



**СОДЕЙСТВИЕ**  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ  
**ФОНДА  
ПРЕЗИДЕНТСКИХ  
ГРАНТОВ**

# СЛУЖБА СОДЕЙСТВИЕ

**ресурсы адаптации и реабилитации  
для онкопациентов и их родных**

Благотворительный Фонд помощи людям с  
онкологическими заболеваниями и их семьям  
«Содействие»

г.Орел  
2022

# Содержание

## 1. Введение

## 2. Ресурсы адаптации и реабилитации для онкопациентов и их родных

2.1 Карта социально-психологических ресурсов для онкопациентов и их близких.

## 3. Психологические рекомендации по стабилизации психологического состояния онкопациентов и их родных

3.1 «Равный-равному» для людей с опытом жизни онкологического заболевания

3.2 Профессиональная психологическая помощь для онкопациента

3.3 Как правильно выстроить взаимоотношения с болеющим близким

## 4. Восстановительная йогатерапия

4.1 Йогатерапия плоскостопия для людей с опытом жизни онкологического заболевания

4.2 Йогатерапия дыхательной системы для людей с опытом жизни онкологического заболевания

4.3 Йогатерапия позвоночника для людей с опытом жизни онкологического заболевания.

4.4 Йогатерапия остеопороза для людей с опытом жизни онкологического заболевания.

4.5 Комплекс упражнений по восстановительной йогатерапии

## 5. Контактная информация

## 1. Введение

Благотворительный Фонд помощи людям с онкологическими заболеваниями и их семьям «Содействие» оказывает социально-психологическую, информационную, адресную, восстановительную помощь для онкопациентов и их близких, а также содействует улучшению диалога между врачом и пациентом, между онкопациентом и его близкими, помогает в адаптации к новым условиям жизни после постановки и прохождения лечения, способствует социализации онкопациентов, в том числе через развитие направления взаимопомощи «Равный-равному». Деятельность Фонда осуществляется для жителей г.Орла и Орловской области.

С 2021 года при поддержке Фонда Президентских Грантов успешно реализуется проект «Служба социально-психологической адаптации и реабилитации для онкопациентов и их близких «Содействие», что значительно расширило направления социально-психологической поддержки и увеличило число Подопечных Фонда, получивших помощь.

В данной брошюре мы аккумулировали опыт и собрали важные и необходимые материалы для онкопациентов и их близких в направлении информационной поддержки актуальных социально-психологических ресурсов для данной категории, психологические рекомендации по стабилизации психологического состояния онкопациентов и их родных, а также материалы по восстановительной йогатерапии.

Уверены, что брошюра будет для Вас полезной!

*Команда Благотворительного Фонда «Содействие»*

## 2. Ресурсы адаптации и реабилитации для онкопациентов и их родных

### 2.1 Карта социально-психологических ресурсов для онкопациентов и их близких

#### *Благотворительный Фонд «Содействие» г.Орел*

##### **1. Социально-психологическое сопровождение онкопациентов и их близких:**

- \* индивидуальные консультации и сопровождение консультанта-психолога;
- \* «Равный-равному» - группа взаимопомощи и индивидуальная поддержка;
- \* групповая терапия: телесно-ориентированная, творческая арт-терапия;
- \* группа поддержки в чате WhatsApp;
- \* телефон оперативной помощи;
- \* школа мотивации и бережного ухода:

встречи со специалистами по различным вопросам информирования и стабилизации психоэмоционального состояния онкопациентов и их близких;

- \* разговор с психологом. Диалоги жизни;
- \* группа поддержки для людей, потерявших близких.

##### **2. Восстановительная реабилитация:**

- \* медицинская реабилитация в Медицинском центре «Сакара» по записи в БФ «Содействие»;
- \* on-line Курсы йогатерапии;
- \* консультации у врачей-волонтеров узких специальностей.

### 3. Социальное такси

Возраст 65+ и/или сложные жизненные обстоятельства (одинокий(ая), химиотерапия и т.п.)

До/От медицинских учреждений г.Орла

По предварительной заявке за 1-2 дня на телефон информационной поддержки

### 4. Материальная поддержка онко пациента

По критериям Фонда

#### **БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер»**

302020, г.Орёл, пер. Ипподромный, д.2 <https://www.onco-orel.ru/>

Тел. +7 (4862) 76-21-83 Индивидуальные консультации психологов

#### **Медицинский центр «Сакара» г.Орел**

г. Орел, Наугорское шоссе, 5 <https://sakamed.ru/> Тел. +7 (4862) 599-888  
8 920 801 6 111, 8 920 803 999 1

#### **Программа комплексной реабилитации в Медицинском центре «Сакара»**

<b>Бесплатно</b>	<b>Дополнительные бонусы</b>
*консультация врача реабилитолога/ физиотерапевта	*скидочная карта 10%
*физиопроцедуры: лимфопрессотерапия, детензор-терапия и т.п.	*ортопедические стельки со скидкой 75%
*ЛФК, медитация	

При наличии рекомендации от врача онколога и **только по записи по телефону информационной поддержки Фонда**

#### **Бюджетное учреждение Орловской области «Кризисный центр помощи женщинам и детям «Орловский»**

г. Орел, ул. Планерная, д. 35 <https://www.crcorl.ru/>

Круглосуточный телефонный номер 8(4862)779944 и 8 800 2000 122

Экстренная психологическая и юридическая помощь онкопациентам и членам их семей.

#### **Региональный Фонд Социальной Поддержки Населения**

г. Орел, улица Комсомольская, 231 <http://hospiceorel.ru/>

#### 1. Выездная служба паллиативной помощи:

- консультации о возможности и порядке получения помощи;
- профилактика и лечение пролежней;
- гигиена нетранспортабельного пациента;
- обучение родственников навыкам ухода за тяжелобольными пациентами;
- помощь психологов, социальных работников-сиделок, священника и тд.

Вызов и получение консультации – по телефонам: 54-22-01, 8-915-500-34-34

2. Пункт социального проката медицинской мебели, средств реабилитации и адаптации (функциональные медицинские кровати, противопролежневые матрасы, инвалидные кресла, кресла с санитарным оснащением, ходунки)

***Общественная приемная по вопросам медицины и здравоохранения***

г.Орел, ул.Приборостроительная, 42 Орловская научная медицинская библиотека, тел.+7 (4862) 41 00 04, +7 (4862) 41 01 33

***Фонд медицинских решений «Не напрасно»***

г.Санкт-Петербург, 2-я линия Васильевского острова д.37 офис 310  
+ 7 812 468 57 97

Помощь пациентам и их близким. Служба «Просто спросить»

***Программа укрепления семьи Детской деревни – SOS Лаврово***

г.Орел, ул.Комсомольская, д.322А тел. +7 910 748-00-56  
<https://vk.com/club131015057>

Помощь семьям, находящимся в сложных жизненных ситуациях, в том числе, в случае онкологического заболевания взрослых членов семьи

***Орловское городское отделение Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»***

г.Орёл, переулочек Георгиевский дом 5. тел. (84862)76-13-30, (84862)76-41-25, 89036371897 (781897)

Оказание помощи гражданам, оказавшимся в кризисной жизненной ситуации (социальное, правовое, психологическое консультирование), оказание благотворительной помощи, пункт проката ТСР ( инвалидные коляски, кресла стулья с санитарным оснащением, ходунки, костыли)

***Орловская областная общественная организация «Знание» (Территориальный Ресурсный Центр «Забота рядом» в Орловском регионе)***

302028, г.Орел, Бульвар Победы, дом 5а. Тел. 4862763819 +79066641722  
[znanie-orel\\_ktm@rambler.ru](mailto:znanie-orel_ktm@rambler.ru)

Информационно-просветительская, благотворительная деятельность для всех возрастов, поддержка пожилых людей, находящихся в затруднительной ситуации, предоставление социальных услуг.

