

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Учреждение образования
«МОГИЛЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени А. А. КУЛЕШОВА»

Н. О. Мартусевич

ЧАСТНЫЕ МЕТОДИКИ ЛФК

Методические рекомендации
к лабораторным занятиям



Могилев
МГУ имени А. А. Кулешова
2020

*Деривативное электронное издание
на основе печатного издания:*

Н. О. Мартусевич
Частные методики ЛФК

Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2020. – 44 с. : ил.

ISBN 978-985-568-721-5

Издание содержит данные об этиологии, клинике и лечении наиболее часто встречающихся заболеваний органов малого таза, а также нервной системы и психических заболеваний. Рассматриваются вопросы физической реабилитации при гинекологических заболеваниях и заболеваниях нервной системы.

Методические рекомендации предназначены для студентов факультета физического воспитания университетов.

УДК 615.825(075.8)
ББК 5я73

Мартусевич, Н. О. Частные методики ЛФК [Электронный ресурс] : методические рекомендации к лабораторным занятиям / Н. О. Мартусевич. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А. А. Кулешова, 2020. – Загл. с экрана.

212022, г. Могилев
ул. Космонавтов, 1
тел.: 8-0222-28-31-51
e-mail: alexpzn@mail.ru
<http://www.msu.by>

© Мартусевич Н. О., 2020
© МГУ имени А. А. Кулешова, 2020
© МГУ имени А. А. Кулешова,
электронное издание, 2020

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Предменструальный синдром (ПМС) – комплекс физических и эмоциональных изменений, которые наблюдаются примерно у 80% женщин детородного возраста. У большинства женщин симптомы ПМС, возникающие во второй половине менструального цикла, выражены в минимальной степени и переносятся легко. Однако примерно в 5% случаев физические и психоэмоциональные изменения, сопровождающие приближение менструации, бывают настолько выражены, что оказывают серьезное влияние на повседневную жизнь, вплоть до значительного нарушения работоспособности. ПМС как самостоятельный симптомокомплекс начали выделять недавно, поскольку его распространенность на протяжении последних десятилетий значительно возросла. Это может быть обусловлено современным образом жизни и характером питания. Кроме того, на протяжении многих веков женщина значительную часть своего детородного возраста проводила в состоянии беременности, что препятствовало выделению ПМС в качестве самостоятельного синдрома.

ПМС чаще встречается у женщин от 30 до 40 лет, однако может встречаться в любом возрасте от подросткового до периода предменопаузы. Предрасполагающие факторы:

- наличие семейного анамнеза ПМС;
- недавние роды или аборт;
- начало или прекращение приема оральных контрацептивов;
- послеродовая депрессия.

Предполагается, что на выраженность симптомов ПМС могут влиять следующие факторы:

- нарушение баланса половых гормонов (эстрогена и прогестерона);
- повышение уровня пролактина;
- снижение уровня серотонина;
- недостаточный уровень физической активности;
- дефицит некоторых нутриентов.

Существует более 150 физических и эмоциональных проявлений ПМС. Наиболее типичными **симптомами** являются: нагрубание и болезненность молочных желез, головная боль, отеки, метеоризм, запоры или диарея, изменение аппетита, боль в поясничной области, кожные высыпания, потливость. Соматические проявления ПМС могут причинять женщине значительный дискомфорт, однако эмоциональные из-

менения могут быть даже более угнетающими. К ним относятся: эмоциональная лабильность, раздражительность, снижение самооценки, утомляемость, нарушение способности к концентрации внимания.

Не каждой женщине, страдающей ПМС, требуется медицинская помощь. Некоторые пациентки отмечают, что симптомы значительно уменьшаются при переходе на здоровое питание с низким содержанием жиров и большим количеством клетчатки. Регулярные физические нагрузки способствуют улучшению настроения. Ограничение потребления кофеина и алкоголя, прием пищевых добавок, содержащих витамины (особенно витаминов группы В) и микроэлементы (магний, кальций, цинк), также снижает выраженность симптомов.

Занятия **лечебной гимнастикой** проводятся ежедневно утром, а в предменструальные дни – 2–3 раза в день по 15–20 минут. Нагрузка должна быть довольно большой, как за счет подбора упражнений, так и выполнения их в быстром темпе или с постепенным ускорением. Рекомендуются частые смены положения тела. Стабильные результаты обычно наблюдаются через 4–6 месяцев занятий.

Примерный комплекс упражнений при предменструальном синдроме

1. И. п. – основная стойка. «Мельница»: поднять руки до уровня плеч и выполнять быстрые, резкие повороты туловища налево и направо. Повторить 5-6 раз.

2. И. п. – то же. Поднять руки вверх (вдох), наклониться вперед и коснуться руками пола. Вернуться в и. п. (выдох). Повторить 5-6 раз.

3. И. п. – лежа на спине. Выполнять упражнение «велосипед», полностью разгибая ноги в коленных суставах. Повторить 8-10 раз.

4. И. п. – то же. Тильное и подошвенное сгибание стоп. Повторить 8-10 раз.

5. И. п. – лежа на животе, руки согнуты в локтях, стопы упираются в стену. «Идти» вверх по стене, на максимально возможной высоте перевернуться на спину.

6. И. п. – стоя, опираясь рукой о стену, вторая рука вытянута в сторону. Выполнять маховые движения ногой в сторону, стараясь коснуться вытянутой руки. Повторить 5-6 раз.

7. И. п. – сидя на полу, ноги вместе выпрямлены. Поднять руки над головой, наклониться вперед, не сгибая коленей. Повторить 6-8 раз.

8. И. п. – сидя на полу, прямые ноги максимально разведены, руки в стороны. Потянуться правой рукой к левой стопе, затем наоборот. Повторить 5-6 раз.

9. И. п. – стопо-кистевое («высокие четвереньки»). Отвести правую руку в сторону и назад (вдох). Вернуться в и. п.(выдох). Затем то же левой рукой. Повторить 5-6 раз.

10. И. п. – основная стойка. Выполнить повороты туловища вправо-влево с захлестыванием рук. Повторить 8-10 раз.

11. И. п. – стоя, руки на поясе. Сделать два пружинистых наклона влево, подняв правую руку вверх, и прижав ее к голове; затем вправо, подняв другую руку. Повторить 6-8 раз.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) развиваются в результате хронических инфекций женской репродуктивной системы. Могут протекать бессимптомно или сопровождаться: нарушениями менструального цикла, болями при половом акте, абсцессом (гнойные или серозные полости) маточных труб, бесплодием. К наиболее распространенным ВЗОМТ относят сальпингит – воспаление одной или обеих маточных труб. Инфекционный процесс обычно начинается во влагалище или шейке матки и распространяется восходящим путем на матку и яйцеводы. Воспалительный экссудат, накапливающийся при сальпингите в полости маточных труб, в последующем становится причиной образования спаек (разрастание соединительной ткани), что приводит к частичной или полной непроходимости фаллопиевых труб. В результате оплодотворенная яйцеклетка не может проникнуть в полость матки и начинает развиваться в полости маточных труб – внематочная беременность.

Степень снижения фертильности зависит от частоты обострений и степени их тяжести. Так повторное обострение снижает фертильность примерно на 25%, последующие – до 40%.

Наиболее частым возбудителем ВЗОМТ являются хламидии, гонококки и трихомонады. Для **хламидиоза** характерны симптомы цистита: учащенное, болезненное мочеиспускание (дизурия), в моче лейкоциты. Последствия хламидиоза – артриты (до 20% всех реактивных артритов), внематочная беременность, трахома (хронический конъюнктивит), фарингит, уретрит. Полагают, что хламидии повышают риск развития атеросклероза. Макрофаги способны поглощать хламидии, но последние не погибают при фагоцитозе. После разрушения макрофага, хламидии оседают на стенке кровеносного сосуда, провоцируя развитие воспаления, что в последующем обеспечивает благоприятные условия для проникновения липидов в интиму сосуда.

Гонорея – инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком *Neisseria gonorrhoeae*, передаваемое половым

путем и характеризующееся поражением слизистых оболочек половых органов и органов мочеиспускания. Основной путь заражения – половой. Шанс заразиться гонореей даже после одного полового контакта с инфицированным партнером достигает 60-90%. Вероятность заражения одинакова при обычном половом акте, а также анальном и оральном сексе. Острая гонорея характеризуется выделением слизи, гноя, ощущением жжения и боли в терминальном отделе уретры, частыми позывами к мочеиспусканию, очень болезненно. Приблизительно у половины зараженных людей не наблюдается никаких симптомов, особенно в начале заболевания. Наиболее склонны к малосимптомному/бессимптомному течению заболевания женщины. Гонококк вырабатывает ферменты, которые инактивируют антибиотики. Как итог, появились штаммы гонореи (супергонорея), устойчивые ко всем известным антибиотикам.

Трихомониаз (возбудитель – влагалищная трихомонада) сопровождается обильными пенистыми или жидкими выделениями желтоватого (желтовато-зеленого) оттенка с неприятным «рыбным» запахом, зудом, жжением и гиперемией половых органов, болью при мочеиспускании и половых контактах. Около 10% носителей не болеют. У мужчин часто протекает бессимптомно и в ряде случаев может стать причиной развития простатита и онкологии яичек. Трихомонады снижают подвижность сперматозоидов, негативно влияют на процесс имплантации оплодотворенных яйцеклеток. Трихомонады также способны поглощать некоторые болезнетворные микроорганизмы, например, гонококки, и тем самым защищать их от действия антибиотиков.

Задачи **ЛФК** при ВЗОМТ: стабилизация психоэмоционального состояния, ликвидация остаточных явлений воспалительного процесса, ликвидация гиподинамии. Основу комплекса ЛФК составляют упражнения, которые стимулируют кровоток в тазовой области: сгибания, наклоны и повороты туловища, которые выполняют с максимальной амплитудой из различных исходных положений, а также движения в тазобедренных суставах: сгибание ног в коленных суставах и подтягивание пяток к тазу, разведение и сведение, согнутых в коленных суставах ног, поднимание прямых ног, подтягивание ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах к груди, имитация езды на велосипеде, ротационные движения ногами и др.

