

ЛФК ПРИ БОЛЕЗНИ ШАРКО-МАРИ-ТУТА (БШМР)

Цели ЛФК – сохранение и увеличение мышечной силы для нормализации функции ходьбы, сохранение и поддержка работоспособности мышц, минимизация травматизма и улучшение стабильности, поддержка и улучшение функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

К задачам ЛФК при БШМТ относятся задержка развития вторичной атрофии мышц, предупреждение и коррекция деформаций опорно-двигательного аппарата, развитие основных двигательных навыков и навыков самообслуживания, улучшение вегетативного статуса пациента, повышение функционального состояния кардио-респираторной системы.

Специальные задачи ЛФК определяются клинической формой заболевания и неврологическим статусом пациента, степенью двигательных нарушений. В зависимости от степени тяжести предложено разделить больных БШМТ на следующие группы:

- 1) с незначительными поражениями и атрофиями, самостоятельно передвигающихся и себя обслуживающих;
- 2) способных передвигаться (с трудом), себя обслуживающих;
- 3) с трудом передвигающихся, самостоятельно сидящих и полностью себя не обслуживающих;
- 4) «постельных» больных (с выраженными атрофиями, контрактурами), за которыми требуется постоянный уход.

Основная особенность дозирования физических упражнений при БШМТ заключается в проведении тренировок на уровне субмаксимальной нагрузки. Соответствующий комплекс упражнений должен составляться, исходя из индивидуального состояния мышц. Ввиду этого каждый пациент должен пройти полное обследование у невролога, ортопеда, реабилитолога, чтобы определить уровень нагрузки для каждой мышечной группы, которая будет способствовать укреплению мышцы и в то же время не приведет к ее травме, с постепенным увеличением количества повторов. Дегенерация и распад мышечных волокон происходит в тех случаях, когда:

- 1) выражена мышечная слабость или присутствует быстро прогрессирующая форма заболевания;
- 2) осуществляется нагрузка высокой интенсивности.

Следует избегать любой программы упражнений, вызывающих мышечную слабость в течение 30 мин после тренировки или приводящих к болезненным мышечным спазмам (крампи). Целью ЛФК при БШМТ ставится не увеличение силы паретичной группы мышц до уровня сохранных мышечных групп, а использование тех возможностей здоровых мышц, которые соответствуют недостаточным возможностям паретичных мышц. Таким образом, происходит уравнивание функциональных возможностей всех мышечных групп за счет снижения эффективности тренировки, что, однако, позволяет избежать порочного дисбаланса и создать условия для восстановления паретичных мышц. Программа физической тренировки при БШМТ должна начинаться с наиболее проксимальных отделов (шея, мышцы

спины, ягодиц, брюшного пресса, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей) с последующим переходом на дистальные отделы конечностей. ЛФК дозируется в зависимости от выраженности парезов тех или иных мышц по шкале Ловетта. Если сила мышц соответствует 0–1 баллу, больному показано использование упражнений, основанных на действии инерции, гравитации пассивной координации. При силе мышц 1–3 балла эффективны упражнения с разгрузкой, основанные на шагательных автоматизмах, рефлексах равновесия или реакции опоры. При удовлетворительной функции мышц в 4–5 баллов применяются упражнения с сопротивлением, отягощением (сначала в уступающем, изометрическом и в конце в преодолевающем режиме), применяются упражнения с исключением зрительного контроля, утяжелителями. В соответствии с рекомендациями зарубежных исследователей, применяются следующие силовые нагрузки: с начальным весом 10 % от максимально возможного для рук, а также 30 % от максимально возможного для ног. Цикл состоит из 3 подходов (сетов) с 4 повторениями для каждой группы паретичных мышц. В течение 12-недельного периода осуществляется увеличение веса для рук до 20 % и для ног – до 40 % (до 8 повторений за подход). Количество повторов можно увеличивать с 10 раз до 3 подходов из 10 раз (максимум). Когда пациент готов увеличить вес утяжелителей, необходимо уменьшить количество повторов и постепенно увеличивать вес отягощения, чтобы избежать травмы пораженных мышц. Специальные индивидуальные задания содержат упражнения для пораженных мышц в облегчающих исходных положениях, упражнения для улучшения биомеханики ходьбы. Кроме того, пациентам 1-й группы рекомендуют общеукрепляющие упражнения из разных исходных положений, упражнения с предметами (мячи, палки, обручи), упражнения на блоках для укрепления ослабленных мышц, упражнения в бассейне с использованием специальных приспособлений (гамачки, подставки), свободное плавание. Рекомендуется включать дозированные по расстоянию прогулки, подвижные игры и элементы спортивных игр в ортезах и спортивной обуви. Рекомендуется проводить врачебный контроль за занимающимися 1-й группы 1 раз в 3–4 мес. Больным 2-й группы назначают физические упражнения в более легких условиях: сидя, стоя (если нужно – с фиксацией) и лежа (лучше в водной среде). Используются упражнения с предметами: мячами, палками, медицинболами (до 1 кг), блоками, упражнения с дозированным сопротивлением, а также в бассейне. С больными 1-й и 2-й групп проводятся индивидуальные и групповые занятия (4–6 человек) длительностью от 30 до 45 мин. В организации занятий применяется метод рассеянных нагрузок, постепенность и последовательность в переходе от более простых к более сложным упражнениям с охватом большинства мышц, с акцентом на пораженные мышцы. Предполагается, что при тренировке поврежденных мышц нижних и верхних конечностей количество нагрузок и повторов, которые являются травмоопасными, будет сокращено. Несмотря на то, что укрепляющие упражнения не могут привести к каким-то особым, опасным