***Благотворительный фонд всесторонней поддержки и навигации онкопациентов «Онкологика» Ольги Сергиенко***

123112, г. Москва, Пресненская наб., д. 12, этаж 12, оф. Б2 <https://oncologica.ru/> Тел. 8 800 350 57 85

Содействие в получении медицинской помощи, Психологическая помощь, Юридическая помощь, Бесплатное такси, Продуктовая корзина, Равное консультирование, Материальная помощь, Карьерное консультирование.

***Круглосуточная Служба «Ясное утро»***

Горячая линия помощи онкобольным 8 800 100 0191 <https://yasnoeutro.ru/>

Поддержка в борьбе с раком онкопациентам, их близким.

### 3. Психологические рекомендации по стабилизации психологического состояния онкопациентов и их родных

#### 3.1 «Равный-равному» для людей с опытом жизни онкологического заболевания

##### Взаимная поддержка: индивидуальная и групповая

Повторяющиеся неверные толкования «рак=смерть» и канцерофобия (боязнь рака) оказывают угнетающее воздействие. Онкопациенты начинают жить так, как если бы болезнь ограничивала их в достижении жизненных целей. Однако на самом деле это, прежде всего, страх и сформированная стойкая жизненная позиция в обществе к онкозаболеванию.

Взаимная поддержка (взаимопомощь) — вот что помогает онкопациентам восстановить адекватное отношение к заболеванию, почерпнуть силы для лечения и восстановления, благодаря чему они начинают по-иному воспринимать самих себя, по-иному строить отношения с другими людьми, которые начинают воспринимать онкопациентов по-новому.

Что же такое — взаимная поддержка? Основной составляющий элемент взаимной поддержки — это то, что человек, у которого есть некоторый личный опыт, связанный с онкопатологией и ее преодолением, хочет, поделившись им, помочь другим людям, оказавшимся в похожей ситуации.

В результате взаимного обмена опытом, каждый из участников группы взаимной поддержки (группы взаимопомощи) (ГВ) получает информацию, которая может помочь ему решить свои личные проблемы самого разнообразного характера.

Некоторые специфические виды отношений, которые могут возникать, когда кто-то обращается к добровольцу группы взаимопомощи (ГВ):

- **Обмен основной информацией или технологиями.** Например: «Где лучше пройти обследование?», «В какой клинике лучше пройти лечение» и т.д.
- **Доверенное лицо или слушатель.** При этом виде отношений человек может захотеть поговорить о чём-то, что его волнует, и предпочитает поговорить об этом с тем, у кого есть подобный опыт. Существует огромное множество тем, которые могут быть затронуты: семейные конфликты, сексуальные проблемы, смущение, одиночество и непонимание родных, уход друзей и неудовлетворённость.
- **Случайная компания.** Некоторые люди чувствуют себя изолированными и одинокими, ищут себе компанию для каких-то дел: сходить в магазин, поесть пиццу.
- **Опыт группы.** Время от времени мы предлагаем людям обратиться в группу для того, чтобы обменяться опытом и обсудить какие-то определённые насущные проблемы: сексуальные, как справиться со стрессом и т.п. В этом случае добровольцы группы взаимопомощи выступают как фасилитаторы (ведущий группы).
- **Любая комбинация вышеперечисленных отношений.**

Отношения в каждой группе взаимопомощи будут различаться, но важно, чтобы при этом все оставались самими собой и чувствовали себя комфортно. Вы можете предпочесть участвовать только в специфической деятельности, в специфических обстоятельствах или обсуждать только какие-то определённые проблемы.

При проведении таких групп важно, рассказывая о своём опыте, избегать советов, поскольку большинство советов могут носить поверхностный характер. Кроме того, советы выражают субъективное отношение к проблеме того,

кто советует, что может вызвать неприятие со стороны того, кому советуют. Это может привести к конфликту в группе, что ни в коей мере не способствует налаживанию доверительных отношений. Делясь же своим опытом и не навязывая решений, можно помочь любому из участников группы самостоятельно разобраться в своих проблемах. Получив в результате обмена опытом нужную информацию, человек сам выбирает приемлемый для его ситуации вариант решения и сам несёт ответственность за свой выбор.

Проведение ГВ предпочтительнее начинать с обсуждения достаточно общих тем, постепенно переходя к темам, требующим высокой степени доверия.

В процессе проведения ГВ происходит следующее:

- **обмен основной информацией (взаимная консультация);**
- **установление доверительных, доброжелательных и открытых отношений;**

При такой форме отношений человек может захотеть поговорить о чём-то глубоко его волнующем и предпочтёт общение с тем, у кого есть подобный опыт, и кто способен его выслушать и проявить участие. Существует множество тем, в которых могут быть затронуты семейные конфликты, сексуальные проблемы, смущение и неудовлетворённость и т.д.;

- **установление контактов.**

Некоторые люди чувствуют себя одинокими и изолированным. Участие в ГВ может помочь им найти себе товарищей и помощников. В конечном счёте, такие отношения могут перерасти в настоящую дружбу.

Отношения в каждой группе взаимопомощи могут различаться, но очень важно, чтобы при этом все оставались самими собой и чувствовали себя комфортно. Можно предпочесть участвовать только при обсуждении каких-то определённых тем, затрагивающих волнующие вас проблемы. Вы должны задать себе вопросы и прояснить, какие ситуации для вас предпочтительнее, какая вам требуется дополнительная информация, в чём вам хочется, а в чём совсем не хочется участвовать. Исходя из этого, вы выбираете для себя наиболее интересные темы, в обсуждении которых вы хотели бы участвовать.

Добровольное участие — основной принцип проведения Группы Взаимопомощи.

### **3.2 Профессиональная психологическая помощь онкопациенту**

Многие люди в ситуации онкологического заболевания сталкиваются с переживаниями неопределённости, неизвестности будущего. Неопределённость в отношении собственного здоровья или так называемый «дамклов синдром» размывает картину будущего, делает ее нечеткой и может стать глубокой психологической проблемой. После постановки онкологического диагноза человек уже не чувствует себя в безопасности, как это было раньше. До момента начала противоопухолевого лечения (операция, лучевая терапия, химиотерапия, таргетная или иммунотерапия) уровень неопределённости при онкологии и тревожности пациента достаточно высок. Это связано с ожиданием результатов диагностики и плана лечения. Но как только появляется план действий и начинается процесс лечения, уровень тревоги, связанный с неопределённостью, снижается. Поэтому очень важен уровень доверия между лечащим врачом-онкологом и пациентом. От того, насколько подробно лечащий врач-онколог объясняет пациенту план противоопухолевой терапии, возможные побочные эффекты лечения и отвечает на его вопросы, зависит психоэмоциональное состояние онкологического пациента.



Однако, может появиться страх, связанный с процессом лечения: страх хирургического вмешательства, первой химиотерапии, нежелательных явлений, периода реабилитации. Вот здесь и необходима помощь специалиста – психолога, потому что психологическое состояние пациента не должно мешать лечению. Длительность лечения рака и непредсказуемый характер онкологического заболевания переводят ощущение неопределенности в хроническое. Это выматывает и лишает человека сил и ресурсов справляться с болезнью.

У пациента нарушается сон, аппетит, тревожные мысли мешают сосредоточиться на чем-то другом. В конечном счете, такое психоэмоциональное состояние напрямую влияет на качество жизни. А главное - влияет на то, как переносится тяжелое противоопухолевое лечение, и на его эффективность. Поэтому своевременное обращение к психологу позволит снизить тревогу по поводу предстоящей терапии, настроиться на химиотерапию, подготовиться к оперативному вмешательству или лучевой терапии.