Улучшению кровообращения в области малого таза также способствуют различные варианты ходьбы: на носках и пятках, с высоким подниманием коленей, в полуприседе, скрестным шагом.

Примерный комплекс упражнений в подострый период при воспалительных заболеваниях органов малого таза.

1. И. п. – коленно-кистевое (на четвереньках). Поочередно отводить ноги назад. Повторить 5-8 раз каждой ногой.

2. И. п. – сидя на полу, ноги разведены на ширине плеч. Выполнять наклоны поочередно к правой и левой ноге. Повторить 5-7 раз к каждой ноге.

3. И. п. – лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопы на полу. Развести и свести ноги. Повторить 6-8 раз.

4. И. п. – лежа на животе. Поочередно отводить ноги назад. Повторить 5-7 раз каждой ногой.

5. И. п. – лежа на спине. Перейти в положение сидя, обхватив руками колени, снова вернуться в и. п. Повторить 5-8 раз.

6. И. п. – лежа на спине. Поднять правую ногу, затем левую, медленно опустить обе ноги. Повторить 8-10 раз.

7. И. п. – лежа на спине. В течение 15-20 секунд выполнять упражнение «велосипед».

8. И. п. – сидя на пятках. Принять коленно-локтевое положение, вернуться в и. п. Повторить 6-8 раз.

9. И. п. – сидя на стуле, руки на коленях. Развести колени в стороны 8-10 раз.

10. И. п. – стоя, держась за спинку стула. Отводить поочередно ноги в сторону. Повторить 6-8 раз каждой ногой.

Ретроверсия (ретрофлексия) матки – отклонение тела матки кзади, а шейки матки кпереди (рис. 1). Угол между телом и шейкой матки открыт кзади.

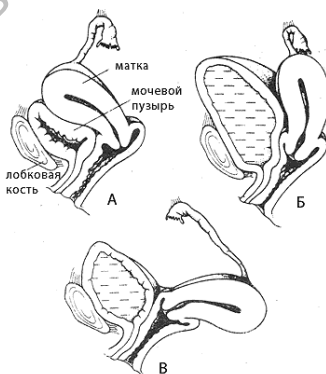


Рис. 1. А – нормальное положение матки; Б – наполненный мочевой пузырь отклоняет матку кзади; В – матка в положении ретроверсии

При ретрофлексии мочевого пузыря остается неприкрытым маткой, петли кишечника оказывают постоянное давление на переднюю поверхность матки и заднюю стенку мочевого пузыря. Вследствие этого длительная ретрофлексия способствует опущению и выпадению половых органов. Различают подвижную и фиксированную ретрофлексии. Фиксированная ретрофлексия матки сопровождается полной или частичной неподвижностью органа и болями при ее выправлении в процессе гинекологического осмотра. Причиной фиксированной ретрофлексии матки могут быть спайки в области малого таза, которые в свою очередь являются следствием воспалительных процессов, опухоли органов малого таза, эндометриоз (разрастание эндометрия за пределами матки).

К развитию подвижной ретрофлексии матки приводит растяжение мышц и связок малого таза, поддерживающих матку. Подвижная ретрофлексия часто встречается у женщин астенического телосложения, а также может быть следствием резкой потери веса, родовой травмы, частых аборт, тяжелой физической работы.

Клиника: тянущие боли внизу живота, особенно перед менструацией и во время нее, нарушение менструального цикла. Часто ретрофлексия протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при гинекологическом обследовании.

Лечение. Ретрофлексия с клинической симптоматикой требует лечения основного заболевания, вызвавшую данную патологию (ВЗОМТ, эндометриоз – разрастание клеток эндометрия за пределами матки). При бессимптомной ретрофлексии лечение не показано.

Опущение (пролапс) матки и влагалища. Широко распространенная патология, на долю которой приходится примерно 30 % от всех гинекологических заболеваний (рис. 2).

Варианты опущения и выпадения половых органов:

- опущение передней стенки влагалища, нередко вместе с передней стенкой влагалища опускается, а иногда и выпадает часть мочевого пузыря – цистоцеле;
- опущение задней стенки влагалища, иногда сопровождается опущением и выпадением передней стенки прямой кишки – ректоцеле;
- неполное выпадение матки – шейка матки доходит до половой щели или выходит за ее пределы, при этом тело матки остается во влагалище;
- полное выпадение матки – вся матка находится за пределами половой щели.



Рис. 2

В основе заболевания лежит несостоятельность мышц тазового дна и связочного аппарата матки, а также повышение внутрибрюшного давления. Развитию несостоятельности мышц тазового дна способствуют:

- травматичные роды;
- дефицит стероидных гормонов, например, эстрогена;
- генетическая несостоятельность соединительнотканых структур, в этом случае опущение часто сопровождается грыжами различной локализации;
- нарушение кровообращения;
- ожирение;
- малоподвижный образ жизни.

Клиника. Заболевание развивается медленно. В начальной стадии заболевания при половом акте возникают болезненные ощущения. Все чаще, особенно в конце дня или после тяжелой работы, возникает ощущение инородного тела в матке, появляется дискомфорт и тяжесть в нижних отделах живота. Больную беспокоят частые позывы к мочеиспусканию, затруднение мочеиспускания или недержание мочи. Отмечаются запоры, трудности при испражнении, недержание кала и метеоризм. Основным симптомом выпадения матки и стенок влагалища является ощущение «инородного тела» во влагалище. Если на этой стадии не обратиться за врачебной помощью, то половые органы будут постоянно выпадать при движениях, кашле, смехе. Из-за трения матки и стенок влагалища об одежду поверхность выпавшей части половых органов, покрытая слизистой, ороговевает, становится матовой, напоминает сухую кожу с трещинами, ссадинами, а затем и изъязвлениями.

Лечение. При небольших опущениях внутренних органов, в случае, если они не выходят за пределы преддверия влагалища, и при отсутствии нарушения функций соседних органов возможно кон-

сервативное лечение с назначением комплекса ЛФК. В этот период женщинам запрещается поднимать тяжести свыше 3-х кг и выполнять тяжелую работу. Также разрабатывается диета для нормализации работы кишечника. При нехватке эстрогенов показано медикаментозное лечение.

При выраженном пролапсе показано хирургическое вмешательство.

Основная **задача ЛФК** – укрепление мышц тазового дна. Прямое воздействие на эти мышцы осуществляется при активном втягивании заднего прохода – при этом сокращается парная мышца, которая является частью диафрагмы таза. При выполнении этого упражнения рекомендуется одновременно напрягать ягодичные мышцы и приводящие мышцы бедра (расположены на внутренней стороне).

Тренировке мышц тазового дна также способствуют упражнения для мышц брюшного пресса и движения в тазобедренном суставе.

Примерный комплекс упражнений при опущении матки и влагалища.

И. п. – лежа на спине:

1. Втягивание заднего прохода с последующим расслаблением мышц.

2. Сведение-разведение ног: выпрямленных, согнутых в коленных и тазобедренных суставах, с сопротивлением, которое оказывает инструктор ЛФК.

3. Поставив стопы на пол, поднять таз, одновременно разводя колени.

4. Подтягивать к груди ноги, поочередно и одновременно, согнутые в коленях.

5. Скрестить ноги и, опираясь на пятки и локти, с напряжением прогнуть позвоночник.

6. Разводить и сводить ноги с последующим скрещиванием.

7. Поочередно и одновременно выполнять круговые движения прямыми ногами.

8. «Березка».

Недержание мочи – произвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала (уретры) без позывов к мочеиспусканию. Согласно статистике, около 50% (по некоторым данным до 80%) женщин после 50 лет страдает недержанием мочи при любом напряжении передней мышечной стенки. Различают стрессовое недержание мочи и нестабильность мочевого пузыря (синдром раздраженного мочево-

го пузыря, гиперактивный мочевого пузыря). **Стрессовое недержание мочи** – неконтролируемая потеря мочи при физическом усилии (кашель, смех, занятия спортом и т.п.). Причины:

- снижение уровня эстрогенов, и, как следствие уменьшение эластичности тканей, что приводит к изменению положения уретры;
- беременность – происходит ослабление мышц тазового дна, вследствие давления плода, как результат они теряют способность поддерживать мочевого пузырь и уретру;
- роды, особенно патологические и многократные;
- варикозное расширение вен;
- патологии с повышением внутрибрюшного давления (хронический кашель, запоры);
- тяжелая физическая работа (является одной из основных причин опущения и выпадения половых органов);
- избыточная масса тела – висцеральный жир оказывает постоянное давление на мочевого пузырь;
- сахарный диабет.

Гиперактивный мочевого пузырь (синдром раздраженного мочевого пузыря) – заболевание, характеризующееся частыми позывами к мочеиспусканию, которые нередко сопровождаются недержанием мочи. При данном расстройстве мышцы мочевого пузыря начинают реагировать даже на незначительное скопление жидкости, человек при этом чувствует постоянную наполненность мочевого пузыря и неоднократно посещает туалет. Несмотря на постоянный дискомфорт, больной выделяет небольшое количество мочи, иногда несколько капель.

Для дифференциальной диагностики стрессового недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря используют таблицу.

Симптомы	Гиперактивный мочевого пузырь	Стрессовое недержание мочи
Частые позывы (более 8 раз в сутки)	Да	Нет
Императивные позывы (внезапное острое желание помочиться)	Да	Нет
Неоднократное прерывание ночного сна позывами к мочеиспусканию	Обычно	Редко
Способность вовремя добраться до туалета после позыва	Нет	Да
Недержание при физической нагрузке (смех, кашель, чихание)	Нет	Да

При недержании мочи следует ограничивать употребление цитрусовых, так как содержащиеся в них органические кислоты раздража-

ют слизистую оболочку мочевого пузыря. Кроме того, рекомендуется употреблять достаточное количество воды, так как концентрированная моча также раздражает слизистую. Мочегонный эффект оказывает кофеин.

Для лечения недержания мочи используют как консервативные методы (пессарии – устройство, которое вводят во влагалище для поддержания матки и/или мочевого пузыря, ЛФК), так и оперативное вмешательство – под эпидуральной анестезией выпрямляют уретру и фиксируют ее в правильном положении.

