

Федосєєв С. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Медична та фізична реабілітація пацієнтів з хворобою Паркінсона з порушеннями постави і патологічними позами

Хвороба Паркінсона (ХП) — прогресуюче дегенеративне захворювання нервової системи з численними клінічними проявами. Деякі з цих проявів можуть бути зменшені призначенням типової медикаментозної терапії, інші, навпаки, не вдається покращити дією медикаментозних лікарських засобів, вони поступово прогресують, що ускладнює перебіг хвороби та погіршує якість життя пацієнтів з ХП. Такими резистентними до медикаментозної терапії проявами ХП можна вважати порушення постави і різноманітні патологічні пози. Є літературні дані про позитивну дію немедикаментозних лікувальних методів, але ці дані не систематизовані і не доведені до рівня рекомендацій з науковим обґрунтуванням. На нашу думку, вирішити проблему можна розробленням і впровадженням реабілітаційних програм. Реабілітаційна програма — це окремі види, форми, обсяги, строки та порядок реалізації реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення порушених або втрачених функцій організму. Реабілітаційну програму створюють з урахуванням реабілітаційного запиту з боку пацієнта чи його родичів; реабілітаційного потенціалу; встановленої мети, що формується на основі SMART-підходу і потенційно очікуваного результату. Така програма завжди індивідуальна, залежить від віку, функціонального стану хворого, стадії захворювання, виразності клінічної симптоматики і багатьох інших показників.

Мета дослідження: розробити програми немедикаментозної реабілітації пацієнтів з ХП з метою покращення постави та зменшення негативного впливу патологічних поз на повсякденне функціонування та для покращення якості життя.

Матеріали та методи. Для первинної оцінки та подальшої розробки реабілітаційних програм залучено 19 хворих з ХП. За статтю хворі були представлені так: 11 (57,89 %) чоловіків та 8 (42,11 %) жінок. Жінки були трохи старші за віком (середній вік чоловіків — 63,4 роки, жінок — 68,63 роки, загальний середній вік пацієнтів у групі — 65,1 року). Ступень рухових порушень за шкалою Хен і Яр відповідав значенням від 2 до 4 балів.

Запит на покращення постави, покращення позиціонування тулубу чи/та голови надійшов тільки від 4 (21,05 %) пацієнтів, тобто це не був пріоритетний реабілітаційний запит. Значно частіше хворі бажали покращення ходи — в 9 (47,37 %) випадках, покращення комфортної ходи на велику відстань — в 13 (68,42 %), зменшення скутості — в 11 (57,89 %), зменшення або усунення тремору — в 7 (36,84 %), покращення рівноваги — в 7 (36,84 %) випадках. Низька частота запиту на покращення постави свідчить про недооцінку пацієнтами з ХП цієї проблеми

та незначну роль, яку вони надають порушенням постави в сенсі соціально-побутового дискомфорту і спілкування. Реабілітаційний потенціал визначали як середнього або низького рівня, він був зворотнопропорційний ступеню порушень за шкалою Хен і Яр. Такого рівня реабілітаційного потенціалу було загалом достатньо для втілення розроблених індивідуальних програм реабілітації.

Особливістю розробки і втілення програм реабілітації у пацієнтів з ХП є прогресування когнітивних порушень, які сприяють формуванню комунікативних бар'єрів. У хворих при важкому перебігу ХП є певні труднощі не стільки зі створенням, скільки з реалізацією реабілітаційних програм. Навпаки, у хворих з відносно збереженими когнітивними функціями значно легше досягти потрібної комунікації і терапевтичного альянсу.

Короткочасну ціль реабілітації у пацієнтів з ХП з порушеннями постави та патологічними позами можна сформулювати як зменшення проявів неприродного розташування тулубу, шиї, голови у просторі завдяки покращенню м'язової регуляції та відновленню функціонування м'язових структур.

SMART-підхід при визначенні цілі

1. Специфічність цілі — покращення постави, усунення патологічних поз, відновлення функціонування м'язів, зменшення постурального дисбалансу.

2. Кількісна оцінка продуктивності реабілітації — соматоскопічне дослідження, доповнене соматометричними даними (плечовий індекс та інше), функціональні проби на виявлення постурального м'язового дисбалансу, фото- та відеофіксація.

3. Ціль має бути узгоджена з пацієнтом.

4. Часовий інтервал для досягнення цілі — 1,5—2 місяці.

Основою програм реабілітації пацієнтів з ХП та методикою, з якої доцільно розпочати реабілітацію, є лікувальна фізкультура (ЛФК). Комплекси ЛФК сприяють відновленню чи формуванню нових рухових стереотипів, частково компенсують рухові дефекти. ЛФК можна вважати базовим методом реабілітаційного впливу у хворих саме з порушеннями постави і патологічними позами. Поступово, через 2—4 тижні виконання вправ, до ЛФК доцільно почати додавати інші методи, переходячи до кінезіотерапії. Значну роль в реабілітації відіграють апаратні методи, насамперед такі, що ґрунтуються на принципі зворотного зв'язку.

Проведена робота дала змогу визначитися з методиками реабілітації, які увійшли до реабілітаційного протоколу усунення (зменшення) порушень постави та патологічних поз у пацієнтів з ХП. Цей протокол передбачає етапне проведення реабілітації в такій

послідовності: ЛФК; кінезіотерапія; апаратна реабілітація, зокрема із застосуванням робототехніки та апаратів, що створені на основі технологій біологічного зворотного зв'язку.

На будь-якому з етапів, при досягненні цілі реабілітації, обсяг реабілітації може бути зменшений або взагалі виконання реабілітаційного протоколу припинене.

Висновки. Реабілітаційний підхід, наведений в цій роботі, є фрагментом ширшої загальної системи реабілітації і може бути доповнений іншими методиками медичної, фізичної, психологічної, соціальної реабілітації. Пошук зв'язків різних видів реабілітації в загальній комплексній системі надання реабілітаційної допомоги планується проводити і далі.