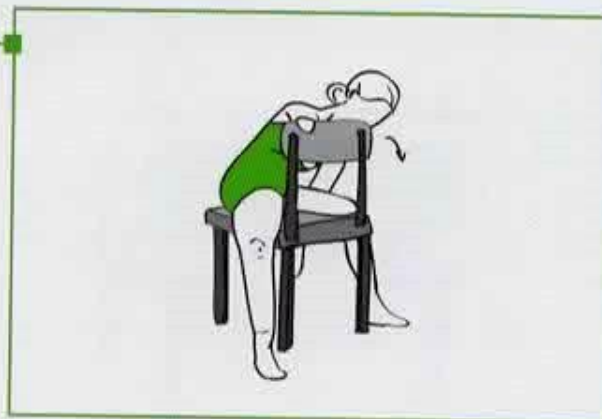


24

Коснуться коленом локтя противоположной руки (по 5 раз каждой ногой).



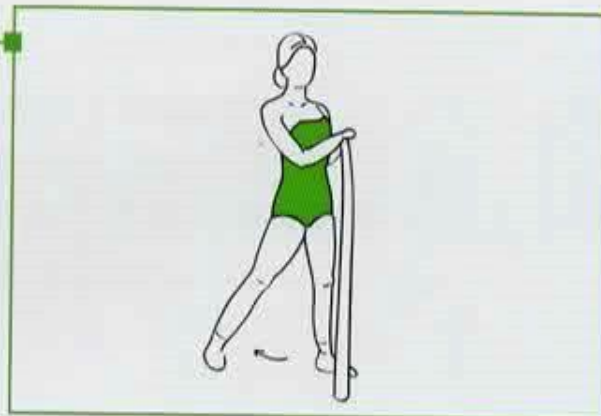
- 25 Исходное положение — сидя «верхом» на стуле, лицом к спинке стула, одной рукой держаться за спинку стула. Наклоны корпуса в стороны, другой рукой скользить по ножке стула в направлении к полу — выдох (по 5–6 раз в каждую сторону).



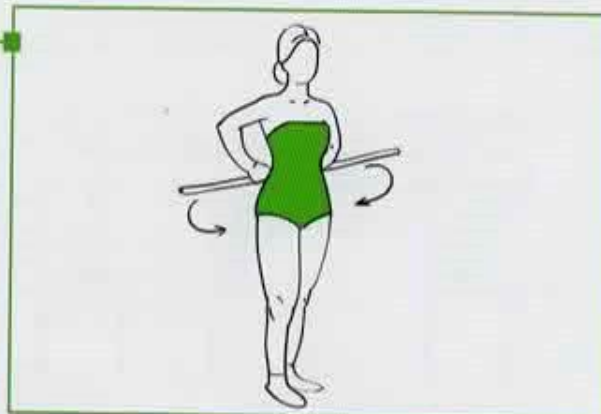
- 26 Исходное положение то же, что и в упр. № 25. На выдохе наклоняя корпус, потянуться рукой к ступне (по 5–6 раз).



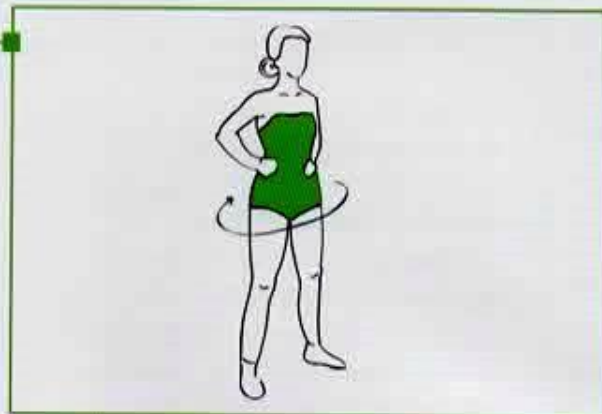
- 27 Исходное положение — стоя. Руками опереться о конец гимнастической палки. Палка — перпендикулярно полу. Отведение прямой ноги в сторону (по 5–6 раз каждой ногой).



- 28 Исходное положение — стоя. Гимнастическая палка позади туловища в руках на уровне ниже-грудного отдела позвоночника. Руки согнуты в локтевых суставах. Повороты корпуса в сторону, ноги не отрывать от пола (по 5–6 раз в каждую сторону).



