

УДК 615.825:616.858

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Ольга АГАФОНОВА, Олег БІЛЯНСЬКИЙ, Світлана ЄФІМОВА

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. У статті розглянуто причини виникнення, стадії та основні ознаки хвороби Паркінсона. Описано вплив фізичних вправ, фізіотерапії та масажу на осіб при хворобі Паркінсона. Подано практичні вказівки до занять лікувальною фізичною культурою (ЛФК) для хворих на паркінсонізм, а також рекомендації щодо самообслуговування та тренування ходьби.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, фізичні вправи, фізіотерапія, масаж.

ОСОБЕННОСТИ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНАОльга АГАФОНОВА, Олег БИЛЯНСКИЙ,
Светлана ЕФИМОВА*Львовский государственный университет
физической культуры*

Аннотация. В статье рассмотрено причины возникновения, стадии и основные признаки болезни Паркинсона. Описано влияние физических упражнений, физиотерапии и массажа на пациентов при болезни Паркинсона. Изложено практические указания к занятиям лечебной физической культурой для больных на паркинсонизм, а также рекомендации по самообслуживанию и тренировки ходьбы.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, физические упражнения, физиотерапия, массаж.

PECULIARITIES
OF PHYSICAL REHABILITATION
IN PARKINSON'S DISEASEOlga AGAFONOVA, Oleg BILYANSKY, Y,
Svitlana YEFIMOVA*Lviv State University of Physical Culture*

Abstract. The causes, stages and main features of Parkinson's disease are being revealed in this article. The influence of physical exercises, physical therapy and massage upon the people with Parkinson's disease is being depicted. Guides for remedial gymnastics for patients with Parkinson's, as well as recommendations for self-training and walking have been enlisted.

Key words: Parkinson's disease, physical exercise, physical therapy, massage.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Хвороба Паркінсона – це одне із найпоширеніших нейродегенеративних захворювань нервової системи, яке займає друге місце після хвороби Альцгеймера. У світі налічують понад 4 млн хворих. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, на 01.01.2013 року в Україні зареєстровано 23 874 хворих на хворобу Паркінсона, що становить 63,47 осіб на 100 тис. населення. Кожного року від 2300 до 2500 людей вперше хворіють на цю недугу [10].

Хвороба залишається “загадковою” з моменту її описання 1817 р. Дж. Паркінсоном стосовно етіології безпосередніх чинників чи чинників ризику. Серед останніх очевидним є вік хворих (більше 50-ти років), хоча трапляються окремі випадки у віці від 20 до 40 років [1].

Більшість проблем у хворих на паркінсонізм пов’язані з початком руху, змінами його напрямку, зміною положення тіла та необхідністю зміни темпу руху [2].

Порушення ходьби (повільні дрібні кроки) із ускладненим старт-рефлексом, з послабленням чи відсутністю рухів одної чи обох рук трапляються при всіх видах паркінсонізму, але вони більш виражені в старших вікових групах [4].

Формування правильного рухового стереотипу в осіб з хворобою Паркінсона є одним з основних завдань лікування. Тому в цьому аспекті фізична реабілітація сприяє компенсації втрачених функцій і поліпшенню загального стану опорно-рухового апарату хворих.

На сьогодні продовжують досліджувати хворобу Паркінсона, проте підбір і адекватне використання засобів фізичної реабілітації не є до кінця вивченими.

Мета дослідження: визначити особливості застосування фізичної реабілітації для осіб з хворобою Паркінсона.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних джерел.

Виклад основного матеріалу. За основу патогенезу хвороби Паркінсона взято постулову втрату особами старшого віку підкіркових дофамінергічних нейронів у ділянці базальних гангліїв головного мозку. Втрата цих клітин призводить до зменшення вмісту нейромедіатора дофаміну та до різних порушень регуляції тонуусу і характеру рухів скелетної мускулатури. Причиною загибелі клітин можуть стати вікова дегенерація, ішемія або запальні захворювання головного мозку [3, 5].