Кроме этого, консультация с профессиональным психологом поможет разрешить семейные конфликты, выстроить и укрепить здоровые взаимоотношения с членами семьи и близкими родственниками, а также позволит сохранить социальную активность в этот сложный период.

Неопределенность, которая сопровождает онкологический диагноз, вызывает хроническое чувство тревоги за себя и свое здоровье, которое может не отпускать даже после завершения лечения. Страх рецидива, повторения пройденного пути может стать постоянным напоминанием об онкозаболевании, помешать наладить обычную жизнь, вернуться в семью, работу, получать удовольствие от жизни.

Крайне важно позаботиться о себе в данный период!

Помимо физической реабилитации колоссальное значение имеет работа с психологом для устранения психологического и социального дискомфорта.

«Мне нужна психологическая помощь, потому что я:

- чувствую, что я эмоционально не справляюсь;
- испытываю постоянную тревогу и страх;
- боюсь начинать лечение;
- не могу принять изменения своего внешнего вида;
- беспокоюсь, вдруг лечение не поможет;
- не могу общаться с близкими, меня никто не понимает;
- не знаю, как рассказать о диагнозе близким / коллегам / друзьям);
- чувствую, что я - обуза для своих близких;
- боюсь, что болезнь вернется».

Как справиться с этой психологической проблемой при раке? Признайте, что есть ситуации, которые вы контролировать не можете. Отпускайте те вещи, изменить которые вам не под силу. Если ощущение неопределенности висит словно «дамоклов меч» и влияет на вашу повседневную жизнь, незамедлительно обратитесь за помощью и поддержкой к психологу. К специалисту, который поможет вам найти ресурсы для совладания с ситуацией

неопределенности в отношении собственного здоровья.

Расскажите друзьям и своим близким, как вы себя чувствуете и скажите, чем они могут вам помочь.

Следите за уровнем своей информированности. Понимание того, что с вами происходит, и наличие правильной информации может помочь вам понять, чего ожидать. Обращайте внимание на факты, не нагнетайте мысленно ситуацию.

Расслабляйтесь. Используйте дыхательные практики, медитацию, чтобы снимать напряжение и качественно отдыхать.

Краткосрочная работа с психологом позволит вам снизить эмоциональный стресс, нивелировать последствия психологической травмы, связанной с возникновением заболевания, проработать страхи возможных будущих рецидивов. Устранив психоэмоциональный дискомфорт и чувство неопределенности за свое здоровье, психолог вернет вам положительный душевный настрой и спокойствие, что выведет вашу жизнь на качественно новый уровень.

### **3.3 Как правильно выстроить взаимоотношения с болеющим близким?**

***Чем можно помочь близкому человеку в ситуации онкологического заболевания?***

Онкологическое заболевание является серьезным испытанием не только для самого больного, но и для всей его семьи друзей. Зачастую близкие люди страдают не меньше самого больного, что толкает их на реакции, которые являются логичными и понятными, но вместе с тем не только не приносят пользы заболевшему, но и даже наносят ему вред. Ведь мнение дорогих людей и их собственное душевное равновесие имеют большое значение для онкологического больного, а потому настроение близких передается и пациенту, что влияет на его эмоциональное состояние и, как следствие, на состояние его здоровья. Как же вести себя, если у близкого человека обнаружили рак?

Прежде всего, рассмотрим возможные варианты поведения близких, которые являются закономерными, но неконструктивными:

**Жалость.** Безусловно, люди, столкнувшиеся с трудной жизненной ситуацией, нуждаются в сопереживании и поддержке со стороны близких. Однако крайне нежелательно, чтобы сочувствие переходило в жалость. Сочувствуя другому, мы воспринимаем близкого как равного себе человека, который попал в беду. Жалея же человека, мы создаем между ним и собой некий барьер, воспринимаем его как слабого, из-за чего у него возникает ощущение неполноценности и появляются мысли о бесперспективности лечения.

**Чрезмерная опека.** Человек, столкнувшийся с онкологическим заболеванием, нуждается в заботе и внимании близких. Однако и здесь важно соблюдать меру. В том случае, если мы постоянно напоминаем человеку о необходимости приема лекарств, часто осведомляемся о его самочувствии и берем на себя ответственность за его питание, образ жизни и т.д., то тем самым создаем у больного впечатление, что его воспринимают как беспомощного. Кроме этого, чрезмерная забота может спровоцировать появление у онкологического больного чувства вины, ощущения, что забота о нем является обременительной, поскольку ущемляет личные потребности членов семьи.

**Акцентирование внимания на заболевании.** Проблема наличия тяжелого заболевания и необходимости лечения, безусловно, является одной из доминирующих мыслей в сознании больного и его близких, полностью абстрагироваться от которой не представляется возможным и не является необходимым. Однако в том случае, если обсуждениям заболевания уделяется очень

много времени, то онкологическому больному становится сложно переключать внимание на что-то другое, т.е. происходит фиксация на проблеме, что негативно сказывается на эмоциональном состоянии.

**Пессимистичный настрой.** Онкологическое заболевание объективно является тяжёлым недугом и в ряде случаев имеет негативные прогнозы. Однако длительность ремиссий и качество жизни напрямую зависят от эмоционального состояния больного и его мотивации на лечение. Даже в том случае, если в организме пациента быстро происходят деструктивные процессы, важно стремиться к тому, чтобы человек жил максимально полноценной жизнью. Соответственно, если он будет видеть, что его близкие не верят в возможность ремиссии и уверены в скором негативном исходе, то это приведёт к депрессивным мыслям и снижению мотивации на лечение.

**Игнорирование симптомов заболевания и потребностей больного.** Задаваясь вопросом, как вести себя с онкологическим больным, у близких зачастую возникает желание приободрить заболевшего и стимулировать его на активный образ жизни. Эта позиция является конструктивной в том случае, если она имеет определённые пределы. Если же родственник пациента будет избегать разговоров о болезни, стараться не реагировать на его жалобы и ожидать от него действий, которые являются для него недоступными в силу его соматического и психологического состояния, то у больного возникнет чувство обиды – ему может казаться, что близкие не понимают его, преуменьшают значимость его переживаний, что приведёт к ощущению внутреннего одиночества и также укоренит чувство беспомощности.

**Тенденция скрывать свои чувства.** В ряде случаев, родственники и близкие больного раком стремятся скрыть от больного свои переживания и страхи, чтобы не создать у него дополнительную почву для страдания. Однако чуткий человек все равно так или иначе заметит, что родные стараются при нем «бодриться». Соответственно, пациент все равно будет переживать за эмоциональное состояние членов своей семьи, друзей и, что также возможно, увидит за попытками скрыть от него опасения факт негативного прогноза – вероятно, более плохого, чем он является в действительности.

**Как же правильно вести себя с близким человеком, у которого обнаружили онкологическое заболевание? Какие модели поведения родных онкологического больного пойдут ему на пользу?**

**Адекватное отношение к заболеванию.** Для достижения эмоционального комфорта больного и его близких важно осознать, что онкология является серьёзным рецидивирующим заболеванием, которое необходимо взять под врачебный контроль, однако в ряде случаев оно поддается лечению – а значит, состояние здоровья не должно является единственным, чему стоит посвящать свое время и мысли.

**Эмоциональная поддержка и оптимистичный настрой.** Узнав о своем диагнозе, больной испытывает потрясение. Человек, заболевший раком, находится в состоянии стресса, он чувствует страх и неуверенность, отчего становится уязвимым и оказывается подверженным депрессивным мыслям. А потому в такой ситуации он как никогда нуждается в эмоциональном тепле, ощущении нужности и вере близких в то, что лечение имеет смысл.