- 29 Исходное положение — стоя.
Круговые движения таза
(10–12 раз).

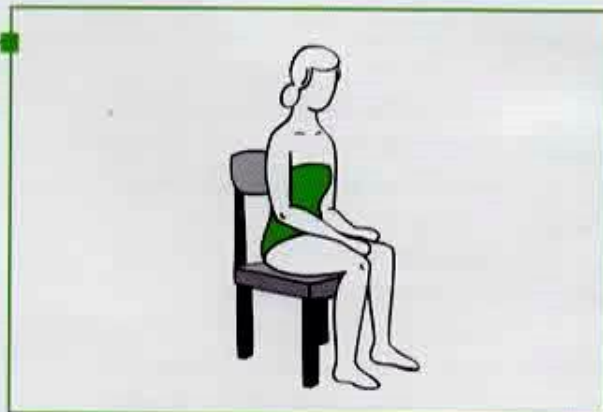


- 30 Исходное положение — стоя.
Руки вдоль туловища, ноги
на ширине плеч. «Насос».
Наклоны туловища в стороны
со скольжением рук вверх
и вниз (по 5–6 раз).

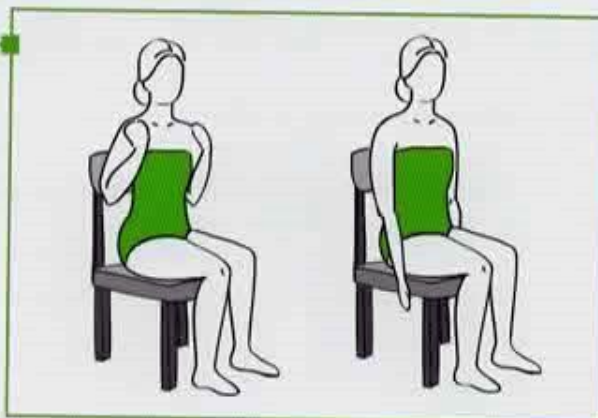


III УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ СКОВАННОСТИ В ПАЛЬЦАХ РУК, УМЕНЬШАЮЩИЕ ДРОЖАНИЕ КИСТЕЙ, УЛУЧШАЮЩИЕ ВЫПОЛНЕНИЕ МЕЛКИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ДВИЖЕНИЙ ПАЛЬЦАМИ РУК

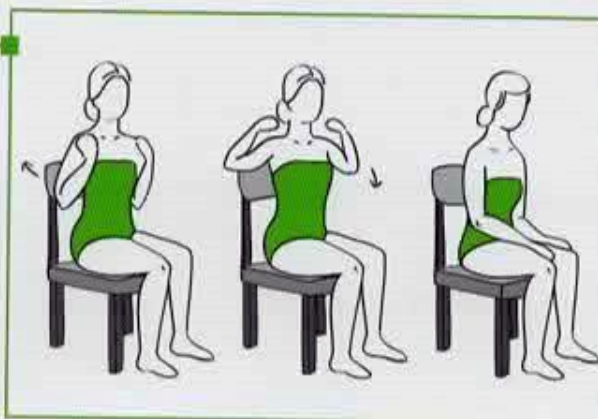
- 1 Исходное положение — сидя
на стуле. Сгибание и разгибание
пальцев кисти (15–20 раз).



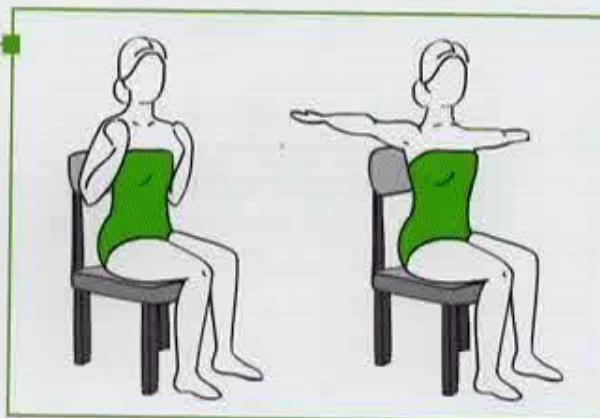
- 2 Исходное положение — сидя на стуле. Кисти к плечам — вдох, опустить, расслабиться — выдох (6–7 раз).