Специфічні ознаки хвороби – тремор спокою, зміна мовлення, утруднення, пов'язані зі зміною положення тіла в ліжку, відсутність розмахування руками під час ходьби. Зазвичай тремтіння (тремор) з'являється в стані спокою і припиняється під час цілеспрямованого руху, наприклад, якщо простягнути руку, щоб щось узяти. Назва третього симптому «брадикінезія» походить від грецьких слів «браді» (повільний) та «кінезіс» (рух). Утруднення можуть спричинити маніпуляції, які потребують точних рухів, наприклад, застібання гудзиків або процес писання. Неврологи виявили також, що в усіх хворих приблизно однаковий набір рухових порушень, а от супутні проблеми в кожній статі свої. Жінки частіше скаржаться на біль і депресію. Для чоловіків характерні порушення сечовипускання, закрепи, запаморочення й падіння артеріального тиску [4].

Дослідник Е.І. Кандель запропонував вдалу класифікацію стадій паркінсонізму, в якій визначення тяжкості захворювання засноване на оцінюванні поширеності рухових порушень і функціональних можливостей рухової сфери хворого загалом. Він виокремив чотири стадії паркінсонізму, перша з яких характеризується мінімальними порушеннями рухових можливостей хворого при локалізації рухових порушень переважно в одній кінцівці; четверта стадія проявляється вираженою паркінсонічною знерухомленістю, при якій хворий практично позбавлений можливості самостійно рухатися. Друга і третя стадії займають проміжне становище за поширеністю рухового дефекту (друга стадія – це стадія геміпаркінсонізму; третя стадія характеризується вже двобічною симптоматикою), так і за ступенем вираженості зниження функціональних можливостей моторики.

Сучасні дослідники зазначають про незначне переважання серед хворих паркінсонізмом чоловіків над жінками. За Г. Геновим, результати епідеміологічних досліджень свідчать про більш високу захворюваність паркінсонізмом (майже в 4 рази) осіб, що займаються фізичною працею (79,9 %), порівняно з контингентом людей, не пов'язаних з фізичною працею (20,1%) [2].

Специфічні рухові порушення при паркінсонізмі з неоднаковим ступенем проявляються в різних ланках моторної експресії у того самого хворого. Такі складні психомоторні функції, як мімічна експресія, мова, хода тощо, відчувають на собі вплив з боку всіх трьох типів порушень моторики. Всі рухи порушуються не тільки через гіпокінезію, а й у зв'язку з ригідністю і тремтінням. При цьому тремтіння, гіпокінезія і ригідність різко розрізняються клінічними проявами, патогенезом і тим, як кожен з цих симптомів пов'язаний з психомоторною дезорганізацією. За основу всіх кардинальних симптомів паркінсонізму взято патологічний процес на церебральному рівні [4].

На ранніх етапах захворювання нерідко виявляється тенденція до різної локалізації тремтіння (переважно дистальні відділи) і ригідності (переважно проксимальні відділи) у руках. У міру наростання ступеня тяжкості захворювання ці відмінності поступово зменшуються [2].

При паркінсонізмі мімічні порушення певною мірою спостерігають майже у всіх хворих. Ступінь мімічних порушень залежить здебільшого від вираженості гіпокінезії, характеру емоційних порушень і швидкості прогресування захворювання. Прогресувальне збіднення міміки призводить до характерного “застиглого” виразу обличчя [3, 9].

Вегетативні розлади трапляються часто, проте рідко є небезпечними, хоча можуть ускладнювати життя хворим.

До вегетативних розладів належать такі:

- гіперсалівація;
- ортостатична гіпотензія;

- закрепи;
- розлади сечовипускання;
- підвищена пітливість [7, 8].

На думку деяких дослідників, зниження пам'яті при хворобі Паркінсона відбувається внаслідок порушення регуляції розумової діяльності. Хворі відчувають труднощі при виборі оптимальної стратегії запам'ятовування. Порушується також переключення уваги при одночасному виконанні декількох когнітивних завдань. Це призводить до недостатнього оброблення інформації на етапах запам'ятовування і відтворення. У деяких випадках допомога при заучуванні сприяє поліпшенню пам'яті [7, 9]. Проте іноді така допомога не дає позитивного результату. Зазвичай це простежують у хворих похилого віку, у яких порушення пам'яті поєднується з іншими когнітивними порушеннями (найчастіше з розладами зорово-просторового гнозису і праксису, симптомами патології лобових часток), формуючи картину деменції (приблизно у 20% пацієнтів з хворобою Паркінсона) [5].