последствиям у пациентов с БШМТ, тренировка с отягощениями должны выполняться с осторожностью, чтобы избежать пагубных результатов чрезмерной тренировки, так как травматизация уже ослабленной мышцы может поставить под вопрос ее дальнейшую работоспособность. Даже небольшое увеличение силы поврежденных мышц может привести к значительным улучшениям в ее функционировании. С больными 3-й группы проводят только индивидуальные занятия, длительностью до 20 мин, повторяемые 2–3 раза в течение дня в условиях стационара, 30 мин ежедневно в амбулаторно-поликлинических условиях и 2–3 раза в день в домашних условиях. Обязательно включение в комплекс ЛФК при БШМТ комплекса дыхательных упражнений, направленных на увеличение силы экспираторных мышц грудной клетки. Общеразвивающие упражнения – несложные в техническом отношении движения телом и его частями, выполняемые с целью оздоровления, воспитания физических качеств (упражнения на координацию, упражнения с элементами спортивных игр, упражнения для различных частей тела без отягощений или отягощениями) применяются с минимальной дозировкой. В начале курса ЛФК повторение каждого упражнения составляет 2–4 раза, во второй половине основной части курса лечения – 4–6 раз, при завершении курса ЛФК дозировка уменьшается до 2–4. Упражнения подбираются с предметами и без предметов. При выполнении ЛФК вначале также включают упражнения для плечевого пояса, плеча и только в конце – для кистей, пальцев верхней конечности. По мере восстановления нарушенных движений «подключают» занятия на тренажерах (или блочных аппаратах), с гантелями, плавание и др.

Для больных 4-й группы основными задачами ЛФК являются сохранение активного состояния организма, предупреждение и лечение осложнений, вызываемых вынужденной неподвижностью, стимуляция двигательных ресурсов. Для этой группы больных лечение положением сочетается с переменной позы: лежа, посадкой с фиксацией туловища, дыхательными упражнениями. Во всех исходных положениях лежа (на спине, на боку, на животе) и сидя включают упражнения, выполняемые пациентом с помощью врача или инструктора ЛФК или самостоятельно.

Аэробные упражнения очень эффективны при БШМТ. Занятия этими упражнениями способствуют увеличению мышечной силы (например, спортивная ходьба в ортезах), когда выполняются с необходимой предосторожностью из-за высокой вероятности травматизма голеностопных суставов. Аэробные упражнения направлены на повышение частоты сердечных сокращений (ЧСС) с сохранением этой повышенной частоты в течение приблизительно 30 мин. Целевая ЧСС при аэробных тренировках, как правило, равна 220 уд / мин минус возраст пациента. Если ходьба для пациента с БШМТ – слишком тяжелая нагрузка, рекомендуется плавание или велотренажер. Бег таким пациентам не показан в связи с высокой вероятностью травматизации суставов, прежде всего голеностопных, и связочного аппарата. Спортивная ходьба составляет 80 % от эффективности бега трусцой и считается наиболее приемлемой и безопасной для таких