**Искренность в отношениях.** Принимая решение о том, как вести себя с онкологическим больным, во многих случаях люди стараются скрывать от своих родных страхи и опасения, и это является обеспокоенным. Выше мы отмечали, что пессимистичный настрой и тревога человека передается и другим членам его семьи. Однако искренность – это то, что является неотъемлемой частью

любых близких отношений, а потому все свои негативные мысли скрывать не имеет смысла. Если вы тревожитесь за человека и будущее вашей семьи, это стоит обсуждать – но делать это своевременно, не фиксируясь на негативных ожиданиях.

#### **Проявление внимания и заботы.**

Как мы уже отметили, онкологический пациент нуждается в заботе близких – причем не только эмоциональной, но и физической (куда-то отвезти, что-то купить, приготовить и т.д.), которая, в свою очередь, также является проявлением внимания и заботы. Люди с онкологическим диагнозом зачастую чувствуют сильную слабость, которая препятствует им полноценно удовлетворять свои потребности и порождает новую волну страха и печали. А потому очень важно, чтобы пациент видел, что его окружают люди, которые его любят и которые всегда готовы ему помочь и поддержать.



**Восприятие больного с онкологическим диагнозом как равного себе, полноценного человека.** Выстраивая линию поведения с человеком, у которого обнаружили онкологическое заболевание, важно в любом случае общаться с ним как с полноценным, равным себе. Болеющий человек является ослабленным, но при этом он остается взрослым человеком, способным к самостоятельным действиям и решениям, который в свою очередь способен, как и прежде, в чем-то помогать своим близким. И в ситуации болезни ему важно получать подтверждения того, что к нему относятся так же, как и прежде.

**Поддержание в семье образа жизни, который не сводится только к проблеме болезни.** Возвращаясь к вопросу фиксации на проблеме болезни, отметим то, что для эмоционального баланса всей семьи важно, чтобы каждый из ее членов мог заниматься делами, не имеющими отношения к болезни, и чтобы разговоры в кругу семьи не сводились к одной теме. Важно, чтобы, несмотря на наличие заболевания, человек мог сохранить свои интересы, которые будут помогать ему чувствовать себя полноценным человеком и поддерживать жажду жизни. При этом не менее важно, чтобы близкие тоже занимались тем, что необходимо лично для них – работали, уделяли время своим хобби, строили личную жизнь и т.д. Это поможет абстрагироваться от проблемы заболевания не только близким, но и самому больному, который будет находиться в «здоровой» обстановке.

В любом случае, при рассмотрении вопроса на тему того, как вести себя с онкологическим больным, важно учитывать, что эмоциональное состояние членов семьи и близких непременно будет отражаться на состоянии самого пациента. Тяжелая болезнь занимает важное место в сознании человека, однако не менее важными для него останутся его близкие люди, его семья. Если он будет видеть, что люди, которые находятся рядом с ним, несчастны, то это будет расстраивать его и подрывать его психологические и физические ресурсы.

***Помните о том, что любовь, участие и поддержка близких – это то, что даст больному силы для борьбы с онкологическим заболеванием!***

***Это то, ради чего он будет стремиться жить и стараться победить болезнь!***

## 4. Восстановительная йогатерапия

*Подготовила Матвейчук Татьяна Ивановна, инструктор по йогатерапии и адаптивной физической культуре*

### 4.1 Йогатерапия плоскостопия для людей с опытом жизни онкозаболевания

У людей с опытом жизни онкологического заболевания, профилактика плоскостопия стопы с помощью йогатерапии, является вспомогательной практикой, способствующей улучшению качества жизни.

В любой системе, выполняющей опорные и двигательные функции, должны присутствовать элементы, выполняющие роль амортизаторов, предохраняющие всю систему от неизбежных сотрясений и связанного с этим износом.

В опорно-двигательном аппарате человека есть множество таких систем амортизации:

К примеру, пульпозные ядра межпозвоночных дисков, физиологические изгибы позвоночника, мениски коленных суставов. Важнейшей амортизационной системой являются и наши стопы.

Стопа - очень сложное образование, которое было эволюционно сформировано в результате перехода к прямохождению. Здоровая стопа должна отвечать множеству требований для того, чтобы качественно выполнять свои функции.

Как уже говорилось выше, одна из важнейших функций стоп - амортизирующая.

Скелет стопы, его сложный связочный и мышечный аппарат, пространственная организация сводов обеспечивает гашение сотрясений от прыжков, бега и ходьбы и предохранения от этих сотрясений позвоночника, спинного и головного мозга.

Кроме того, на подошве стопы подкожная жировая ткань с помощью пластинок соединительной ткани подразделяется на мелкие ячейки, каждая из которых действует как маленькая подушка, в результате возникает буфер, равномерно распределяющий давление на всю опорную поверхность.

Опорная функция включает в себя, с одной стороны, функции стабильности (связки, мышцы и сухожилия должны обеспечить устойчивость и стабильность во всех плоскостях при сложно координированных движениях – например, при беге по неровному рельефу). С другой стороны, эффективное выполнение опорных функций возможно только при условии достаточной эластичности: уникальное упорядочение костей стопы, характер их суставного взаимодействия, способность стопы к деформации и скручиванию дает ей возможность оптимально приспосабливаться к рельефу почвы.

Подошва представляет собой своеобразный дисплей, на который спроецированы все системы и органы нашего тела - на этом базируются многие методики массажа и рефлексотерапии. Только подошвенная поверхность стопы имеет более 70000 нервных окончаний. С помощью массажа тех или иных зон стопы, можно инициировать стимуляции определенных органов и тканей, активировать кровоток и обмен веществ. Так, при массаже подошвенных зон почек и мочеточников, усиливается фильтрационная функция капилляров в клубочках почек.

Имеются данные, согласно которым, в 90 % случаев мигрень возникает у женщин, носящих обувь на высоком каблуке и с узкими носами.

Основные отделы опорно-двигательного аппарата также имеют свое «представительство» на поверхности стопы, поэтому в курсе лечения какого-либо

отдела позвоночника или сустава можно применять массаж, связанной с ними рефлекторной зоны.

Стопа, являясь фундаментом всего опорно-двигательного аппарата, может влиять на состояние всей системы: боли в пояснице легче провоцируются у тех пациентов с остеохондрозом, у которых имеется статическая недостаточность стопы в виде плоскостопия. По наблюдениям Я.Ю.Попелянского, приступы поясничных болей могут начинаться после ушибов стопы и при разнашивании тесной обуви.

Плоскостопием называется состояние, при котором в результате нарушений нормального взаимодействия мышечного и костно-суставного аппарата стоп, утрачивается их нормальная конфигурация и уменьшается выраженность продольного и поперечного свода стоп.

Разнообразными функциями стоп определяется их сложное строение. Основной является скелет- 28 костей, взаимодействующих между собой, суставными поверхностями сложной конфигурации.

Большинство костей стопы имеют малую свободу движений относительно друг друга. Однако, в совокупности, эта конструкция и обеспечивает сочетание стабильности и эластичности, подвижности и устойчивости одновременно.

Соединение костей обеспечивается в первую очередь мощным связочным аппаратом, который делает скелет стопы единым целым.

Связующую и двигательную функцию выполняют мышцы и их сухожилия. На самой стопе имеются несколько слоев мышц (обычно выделяют 4), обеспечивающих многие движения, выполняемые стопой и пальцами ног. Не меньшее значение имеют мышцы, которые имеют свое начало на костях голени и бедра, своими сухожилиями они опускаются на стопу и обеспечивают многие важные двигательные акты: например, сгибание и разгибание пальцев и всей стопы, ее супинацию и пронацию, активно участвуют в поддержании равновесия, формировании сложно координированных движений. Таким образом, в работе со стопами огромное значение имеет участие всех мышц нижних конечностей.

