

УДК 615.825:616.825

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА ВІДПОВІДНО ДО СТАДІЇ ТА ФОРМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Наталія ВОЛЬЄВА

*Хмельницький національний університет, м. Хмельницький, Україна,
email: natalya.voleva@gmail.com*

Анотація. На базі Львівської обласної клінічної лікарні у відділенні екстрапірамідних захворювань проведено аналіз історій хвороб пацієнтів із хворобою Паркінсона з метою визначення панівних стадій та форм захворювання. Здійснено підбір інформативних методів обстеження таких пацієнтів з врахуванням їх віку, стадії та клінічної форми хвороби. Визначено умови для проведення обстежень пацієнтів для отримання більш точних результатів.

Ключові слова: похилий вік, хвороба Паркінсона, реабілітаційне обстеження, рухові порушення.

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ
ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ
И ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Наталья ВОЛЬЄВА

*Хмельницький національний університет,
г. Хмельницький, Україна,
email: natalya.voleva@gmail.com*

Анотація. На базе Львовской обласной клинической больницы в отделении экстрапирамидных заболеваний проведен анализ историй болезни пациентов с болезнью Паркинсона с целью определения преобладающих стадий и форм заболевания. Осуществлен подбор информативных методов обследования таких пациентов с учетом их возраста, стадии и клинической формы болезни. Определены условия для проведения обследований пациентов и получения более точных результатов.

Ключевые слова: пожилой возраст, болезнь Паркинсона, реабилитационное обследование, двигательные нарушения.

**APPLICATION
OF REHABILITATION SURVEY
OF OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S
DISEASE DEPENDING ON THE STAGE
AND FORM OF THE DISEASE**

Nataliya VOLYEVA

*Khmelnytsky National University,
Khmelnytsky, Ukraine,
email: natalya.voleva@gmail.com*

Abstract. The case histories of patients with Parkinson's disease have been analysed in the Lviv Regional Hospital in the department of extra pyramidal diseases to determine the prevailing stages and forms of the disease. Selection of informative methods of examination of patients according to their age and stage of clinical forms of the disease has been done. The conditions for conducting surveys of patients and obtain more accurate results have been defined.

Keywords: elderly, Parkinson's disease, rehabilitation surveys, motor impairment.

Постановка проблеми. Клінічне оцінювання ступеня важкості фізичного стану осіб з хворобою Паркінсона (ХП) має вирішальне значення не тільки при фармакологічному лікуванні, а й при фізичній реабілітації хворих [3]. У зв'язку з великою кількістю різноманітних порушень при ХП (моторика, вегетативні розлади, порушення психічного здоров'я пацієнта тощо), розробляються відповідні шкали, які дозволяють оцінити наявність порушень та мають різні ступені складності при застосуванні [4, 6]. При вивченні літературних джерел ми виявили 21 шкалу вимірювання фізичного та психічного стану пацієнтів з цією патологією. Крім шкал, які оцінюють ступені важкості різних рухових порушень при ХП, є й такі, що оцінюють рівень самообслуговування та незалежності хворого, вегетативних порушень, психічних розладів, порушень мови, письма, ускладнень після фармакологічного лікування, когнітивних розладів тощо. Методи обстеження підбираються відповідно до стадії та форми захворювання, і з врахуванням віку пацієнта [1, 2]. Для точності результатів обстеження проводиться в однакових умовах. Якщо пацієнт приймає протипаркінсонічні препарати, то для об'єктивної картини стану пацієнта потрібно враховувати час, коли приймалися ліки. Важли-

во, що обстеження повинно здійснюватися при максимально стабільних зовнішніх умовах, тобто в одному і тому самому місці, в один і той самий час та одним і тим самим реабілітологом. Рухливість пацієнта з ХП значною мірою може відрізнятися в різних місцях та за присутності різних людей. Оцінювання необхідно здійснювати через регулярні проміжки часу [6, 7]. Якщо починаються певні зміни, як наприклад, раптом з'являється гіперкінез, флуктуації рухливості, когнітивні або психічні порушення, необхідно провести додаткове обстеження. Оцінювання симптомів здійснюється шляхом пальпації, загального огляду та спостереження за певними руховими процесами (наприклад, ходіння та повертання, зміна положення, діадохінез) [3, 5]. Недостатньо лише отримати від пацієнта інформацію про поліпшення або погіршення симптомів. Також слід записувати в документації дані про дозування та регулярність приймання таблеток [7]. Це дозволить правильно оцінити та пояснити зміни симптомів і скарги, які зумовлені зміною медикаментозного лікування, або власні зміни пацієнта. Для того щоб отримувати швидкий результат про перебіг хвороби протягом тривалого часу, рекомендується всі показники регулярно вносити в додаткову облікову картку кожного пацієнта.