Здатність безпечно самостійно ходити залежить від постави, рівноваги і координації рухів на початку ходьби і при зупинці. Американська асоціація хворих на паркінсонізм пропонує такі практичні вказівки:

При ході або стоянні ступні мають бути розставлені на 25 см одна від одної, а ноги не повинні перехрещуватись. Ступні треба намагатись піднімати щонайвище, щоби запобігти човганню по землі та уникнути спотикання. При ході також потрібно інтенсивно махати руками. Пацієнт повинен дивитись вперед, а не під ноги. Слід робити ширші кроки. При повороті пацієнт повинен заздалегідь передбачити виконання широкої дуги, причому він має завжди йти тільки вперед і не перехрещувати ноги. Якщо пацієнт усвідомлює, що він іде вперед або назад занадто швидко, то треба зупинитись. Знову розпочати ходу можна широкими кроками, високо піднімаючи ноги. Під час ходи не варто розмовляти, бо це відволікає пацієнта і не дає змоги йому зосередитись на правильному виконанні ходи.

При тренуванні ходи можна допомагати собі, голосно рахуючи в такт крокам, марширувати під музику, перевіряти правильність постави перед дзеркалом, переступати через низькі предмети, розкладені на підлозі, тримати щось у руках (наприклад, скручені в рулон журнали, тягарці), щоби створити ефект маятника при помаху рук. За допомогою твердого, зручного взуття можна забезпечити більшу стійкість, а також полегшити незручність, спричинену скутістю гомілковостопного суглоба і молоткоподібних пальців.

Для ліпшого самообслуговування можна переробити одяг під защіпки-“липучки” і блискавки, користуватись підвищеними сидіннями на унітаз, поруччям і великими ручками. Слід уникати тривалого сидіння або лежання.

Щоби протидіяти мовній дизартрії варто виконувати вправи з глибокого, ритмічного дихання, тренувати артикуляцію під наглядом ортопеда, яким можна також проконсультуватись щодо слинотечі та дисфагії [6].

Регулярне реабілітаційне втручання сповільнює прогресування захворювання. Тому відразу після встановлення діагнозу потрібні фізичні вправи, працетерапія та дієта. Головна мета фізичного лікування за хвороби Паркінсона — це розслаблення м'язів і суглобів, зменшення атрофії м'язів, спричиненої порушенням рухливості. За допомогою вправ треба розтягнути вкорочені м'язи й збільшити рухливість суглобів, поліпшити координацію рухів, поставу, а також збільшити крок під час ходьби. До того ж фізична реабілітація поліпшує дихання, посилює голос і робить мовлення виразнішим. Вправи мають охоплювати всі м'язові групи й рухи у всіх суглобах для забезпечення максимального обсягу рухів. Кожне із занять тренує певну групу м'язів, але більшу частину цих вправ має бути спрямовано на тренування тих рухів, які допомагають перебороти спричинені хворобою порушення рухової активності. Будь-які рухові вправи легше виконувати в умовах ритмічного режиму, звичного або приємного для хворого, для одного – це ритмічні мелодії, для іншого – це простий рахунок або вголос, або «подумки».

При хворобі Паркінсона потрібно робити масаж, оскільки хворий втрачає здатність вільно рухатися. Масаж сприяє відновленню м'язової рухливості, але особливо важливо саме

те, що він позитивно впливає на ЦНС. При паркінсонізмі масаж бажано робити щодня або принаймні через день. У комплексній терапії це дає прекрасний результат [7].