Плоскостопие может иметь разные причины. Самым частым вариантом является статическое плоскостопие (многие авторы считают, что его причина-слабость мышечно-связочного корсета стопы). Кроме того, выделяют паралитическую форму (развивается в силу паралича мышц нижних конечностей при заболевании нервной системы), травматическую, врожденную и рахитическую.

При статическом плоскостопии в результате постепенного ослабления мышц, поддерживающих нормальную конституцию стоп, происходит проседание сводов, растяжение связочного аппарата и в конечном итоге, изменение конфигурации суставов. Стартовое ослабление мышц может происходить по разным причинам: отсутствие адекватных нагрузок на мышцы стопы и голени (т.е. ходьба исключительно по ровным поверхностям при отсутствии стимулирующих стопу рельефов), ходьба на высоких каблуках (приводящая к выключению большей части мускулатуры свода), избыточный вес, конституциональная склонность.



Порой приходится наблюдать случаи плоскостопия, быстро развивающиеся в период полового созревания и бурного роста скелета по не совсем понятным причинам и резистентные к самым разным методам лечения. По мнению многих исследователей и специалистов, при статических формах плоскостопия необходимым элементом лечения являются упражнения, преследующие различные цели: укрепление мышечного корсета стоп и голени, поддержание эластичности связочного аппарата, активизация кровообращения, лимфооттока и обмена синовиальной жидкости сустава стопы, стимуляция рефлексогенных зон.

Основой йогатерапевтического алгоритма, позволяющего достигать перечисленных целей, будет практика стоячих асан; детальная отстройка по Айенгару в данном случае обеспечивает воздействие на мышечный связочный и суставной аппарат стоп и голени.

Многие люди со статической формой плоскостопия отмечают улучшение самочувствия после нескольких месяцев регулярной практики стоячих асан. Однако, более специфическим воздействием, будут упражнения, детально прорабатывающие все анатомические структуры стопы и мышцы голени. При статическом плоскостопии, связанном со слабостью мышц стопы, и вторичными изменениями в суставах, данный комплекс следует выполнять регулярно, по возможности, ежедневно.

Это можно делать в рамках общего комплекса, а также отдельно. В практике асан следует большее внимание уделять стоячему блоку с детальной отстройкой положения нижних конечностей. Следует также чередовать сокращения и растяжения передней и задней мышцы голени. Впрочем, именно эти алгоритмы и применяются во многих традициях хатха-йоги; именно поэтому общая сбалансированная практика асан уже сама по себе дает положительный результат.

Однако, йогатерапия может играть роль важного, но не единственного фактора. Существенное значение имеют индивидуально подобранные стельки. В практике приходится наблюдать случаи, когда хирургическая коррекция дает очевидный позитивный результат и улучшение самочувствия пациента. В данном случае все очень индивидуально, но регулярная практика йогатерапии вносит всегда свой вклад в успешное разрешение этой проблемы.

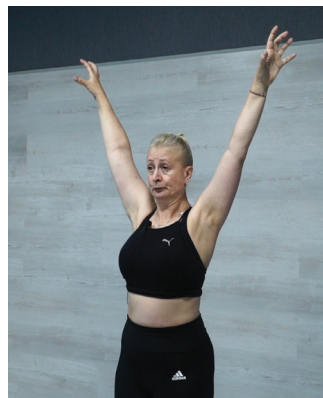
Наиболее часто встречающиеся нарушения стопы:

- плоско-вальгусная стопа
- нарушение в первом плюснефаланговом суставе
- плантарный фасцит и т.д.

## **4.2 Йогатерапия дыхательной системы для людей с опытом жизни онкозаболевания**

Системное воздействие на организм при помощи йогатерапии может достигаться за счет работы с дыханием, которое является универсальным общим знаменателем, связывающим воедино огромное количество процессов в нашем теле. Дыхание можно уподобить волнам, ритмично набегающим на берег и покидающим его; при этом вместе с этими волнами, бумажные кораблики на поверхности воды, движутся и волнообразно меняют свою активность сопредельные системы-кровообращение, тонус нервной системы и скелетной мускулатуры и многое другое. Рисунок нашего дыхания определяет очень многое, и поэтому при построении йогатерапевтических алгоритмов важно обращать внимание на то, каким именно образом работает дыхательная система.

В основе спонтанной работы дыхания лежит деятельность дыхательного центра. Точная топографическая анатомия этого образования до сих пор остается предметом дискуссий. Можно сказать, что по настоящее время нет четкого определения понятия дыхательного центра, и его локализация точно не установлена. Учение о дыхательном центре (ДЦ) зародилось еще во 2 веке нашей эры, когда римский врач Гален ввел в медицинскую научную практику вивисекционные опыты на животных. После отделения головного мозга от спинного Гален наблюдал остановку дыхания и таким образом сделал вывод о местонахождении в головном мозге некоего центра, управляющего дыханием. Несколько упрощая, можно сказать что, под термином «дыхательный центр» понимается совокупность структур, необходимых для формирования периодического дыхания.



Всего выделяют 8 популяций нейронов дыхательного центра, их можно разделить на инспираторные – обеспечивающие вдох и экспираторные-обеспечивающие выдох.

Каждый дыхательный цикл, а точнее-каждый выход выводит  $\text{CO}_2$  в атмосферу, и уровень углекислого газа в крови снижается; нейроны ДЦ утрачивают активность и в деятельности дыхания наступает пауза. Далее вследствие продолжающихся метаболических процессов,  $\text{CO}_2$  опять накапливается, и, достигая определенного порога, возбуждает ДЦ. Последний, в свою очередь возбуждает дыхательную мускулатуру и начинается очередной вдох-выдох, снижающий уровень углекислого газа. Таким образом, уровень газов крови оказывает основные регулирующие влияния на деятельность ДЦ. Изменения дыхания влекут за собой изменения газового состава крови - что в свою очередь меняет активность ДЦ, восстанавливая равновесие внутренней газовой среды. Однако на деятельность ДЦ и нашего дыхания оказывают влияние еще очень многие факторы - к примеру, тонус вегетативной нервной системы. Увеличение мышечной нагрузки или психоэмоциональное возбуждение снижает порог возбудимости нейронов ДЦ. И дыхание учащается.

Таким образом, ДЦ очень чутко приспосабливает процесс дыхания к состоянию организма. Приводя многочисленные системы в соответствие с ситуацией- физиологической и психоэмоциональной нагрузкой, положением тела, газовым составом внешней среды и т.д.

Это обстоятельство приобретает особое значение в контексте йогатерапевтической практики. Йогатерапевтическая практика основана на простых динамических связках, в которых осуществляется переход из одного положения тела в другое и обратно, причем это делается синхронно со вдохом и выдохом.

Отсюда вытекает важнейший принцип терапевтических комплексов йогатерапии; движение должно происходить в ритме естественного дыхания.

ДЦ имеет способность очень тонко и точно подстраиваться под текущее состояние любого организма, в том числе под работу скелетной мускулатуры. В естественном режиме этот процесс происходит гораздо правильнее и точнее.

Для того, чтобы практикующий мог «уловить» ритм естественного, спон-

танного дыхания, следует понять структуру дыхательного цикла, который состоит из 3 фаз:

- 1) Вдох;
- 2) Выдох;
- 3) Пауза после выдоха. Третий элемент - пауза после выдоха - является важнейшим структурным элементом естественного дыхательного цикла, лимитирующим его общую деятельность, в конечном итоге частоту дыхания и объем минутной вентиляции легких.