Зв'язок із важливими науковими та практичними завданнями. Робота виконана відповідно до Зведеного плану науково-дослідницької роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр. за темою 4.2 «Фізична реабілітація неповносправних з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату».

Мета дослідження – визначити ефективні методи обстеження пацієнтів з ХП, відповідно до форми та стадії захворювання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати історії хвороби пацієнтів з ХП, які проходять лікування на базі Львівської обласної клінічної лікарні у відділенні екстрапірамідних захворювань з метою визначення віку хворих, стадії за Hoehn&Yahr та форми хвороби.

2. Підібрати ефективні та інформативні методи обстеження для осіб з ХП, відповідно до віку, стадії та клінічної форми хвороби.

Методи та організація дослідження. Для досягнення поставлених у роботі завдань ми використали методи:

1. Аналіз та узагальнення наукової та методичної літератури.
2. Соціологічні (аналіз історій хвороби осіб з ХП).
3. Методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу з аналізом отриманих наукових результатів. На базі Львівської обласної клінічної лікарні у відділенні екстрапірамідних захворювань було опрацьовано 394 історії хвороб осіб, що проходили лікування протягом останніх трьох років. З них відібрано 84 історії хвороби пацієнтів, які продовжують лікування на даний час. За результатами даних історій хвороб цих хворих було визначено, що діагноз ювенільний паркінсонізм мають 4 особи (з них 3 чоловіки та 1 жінка), пацієнтів другого зрілого віку стоїть на обліку 22 (з них 13 чоловіків та 9 жінок). Кількість осіб похилого віку становить 47 (з них 29 жінок та 18 чоловіків) 14 осіб – старечого віку (рис. 1).

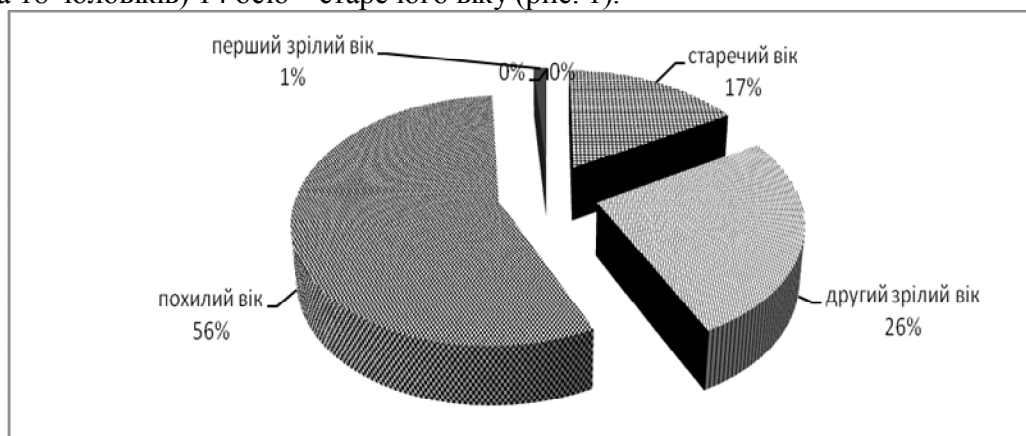


Рис. 1. Віковий розподіл пацієнтів з хворобою Паркінсона

Згідно з отриманими даними у процентному співвідношенні найбільше хворих – 56%, мають такий діагноз у похилому віці. Це підтверджує думку багатьох авторів, що найчастіше ХП хворіють люди похилого віку.

Таблиця 1

Кількісний розподіл пацієнтів за стадіями по Hoehn & Yahn

Стадії	Рухові порушення	Кількість пацієнтів
Стадія 1	Тільки однобічні прояви	9
Стадія 1,5	Однобічні прояви з залученням аксіальної мускулатури	10
Стадія 2	Двосторонні прояви без ознак порушення рівноваги	25
Стадія 2,5	М'які двосторонні прояви. Збережена здатність долати викликану ретропульсію	29
Стадія 3	Помірні чи середньої важкості двосторонні прояви. Невелика постуральна нестабільність	7
Стадія 4	Важке знерухомлення. Може ходити чи стояти без підтримки	4
Стадія 5	Потребує сторонньої допомоги. Прикутий до інвалідного візка чи ліжка	0