К числу наиболее эффективных методов физической реабилитации при недержании мочи относятся упражнения А. Кегеля (А. Кегель – профессор медицины университета Южной Калифорнии, в 40-х годах XX века разработал комплекс упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна). Для определения мышц тазового дна рекомендуется сознательно прервать акт мочеиспускания, сокращая мышцы, но не вовлекая в этот процесс мышцы брюшного пресса и бедер.

Упражнения Кегеля.

И. п. – лежа на спине, ноги согнуты, руки ладонями вниз находятся под поясничным отделом позвоночника. Прижимаясь поясницей к кистям рук, приподнимать таз, одновременно втягивая мышцы тазового дна.



И. п. – то же. Слегка прижимаясь поясницей к кистям рук, напрягать мышцы тазового дна. Не расслабляя мышцы тазового дна, медленно выпрямить одну ногу, не отрывая стопу от пола. Затем медленно вернуть ногу в исходное положение и повторить упражнение второй ногой.

И. п. – лежа на животе, ноги выпрямлены, руки согнуты в локтях, лоб упирается в сомкнутые кисти. Прижимаясь к полу всем телом, втянуть в себя живот.

Напрягая мышцы, необходимо сконцентрироваться, медленно сосчитать до четырех, затем расслабиться (расслаблять мышцы следует обязательно, так как только в этом случае они способны к следующему полноценному сокращению) и снова сосчитать до четырех. Упраж-

нения желательно выполнять 10 раз в день по 10 раз каждое. Эффект наблюдается через 2-3 месяца регулярных занятий. Занятия следует продолжать и после восстановления тонуса мышц. Не рекомендуется выполнять упражнения при полном мочевом пузыре, так как способность мышц к нормальной работе при этом значительно уменьшается, что может усугубить нарушение мочеиспускания.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Болезнь Паркинсона (дрожательный паралич) – дегенеративная неврологическая патология.

Причины:

1) инфекционные заболевания головного мозга, чаще всего энцефалит;

2) токсины (угарный газ, марганец, руть, метанол и др.);

3) наследственная предрасположенность (у 20% имеются родственники, страдающие паркинсонизмом);

4) накопление в пресинаптических терминалях нейронов белков альфа-синуклеинов;

5) травмы головы, например, сотрясение головного мозга, в связи с этим заболевание чаще встречается у лиц, которые занимаются боксом, горными лыжами, рукопашным боем;

6) цереброваскулярные патологии (нарушение кровоснабжения головного мозга);

7) прием некоторых лекарственных препаратов, таких как метоклопрамид, резерпин, антагонисты кальция (дилтиазем), препараты лития. Эти лекарства являются рецептурными и их прием требует строгого врачебного контроля;

8) патологии эндокринной системы.

Альфа-синуклеины – семейство белков, синтезируемых нейронами и клетками глии, а также клетками некоторых внутренних органов. Высокая концентрация этих белков становится причиной гибели нейронов, что в свою очередь приводит к дефициту такого нейромедиатора, как дофамин. Дофамин во многом определяет способность к обучению, влияет на процессы запоминания и мелкую моторику. От этого нейромедиатора зависит качество сна, способность концентрировать-

ся, координация движений. В случае дефицита дофамина процессы, связанные с мышлением и двигательной активностью, существенно замедляются.

Болезнь Паркинсона чаще диагностируется у лиц старше 50 лет, однако основное количество заболевших приходится на возрастную группу 70-80 лет. В последние десятилетия количество лиц, страдающих паркинсонизмом растет, что связано с увеличением продолжительности жизни. В настоящее время болезнью Паркинсона страдает около 1% населения планеты.

Заболевание чаще обнаруживается у шахтеров, а также работников сельского хозяйства, часто контактировавших с пестицидами и другими токсичными веществами, используемыми для защиты растений.

Симптомы болезни Паркинсона



Симптомы:

- выраженный тремор в состоянии покоя (дрожь исчезает при движении). Чаще всего наблюдается тремор рук и головы. Тремор носит несимметричный характер, более выражен на одной из рук. Дрожание рук сопровождается особым характером движений, который часто описывают как симптом катания пилюль или счета монет (пациенту кажется, что пальцы не просто дрожат, а между ними перекачивается объект похожий на таблетку);
- скованность ног. Человек утрачивает способность к быстрому передвижению, так как ему становится сложно осуществлять произвольный контроль за работой мышц. Часто больной определяет свое состояние фразой «ноги не слушаются»;
- трудности инициации и выполнения движений. Настоящим испытанием становятся такие простые действия, как вставание со стула и прикуривание сигареты. Позже возникают трудности при ходьбе, и

у больных развивается характерная шаркающая походка. При попытке начала ходьбы возникает затруднение, которое сменяется ускоряющимся, ковляющим шагом;

- нарушение равновесия;
- хронические запоры и затруднение мочеиспускания;
- нарушение фазы быстрого сна (во время этой стадии сна человек ведет себя очень беспокойно, вплоть до того, что наносит себе травмы). После пробуждения ничего вспомнить не может;
- потеря обоняния;
- лицо становится маскообразным;
- на поздних стадиях заболевания больные начинают страдать тяжелой депрессией.

Несмотря на общие симптомы, развитие заболевания у молодых и пожилых пациентов, а также у мужчин и женщин имеет некоторые отличия.

В случае если болезнь Паркинсона начинается в возрасте 20–40 лет, то при отсутствии лечения заболевание быстро прогрессирует. Первыми признаками патологии у молодых чаще всего являются непроизвольные сокращения мышц плечей и стоп. Причем сначала их можно охарактеризовать просто как неприятные, в последующем, как очень болезненные. Иногда пациент не понимает, что сокращаются именно мышцы, ему кажется, что болят суставы. Больной начинает использовать болеутоляющие препараты, которые не приносят облегчения – боль усиливается.

У пожилых людей заболевание протекает медленно. Если болезнь развивается после 60 лет, то иногда от появления первых симптомов до постановки диагноза проходит 10 лет. И в этом кроется серьезная опасность. Своевременно начатое лечение не позволит человеку потерять дееспособность. Чаще всего заболевание в пожилом возрасте начинается с изменений в походке (семенящая, шаркающая походка). **Нельзя** самостоятельно ставить себе диагноз по одному из симптомов. Например, семенящая походка наблюдается не только при паркинсонизме. Часто этот симптом наблюдается у пациентов с заболеваниями тазобедренного сустава. Еще одна особенность болезни Паркинсона у пожилых людей – это «маскировка» заболевания под патологии сердечно-сосудистой системы. Но имеются отличия. Например, у страдающих болезнью Паркинсона артериальное давление повышается преимущественно при физической активности, а в состоянии покоя стабилизируется.

У женщин чаще, чем у мужчин на начальной стадии заболевания появляются следующие признаки: спастическое напряжение мышц шеи, снижение интеллекта, эмоциональная подавленность (суицидальные мысли, особенно в менопаузе), боли в области плечей и шеи, трудности при надевании одежды (проблематичным становится застегивание пуговиц, выворачивание рукавов, продевание головы сквозь пройму блузы, платья).

У многих мужчин паркинсонизм начинается со снижения потенции. Наблюдается «обеднение» движений при ходьбе. Здоровый человек при ходьбе инстинктивно сгибает руки в локтях, часто размахивает руками. При болезни Паркинсона для совершения этих действий приходится прилагать дополнительные усилия. У мужчин, страдающих болезнью Паркинсона, также ухудшается эмоциональный фон, но вместо подавленности наблюдается агрессия, озлобленность.

Стадии заболевания:

- **I стадия.** Нарушение двигательной активности одной из рук, бессонница, проблемы с обонянием. Позже появляется тремор, существенно ухудшается почерк, ощущается скованность в области шеи и верхнего плечевого пояса.

- **II стадия.** Нарушения двигательной функции заметны с обеих сторон. Дрожать начинает нижняя челюсть и язык, может замедляться речь, исказиться мимика лица. Часто появляются проблемы с потоотделением (характерный признак – влажные или, напротив, чрезмерно сухие ладони).

- **III стадия.** Изменяется походка. При ходьбе человек начинает непроизвольно ставить ступни параллельно друг другу. Шаги становятся семенящими, мелкими. Начинает формироваться так называемая «поза просителя». Человек еще в состоянии обслужить себя, но многие вещи для него становятся трудновыполнимыми.

- **IV стадия.** Полная потеря равновесия. Человек может упасть, даже вставая с постели. Речь становится невнятной, смазанной, голос – тихим. Настроение чрезмерно подавленное. Для осуществления элементарных действий, например, чистка зубов, требуется помощь близких.

- **V стадия.** Больной не может ходить, самостоятельно садиться. Процесс мочеиспускания становится неконтролируемым. Возникают серьезные нарушения глотания. Речь похожа на лепет ребенка.

В случае, если заболевание развивается в возрасте 40–65 лет, то пациенты живут еще около 20 лет. Если заболевание развивается в

более раннем возрасте, то прогнозируемая продолжительность жизни еще около 40 лет.

В настоящее время разработаны эффективные медикаментозные методики симптоматического лечения. Некоторые пациенты, страдающие даже III стадией заболевания, своевременно начав лечение, возвращаются на работу, требующую двигательной и интеллектуальной активности.