Підсумовуючи можна стверджувати, що під час занять ЛФК хворим на паркінсонізм слід дотримуватися таких принципів:

- починати заняття ЛФК слід у повільному темпі в безпечних і комфортних умовах, поступово збільшуючи кількість вправ і темп їх виконання;
- вибирати слід комплекс вправ, який пристосований до індивідуальних особливостей і ступеня моторного дефекту конкретного пацієнта;
- якщо вправа, яка раніше легко виконувалася заподіює біль, то не слід її виконувати до консультації з лікарем;
- при поворотах ліпше широко розставляти ноги, щоб забезпечити широку площу опори і запобігти падінню;
- при поворотах слід використовувати невеликі кроки з широко розставленими ногами, при цьому ноги не повинні перетинати площину руху один одного. Для вироблення навички кілька разів на день протягом 15–20 хв виконують в домашніх умовах рух з поворотами;
- з метою тренування у подоланні вузьких проходів рекомендують використовувати в домашніх умовах кути кімнат або вузькі проходи;
- тренування рівноваги проводять сидячи, а потім стоячи (в безпечних умовах), здійснюючи швидкі переміщення тіла в різні сторони;
- якщо складно зробити крок або є відчуття “прилипання ноги до підлоги”, можна поставити ногу на пальці, що дасть змогу зменшити м’язову напругу і допоможе розпочати рух;
- перед початком руху рекомендують помахати розслабленими руками вперед, назад і в сторони, що дозволить зняти або зменшити напругу і полегшить початок руху;
- якщо вставання зі стільця ускладнено, слід постаратися здійснити його швидко. Сідати на стілець рекомендується повільно, нахиливши тіло вперед.

Висновки:

1. Фізична реабілітація при хворобі Паркінсона повинна бути комплексною з особливим акцентом на ЛФК і масаж, а також обов’язковим врахуванням віку пацієнта, його загального фізичного стану, наявності супутніх захворювань та стадії хвороби.
2. Рухові вправи під час занять ЛФК доречно виконувати під ритмічну мелодію або простий рахунок вголос, чи “подумки”. Особливо важливою є координація рухів пацієнта на початку ходьби і при зупинці. Метою фізичної реабілітації є також поліпшення дихання та сприяння більшій виразності мовлення.

Список літератури

1. *Артемьев Д. В.* Современный подход к лечению начальных стадий болезни Паркинсона / Д. В. Артемьев // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – №1 1. – С. 55
2. *Голубев В. Л.* Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма / В. Л. Голубев, Я. И. Левин, А. М. Вейн. – М. : Медпресс, 2000. – 416 с.
3. *Зенков Л. Р.* Функциональная диагностика нервных болезней / Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин. – М. : Медицина, 1991. – 640 с.
4. *Каменецкий В. К.* Паркинсонизм / В. К. Каменецкий. – 2-е изд. – Спб. : Питер, 2001. – 416 с.
5. *Нодель М. Р.* Болезнь Паркинсона : от исследований к клинической практике. 9-й Международный форум по болезни Паркинсона 30 апреля 2010, Мюнхен, Германия / М. Р. Нодель // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 2. – С. 60–62.
6. *Окамото Г.* Основи фізичної реабілітації / Гері Окамото ; пер. з англ. – Л. : Галицька видавнича спілка, 2002. – 294 с.
7. *Садеков Р. А.* Вегетативные нарушения при болезни Паркинсона : краткое сообщение / Садеков Р. А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1996. – Т. 96, № 3. – С. 104–105.

8. Труфанов Е. А. Клинические соотношения между наличием вегетативных расстройств и тяжестью заболевания у больных болезнью Паркинсона / Е. А. Труфанов, О. Н. Суховерская // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. – 2011. – Т. 10, № 2. – С. 57–61.

9. Шестопалова Л. Ф. Особливості порушень когнітивних функцій та особливості при хворобі Паркінсона / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевников // Укр. вісник психоневрології. – 2011. – Том 19, №3. – С. 24 – 27.

10. [Електронний ресурс] Режим доступу: www.bsmu.edu.ua/uk/news/digest/1139-hvoro-va-parkinsona-likuvanja/mdovidka.com

Стаття надійшла до редколегії 14.03.2014

Прийнята до друку 20.05.2014

Підписана до друку 31.03.2014