Відповідно до даних таблиці 1, найбільша кількість пацієнтів цієї вибірки мають 2 та 2,5 стадію по Hoehn & Yahn, 25 та 29 осіб відповідно. Щодо фізичного стану та рухових можливостей цих пацієнтів, вони можуть самостійно пересуватися та обслуговувати себе у побуті, але потребують ретельного реабілітаційного обстеження і комплексної реабілітації. Стадія 1 та 1,5, яку мали 9 та 10 пацієнтів відповідно, не має ще таких рухових порушень, які б були надто помітні візуально. Ці особи, як правило, ведуть активний спосіб життя та не потребують сторонньої допомоги. Стадії 3 та 4, які діагностовано у 7 та 4 пацієнтів відповідно, крім рухових порушень, мають проблеми з письмом, мімікою обличчя, вегетативні та психічні розлади. Вони частково потребують сторонньої допомоги та догляду.

Ми відібрали до групи осіб, з якими працювали, пацієнтів похилого віку з однаковим рівнем рухових порушень та самообслуговування. У дослідженні взяли участь 42 пацієнти: 29 жінок та 13 чоловіків. Середній вік пацієнтів, що взяли участь у дослідженні сягав 67,4 років.

Серед пацієнтів переважає тремтячо-ригідна форма (20 осіб). Вона характеризується переважанням таких рухових порушень, як тремор кінцівок у спокої та гіпертонус і гіперфлексія у м'язах агоністах та антагоністах (у групах м'язів) кінцівок. Найрідше трапляються акінетико-ригідна та тремтячо-ригідна форми (по 1 особі). Серед основних форм ХП акінетико-ригідна форма є найважчою, тому що до ригідності м'язів додається порушення ініціації руху. Такі пацієнти часто втрачають рівновагу та падають.

Після опрацювання історій хвороб і вивчення наукової та методичної літератури ми підібрали методи обстеження хворих відповідно до їх віку, стадії та форми хвороби.

Для клінічного оцінювання рухової активності у пацієнтів з ХП застосовували стандартизовану шкалу, яка отримала назву Уніфікована шкала оцінювання клінічних симптомів при хворобі Паркінсона – Unified Parkinson's Disease Rating Scale. Її використовують як при первинному обстеженні пацієнтів, також у динаміці для клінічного оцінювання ефективності лікування хворих. Шкала складається з 42 ознак, за якими в балах оцінюється мислення, поведінка, настрої, рухова та денна активність, ускладнення довготривалої леводопа-терапії [8].

Таблиця 2

Кількісний розподіл пацієнтів за стадіями по Hoehn & Yahn та за клінічною формою хвороби

Стадії	Форма хвороби	Кількість пацієнтів
Стадія 2	Тремтячо-ригідна	20
	Ригідно-тремтяча	6
Стадія 2,5	Тремтячо-ригідна	14
Стадія 3	Акінетико-ригідна	1
	Тремтячо-ригідна	1
Всього		42

У зв'язку з тим, що основний контингент наших пацієнтів має проблеми з тонусом м'язів, ми застосували в нашому дослідженні модифіковану шкалу Ашфорда, яка дає можливість визначити ступінь спастичності м'язів за модифікованою 6-ти бальною шкалою. Перед тестуванням спастичності, методом пальпації, визначають тонус м'язів – встановлюють їх пружність. При цьому кінцівка знаходилась в положенні максимального розслаблення. Після цього проводиться тестування спастичності – методом пасивного розтягування м'язів у швидкому темпі, визначаючи опір. Ця шкала є зручною у використанні в умовах стаціонару і її надійність доведена науковими дослідженнями [6, 7].

Як відомо, при збільшенні тону м'язів зменшується амплітуда рухів у суглобах кінцівок, тому ми застосували метод визначення обсягу рухів у суглобах (гоніометрія), який об'єктивно визначає амплітуду руху в градусах. Оцінка амплітуди руху необхідна для діагностики рухових порушень та контролю за ефективністю процесу занять. Досліджуються обсяги рухів як активні, так і пасивні (за допомогою реабілітолога) [3, 4, 6].

На початкових стадіях захворювання сила м'язів є нормальною. З часом прогресування хвороби сила м'язів знижується, оскільки спостерігається малорухливий спосіб життя та зменшення рухової активності пацієнтів з ХП. Мануально-м'язовий тест (6-бальна шкала Ловетта) дозволяє оцінити рівень сили м'язів. П'ятибальною оцінкою визначається функція здорового м'яза. 0 балів ставиться у разі відсутності активних ознак вольового, свідомого скорочення м'яза [6, 7].

