Зайцева Н.О.
студентка Медичного інституту,
Науковий керівник: **Бабенко Я.А.**
викладач,
Сумський державний університет

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІІ СТАДІЇ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА У ОСІБ ІІ ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ

Хвороба Паркінсона (ХП) – це хронічне прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи (ЦНС), що клінічно проявляється порушенням довільних рухів і характерною тріадою симптомів: акінезія, ригідність,тремор. Вже пізніше до них приєднуються постуральні, психічні, вегетативні, когнітивні розлади та порушення сну [2].

Дане захворювання за статистикою варіює 200 чол. на 100 000 населення. Серед неврологічних захворювань посідає друге місце після хвороби Альцгеймера. Як правило розвивається у віці 40-50 років, тобто в працездатному періоді людини. Частіше зустрічається у чоловіків ніж у жінок з різницею в 1,5 рази. Провокуючими факторами, які сприяють запуску механізму ХП є: спадковість, черепно-мозкові травми деякі токсини і речовини (CO_2, марганець, ртуть, свинець), старіння, генетична схильність і фактори зовнішнього середовища, медикаментозний паркінсонізм (на фоні прийому лікарських препаратів, частіше на фоні неправильного самолікування), судинні патології (інсульт, церебральний атеросклероз), енцефаліт тощо. Відомі на весь світ люди, які страждають цією недугою є: мільярдер Б. Гейтс, С. Далі, О. Осборн, Р. Уільянс, М. Дзедун, Я. Арафат та боксер Мухамед Алі, для якого провокуючим чинником стала ЧМТ, також ця недуга проявляється у фермерів, які працюють з пестицидами та солями важких металів, що негативно відображається на нервовій системі (НС) та головному мозку (ГМ).

Ця хвороба не є «вироком» тому, окрім медикаментозного повинно бути комплексне лікування, яке буде включати ряд фізіотерапевтичних методів: масаж, лікувальна фізична культура (ЛФК), фізіотерапевтичні процедури, психотерапія, йога, гідрокінез, тощо.

В усьому світі 11 квітня визнано Всесвітнім днем боротьби з ХП.

Мета дослідження: розглянути використанням традиційних і новітніх технічних засобів реабілітації. при II стадії хвороби Паркінсона в зрілому віці II період з можливістю використання їх в реабілітаційних програмах.

Прояви захворювання при II стадії можуть вже істотно порушувати життєдіяльність пацієнтів. Тремор ускладнює письмо, скутість і сповільненість рухів заважають в побуті (одягання, ходьба), хворі більше часу витрачають на повсякденні справи. Однак багато хворих продовжують активну професійну та громадську діяльність, подорожують і водять автомобіль. Стає очевидною важливість формування у пацієнтів звички до виконання фізичних навантажень [4].

– Бажано максимально довго займатися активною професійною діяльністю, що ефективно запобігає або уповільнює розвиток психологічних розладів.

– При неможливості збереження колишньої роботи слід продовжувати професійну діяльність в інших умовах.

– Рекомендована дозована активність, як фізична, так і інтелектуальна: прогулянки на свіжому повітрі, прибирання квартири, розгадування кросвордів, ведення щоденника, прийом гостей і т.д.

– Надмірні фізичні навантаження (заняття ЛФК до виснаження, виснажлива праця на дачній ділянці) категорично протипоказані і можуть призводити до погіршення стану через падіння, травми, зневоднення, різке зниження артеріального тиску (АТ) [4].

Психологічна реабілітація направлена на активне співробітництво хворого і родичів з лікарем, підтримку максимальної побутової незалежності хворого та збереження прихильності до терапії [4].

Дієтотерапія. Так як пацієнтів турбують часті запори, рекомендовано споживати продукти багаті клітковиною (фрукти та овочі),білі сорта м’яса (індичка, курка, риба), крупи (вівсяна, гречана, пшенична тощо), компоти, морси та узвари. Дієта повинна бути низькобілковою, багатою на втамін С та Е, яйця споживати не більше 4 штук на тиждень. Їжу приймати 5 разів на день,два з яких складають легкі перекуси Воду пити не менше 2-2,5 л. на день.

В сучасних дослідженнях встановлено, що вживання кофеїну (3 великих чашки кави в день) достовірно зменшує частоту розвитку ХП і хвороби дифузних тілець Леві [4].