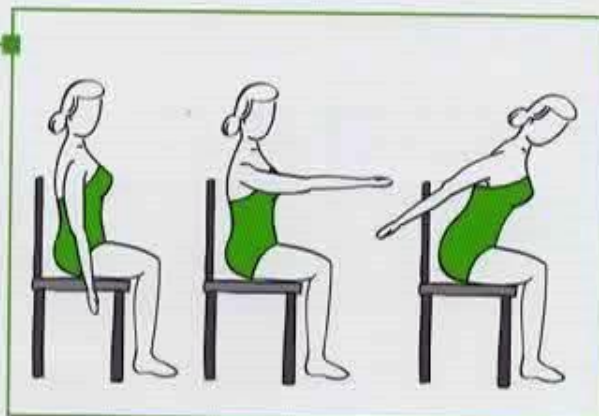
- 3 Исходное положение — сидя на стуле. Согнуть руки в локтях, кисти к плечам. Локти в стороны — вдох. Локти опустить, кисти на колени — выдох (6–7 раз).



- 4 Исходное положение — сидя на стуле. Кисти рук у плечевых суставов. Руки в стороны, ладони вверх — вдох. Кисти к плечам, локти вниз, расслабиться — выдох (5–6 раз).

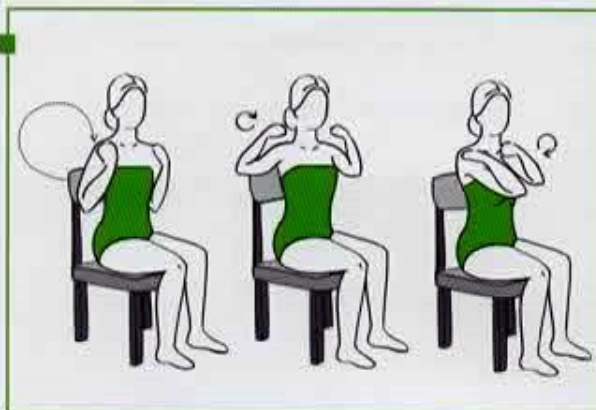


- 5 Исходное положение — сидя на стуле. Руки вдоль туловища. Прямые руки вперед до уровня плеч — вдох. Наклон корпуса вперед, руки назад, смотреть прямо — выдох (5–6 раз).



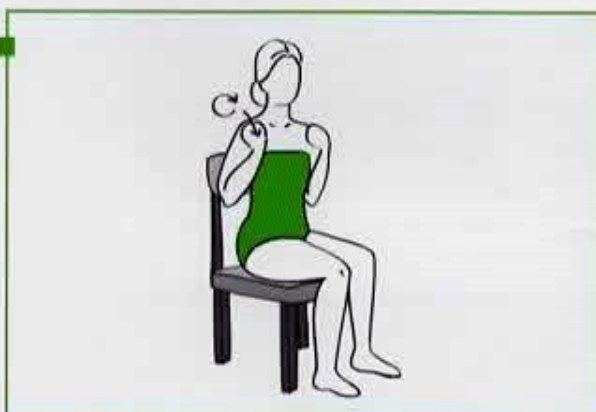
6

Исходное положение — сидя на стуле. Руки согнуты в локтевых суставах. Кисти рук к плечам. Круговые движения в плечевых суставах (8–10 раз).



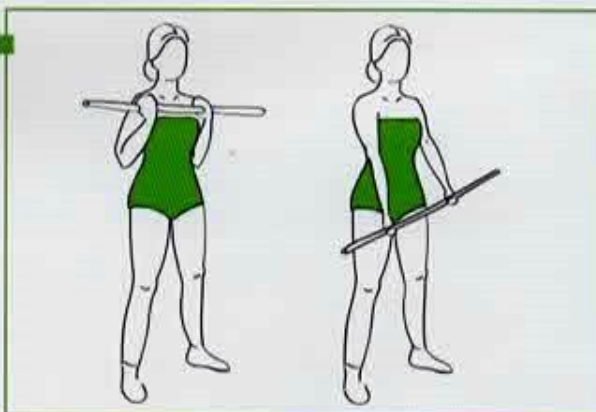
7

Исходное положение — сидя на стуле. Руки согнуты в локтевых суставах, пальцы сжаты в кулак. Вращение в лучезапястных суставах (15–20 движений).