больных. Польза аэробных упражнений, так же как и для здоровых людей, заключается в снижении риска сердечно-сосудистых заболеваний, уменьшении ожирения, нормализации артериального давления в состоянии покоя и улучшении общего самочувствия. Но наиболее очевидный результат упражнений для пациентов с БШМТ – повышение мышечной и сердечно-сосудистой выносливости, что позволяет им быть более активными в повседневной жизни. Следует помнить, что пациенты с БШМТ не должны заниматься таким комплексом упражнений без соответствующего медицинского обследования и без динамического наблюдения лечащего врача невролога и физиотерапевта. С учетом наличия у больных БШМТ сенситивной атаксии рекомендуется включение в тренировочную программу упражнений на координацию с использованием гимнастических предметов, стабилизирующих платформ. Однако этот вид ЛФК возможен преимущественно у пациентов 1-й группы и проводится под наблюдением врача или инструктора ЛФК для исключения падений пациентов во время тренировок.

Стрейч-терапия

Цели стрейч-терапии при БШМТ – увеличение объема движений в суставах дистальных отделов нижних и верхних конечностей, улучшение эластичности сухожильно-связочного аппарата, улучшение проприорецепции (суставно-мышечного чувства), уменьшение и профилактика контрактур. В целом стрейч-терапия составляет основную часть программы физической тренировки больных БШМТ с двигательными нарушениями и болевым синдромом. Основной комплекс, рекомендуемый пациентам с БШМТ, включает упражнения на растягивание укороченных мышц (сгибателей кисти, свода стопы, икроножной мышцы, подколенных сухожилий). Рекомендуется проводить растяжки для каждой группы мышц от дельно длительностью не менее 10 мин под наблюдением врача или инструктора ЛФК. Сохранение и улучшение утраченных функций паретичных мышц при БШМТ – сложный процесс, требующий огромных усилий со стороны врача и самого пациента. Для детей с БШМТ регулярные занятия ЛФК, в том числе игры, способствуют нормальному физическому и психосоциальному развитию. Клинические данные указывают на то, что ранняя физическая реабилитация при БШМТ может ослаблять патологический процесс и, возможно, способствует более высокому уровню функциональности и качества жизни пациентов по мере взросления. Взрослым пациентам с БШМТ следует избегать бездействия. Посильная физическая активность всегда лучше, чем ничего. Минимальная частота занятий ЛФК в домашних условиях – не реже 2 раз в неделю. Рекомендуется хотя бы 150 мин общей продолжительности еженедельных физических упражнений. Ортезы следует носить во время занятий спортом и ЛФК, где это возможно. Упражнения на растяжку проводятся индивидуально для каждой группы мышц, общих упражнений на растяжку недостаточно. Для эффективности упражнения

должны проводиться от 10 до 15 мин с достаточным приложением силы. Обычно это упражнение на растягивание свода стопы на наклонной плоскости, растяжку подколенного сухожилия, растяжка на икроножные мышцы.

Заключение Эффективность абилитации пациентов с БШМТ зависит от соблюдения основных принципов физической тренировки: дифференциация нагрузки в зависимости от выраженности и локализации парезов, систематичность, постепенное наращивание нагрузки, тренировки на субмаксимальном уровне, использование стрейч-терапии для каждой группы паретичных мышц, включение в комплекс абилитации приемов постизометрической релаксации, аэробных упражнений, лечения положением, а также профилактика травматизма с использованием специальной обуви и ортезов. Во всех случаях медицинские работники (неврологи, физиотерапевты, врачи ЛФК) и соответствующим образом обученные и заслуживающие доверия профессионалы-инструкторы (средний медицинский персонал) должны участвовать в обучении пациентов рекомендуемой ЛФК, проводить динамические консультации в отношении индивидуального подбора упражнений и тренировочного режима – рецепта физической активности для пациентов с БШМТ, в том числе оценки качества реализации индивидуальных программ физической абилитации и оценки ее эффективности.

Источник: Журнал «Нервно-мышечные болезни» 4'2014