Группы препаратов, используемых для лечения болезни Паркинсона:

- блокаторы моноаминоксидазы-B и катехол-О-метилтрансферазы – препятствуют разрушению дофамина;

- дофаминомиметики – вещества, непосредственно возбуждающие дофаминовые рецепторы, или способствующие накоплению дофамина в синаптической щели (повышающие синтез или препятствующие биодegradации);

- леводопа/бенсеразид – комбинированный противопаркинсонический препарат, содержащий предшественник дофамина и ингибитор периферической декарбоксилазы ароматических L-аминокислот. При паркинсонизме нейромедиатор дофамин образуется в базальных ядрах в недостаточных количествах. Заместительная терапия проводится путем применения леводопы – непосредственного метаболического предшественника дофамина. Большая часть леводопы превращается в дофамин в периферических тканях (кишечник, печень, почки, сердце, желудок), который не участвует в реализации противопаркинсонического эффекта, поскольку периферический дофамин плохо проникает через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), а также приводит к появлению побочных эффектов. Введение леводопы и бенсеразида – ингибитора периферической декарбоксилазы ароматических L-аминокислот (снижает образование дофамина в периферических тканях), косвенным образом приводит к повышению количества леводопы, поступающей в центральную нервную систему – с одной стороны, и к уменьшению проявлений нежелательных реакций леводопы – с другой. Комбинация этих веществ в соотношении 4:1 обладает такой же эффективностью, как и леводопа в высоких дозах;

- антихолинергические препараты – восстанавливают химический баланс в головном мозге (дефицит дофамина сопровождается относительным избытком ацетилхолина) и снижают выраженность тремора и ригидности (неподатливости) мышц.

График приема медикаментов должен быть согласован с графиком приема пищи. Многие лекарства, назначаемые при болезни Паркинсона, можно принимать только через два часа после приема пищи.

Существуют три основные разновидности хирургического лечения паркинсонизма: стереотаксические деструктивные операции (таламотомия и паллидотомия); электростимуляция глубинных зон головного мозга; терапия стволовыми клетками (в разработке). Стереотаксическая хирургия – вид хирургического вмешательства, основанный на разрушении отдельных зон ЦНС (отдельные зоны таламуса и базальных ганглиев), которые обладают повышенной активностью у пациентов с болезнью Паркинсона, с помощью радиочастотных хирургических приборов. Электростимуляция глубинных отделов головного мозга – раздражение током низкой частоты отдельных зон ЦНС (ядер таламуса и базальных ганглиев). В определенную область мозга вводят электрод, подсоединенный к небольшому источнику питания (размещен подкожно в области грудной клетки). При возникновении тремора, генератор вырабатывает токи низкой частоты, блокирующие аномальные нервные импульсы.

Важным элементом в лечении болезни Паркинсона является **лечебная гимнастика**. Важно включать в комплекс упражнения для мышц плечевого пояса, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей. **Все упражнения должны выполняться очень медленно**. Также показана гимнастика для мимических мышц, которые целесообразно выполнять перед зеркалом.

- Сжать губы, затем растянуть их так, чтобы углы рта максимально разошлись и сказать с напряжением «сы-ы-ыр». При выполнении каждого движения задерживаться на несколько секунд.
- Поднимать и опускать брови, нахмуриться как можно сильнее; поднять брови и раскрыть глаза – выразить крайнее удивление.
- Попробовать изобразить различные эмоции: радость, гнев и др.
- Высунуть язык и медленно двигать кончиком языка от одного угла рта до другого.
- Открыть рот и кончиком языка провести круговым движением по губам.
- Вытянуть губы в «трубочку». Затем широко улыбнуться, показывая зубы.

Кроме занятий ЛФК при болезни Паркинсона (I-II стадии заболевания) рекомендуется танцевать, особенно аргентинское танго.

Для **профилактики** паркинсонизма следует заниматься творчеством, которое улучшает мелкую моторику – вязать крючком, вышивать; разгадывать кроссворды, головоломки.

Ежедневный комплекс упражнений при болезни Паркинсона.

1. Не поднимаясь с кровати сделать глубокий вдох, при котором поднимается брюшная стенка. Досчитать до 10 и медленно выдохнуть (диафрагмальное дыхание). Повторить не менее 30 раз.

2. И. п. – стоя спиной к стене. Прижаться к стене, максимально напрягая мускулатуру. Лопатки, затылок, ягодицы, голени и пятки должны плотно соприкоснуться с поверхностью. Расслабиться, повторить 15 раз.

3. И. п. – лежа на спине. Руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленных суставах. Поднять руки перед собой, тянуться вперед, не отрывая поясницы от пола. Повторить 30 раз.



4. И. п. – сидя. Поворачивать голову вправо и влево, задерживаясь в крайних точках не менее 10 секунд. Повторить по 15 раз в каждую сторону.

5. В положении сидя сложить руки перед грудью ладонями друг к другу. Напрягать мышцы плечевого пояса в течение 10-20 секунд, затем расслабиться и опустить руки вниз. Повторить 10 раз.

6. И. п. – стоя на четвереньках. Одновременно поднять правую руку и левую ногу. Удерживать равновесие 10 секунд, повторить то же левой рукой и правой ногой.

7. И. п. – лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, поворачиваем их в стороны, касаясь коленями пола. Грудная клетка при этом остается неподвижной.

8. Интенсивное сгибание-разгибание пальцев рук в течение 1 минуты. Касаться поочередно каждым пальцем подушечки первого пальца.

Для **улучшения ходьбы** рекомендуется ежедневно выполнять следующие упражнения.

1. Отрабатывать повороты: выполнять их мелкими шагами по кругу. На поздних стадиях эффективна отработка поворотов по графическому рисунку, нанесенному на пол – линии или отпечатки ступней.

2. На полу раскладывают полоски ткани на разном расстоянии друг от друга. Шагать по помещению, переступая через препятствия высоко поднимая ноги, – борьба с «шаркающей» походкой. Перед ходьбой можно покачать опущенными руками. Это облегчит поддержание равновесия и позволит расслабиться.

3. Дополнительный счет или ритмичная музыка будет способствовать формированию автоматических движений.

4. Ходьба в лабиринте: лавирование между стоек или кегель.

5. Ходьба с гимнастической палкой (держат в вытянутых руках, ухватив с обеих сторон) – на носках, пятках, перекатывание с пятки на носок.

6. Ходьба с мешочком песка на голове – коррекция осанки.

При занятиях в группе правильную походку формирует упражнение «следуй за мной». Пациенты выстраиваются в шеренгу. Каждый последующий стоит лицом к спине предыдущего. Правую руку необходимо положить на плечо впереди стоящего. По команде начинается движение вперед. По хлопку шеренга меняет направление.

По мере развития заболевания пациенты жалуются на неустойчивость походки, шаткость и головокружение. Для компенсации расстройств используются упражнения на гимнастическом мяче. На ранних стадиях полезно использовать ходьбу по линии, упражнения у гимнастической стенки. В последующем для передвижения вводят дополнительную опору. Тренироваться необходимо с открытыми и закрытыми глазами.

Для тренировки равновесия рекомендуется выполнять следующее упражнение. Больной становится у опоры – спинка стула или кресла, поднимает одну ногу и старается удержать равновесие в течение 10 секунд. Вначале упражнение выполняют, держась за опору. Затем стараются выполнять упражнение без поддержки. На последнем этапе следует закрыть глаза и задержать дыхание.

Для борьбы с головокружением следует выполнять определенную последовательность действий после перехода в горизонтальное положение: в течение 10 секунд оставаться на месте, не двигаться, затем выполнить медленный наклон вперед и коснуться пальцами носков. Выполнение этих действий после каждого подъема позволит преодолеть ортостатическую неустойчивость, которая появляется по мере прогрессирования заболевания и приема лекарственных препаратов.

Рассеянный склероз. Является хроническим аутоиммунным заболеванием нервной системы. В основе заболевания лежит повреждение миелиновых оболочек нервных волокон иммунной системой

(появление в головном и спинном мозге диссеминированных очагов демиелинизации), что приводит к нарушению проведения импульсов и развитию разнообразных неврологических симптомов.

До настоящего времени точные причины развития рассеянного склероза остаются неизвестными. Показано, что в основе развития заболевания лежит сложное взаимодействие как наследственных (генетических) факторов, так и факторов окружающей среды, таких, например, как недостаточная инсоляция, некоторые вирусы, стрессы. Достаточно высокая частота встречаемости РС среди членов некоторых семей указывает на генетическую предрасположенность к развитию заболевания. РС чаще развивается у лиц, которые первые 15 лет жизни проводят в областях умеренного климата (1/2000), по сравнению с населением тропического пояса (1/10000). Эти различия связывают с содержанием витамина D (более низкий уровень солнечной радиации в зонах с умеренным климатом является фактором риска развития РС). Важным фактором риска является курение.

Заболевание дебютирует в возрасте от 15 до 60 лет (в типичных случаях 20–40 лет), причем женщины заболевают чаще. Заболевание протекает с чередованием обострений и ремиссий. Под обострением понимают появление новой или усиление уже имеющейся симптоматики продолжительностью более суток. Ремиссия – стадия стабилизации заболевания, которая может наступать как самостоятельно, так и под действием лекарственных препаратов.

Клинические проявления рассеянного склероза разнообразны и могут включать в себя такие нарушения, как:

- слабость или онемение в руках и ногах (примерно через 20 лет от начала заболевания 50% больных способно с посторонней помощью преодолеть дистанцию не более 20 м);
- нарушение зрения (острота зрения может снижаться до 0,1 и менее, часто один глаз видит лучше другого) и работы глазодвигательных мышц (нистагм – произвольные колебательные движения глаз высокой частоты);
- шаткость и неустойчивость при ходьбе, первичные незначительные нарушения координации могут перейти в полную невозможность нормальных направленных движений;
- головокружение;
- повышение мышечного тонуса (спастика);
- нарушение мочеиспускания вплоть до полного недержания мочи и кала;

- когнитивные нарушения (на последних стадиях развивается глубокая деменция – слабоумие);
- нарушение речи – от легкой путанности и затрудненности до невозможности разговаривать;
- нарушение глотания.

Классификация РС:

- клинически изолированный синдром — первое проявление рассеянного склероза. Выделяют в отдельный вид, так как на этой стадии не ясно, по какому типу будет развиваться заболевание;
- возвратно-ремиттирующий РС – наиболее распространенный тип, характеризующийся чередованием ремиссий и рецидивов (обострений). В периоды ремиссии отмечается частичное или полное восстановление нарушенных функций;
- вторично-прогрессирующий РС – отмечается неуклонное нарастание неврологических нарушений. Четкого разделения на периоды обострений и ремиссии не наблюдается;
- ремиттирующее-прогрессирующий РС – характерны выраженные обострения, после их затухания продолжается постепенное нарастание нарушений;
- первично-прогрессирующий РС с постепенным развитием неврологической симптоматики без обострений. Этим типом рассеянного склероза страдает около 10-15% больных.