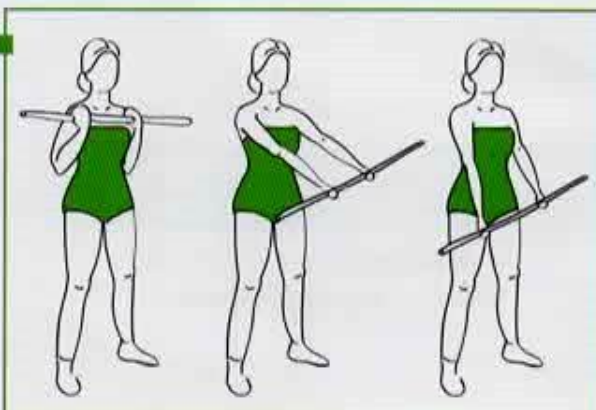
8

Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч, в руках гимнастическая палка. Палку к груди — вдох, опустить — выдох (8–10 раз).



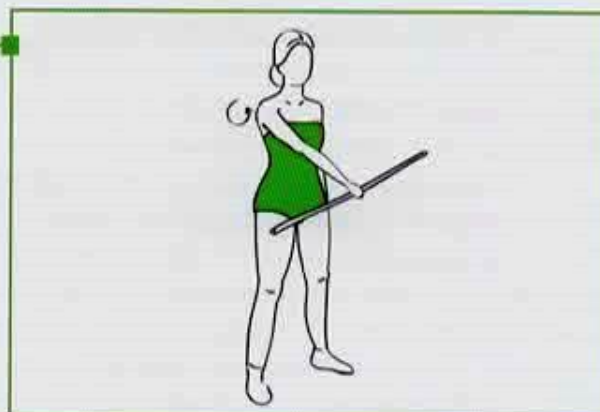
9

Исходное положение то же, что и в упр. № 8. Палку к груди, вперед, к груди, вниз (6–8 раз).



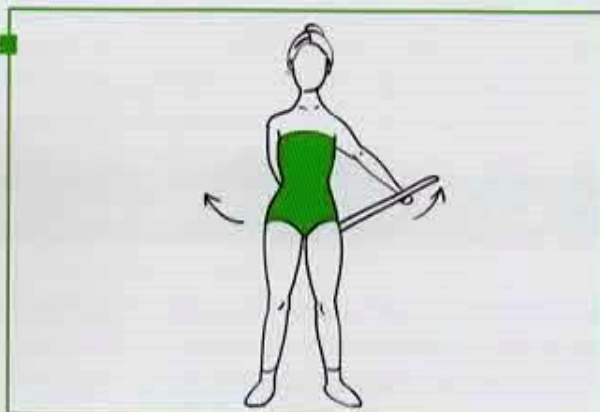
10

Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч, гимнастическая палка в прямой руке на уровне плечевого пояса. Выполняя рукой супинацию и пронацию плеча и предплечья, делать повороты палки (8–10 движений).



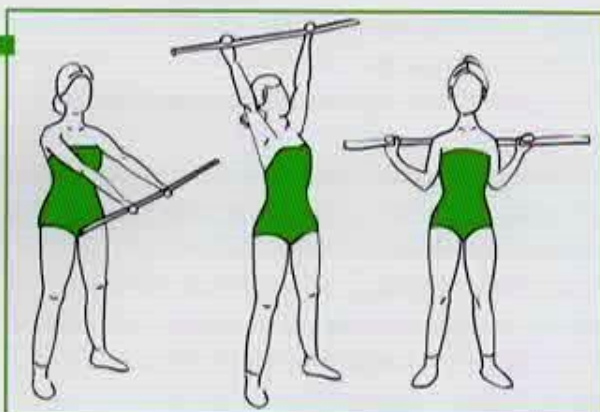
11

Исходное положение — стоя, палка за спиной, руками держаться за края палки. Отведение одного конца палки в сторону — вверх (по 5–6 раз в каждую сторону).