В соответствии с этим принципом, следует выполнять все динамические алгоритмы. Как правило. На вдохе выполняется прогиб, т.е. разгибание позвоночника и включение соответствующих мышц - выпрямителей позвоночника, а на выдохе - сгибание, округление спины, либо просто расслабление задней поверхности тела. Этот принцип наиболее физиологичен, так как лишь подчеркивает, усиливает естественное участие скелетной мускулатуры в процессе дыхания: каждый раз, когда мы вдыхаем, тонус мышц - выпрямителей позвоночника увеличивается и грудной кифоз чуть уменьшается; на выдохе мышцы спины расслабляются и грудной кифоз увеличивается. Т.е., выполняя разгибание позвоночника на вдохе, и сгибание на выдохе, мы тем самым усугубляем естественные движения грудной клетки, помогая легким работать более эффективно.

По принципу сохранения естественного ритма дыхания, могут выполняться как наиболее простые, общедоступные динамические связки, так и более сложные. Подход во всех этих случаях остается общим: движение идет вслед за дыханием, а ритм выполнения асан задается ДЦ без волевого вмешательства; для этого сохраняется структура дыхательного цикла: вход-выдох-пауза.

В результате такого подхода многие другие внутренние процессы организма: изменение кровообращения отдельных частей и зон тела, сокращение и расслабление мышц, колебания вегетативного тонуса - привязываются к основному биологическому ритму - дыханию, которое сохраняется в оптимальном, наиболее физиологичном режиме работы. Многие колебательные отклонения организма приводят к одному общему знаменателю, с помощью дыхания устанавливаются гармоничные взаимосвязи, оказывается благотворное регулирующее, системное воздействие.

К основополагающему дыханию хатха - йоги относится полное йогическое дыхание (ПЙД). Полное йогическое дыхание (ПЙД) является базовой дыхательной техникой, которую следует осваивать в начале практики; далее на ее основе необходимо строить дальнейшие занятия. ПЙД включает 3 фазы:

- 1) Нижнее (диафрагмальное, или брюшное),
- 2) Срединное (реберное)
- 3) Верхнее (ключичное).

Осваивать эти три этапа лучше последовательно, начиная с нижнего дыхания, по мере освоения одного этапа, переходя к следующему.

Дыхательные практики применяются при следующих видах заболеваний: бронхиальная астма, хроническое заболевание бронхального дерева (ХОБЛ), бронхоэктатическая болезнь, гипертиреоз, гипотиреоз и некоторые виды психосоматических расстройств, бессонница и т.д.

У пациентов с перенесенным онкологическим заболеванием важно помнить о том, что дыхательные практики можно проводить в период устойчивой длительной ремиссии. При этом активизацию дыхания в стиле йогатерапии лучше делать на вдохе, а на выдохе сохранять дыхание на уровне естественного.

#### 4.3 Йогатерапия позвоночника для людей с опытом жизни онкозаболевания

Позвоночный столб - сложное образование, включающее в себя четыре основные составляющие:

1. Скелет позвоночника, состоящий из отдельных структурных элементов - позвонков.

2. Связочный аппарат, фиксирующий позвонки вместе.

3. Суставной аппарат, обеспечивающий подвижность позвонков относительно друг друга и общую совокупную подвижность позвоночника; к данной составляющей относятся межпозвоночные суставы, а также межпозвоночные диски.

4. Мышцы, непосредственно окружающие позвоночный столб, а также те группы мышц, которые не имеют к нему непосредственного отношения, но существенно влияют на его положение (например, мышцы брюшного пресса).

Скелет позвоночника состоит из отдельных фрагментов - позвонков. Все позвонки устроены примерно по одному и тому же принципу. Составными частями позвонков являются тело, дужка и отростки. Тело позвонков напоминает шайбу, а дужка присоединяется к телу, образуя таким образом замкнутое отверстие; в совокупности эти отверстия всех позвонков, располагались друг над другом, образуя позвоночный (и спинномозговой) канал, в котором размещается спинной мозг.

Каждый позвонок имеет семь отростков, присоединяющихся к дужке. Остистый отросток, смежит назад; почти у всех людей можно прощупать остистые отростки седьмого шейного и первого грудного позвонка - обычно они хорошо выступают при наклоненной вперед голове.

Поперечные отростки (их два у каждого позвонка), также крепятся к дужке позвонка, направлены в стороны.

Остистый и поперечные отростки предназначены в основном для фиксации связок и мышц. Кроме того, отростки выступают еще и рычагами - чем длиннее отросток, тем больше сила, прилагаемая мышцей, и тем эффективнее будет движение, направленное на сгибание, разгибание и поворот позвонков относительно друг друга.

Каждый позвонок имеет четыре суставных отростка; они также крепятся к дужке позвонка. Два из них направлены вверх, а два вниз. Каждая пара суставных отростков образует суставы с аналогичной парой отростков соседнего позвонка, образуя таким образом межпозвоночные суставы. Последние обеспечивают подвижность позвонков относительно друг друга, их биомеханически правильное взаимодействие.

Подвижность позвонков ограничена связками: плотными пучками соединительной ткани, основная функция которых - не давать костным элементам отходить друг от друга слишком далеко. Поэтому связки, как правило довольно плохо растягиваются. Растяжимость связочных структур генетически обусловлена - гены и наследственность кодируют белковый состав связок и в зависимости от соотношения разных типов белка (коллагенов и эластина, а также их различных подтипов) связки будут более или менее растяжимы. Коллаген - жесткий и плохо растяжимый белок, его основная функция ограничивать подвижность. Эластин же имеет спиральную структуру, подобную пружине, что позволяет ему растягиваться с большей легкостью. От процентного соотношения этих типов белков зависит врожденная способность связок к растяжению. В целом связочный аппарат предназначен для ограничения

движений, и от его свойств зависит подвижность в межпозвоноковых суставах, а значит - и всего позвоночника.

Тела позвонков меняются от шейного к поясничному отделу, становясь массивнее и толще. Шея человека несет только вес головы - это около шести килограмм, и тела позвонков шейного отдела рассчитаны именно на такую нагрузку с некоторым запасом прочности; поэтому они довольно тонкие и невысокие, а первый шейный позвонок почти не имеет тела и представляет собой подобие кольца.

Грудной отдел позвоночника уже несет на себе вес головы, шеи, плечевого пояса и рук, поэтому тела грудных позвонков гораздо массивнее и толще. Самая же большая нагрузка ложится на поясничный отдел, и там тела позвонков имеют максимальную высоту.

Таким образом, высота тел позвонков минимальна в шейном и максимальна в поясничном отделе.

Весь позвоночник выполняет защитную функцию - в нем, как в костном футляре, заключен спинной мозг. Шейный отдел позвоночника, кроме спинного мозга, выполняет защитную функцию по отношению к крупным артериальным стволам, питающим головной мозг.

В каналах межпозвоноковых артерий располагаются также и вены, по которым осуществляется отток крови из полости черепа. Сдавливание позвоночных вен межпозвоноковой грыжей или вследствие смещения позвонков приводит к нарушению венозного оттока из полости черепа, застою крови в сосудистой системе мозга и рефлекторному снижению артериального притока. Все это также ведет к нарушению кровоснабжения мозга.

Среди практиков хатха - йоги бытует мнение, что однообразные манипуляции с шейным отделом могут влиять на кровоток в артериальных и венозных сосудах шеи, а следовательно, и на процессы кровоснабжения головного мозга.

При патологии шейного отдела, сопровождающейся нарушением кровотока по артериальным и венозным сосудам, следует строить практику йогатерапии, ориентированную на устранение имеющихся проблем; здесь большое значение будут иметь мягкие не повреждающие движения, укрепление мышечного корсета шеи и вытяжения.

В анатомии различают несколько плоскостей тела, которые служат определенными ориентирами. Фронтальная плоскость делит тело на переднюю и заднюю половины; если тело человека повернуто к нам фронтальной плоскостью, то при этом мы видим заднюю и переднюю поверхность тела. Сагиттальная плоскость делит тело на правую и левую половины; если тело

человека повернуть к зрителю сагиттальной плоскостью - это значит, что тело будет обращено к нему боковой поверхностью.