Некоторые исследователи выделяют такие типы рассеянного склероза, как доброкачественный (в течение 15 лет при отсутствии лечения у больного не наблюдается серьезного ухудшения функций) и злокачественный (заболевание прогрессирует очень быстро и приводит к тяжелой инвалидизации в течение двух-трех лет).

Стадии заболевания. Для оценки тяжести РС используется расширенная шкала оценки степени инвалидизации EDSS (Expanded Disability Status Scale), предложенный Дж. Куртцке в 1983 г. Для оценки инвалидизации проводится оценка семи функциональных систем – поражение черепно-мозговых нервов (степень сужения полей зрения, острота зрения и др.), пирамидного пути (наличие гемипарезов и др.), нарушение координации (атаксия, тремор и др.), чувствительности, функций тазовых органов, изменение интеллекта. При исследовании применяют балльную систему оценки от 1 до 10 баллов, часть шкалы EDSS от 1 до 5 относится к людям, которые могут самостоятельно передвигаться и обслуживать себя. Результатам EDSS более 7 соответствует глубокая степень инвалидизации.

Для диагностики РС применяют магнитно-резонансную томографию головного и спинного мозга, которая позволяет выявить «бляшки» – разрастание соединительной ткани на участках повреждения нервных волокон. В ряде случаев используют дополнительные методы обследования (вызванные потенциалы, спинномозговая пункция с исследованием ликвора – для РС характерно повышение количества олигоклональных иммуноглобулинов G и др.). Достаточно информативным является исследование вызванных потенциалов – метод регистрации реакций различных структур головного мозга на внешние стимулы (слуховые, зрительные, соматосенсорные).

Для лечения РС используют иммуномодулирующие препараты, которые подавляют патологическую активность иммунной системы. Основная цель лечения – минимизировать вероятность появления новых «бляшек» и, соответственно, новых клинических симптомов. Терапия должна быть начата максимально рано, с момента постановки диагноза, так как у большинства пациентов, даже при стабильной клинической картине и отсутствии симптомов заболевания, постоянно появляются новые участки повреждения нервных волокон.

Для лечения рецидивов (обострений) РС обычно используется короткий курс высокодозной гормональной терапии (глюкокортикоиды), например, такой препарат, как метилпреднизолон, или плазмаферез – забор определенного количества крови и удаление из нее плазмы крови, в которой содержатся антитела, вызывающие повреждение нервных волокон.

Физическая реабилитация при РС:

1. Нельзя переутомляться. Даже при легкой усталости необходимо отдохнуть или прекратить занятие. Лечебная гимнастика длится около 15 минут 2–3 раза в день, количество повторений небольшое. Упражнения выполняются в медленном темпе с паузами для отдыха, активные упражнения чередуются с упражнениями на расслабление.

2. Упражнения подбираются индивидуально в зависимости от клинических проявлений. Тем же принципом руководствуются при подборе исходного положения. Например, если пациент может упасть из-за выраженной неустойчивости, то упражнения выполняют в исходном положении лежа на полу или стоя у гимнастической стенки.

3. В работу должны вовлекаться все мышечные группы. В занятия включают упражнения на координацию движений, простые упражнения на равновесие и точность движений. Особое внимание следует уделять качеству выполнения движений. Полезно применять утяжелители для рук по 300 г, так как это способствует уменьшению тремора рук.

Для борьбы с речевыми расстройствами рекомендуется петь и делать гимнастику для лица, кистей и пальцев рук.

Комплекс лечебной гимнастики при рассеянном склерозе.

1. И. п. – сидя на стуле. Гимнастическую палку держать за концы, руки внизу. Поднять палку вверх, вдох. Опустить палку за лопатки, выдох. Снова поднять палку вверх, вдох. Опустить палку на бедра, наклониться вперед, выдох. Повторить 4 раза.

2. И. п. – сидя на стуле руки на поясе. Одновременно отвести в стороны правую руку, левую ногу, вдох. Вернуться в исходное положение, выдох. Одновременно отвести в стороны левую руку, правую ногу, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. Повторить 4 раза.

3. И. п. – сидя на стуле, руки согнуть в локтевых суставах, кисти слегка сомкнуты в кулаки. Вращать кистями в одну и в другую стороны медленно и плавно по 4 круга 2-3 раза.

4. И. п. – сидя на стуле, упор руками сзади на сиденье стула, ноги выпрямлены и раздвинуты на ширине плеч. Вращать стопами в одну и в другую стороны по 4 круга. Повторить 3 раза. Для контроля амплитуды круговых движений стопами следует мысленно представить круги размером с тарелку и как бы обрисовывать эти круги большими пальцами стоп.

5. И. п. – сидя на стуле, кисти к плечам. Круговые движения руками в одну и в другую стороны по 4 круга медленно и плавно, с максимальной амплитудой. Когда локти поднимаются вверх – вдох, вниз – выдох.

6. И. п. – сидя на стуле, ноги вместе, кисти на коленях. Ритмично сжимать и разжимать пальцы рук, одновременно делать перекаты стоп с пятки на носок.

7. И. п. – сидя на стуле, ноги вместе, кисти на коленях. Поднять выпрямленные руки вперед, вверх – вдох. Опустить руки через стороны, положить кисти на колени, слегка наклониться вперед – выдох. Повторить 4 раза.

8. И. п. – лежа на животе, голова лежит на кистях. Поднять правую ногу, перенести через левую, стопой коснуться пола. Вернуться в исходное положение. То же второй ногой. Повторить 3 раза.

9. И. п. – лежа на животе, руки согнуты в локтевых суставах, ноги выпрямлены и плотно сомкнуты. Выпрямить руки вперед, развести в стороны, приподнимая верхний плечевой пояс. Выпрямить руки вдоль туловища. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

10. И. п. – лежа на животе, кисти в упоре около плечевых суставов, ноги выпрямлены. Руки выпрямить, перейти в коленно-кистевое

положение, вдох. Сесть на пятки, вытягивая руки вперед, голову опустить вниз, растянуть позвоночник, выдох. Вернуться в коленно-кистевое положение, вдох. Вернуться в исходное положение, выдох. Повторить 4 раза.

11. И. п. – стоя в коленно-кистевом положении. Одновременно поднять правую руку вперед, левую ногу назад, удерживать равновесие. Вернуться в исходное положение. Затем то же левой рукой и правой ногой. Повторить 4 раза.

12. И. п. – стоя в коленно-кистевом положении. Потянуться правой рукой вперед, скользя ладонью по полу, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. То же левой рукой. Повторить 4 раза.

13. «Домик». Стоя в коленно-кистевом положении, выпрямить ноги и встать, опираясь на выпрямленные руки и ноги. Сделать пружинистые движения, касаясь пятками пола. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

14. Диафрагмальное дыхание. Лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, одна рука лежит на грудной клетке, другая – на животе. Вдох через нос, живот «надувается» (грудная клетка не участвует в дыхании). Выдох через рот тонкой струйкой, сложив губы трубочкой, живот «сдувается» и немного втягивается. Повторить 6 раз.

15. И. п. – лежа на спине, кисти под головой, ноги согнуты в коленных суставах. Поднять таз – вдох. Вернуться в исходное положение, выдох. Повторить 6 раз.

16. И. п. – лежа на спине, руки в стороны, ноги на ширине плеч, стопы повернуты носками в стороны. Обхватить грудную клетку руками, стопы повернуть носками внутрь, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. Повторить 6 раз.

17. И. п. – лежа на спине, руки в стороны, ноги на ширине плеч, стопы повернуты носками внутрь. Обнять себя руками, стопы повернуть носками в стороны, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. Повторить 6 раз.

18. И. п. – лежа на спине, руки вдоль тела. Одновременно отвести в стороны правую руку и левую ногу, передвигая их по полу, вдох. Вернуться в исходное положение, выдох. То же левой рукой и правой ногой. Вернуться в исходное положение, выдох. Повторить 4 раза.

19. «Велосипед» одной ногой. Лежа на спине, руки под головой, ноги согнуты в коленных суставах. Выполнить имитацию езды на велосипеде поочередно каждой ногой. Повторить 2-3 раза.

20. И. п. – лежа на спине, ноги выпрямлены, руки вдоль тела, в правой руке мячик. Руки расположены над головой, передать мячик из правой руки в левую, вдох. Согнуть правую ногу и передать мячик под коленом из левой руки в правую, выдох. Снова руки над головой, передать мячик из правой руки в левую, вдох. Согнуть левую ногу и передать мячик под коленом из левой руки в правую, выдох. Повторить 4 раза.

21. И. п. – лежа на спине, ноги выпрямлены, руки вдоль тела, правая кисть сжата в кулак, правую стопу разогнуть на себя. Одновременно сжать в кулак левую кисть, выпрямить пальцы правой кисти, левую стопу – на себя, правую, наоборот, согнуть от себя. Вернуться в исходное положение. Повторить 8 раз.

22. И. п. – лежа на спине, руки в стороны. «Оторвать» от пола правую руку, положить правую ладонь на левую, выдох. Ноги остаются на месте, происходит скручивание позвоночника. Вернуться в исходное положение, вдох. Положить левую кисть на правую, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. Повторить 4 раза.

23. Лежа на правом боку, левая рука вперед, левая нога назад. Имитировать ходьбу, меняя положение конечностей. Затем то же на левом боку.

24. Перед шведской стенкой поставить степ-скамейку. Стоять на полу, руками держаться за перекладину чуть выше плечевых суставов. Встать на степ-скамейку, начиная с правой ноги, затем сойти со скамейки на пол, начиная с правой ноги. 8 раз. Встать на степ-скамейку, начиная с левой ноги, затем сойти на пол, начиная с левой ноги. Повторить 8 раз.

25. Встать лицом к шведской стенке, руками держаться за перекладину на уровне плечевых суставов, сзади поставить стул. Сесть на стул, не отрывая рук от перекладины, выдох. Вернуться в исходное положение, вдох. Повторить 6-8 раз.