У зв'язку з частою наявністю у людей похилого віку інтелектуально-мнестичних порушень (наші пацієнти віком старше за 60 років) необхідне оцінювання стану когнітивних функцій. Для скринінгового обстеження зручний тест (Mini-Mental State Examination – MMSE), який складається із 6 пунктів: орієнтація в часі і просторі, запам'ятовування, увага і рахунок, пригадування, мовні функції, конструктивна праця. За кожну правильну відповідь дається 1 бал, за кожну неправильну – 0 балів. Максимальна кількість балів – 30 [4, 5].

При обстеженні людей похилого віку особлива увага надається оцінці рівня їх життєдіяльності. Обов'язково визначається ступінь незалежності хворого в повсякденному житті. Шкала активності повсякденного життя Schwab&England дає можливість оцінити ступінь незалежності хворого, де 100% – це повна незалежність, а 0% – повне знерухомлення з порушенням вегетативних функцій, таких як ковтання, робота кишківника та сечового міхура [3, 4].

У зв'язку з тим, що всі наші пацієнти, згідно з даними історій хвороб, приймають нейрорепетики, які мають помітний вплив на їхню рухливість та психологічний стан, ми застосували у нашому дослідженні «Протокол зміни якості рухів хворого під дією протипаркінсонічних препаратів». Цей документ хворі заповнюють самостійно, де вказують час прийому ліків та рухові зміни, які з ними відбуваються протягом доби [7].

Для оцінювання динаміки рухових змін у стані пацієнта ми розробили картку реабілітаційного обстеження, де зазначаємо всі результати обстеження протягом курсу реабілітації.

Висновки:

1. На підставі аналізу історій хвороб пацієнтів з ХП встановлено, що переважна більшість осіб, які мають це захворювання – це особи похилого віку, що підтверджує дані багатьох авторів. Серед хворих переважають особи з тремтячо-ригідною формою захворювання (85%). Найбільше пацієнтів має 2 стадію хвороби (58% осіб).

2. Підібрано тести, які дозволяють обстежувати не лише рухові порушення, а й психічний статус, рівень самообслуговування та вегетативні функції пацієнтів з хворобою Паркінсона, що є надзвичайно важливо для забезпечення ретельного обстеження хворих та подальшого формування програми фізичної реабілітації.

3. Для максимально об'єктивних та точних результатів обстежень пацієнтів потрібні максимально стабільні зовнішні умови, з дотриманням регулярності інтервалів часу та з урахуванням часу прийому препаратів.

Перспективи подальших досліджень. У подальшому передбачається використати зазначені методи для обстеження хворих з ХП для визначення реабілітаційного діагнозу, реабілітаційного прогнозу та застосування індивідуальної програми реабілітації цих хворих з урахуванням рухових та психоемоційних порушень.

Список літератури

1. Болезнь Паркинсона : диагностические критерии и стратегия лечения : учеб. пособие / Головченко Ю. И., Карабань И. Н., Калищук-Слободин Т. Н. [и др.]. – К., 2008. – 68 с.
2. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных : учеб. пособие / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шапаронова – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
3. Федоришин Л. В. Хвороба Паркінсона : метод. реком. / Федоришин Л. В., Саноцький Я. Є., Кардош Н. М. – Л. : Мс, 2006. – С.42–45.
4. Шток В. Н. Болезнь Паркинсона / Шток В. Н., Федорова Н. В. // Экстрапирамидные расстройства : руководство по диагностике и лечению / под ред. Штока В.Н., Ивановой-Смоленской И. А., Левина О. С. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 370 с.
5. The effects of visual cues on the gait of independently mobile parkinson's disease patients / Bagley S., Kelly B., Tunnicliffe N [et al.] // Phys. Ther. – 1991. – S. 415–420.
6. Falls and Freezing of gait in Parkinson's disease a review of two interconnected episodic phenomena / Bloem B.R., Hausdorff J.M. [et al] // Mov.Disord. – 2004. – S 871–884.
7. Vaitiekunas R. Physiotherapie bei Parkinsons-Syndromen / Csoti I., Eggert K. – Verlag : Pflaum, 2010. – S. 69–228
8. EPDA [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.parkinsonsawareness.eu.com/campaign-literature/prevalence-of-parkinsons-disease/prevalence-by-country>

*Стаття надійшла до редколегії 16.01.2015
Прийнята до друку 17.02.2015
Підписана до друку 27.02.2015*