Позвоночный столб может иметь изгибы как в сагиттальной так и во фронтальных плоскостях. Во фронтальной плоскости здоровый позвоночник изгибов не имеет; если же они появляются, то может идти речь о сколиотической осанке и об истинном сколиозе. В сагиттальной же плоскости



здоровый позвоночник должен иметь изгибы и эти изгибы называются физиологическими изгибами позвоночника.

Среди физиологических изгибов выделяют лордозы и кифозы. Лордоз - это изгиб выпуклостью вперед, а кифозы - выпуклостью назад.

В норме позвоночный столб имеет несколько изгибов в сагиттальной плоскости: лордоз в шейном и поясничном отделах и кифоз в грудном и крестцовом. Крестцовый кифоз действительно существует - крестец имеет изгиб выпуклостью назад; но поскольку крестец представляет собой монолитную кость, мы не можем влиять на степень крестцового кифоза. Другие же физиологические изгибы зависят от степени подвижности между позвонками. От соотношений тонуса мышц позвоночника, мышц плечевого и тазового пояса - и следовательно, мы можем влиять на эти изгибы методами йогатерапии.

Одна из основных функций физиологических изгибов - это амортизация сотрясений, возникающих при ходьбе, прыжках, беге и прочих движениях. Благодаря кифозам и лордозам позвоночник из прямого, адинамичного столба превращается в некое подобие пружины, способной гасить избыточные двигательные воздействия, не передавая их на череп и головной мозг, нивелируя чрезмерные двигательные воздействия в самом позвоночнике.

Кроме того, изгибы позвоночника способствуют оптимальному поддержанию равновесия и сохранению центра тяжести, что является актуальной задачей. Маленькая площадь опоры, длинная вертикаль тела, высоко расположенный центр тяжести и тяжелый по отношению к общей массе тела головной мозг - все это делает биомеханическую конструкцию человеческого тела довольно неустойчивым образованием.

Йогатерапия нарушений осанки сагиттальной полости предполагает восстановление нормальных соотношений тонуса различных мышечных групп, влияющих на физиологические изгибы позвоночника. Как правило, одни группы мышц могут быть расслаблены и перерастянуты - и в этом случае их нужно укреплять, а другие мышцы бывают укорочены и перенапряжены - их следует растягивать. Укрепление мышц обычно выполняется путем использования динамических и статических элементов.

Нарушение нормальной геометрии опорно-двигательного аппарата следует разделить на две большие группы: функциональные и структурные нарушения. Функциональные изменения подразумевают изменения в мышечной системе, ненормальное распределение тонуса мышц, но без изменения структуры скелета. Такие изменения хорошо поддаются лечению методами йогатерапии. Структурные изменения подразумевают изменения не только мышечного, но и связочного, а самое главное - костного и суставного аппарата: изменения на уровне скелета являются гораздо более стойкими, применение йогатерапии здесь имеет более скромные результаты, и для их получения требуется значительно больше усилий.

Деление нарушений на функциональные и структурные справедливо для различных заболеваний опорно-двигательного аппарата: плоскостопие, нару-



шение осанки, сколиотических искривлений.

Возникновение функциональных отклонений всегда приводит к тому, что в связочном, суставном и костном аппарате меняется правильное, исходное распределение сил тяжести, меняется давление в разных отделах межпозвонковых дисков, деформируются суставы, перерастягиваются связки. Со временем происходит деформация костных структур, и функциональные нарушения переходят в структурные. Поэтому важно начинать коррекцию функциональных отклонений с помощью методов йогатерапии как можно раньше.

Существенную роль в йогатерапии заболеваний позвоночника (в первую очередь межпозвонковых грыж) играют тракционные техники. Под термином «тракция» понимают процесс растяжения, или приложения к позвоночному столбу (либо к отдельно взятому сегменту опорно-двигательного аппарата) двух сил, действующих в противоположных направлениях. Такими силами могут быть: сила тяжести тела, мышечная сила самого пациента или внешняя сила (воздействие грузов или ассистента). В результате тракционного воздействия снижается давление в межпозвонковых дисках, увеличивается диаметр межпозвонковых отверстий, в которых проходят нервные корешки, растягиваются мышцы и связки позвоночного столба.

Компьютерно - томографический контроль показал, что у половины подвергшихся тракциям грыжевое выпячивание уменьшалось в два, два с половиной раза, уменьшался отек корешка. Можно выделить три механизма влияния тракционных воздействий. Первый - механический; этот вариант лучше других изучен и подтвержден экспериментально. Растяжение позвоночного сегмента увеличивает расстояние между телами позвонков, снижает внутри дисковое давление, способствует втягиванию части пульпозного ядра; увеличивается высота межпозвонкового пространства и диаметр межпозвонкового отверстия - а это, в свою очередь снижает давление на нервный корешок. Второй механизм - рефлекторный - основан на том, что растяжение действует на рецепторы диска, связок, мышц и суставов, что во многом определяет эффект тракции. Третий механизм - подразумевает воздействие на межпозвонковые суставы. Таким образом при выполнении тракционных техник, клиническое улучшение может быть обусловлено механическим растягивающим воздействием на структуры позвоночника, реализацией рефлекторных влияний на рецепторы мышц и связок, а также за счет улучшения состояния межпозвонковых суставов.

В современной вертебрологии тракции зачастую выполняются с помощью специальных приспособлений - тракционных столов, подвесов, в воде в специальных ваннах и тд. Йогатерапия ориентирована на то, чтобы человек помогал себе сам, применяя минимум специальных средств. Поэтому йогатерапевтические техники могут быть выполнены каждым человеком в обычных домашних условиях.

Сила тракции нуждается в тщательном и аккуратном дозировании. Аккуратность и осмотрительность необходима в связи с тем, что тракции могут приводить и к негативным результатам. Чрезмерное по силе воздействие (например, вис на турнике, в результате чего на позвоночник «вешается» сразу чрезмерно большой вес) может приводить к ответному рефлекторному спазму паравerteбральных мышц, усилению компрессии корешка и болей. Поэтому нормальные тракционные воздействия целесообразно выполнять в самом конце йогатерапевтического комплекса. Избежать негативных результатов поможет постепенное введение тракционных техник и мягкое наращи-

вание нагрузки. И, разумеется, важным аспектом здесь будет учет существующих индивидуальных противопоказаний.

#### **4.4 Йогатерапия остеопороза для людей с опытом жизни онкологического заболевания**

Остеопороз (ОП) - системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани и повышенной хрупкости костей, что приводит к возникновению переломов при незначительных воздействиях. Патологический перелом (низкоэнергетический) - перелом кости, возникающий в результате незначительного воздействия, при котором нормальная костная ткань осталась бы целой. Причинами патологических переломов являются внутренние деструктивные процессы костной ткани - опухолевые процессы, а также ОП. Чаще всего при ОП возникают компрессионные переломы позвонков, переломы шейки бедра, а также переломы определенных участков костей предплечья и плечевой кости.

##### ***Причины ОП***

Причины ОП весьма многообразны, в соответствии с которыми выделяют первичный ОП (постменопаузальный, сенильный (старческий), ювенильный и идиопатический), а также вторичный ОП (связанный различными эндокринными, лекарственными, метаболическими, токсическими и другими причинами). Около 85 процентов всех случаев заболеваний относится к первичному ОП, преимущественно постменопаузальному. К причинам вторичного ОП относятся :

- длительный пероральный прием глюкокортикоидов (ГК) ;
- гипогонадизм (снижение или отсутствие функций половых желез у мужчин и женщин) ;
- тиреотоксикоз и длительный прием высоких доз тиреоидных гормонов;
- хроническая почечная недостаточность;
- ревматоидный артрит и болезнь Бехтерева;
- патология пищеварительного тракта, приводящая к нарушениям усвоения кальция;
- различные заболевания крови;
- генетические нарушения;
- многие другие.