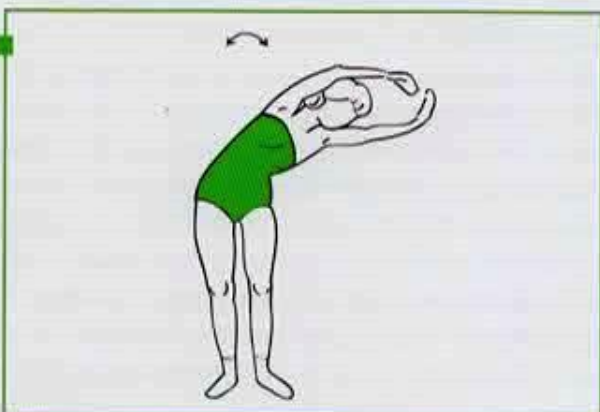
12

Исходное положение — стоя, палка в руках впереди туловища. Палку вверх, за голову, на лопатки, назад (6–8 раз).



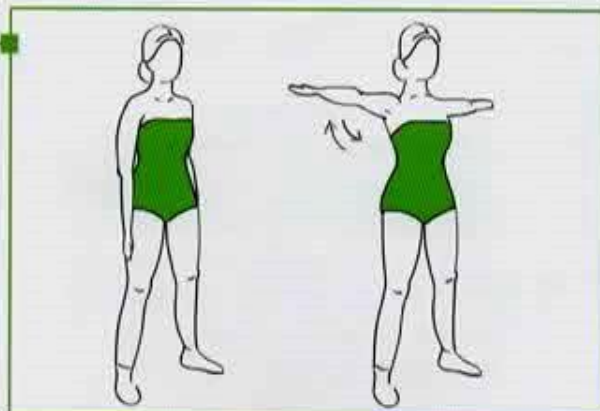
13

Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч. «Насос». (6–8 раз).



14

Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч. Руки в стороны — вдох, опустить руки — выдох (5–6 раз).



ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Заключительная часть процедуры направлена на обеспечение постепенного снижения функциональной нагрузки, возбудимости сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В этой части применяются статические дыхательные упражнения, упражнения на расслабление.

Длительность заключительной части — 7–10 минут.

Общая продолжительность процедуры ЛФК у пациентов с БП старших возрастных групп составляет 50–60 минут.

При определении количества повторений каждого упражнения, его дозировки принималось во внимание не только воздействие на организм пациентов с БП участвующих в работе определенных мышечных групп, но и степень координационной сложности выполнения упражнения.

Рекомендуется во время заключительной части процедуры обращать внимание пациента на возможность контролировать и волевым усилием уменьшать дрожание и скованность. Психотерапевтическое воздействие включает разъяснение больному того, что неподвижность или малая двигательная активность приводит к ограничению подвижности в суставах и к инвалидности. Сле-

дует периодически напоминать больному, что несмотря на затруднения выполнения движений в быту, необходимо все же стремиться выполнять и более тонкие дифференцированные движения (такие, как застегивание пуговиц). Посильные работы в быту являются также необходимыми, хотя они могут выполняться только при мобилизации определенного волевого усилия.

Контролем для оценки влияния физической нагрузки на сердечно-сосудистую систему является частота сердечных сокращений. Чтобы узнать оптимальную частоту сердечных сокращений, к которой нужно стремиться во время процедуры, рекомендуется взять 65–80% от максимальной частоты сердечных сокращений. Максимально допустимое число сердечных сокращений вычисляется по формуле: $200 - \text{возраст}$. Причем частота сердечных сокращений в основной части процедуры 2–3 раза может достигать максимальной величины ($200 - \text{возраст}$) на 2–3 минуты.

Пульс необходимо проверять во время вводной и основной части до и сразу после процедуры. Для этого необходимо сосчитать число ударов за 10 секунд и умножить полученную цифру на 6.

При систематических занятиях значительно улучшается состояние сердечно-сосудистой системы.

Если после занятий появилось чувство вялости, усталости, необходимо снизить интенсивность и продолжительность занятий.

При возникновении неприятных ощущений в области сердца, перебоев, сердцебиений, чувства нехватки воздуха и т. п. нужно прекратить занятия и если это состояние не прекратится после отдыха, то следует усилить врачебный контроль за больным.