26. Ходьба по прямой линии при поддержке, приставляя пятку к носку. Ходьба на пятках, на носках, с высоким подниманием колен, боковым приставным шагом в одну и в другую стороны. Если имеются значительные нарушения подвижности в нижних конечностях, можно ограничиться перекатами с пятки на носок и ходьбой на месте стоя у шведской стенки.

27. Сидя на стуле, гимнастическая палка расположена горизонтально на бедрах. Поставить палку вертикально на правое бедро, посмотреть на верхний конец палки, вдох. Вернуться в исходное положение, выдох. Поставить палку вертикально на левое бедро, посмотреть

на верхний конец палки, вдох. Вернуться в исходное положение. Повторить 4 раза.

28. И. п. – сидя на стуле передавать мяч из одной руки в другую сначала спереди, затем сзади.

29. Подбросить мяч вверх, хлопнуть в ладоши, поймать мяч. Упражнение можно усложнить, если хлопнуть в ладоши 2–3 раза.

30. И. п. – сидя на стуле, руки на коленях. Кисти к плечам, вдох, поднять руки вверх, посмотреть на кисти, вдох. Опустить кисти к плечам, вернуться в исходное положение, выдох. Повторить 4 раза.

При РС также рекомендуется рисовать, собирать картины из пазлов, конструктор, шнурование ботинок, нарды, шашки, шахматы, sudoku. Разрешается использование велотренажера, беговой дорожки, плавание, но при этом нельзя переутомляться, так как это может стать причиной ухудшения состояния больного.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Депрессия. Депрессия является распространенным заболеванием во всем мире, от которого страдает более 264 миллионов человек (10-15% населения). Около 2/3 заболевших – женщины. Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму (2-3% случаев), которая негативно сказывается на работоспособности человека. Среди страдающих тяжелой формой депрессии примерно 15% совершают попытку самоубийства. Ежегодно около 800 000 человек погибают в результате самоубийства – второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15-29 лет.

Несмотря на наличие эффективных методов лечения психических расстройств, в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей, страдающих нарушениями психического здоровья, не получают никакого лечения. Основными причинами, препятствующими получению эффективного лечения, являются: отсутствие ресурсов, нехватка медицинского персонала, специализирующегося на лечении психических расстройств и социальная стигматизация. Важным препятствием также являются ошибки при диагностике депрессии.

Типы депрессии. Депрессия имеет фазовое течение. Периоды нормального настроения чередуются с депрессивными эпизодами. Это так называемая одно- или униполярная депрессия. Иногда, вместо депрессивной фазы, наблюдается маниакальная фаза, которая проявляется раздражительностью и повышенным настроением – биполярное расстройство, которое является более серьезным заболеванием.

Депрессивный эпизод. Наиболее распространенной и типичной формой депрессии является депрессивный эпизод. Эпизод длится от нескольких недель до года, но всегда продолжительностью более 2 недель. Единичный депрессивный эпизод называется однополярным. Приблизительно треть заболевших депрессией переносят один эпизод, или «фазу», на протяжении жизни. Тем не менее, если человек не получает соответствующего лечения депрессии, существует риск повторных депрессивных эпизодов в будущем. Депрессивные эпизоды всегда в той или иной степени затрагивают работоспособность человека.

Малая депрессия не соответствует всем критериям клинической депрессии, но при которой хотя бы два основных диагностических симптома присутствуют в течение по крайней мере двух недель.

Периодическое (рекуррентное) депрессивное расстройство. Развивается в случае повторения депрессивного эпизода (большое депрессивное расстройство, классическая депрессия), обычно начинается в подростковом или юношеском возрасте. Депрессивная фаза, которая может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет, чередуется с фазами нормального настроения. Во время таких эпизодов человек находится в подавленном настроении, утрачивает интересы и не испытывает чувства радости, отмечается нарушение сна и аппетита.

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Характеризуется равномерным сочетанием тревожных и депрессивных симптомов.

Депрессивный психотический эпизод. Особой формой депрессивного эпизода является психотическая или бредовая депрессия. Психоз – это состояние, при котором люди видят или слышат вещи, которых не существуют (галлюцинации) и/или имеют ложные убеждения (бред). Существуют различные виды бреда, такие как самообвинение без причин (бред вины), финансовый крах (бред бедности), необоснованное беспокойство о своем здоровье, которое сопровождается навязчивыми мыслями о наличии тяжелой или неизлечимой болезни (ипохондрический бред). Люди с бредовыми депрессиями практически всегда нуждаются в стационарном психиатрическом лечении.

Биполярное аффективное расстройство. Этот тип депрессии обычно состоит из маниакальных и депрессивных эпизодов, прерываемых периодами нормальной жизни. Маниакальные эпизоды включают возбужденное или раздраженное настроение, чрезмерную активность, речевой напор, завышенную самооценку и сниженную потребность в сне.

Атипичная депрессия. Этот тип депрессии характеризуется перепадом, сонливостью, повышенной чувствительностью к отказу в межличностных отношениях (в том числе и в период ремиссии), которая приводит к значительному нарушению социальной активности.

Сезонное депрессивное расстройство. Этот тип депрессии похож на атипичную депрессию, но притекает сезонно, чаще осенью или зимой.

Дистимия умеренное хроническое нарушение настроения, когда человек жалуется на почти ежедневное плохое настроение на протяжении по крайней мере двух лет. Симптомы не такие тяжелые, как при клинической депрессии, хотя люди с дистимией одновременно подвержены периодическим эпизодам клинической депрессии (иногда называемой «двойной депрессией»).

Послеродовая депрессия, развивающаяся непосредственно после родов (около 13% матерей). Симптомы могут включать в себя чрезмерную подавленность настроения, неконтролируемую плаксивость, бессонницу или повышенную сонливость, сильную усталость, повышение или понижение аппетита, раздражительность, тревожность.

Факторы, способствующие развитию депрессии. Депрессия развивается в результате сложного взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. У людей, переживших какие-либо неблагоприятные события (потеря работы, утрата близкого человека и др.), с большей вероятностью развивается депрессия. Депрессия, в свою очередь, может усиливать стресс, нарушать нормальную жизнедеятельность, ухудшать жизненную ситуацию страдающего от нее человека и приводить к еще более тяжелой депрессии. Существует взаимосвязь между депрессией и физическим здоровьем. Многие тяжелые соматические заболевания провоцируют развитие депрессии и наоборот. К другим важным факторам, способствующим развитию депрессии, относятся проживание в больших городах, бедность, отсутствие образования, одиночество. Фактором риска развития депрессии у взрослых могут быть также тяжелые переживания в детском возрасте, например, жестокое обращение, утрата отца или матери в

детстве, наличие родителя, уверенного в своей неполноценности или имеющего излишне жесткие, ригидные убеждения, отрицательный опыт общения ребенка со своими сверстниками или братьями/сестрами, наличие у ребенка физического дефекта.

К депрессии могут предрасполагать определенные личностные особенности человека, например, перфекционизм.

Симптомы:

- подавленное настроение, не зависящее от обстоятельств, в течение длительного времени (от двух недель и более);
- ангедония – потеря интереса или удовольствия от ранее приятной деятельности;
- выраженная утомляемость, «упадок сил», характеризующиеся стабильностью данного состояния (например, в течение месяца).

Дополнительные симптомы:

- пессимизм;
- чувство вины, бесполезности, тревоги и (или) страха;
- заниженная самооценка;
- неспособность концентрироваться и принимать решения;
- мысли о смерти и (или) самоубийстве;
- нестабильный аппетит, отмечается снижение или прибавление в весе;
- нарушения сна (бессонница или чрезмерная продолжительность сна).

Диагноз депрессивного расстройства определяется, если длительность симптомов составляет не менее 2 недель. Однако диагноз может быть поставлен и для более коротких периодов, если симптомы необычно тяжелые и наступают быстро.

Диагностика и лечение. Существуют эффективные виды лечения умеренной и тяжелой депрессии. Врач может предложить психологические методы лечения, такие как поведенческая активация, когнитивно-поведенческая терапия, межличностная психотерапия, или назначить антидепрессанты, такие как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и трициклические антидепрессанты.

Психосоциальная терапия эффективна и должна быть терапией первой линии в случае легкой депрессии. Антидепрессанты могут быть эффективной формой лечения умеренной и тяжелой депрессии, но они не являются терапией первой линии в случае легкой депрессии. Их не следует использовать для лечения депрессии у детей, и они не являются терапией первой линии для подростков, использовать их для лечения последних следует с осторожностью.

Физические упражнения также показали некоторую эффективность в лечении депрессии; они могут использоваться при легкой и умеренной депрессии как вместо психотропных препаратов, так и в качестве дополнения к ним.

Эффективность физических нагрузок при лечении депрессий можно объяснить тремя существующими гипотезами: укрепление социальной коммуникации, уменьшение проблем в межличностных отношениях, влияние повышенной физической активности на нейротрансмиссию определенных медиаторов (повышение концентрации β -эндорфинов, снижение уровня кортизола и увеличение выработки серотонина).

Следует отметить, что занятия физическими упражнениями следует проводить в том случае, если больной депрессией самостоятельно проявляет интерес к ним. Пациенты с тяжелой депрессией обычно не склонны к таким занятиям, желание заниматься физическими упражнениями возникает у таких больных только по мере стабилизации психоэмоционального состояния. Физические упражнения могут быть также полезны у пациентов в ремиссии: они способны предотвратить возникновение новых депрессивных эпизодов (у некоторых пациентов, впрочем, они могут препятствовать развитию рецидивов только в сочетании с другими методами).

Для достаточного терапевтического эффекта необходимо, чтобы занятия спортом происходили регулярно, по меньшей мере 2-3 раза в неделю. Близким или друзьям желательно оказывать больному поддержку, например, заниматься вместе с ним.