##### ***Диагностика ОП***

Основной диагностикой ОП является ДРА (двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрическая)

- **денситометрия.** При выполнении ДРА - обычно исследуется поясничный отдел позвоночника и верхние отделы бедренной кости. Данные исследования позволяют дифференцировать начальные стадии (остеопения) и более тяжелые стадии ОП, снижение массы костной ткани; интерпретация результатов проводится согласно критериям ВОЗ. Кроме ДРА - денситометрии, при подозрении на ОП используется рентгенологические и лабораторные исследования. Дифференцировку с заболеваниями, имеющими схожую картину, постановку диагноза и определение последующей тактики осуществляет врач.

##### ***Симптомы ОП***

ОП не имеет собственных клинических проявлений, кроме симптоматики уже состоявшихся переломов. Поэтому для своевременного начала профилактики и лечения ОП важным является знание и оценка факторов риска. К факторам риска ОП относят прием ГК более трех месяцев, курение, злоупо-

требление алкоголем, возраст старше 65 лет, женский пол, переломы в анамнезе, наследственность и другое. Отдельно стоит упомянуть такой фактор риска, как дефицит массы тела. Индекс массы тела менее 20 или вес меньше 57 килограмм увеличивает риск ОП. Еще один серьезный фактор риска - низкая физическая активность. Существует связь между физической нагрузкой и более высокой плотностью костной ткани в юношеском возрасте. Отсутствие постоянной физической нагрузки может приводить к потере костной ткани. Ряд мета-анализов показал, что спортсмены имеют на 25 процентов более высокую минеральную плотность костей, чем люди с обычной физической активностью, а последние - на 30 процентов выше, чем люди с низкой физической активностью. Минимальная частота физических упражнений, влияющая на минеральную плотность кости в постменопаузе, соответствует двум занятиям в неделю.

### ***Физические упражнения при ОП***

В современной научной литературе рассматривается три основных вида физических упражнений, потенциально полезных при ОП :

- упражнения с нагрузкой весом тела ;
- упражнения с сопротивлением ;
- упражнения на равновесие.

Упражнения с нагрузкой весом тела при передвижении (например, ходьба, игровые виды спорта и др) характеризуются тем, что выполняются из положения стоя и преследуют цель воздействовать на отделы скелета, наиболее подверженные ОП - позвоночник и верхнюю часть бедра. Данные упражнения способны увеличивать минеральную плотность костей на 1 процент в год. Упражнения с нагрузкой весом тела более эффективны в отношении ОП, чем упражнения на выносливость; при этом важно отметить, что бег на длинные дистанции нежелателен, а упражнения при которых обе ноги одновременно отрываются от пола (прыжки), противопоказаны.

Ходьба в отношении позвоночника и бедренной кости более эффективна по сравнению с обычной физической активностью. Занятия ходьбой должны быть регулярными, не менее 4 часов в неделю, оптимальная дистанция около 12 км в неделю, равномерно делится на три, четыре раза. Силовые упражнения с сопротивлением (плавание, занятия на тренажерах, с эластичными лентами и т.п.) способствуют увеличению минеральной плотности кости (МПК) позвоночника и замедлению потери МПК в бедре.

Третьим направлением физической активности, являются упражнения на баланс и координацию движений, которые должны снижать риск падений, хотя и не оказывают определенного влияния на МПК.

Хатха-йога, имея в своем арсенале все перечисленные направления, может выступать в роли эффективной системы упражнений при ОП. Десятилетнее исследование с участием 774 волонтеров показало, что регулярность занятий йогой увеличивает МПК. Практика йоги с нагрузкой весом тела 3 раза в неделю в течение 3 месяцев достоверно снижает скорость резорбции костной ткани у женщин постменопаузального возраста, имеющих остеопению или ОП, по сравнению с контролем.

30 женщин 45-60 лет, страдающих постменопаузальным ОП в течение 6 месяцев выполняли программу занятий йогой, включавшую асаны, как с использованием, так и без использования собственного веса. В результате было зарегистрировано улучшение результатов ДРА - денситометрии.

В йогатерапии не следует применять один и тот же подход ко всем пациентам, а подходить к построению практики индивидуально. С одной стороны,

пожилым людям, страдающим ОП, показаны программы упражнений, включающие упражнения на сопротивление и тренировку баланса; с другой стороны - противопоказаны движения в крайней амплитуде на сгибания, разгибания и ротацию позвоночника, а также амплитудное наружное и внутреннее вращение бедра. Предпочтительны движения со средней амплитудой в положении стоя и лежа на полу. При этом неправильно подобранные упражнения могут иметь негативные последствия. Таким образом, основными направлениями практики йогатерапии при диагностированном ОП могут быть:

- стоячие асаны (в которых имеет место нагрузка веса тела на позвоночный столб и бедро). Регулярная практика основных стоячих асан, согласно научным данным, будет способствовать восстановлению МПК. Стоячий баланс на одной ноге следует исключить из практики.
- асаны на укрепление мышц - разгибатели позвоночника, а также на все основные мышечные группы, в статическом и динамическом режимах, применяемые в средних амплитудах.
- техники на равновесие и координацию движения: динамические упражнения на стопы в положении стоя, ходьба по кирпичам, сложные координационные задачи.

#### ***Противопоказания к йогатерапии при ОП***

При диагностированном ОП (особенно тяжелой степени) следует исключить из практики:

- балансы на одной ноге.
- крайние положения позвоночного столба: интенсивные сгибания и разгибания позвоночника, глубокие прогибы, скручивания с участием рычага рук.
- крайние положения тазобедренных суставов: шпагаты, полушпагаты с приложением внешнего усилия.
- прыжки, отбросы и пробросы ног.
- осевые нагрузки на шейный отдел позвоночника (березка).
- при тяжелых степенях ОП следует остерегаться осевых нагрузок на одну руку (планка на одной руке) и возможно, на обе руки (стойка на руках).

Перечисленные ограничения становятся тем актуальнее, чем глубже степень ОП. Согласно критериям ВОЗ, к тяжелой степени ОП относятся случаи, в которых Т-критерий равен минус 2.5 и ниже по данным ДРА - денситометрии и имеются переломы в анамнезе. Однако и более легкие степени ОП нуждаются во внимательном подходе к построению практики йогатерапии с учетом вышеперечисленных противопоказаний.

#### **4.5. Комплекс упражнений по восстановительной йогатерапии**

**Подготовлен и размещен:**

**на сайте Благотворительного Фонда «Содействие»** <https://sodeistvieorel.ru/>  
**на канале youtube - Благотворительный Фонд Содействие**  
[https://www.youtube.com/channel/UCeJyocfKkVm\\_yKpKk7qCaTA](https://www.youtube.com/channel/UCeJyocfKkVm_yKpKk7qCaTA)





**Благотворительный Фонд помощи людям  
с онкологическими заболеваниями и их семьям  
«Содействие»**

*Адрес: г.Орел, ул. Ленина 39а, офис 402*

*Телефон информационной поддержки: 8 920 812 57 85*

*Электронный адрес: [sodeistvie\\_orel@mail.ru](mailto:sodeistvie_orel@mail.ru)*

*Сайт: <https://sodeistvieorel.ru/>*

*Группа ВК: <http://m.vk.com/club71602547>*

*Телеграмм: [https://t.me/BF\\_Sodeistvie\\_Orel](https://t.me/BF_Sodeistvie_Orel)*

*Youtube: Благотворительный Фонд Содействие*

*[https://www.youtube.com/channel/UCeJocyfKKvM\\_уKpkK7qCaTA](https://www.youtube.com/channel/UCeJocyfKKvM_уKpkK7qCaTA)*