Существуют противопоказания к занятиям лечебной физкультурой у пациентов с БП. К ним относятся следующие:

стадия заболевания 5;

- клинически выраженная недостаточность кровообращения;
- обострение хронической коронарной недостаточности;
- инфаркт миокарда с давностью менее 12 месяцев;
- угроза тромбоэмболических осложнений (обострение тромбофлебита);
- угроза кровотечений (кавернозный туберкулез легких, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с кровотечением в анамнезе, цирроз печени);
- злокачественные новообразования;
- желчнокаменная и мочекаменная болезнь с частыми болевыми приступами;
- острые воспалительные заболевания почек;
- пороки сердца, как врожденные, так и приобретенные;
- синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений более 100 в минуту;
- тяжелые нарушения ритма сердечной деятельности;
- гипертрофия сердца вследствие устойчивого высокого артериального давления (свыше 160/90 мм рт. ст.);
- появление при небольшой физической нагрузке нарушений ритма и проводимости, стенокардия, снижение артериального давления;
- легочная недостаточность с уменьшением жизненной емкости легких на 50% и более от должной величины;

- сахарный диабет (тяжелая форма);

- резко выраженный остеохондроз позвоночника с нейроdistрофическими и нейро-сосудистыми проявлениями в стадии обострения;

- резко выраженный деформирующий артроз суставов в стадии обострения.

В случаях назначения лечебной физкультуры лицам старше 60 лет с артериальной гипертензией следует учитывать парадоксальность реакций артериального давления (неизменность или снижение) во время проведения нагрузки. Вместе с тем, необходимо осуществлять также и контроль за артериальным давлением в восстановительном (послегрузочном) периоде, так как довольно часто у больных с артериальной гипертензией артериальное давление снижается ниже исходного уровня после прекращения нагрузки.

Таким образом, адаптационно-компенсаторные возможности человека еще значительны в пожилом возрасте. Известно, что определенной системой физических тренировок можно стимулировать функции не только органов дыхания, кровообращения, опорно-двигательного аппарата, физическую работоспособность, но и нервно-мышечный аппарат людей пожилого возраста. Мышечная деятельность, оптимальные статико-динамические нагрузки сглаживают до некоторой степени возрастные изменения в нервно-мышечном аппарате. Предлагаемая методика лечебной физкультуры у пациентов с БП успешно применяется в комплексном лечении больных, находящихся в условиях отделения экстрапирамидных заболеваний нервной системы ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины».

При выписке больного из стационара рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой в домашних условиях. Следует объяснить больному, что только подвижный образ жизни, при возможности систематические прогулки на свежем воздухе, посильный труд могут предупредить развитие стойких контрактур, усиление скованности и обездвиженности.

В стационарных условиях Центра паркинсонизма Института геронтологии высокую эффективность показали новые методики активизации позы, походки и осанки — костюм аксиального нагружения «РЕГЕНТ» и подошвенный имитатор ходьбы «КОРВИТ», разработанные в ООО «Центр авиокосмической медицины» (Москва, Россия).

Лечебный костюм «Регент»

Методика применения лечебного костюма «Регент» объединяет в себе наиболее комплексный немедикаментозный подход к лечению двигательных нарушений. Метод физиологичен, приближен к естественным условиям ходьбы, безопасен, позволяет сократить сроки лечения, может быть использован в стационарных и амбулаторных условиях, а также в домашних условиях под наблюдением врача. Методика основана на восста-

новлении функциональных связей за счет корригирующего проприоцептивного потока афферентной информации и улучшении трофики тканей, находящихся под нагрузкой (метод динамической проприокоррекции). Его использование способствует нормализации деятельности структур, контролирующих моторику пораженных конечностей, а каркасный характер конструкции лечебного костюма служит для поддержания и коррекции пациента.



Имитатор опорной нагрузки подошвенный «Корвит»

Основной целью применения имитатора опорной нагрузки подошвенного в неврологии является профилактика и реабилитация нарушений позы и локомоций, связанных с длительной иммобилизацией. «Корвит» обеспечивает механическую стимуляцию опорных зон стоп, активируя опорную афферентацию и, как

следствие, системы позных синергий. «Корвит» предназначен для моделирования опорных реакций с использованием принципа пневмомеханического давления на соответствующие опорные зоны стопы с помощью специальных пневмокамер, обеспечивающих давление в импульсном режиме (режим реальной ходьбы)



ФІО доктора _____

Издано при поддержке фармацевтической компании «Сандоз»



Представительство Сандоз д.д. в Украине:
03680, Киев, ул. Амосова, 12, БЦ «Горизонт Парк»
Тел.: (044) 495-28-66
Факс: (044) 495-29-43
www.sandoz.ua
www.sandoz.com

1.03-НАК-РЕЦ-0413