Шизофрения. Характеризуется развитием психоза (потеря контакта с реальностью), галлюцинаций (ложные ощущения), бредовых состояний (ложные убеждения), дезорганизованной речью и поведением, аффективной тупостью (сужение диапазона эмоций), когнитивным дефицитом (нарушение логического мышления), причудливым и неадекватным моторным поведением, в том числе кататонией (ступор, субступор, кататоническое возбуждение и др.), утратой трудоспособности и социальной активности. Симптомы чаще всего развиваются в позднем подростковом и юношеском возрасте (первое появление симптомов до 45 лет). Один или несколько эпизодов с выраженной симптоматикой должны продолжаться более 6 месяцев.

Частота встречаемости шизофрении в мире составляет от 1 до 4%. Мужчины и женщины болеют примерно в равной степени. У мужчин признаки болезни, как правило, развиваются на несколько лет раньше.

У женщин течение болезни обычно более мягкое, с доминированием расстройств настроения, болезнь в меньшей степени отражается на их семейной жизни и профессиональной деятельности. У мужчин чаще наблюдаются развернутые и стойкие бредовые расстройства, нередко случаи сочетания эндогенного заболевания с алкоголизмом, наркоманией, асоциальным поведением.

Предрасполагающие факторы:

- генетическая предрасположенность (конкордантность у монозиготных близнецов составляет около 45%);
- определенный тип семейных отношений (ассиметричная семья – доминантный родитель преобладает над пассивным; схизматический тип – родители погрязли в собственных проблемах, в решение которых втягивают детей);
- детская травма;
- бедность;
- недостаток родительского внимания;
- внутриутробные инфекции, прежде всего вирусные.

Этиология. При шизофрении наблюдаются определенные изменения в структуре мозга, например, увеличение желудочков головного мозга, истончение коры мозга, уменьшение размера передних отделов гиппокампа и др; наблюдается дефицит дофамина.

Клинические проявления. К продуктивным симптомам шизофрении относятся расстройства мышления, проявляющиеся в нарушении формирования мыслей (бред и галлюцинации). Полагают, что расстройства мышления могут быть результатом неспособности больного сосредоточить внимание и отобрать важную и значимую информацию. Под бредом понимают убеждения, которые не имеют обоснования в реальности. Различают следующие типы бредовых убеждений:

- бред воздействия – характеризуется убежденностью больного в том, что внешние силы пытаются контролировать его действия и мысли;
- бред преследования – убеждение в том, что какой-либо человек или группа людей преследуют больного;
- бред величия – убеждение в собственном могуществе или необычных способностях;
- бред отношения – убеждение больного в том, что все слова и действия окружающих относятся к нему.

Бредовая идея возникает вследствие порожденного болезнью неправильного истолкования окружающей реальности и, как правило, никакого отношения к действительности не имеет. Поэтому попыт-

ки переубеждения больного кончаются тем, что он еще больше укрепляется в своей болезненной концепции. Содержание бредовых идей может быть самым разнообразным, но чаще всего наблюдается бред преследования и воздействия (больные считают, что за ними ведется слежка, их хотят убить, вокруг них плетутся интриги, организуются заговоры, на них осуществляется воздействие со стороны экстрасенсов, инопланетян, потусторонних сил или спецслужб с помощью рентгеновских и лазерных лучей, радиации, «черной» магии, колдовства, порчи и т.д.). Во всех своих проблемах такие больные усматривают чьи-то происки, чаще всего близких людей, соседей, а каждое внешнее событие они воспринимают как относящееся лично к ним. Нередко пациенты утверждают, что их мысли или чувства возникают под воздействием каких-либо сверхъестественных сил, управляются извне, воруются или транслируются во всеуслышание. Больной может жаловаться в различные инстанции на злоумышленников, обращаться в милицию, безрезультатно переезжать с квартиры на квартиру, из города в город, но и на новом месте «преследование» вскоре возобновляется. Весьма распространенным является также бред изобретательства, величия, реформаторства, особого отношения (больному кажется, что все окружающие насмеяются над ним или осуждают его). Довольно часто возникает ипохондрический бред, при котором пациент убежден, что страдает какой-то страшной и неизлечимой болезнью, упорно доказывает, что у него поражены внутренние органы, требует оперативного вмешательства. Для лиц преклонного возраста особенно характерен бред ущерба (человек постоянно живет с мыслью, что соседи в его отсутствие портят принадлежащие ему вещи, подсыпают в пищу яд, обворовывают, хотя выжить из квартиры). Бредовые идеи легко распознаются даже несведущими людьми, если носят фантастический или явно нелепый характер. Например, больной заявляет, что недавно вернулся из межгалактического путешествия, с экспериментальной целью был внедрен в тело землянина, продолжает поддерживать контакт с родной планетой и вскоре должен ехать на Амазонку, где приземлится прилетевший за ним звездолет. Резко меняется и поведение такого больного: он держится с близкими как с чужими людьми, общается с ними только на Вы, находясь в стационаре, отказывается принимать от них помощь, становится высокомерным со всеми окружающими. Гораздо труднее распознать бредовую фабулу, если она весьма правдоподобна (например, пациент утверждает, что с ним хотят свести счеты бывшие партнеры по бизнесу, для чего установили

в квартире прослушивающие устройства, следят за ним, фотографируют и т.д., или пациентом высказывается настойчивая убежденность в супружеской неверности, о чем свидетельствуют многочисленные бытовые «доказательства»). В подобных случаях окружающие в течение длительного времени могут даже не подозревать о наличии у этих людей психического расстройства. Особенно опасны бредовые идеи самообвинения и греховности, возникающие при депрессивно-бредовых приступах шизофрении. Именно в таком состоянии зачастую совершаются расширенные суициды, когда больной сначала (из благих побуждений, «чтобы не мучались») убивает всю свою семью, включая малолетних детей, а потом совершает самоубийство.

Появление бреда можно распознать по следующим признакам:

- изменившееся поведение по отношению к родственникам и друзьям, проявление необоснованной враждебности или скрытности;
- прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, о собственном величии, о своей вине);
- высказывания опасений за свою жизнь и благополучие, а также жизнь и здоровье близких без явных на то оснований;
- явное проявление страха, тревоги, защитные действия в виде зашторивания окон, запираания дверей;
- отдельные, непонятные окружающим многозначительные высказывания, придающие загадочность и значимость обыденным темам;
- отказ от еды или тщательная проверка пищи;
- лишённые реального повода активные действия сутяжнического характера (например, заявления в милицию, жалобы в различные инстанции на соседей и т.д.).

Как реагировать на поведение человека, страдающего бредом:

- не задавайте вопросы, уточняющие детали бредовых утверждений и высказываний;
- не спорьте с больным, не пытайтесь доказывать, что его убеждения неправильны. Это не только не действует, но и может усугубить имеющиеся расстройства;
- если больной относительно спокоен и настроен на общение и помощь, внимательно выслушайте его, успокойте и попытайтесь убедить обратиться к врачу;
- если бред сопровождается сильными эмоциями (страх, гнев, тревога, печаль), попытайтесь успокоить больного и как можно скорее свяжитесь с квалифицированным врачом.

Галлюцинации – это сенсорные переживания в отсутствие раздражителя. Могут наблюдаться у больного как самостоятельно, так и в составе бредового синдрома. Галлюцинации могут быть слуховыми, зрительными, обонятельными, вкусовыми и осязательными. Кроме того, они бывают простыми (звонки, шум, оклики) и сложными (речь, различные сцены). Наиболее распространены слуховые галлюцинации, человек «слышит голоса». Люди, страдающие данным расстройством, могут временами или постоянно слышать так называемые «голоса» внутри головы, собственного тела или раздающиеся извне. В большинстве случаев «голоса» воспринимаются настолько ярко, что у больного не возникает ни малейшего сомнения в их реальности. Ряд больных полностью убежден, что эти «голоса» передаются ему тем или иным способом: с помощью вживленного в мозг датчика, микрочипа, гипноза, телепатии и т.д. Императивные (приказывающие) «голоса» по праву считаются самыми неблагоприятными, поскольку больные, подчиняясь их указаниям, могут совершать поступки, опасные для себя и окружающих. Иногда больные механически подчиняются «голосам», порой отвечают им или спорят с ними, изредка молча застывают, как бы прислушиваясь. В ряде случаев содержание «голосов» становится для больного гораздо важнее мира внешнего, реального, что приводит к отрешенности и равнодушию к последнему.

Как реагировать на поведение человека, страдающего галлюцинациями:

- деликатно поинтересоваться, слышит ли он сейчас что-нибудь и что именно;
- обсудить, как ему помочь справиться в данный момент с этими переживаниями или с тем, что их вызывает;
- помочь почувствовать себя более защищенным;
- осторожно высказать мнение, что воспринимаемое, возможно, является всего лишь симптомом болезни, кажущимся явлением и поэтому стоит обратиться за помощью к врачу.

Вы не должны:

- насмехаться над больным или высмеивать его ощущения;
- пугаться его переживаний;
- убеждать больного в нереальности или незначительности того, что он ощущает;
- вступать в подробное обсуждение галлюцинаций.

К негативным симптомам шизофрении относятся **расстройства эмоций** и **нарушение моторики**. Невозможность самообслуживания

и нарушение социального взаимодействия влечет за собой значительное ухудшение качества повседневной жизни и затрудняет общение с другими людьми. Больные шизофренией часто страдают плохим настроением и другими проявлениями депрессии. Расстройства настроения (аффективные нарушения) при эндогенных заболеваниях шизофренического спектра проявляются депрессивными и маниакальными состояниями. Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся, в первую очередь патологически сниженным настроением, тоской, подавленностью, двигательной и интеллектуальной заторможенностью, исчезновением интересов, желаний, влечений и побуждений, пессимистической оценкой прошлого, настоящего и будущего, идеями малоценности, самообвинения, мыслями о самоубийстве. Практически всегда депрессию сопровождают соматические расстройства: потливость, учащенное сердцебиение, снижение аппетита, веса тела, бессонница с трудностями засыпания или мучительными ранними пробуждениями, прекращение месячных (у женщин). В результате депрессивных расстройств резко снижается работоспособность, ухудшается память, сообразительность, обедняется круг представлений, пропадает уверенность в себе, способность принимать решения. Как правило, с утра больные чувствуют себя особенно плохо, во второй половине дня симптомы могут ослабевать, чтобы вернуться следующим утром с новой силой. Степень тяжести депрессии может варьировать от психологически понятной грусти до беспредельного отчаяния, от легкого снижения активности до появления ступора (крайней степени заторможенности, вплоть до неподвижности).