ЛФК. Завданням: зниження симптому ригідності; збільшення обсягу рухів, підвищення витривалості і м'язової сили; навчання розслабленню

м'язів [3]. Рекомендується займатися ЛФК щодня по 20-30 хв. 2-3 рази на день. Доцільно включати в програму щоденних занять вправи на складні координовані рухи рук і ніг, наприклад, з комплексів сценічної пластики, вправи на розслаблення м'язів, релаксацію, дихальну гімнастику [4].

Заняття ЛФК – один з найважливіших факторів терапії хворих ХП. В ході виконання комплексів ЛФК виробляються нові рухові стереотипи, прийоми і автоматизми [4]. Також гарний ефект має танцетерапія, заняття йогою та бойовим мистецтвом Тай-Чі.

Фізіотерапія. У комплексному лікуванні процедури роблять позитивний вплив на центральну, периферичну і вегетативну нервову систему та м'язово-суглобовий апарат. На цій стадії застосовують транскраніальну магнітну стимуляцію мозку, транскраніальну імпульсну електротерапію та електрофорез з лікарськими препаратами.

Масаж. Мета: підвищення функціональних можливостей нервово-м'язового апарату, зменшенню ригідності м'язів і больового синдрому та нормалізація в цілому реактивності організму [1]. Масаж виконують в основному при даній стадії класичний, але з елементами активної тонізації м’язів, активно-пасивними рухами та вправами на розтяжку. Тривалість занять 15-20 хв. курсами по 10-15 сеансів.

Технічні засоби реабілітації. Мета: розвиток функціональної здатності пацієнтів, когнітивних функцій, постави та руху. Широко використовуються для корекції ходьби аеробні тренування на біговій доріжці або велотренажері MOTO med viva. Досить перспективним є застосування розроблених в даний час адаптованих комп'ютерних ігор на основі мультисенсорного віртуального середовища для системи Nintendo Wii і Kinect. В основі платформи – оптико-електронна інфрачервона безмаркерна система розпізнавання рухів, яка створює віртуальні зображення на горизонтальних і вертикальних поверхнях з додатковим звуковим середовищем [1].

Значуще місце в комплексі реабілітації займає *ерготерапія*, її завданням є відновлення рухових навичок, тому творчі занняття (малювання, в’язання, орігамі тощо) та побутові справи є досить ефективними.

За допомогою традиційних методів (ЛФК, фізіотерапія, ерготерапія, дієта тощо) та новітніх технічних засобів, які знижують ризик отримання травм, покращують координацію та баланс хворого, які сприяють розвитку витривалості за рахунок дозованого та індивідуально підібраного навантаження пацієнтів при II стадії захворювання дозволяє

домогтися поліпшення психологічної, побутової та соціальної адаптації пацієнтів, підвищити повсякденну активність.

Список використаних джерел:

1. Барулин А.Е., Курушина О.В., Черноволенко Е.П. Болезнь Паркинсона: немедикаментозные методы лечения. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016. № 2. С. 28-33.

2. Козьолкін О.А., Ревенько А.В., Мєдвєдкова С.О. Хвороба Паркінсона: сучасні аспекти діагностики і лікування: навчальний посібник для студентів IV курсу медичного факультету вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації 2-ге видання. Запоріжжя, 2017. 158 с.

3. Корнюхина Е.Ю. Журнал физиотерапия, бальнеология и реабилитация. Методы медицинской реабилитации болезни Паркинсона. Москва, 2013. С. 21-24.

4. Костенко Е.В., Маневич Т.М., Петрова Л.В. Реферативный журнал. Комплексная реабилитация пациентов с болезнью Паркинсона. Филиал № 6 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины. С. 63-78.

Лидзар Я.Ю.
студент,
Науковий керівник: **Бріжата І.А.**
кандидат педагогічних наук, доцент,
Сумський державний університет

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ГРИЖІ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

За останні роки вертеброгенна патологія посіла одне з перших місць за показниками непрацездатності. Дегенеративними захворюваннями хребта страждає 75–85% дорослого населення України. За даними різних авторів від 50 до 80% населення соціально активного віку (30–60 років) періодично лікуються від болю в попереку, які у 80% випадків пов’язані з патологією міжхребцевих дисків. Кила диску – це патологічний стан, при якому фрагменти пульпозного ядра виділяються через тріщину у фіброзному кільці, викликаючи його розрив або випинання за фізіологічні межі, випадають у хребтовий канал, або протинаючи