Мания (греч. *mania* – страсть, безумие, влечение), напротив, представляет собой сочетание необоснованно повышенного настроения, ускорения темпа мышления и двигательной активности. Интенсивность вышеперечисленных симптомов колеблется в широком диапазоне. Наиболее легкие случаи называют гипоманией. В восприятии многих окружающих лица, страдающие гипоманией, это очень деятельные, веселые, предприимчивые, хотя и несколько развязные, необязательные и хвастливые люди. Болезненный характер всех этих проявлений становится очевидным при смене гипомании депрессией или при углублении симптомов мании. При отчетливом маниакальном состоянии чрезмерно повышенное настроение сочетается с переоценкой возможностей собственной личности, построением нереальных, порой фантастических планов и прожектов, исчезновением потребности в сне, расторможенностью влечений, что проявляется в злоупотре-

треблении алкоголем, в приеме наркотиков, в беспорядочных половых связях. Как правило, при развитии мании очень быстро утрачивается понимание болезненности своего состояния, больные совершают необдуманные, нелепые поступки, бросают работу, надолго исчезают из дома, транжирят деньги, раздаривают вещи и т.д.

Наряду с эмоциональными нарушениями у больных могут наблюдаться и нарушения волевой деятельности. Речь может идти об **абулии** – частичном или полном отсутствии побуждений к деятельности, утрате желаний, полной безучастности и бездеятельности, прекращении общения с окружающими. Больные целыми днями, молча и безучастно, лежат в постели или сидят в одной позе, не моются, перестают обслуживать себя. В особо тяжелых случаях абулия может сочетаться с апатией и обездвиженностью. Еще одним волевым нарушением, который может развиваться при болезнях шизофренического спектра, является **аутизм** – расстройство, характеризующееся отрывом личности пациента от окружающей действительности с возникновением особого внутреннего мира, доминирующего в его психической деятельности.

Двигательные расстройства (или, как их еще называют, «кататонические») представляют собой симптомокомплекс психических нарушений, проявляющихся в виде ступора (обездвиженности) или в виде возбуждения. При ступоре больной застывает в одной позе, становится малоподвижным, перестает отвечать на вопросы, подолгу смотрит в одну точку, отказывается от еды. Кроме того, часто наблюдается пассивная подчиняемость, у больного отсутствует сопротивление изменению положения его конечностей и позы. В ряде случаев может наблюдаться и противоположное расстройство – негативизм, который проявляется немотивированным, бессмысленным противодействием пациента словам и особенно действиям человека, вступающего с ним в общение. Кататоническое возбуждение, наоборот, характеризуется тем, что больные постоянно находятся в движении, говорят без умолку, гримасничают, передразнивают собеседника, отличаются дурашливостью, агрессивностью и импульсивностью.

Трудности ухода за пациентом, находящемся в состоянии возбуждения, в значительной мере обусловлены тем, что обострение болезни зачастую начинается неожиданно, обычно ночью и нередко достигает наивысшего развития в течение нескольких часов. Родные больного, его друзья или соседи не всегда правильно оценивают возможные последствия возникшего состояния возбуждения. От пациента (хорошо знако-

мого им человека со сложившимися отношениями) обычно не ждут серьезной опасности. Иногда же, наоборот, остро возникшее заболевание вызывает неоправданный страх и панику среди окружающих.

Следует подчеркнуть, что формально уровень интеллекта (IQ) у лиц, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, лишь незначительно отличается от уровня IQ здоровых, т.е. интеллектуальное функционирование при данной болезни остается длительное время достаточно сохранным, в противоположность специфическим повреждениям когнитивных функций, таких как внимание, способность планировать свои действия и т.д. Больные подбирают слова по их формальным признакам, не заботясь при этом о смысле фразы, пропускают один вопрос, но отвечают на другой. Некоторые расстройства мышления появляются только в период обострения (психоза) и исчезают при стабилизации состояния. Другие же, более стойкие, сохраняются и в ремиссии, создавая так называемый когнитивный дефицит.

Примерно треть, страдающих шизофренией, предпринимает **суицидальные попытки**. К факторам, увеличивающим суицидальный риск, относятся частые госпитализации, длительные и не поддающиеся лекарственной терапии расстройства, запоздалая диагностика и начало лечения, недостаточные дозы лекарств или слишком короткие сроки лечения. Риск самоубийства возрастает по причине появления у больных чувства неопределенности, возникающего, например, при слишком ранней выписке из больницы – до исчезновения основных признаков болезни (иногда это происходит из-за давления на врачей родственников). Частота трагических инцидентов среди стационарных больных гораздо ниже, чем среди находящихся за пределами клиник.

О возможности суицида предупреждают следующие признаки:

- Высказывания больного о своей ненужности, греховности, вине.
- Безнадежность и пессимизм в отношении будущего, нежелание строить какие-либо жизненные планы.
- Наличие «голосов», советующих или приказывающих покончить с собой.
- Убежденность больного в наличии у него неизлечимого заболевания.
- Внезапное успокоение больного после длительного периода тоски и тревожности (у окружающих может возникнуть ложное впечатление, что состояние больного улучшилось и опасность миновала).
- Обсуждение больным конкретных планов самоубийства.

Меры по предотвращению суицида:

1. К любому разговору на тему суицида относитесь серьезно и обращайтесь на них внимание, даже если вам кажется маловероятным, что больной может покончить с собой.

2. Не игнорируйте и не преуменьшайте тяжесть состояния больного, объясните ему, что чувство депрессии и отчаяния могут возникать у кого угодно, и что со временем обязательно наступит облегчение.

3. Если создается впечатление, что больной уже готовится к самоубийству, немедленно обращайтесь за профессиональной помощью.

4. Спрячьте опасные предметы (бритвы, ножи, веревки, оружие, лекарства, другие химические вещества), тщательно закройте окна, балконные двери, не оставляйте больного одного, не выпускайте его на улицу без провожатых.

5. Не опасайтесь «оскорбить» своего родственника мерами недобровольного характера – выйдя из депрессии он будет испытывать чувство благодарности за то, что Вы предупредили непоправимое.

Трудотерапия при психических заболеваниях. Выделяют следующие признаки трудотерапии при психических расстройствах:

- Соответствие человеческим потребностям.
- Целевой характер деятельности.
- Мобилизация активности, внимания и т. д.
- Необходимость приложения усилия, напряжения.
- Преодоление трудностей и препятствий, возможность регулирования их дозировки.
- Результативность, предпосылки организации обратной связи.
- Создание условий для отвлечения, переключения, смены установки.
- Появление положительных эмоций – чувства удовлетворения, полноценности и др.
- Коллективный характер труда.

Противопоказания к трудотерапии: патология сознания, кататония. Временно противопоказана при активном медикаментозном лечении, выраженных депрессивных и астенических состояниях, при наличии у больного негативного отношения к труду.

Трудотерапия при конкретных видах психопатологии.

Галлюцинаторный синдром. Активное включение больных в труд приводит к ослаблению галлюцинаций. Но труд должен быть напряженным, активным и мало поддающимся автоматизации. Механизм лечебного действия труда в этих случаях – подавление патологической доминанты и создание новой трудовой доминанты. Больные страдают

не столько от самих галлюцинаций, сколько от поглощенности психики этими переживаниями; активный труд уменьшает эту поглощенность, наполняя психическую жизнь больного новым здоровым содержанием.

Депрессивные состояния. Больным важно отвлечься от тягостных переживаний, дать надежду на выздоровление, создать доминанту для отвлечения от тревожных мыслей. Труд должен быть исключительно индивидуальным, позволяющим оценивать продуктивность и чередовать различные формы деятельности. Эта работа должна опираться на ранее сформированные навыки, важно показать больному его полноценность, пригодность к осмысленной, полезной деятельности.

Двигательная заторможенность. Партнером по работе должен быть больной, незначительно превосходящий по активности или инструктор по труду. Метод рабочих проб: инструктор некоторое время работает с больным на спаренной работе, выделяет свойственный больному ритм, темп движений, стиль его работы, характерные недостатки и др.

Умственная отсталость. Если у этих больных есть интерес к труду, то по продуктивности механической работы они ничем не отличаются от здоровых людей. У умственно отсталых, например, при болезни Дауна, хорошо развита моторная память, им присуща исполнительность, кроме того, они очень эмоциональны, у них высокий уровень эмпатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белая, Н.А. Лечебная физкультура и массаж : учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н.А. Белая. – М.: Советский спорт, 2001. – 272 с.
2. Дубровский, В.И. Лечебная физическая (кинезотерапия) : учебник для студентов вузов / В.И. Дубровский. – М. : ВЛАДОС, 1998. – 608 с.
3. Коренюк, В.А. Хирургическое лечение болезни Паркинсона // Молодой ученый / В.А. Коренюк, Е. А. Сосновский, М. А. Ралько. – 2018. – № 16. – С. 29-31. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/202/49610>. – Дата доступа: 15.02.2020.
4. Лиманкин, О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 99–106.
5. Физическая реабилитация : учебник для студентов высших учебных заведений / под ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д, 2005. – 608 с.
6. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP, et al: Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. *Am J Psychiatry* 173(4): 373-384, 2016.
7. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, et al: Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 150(1): 31–5, 2013.
8. Correll CU, Rubio JM, Inczedy-Farkas G, et al: Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 74 (7): 675–684, 2017.
9. Wang SM, Han C, Lee SJ: Investigational dopamine antagonists for the treatment of schizophrenia. *Expert Opin Investig Drugs* 26(6): 687-698, 2017.
10. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/uterine-retroflexion
11. <https://simptomer.ru/bolezni/zheludochno-kishechnyj-trakt/1678-giperaktivnyy-mochevoy-puzyr-simptomy>
12. <https://www.kp.ru/guide/rassejannyi-skleroz.html>

СОДЕРЖАНИЕ

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	3
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	13
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	27
ЛИТЕРАТУРА.....	41