

***Alla Aloshyna. The use of Exercise in the Recovery of Walking Skills in Patients with Gunshot Injuries to the Bones of the Lower Extremities.*** Along with the various injuries that arise in military conflicts, gunshot injuries take one of the leading places, both in frequency and severity of injuries. The problem of rehabilitation of patients with gunshot injuries of the limbs continues to be very topical and not well understood. **The Purpose of the Study** is to determine the features of the use of physiotherapy exercises to restore walking skills in patients suffering from gunshot trauma to the lower extremities. **Research Results.** The construction of a rehabilitation program for patients with gunshot fractures of the lower extremities by the method of compression-distraction osteosynthesis should take into account the following tasks: prevention of stiffness in adjacent sections of the operated limb at an early stage of rehabilitation; accelerate the timing of bone marrow consolidation through the use of physiotherapy exercises; and timely use of exercises to restore walking skills. We look at the prospects of further research in the implementation of the program of physical rehabilitation at the clinical bases of the relevant profile, as well as in determining the feasibility of applying the proposed interventions in the process of physical rehabilitation of persons with gunshot wounds of the lower extremities

**Key words:** gunshot damage to the bones of the lower extremities, walking.

УДК 616.858:316.614+613

*Римма Баннікова, Вікторія Брушко*

## **Сучасний стан проблеми якості життя та соціальної адаптації осіб із хворобою Паркінсона**

*Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)*

**Постановка наукової проблеми та її значення.** У структурі неврологічної патології найбільш актуальними та соціально значущими залишаються вікзалежні нейродегенеративні захворювання, до переліку яких належить хвороба Паркінсона (ХП) [1,5].

Хвороба Паркінсона є чи не найчастішою формою рухової патології людини, що вражає понад 2 % популяції осіб різного віку. У світі нараховують близько 5 млн хворих. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, на 01.01.2018 р. в Україні зареєстровано 23 874 хворих на ХП, що становить 63,47 осіб на 100 тис. населення [2]. Згідно з даними фахівців The Working Group an Parkinson Disease, щороку маємо 2300–2500 осіб із діагнозом ХП, де один із 10 пацієнтів у віці від 20 до 40 років [9, 15]. Уже до 2013 р. чисельність осіб із ХП у провідних країнах світу може збільшитися вдвічі, а до 2050 р. – у чотири рази, порівняно із сьогоденним рівнем [9].

Здебільшого вважається, що ХП вражає переважно моторну сферу, руховими проявами якої є гіпокінезія, ригідність, тремор, порушення стереотипу ходьби й поструральної нестабільності, що вирішальною мірою визначає тяжкість стану пацієнта та якість його життя. Але, крім моторних симптомів, у клінічній картині ХП присутній широкий спектр і немоторних порушень, які відзначаються практично у всіх пацієнтів, незалежно від віку й стадії захворювання. Більшість немоторних проявів з'являються та наростають у міру прогресування захворювання – паралельно з посиленням рухових розладів, але деякі з них, такі як порушення сну та бадьористі, депресія, апатія й когнітивні розлади, з'являються вже на доклінічній стадії ХП, випереджаючи маніфестацію моторних симптомів паркінсонізму, чинячи негативний вплив на якість життя тематичних пацієнтів, призводячи до їх інвалідизації [6]. У 10 % пацієнтів початковим симптомом ХП є біль. При цьому він найчастіше виникає на боці подальших моторних симптомів [3]. Больовий синдром зберігається протягом усього захворювання в 40–70 %.

У численних дослідженнях, проведених за останні роки, автори приходять до висновку, що моторні та немоторні порушення слугують самостійним проявом ХП, які мають свій особливий патогенез, що вимагає специфічного підходу до комплексного інструментального дослідження цих порушень як для визначення диференційно-діагностичних критеріїв та оцінки впливу терапевтичного втручання, так і в підборі диференційованих засобів фізичної терапії, спрямованих на їх корекцію,

що, у підсумку, дасть змогу відсунути терміни важкої інвалідизації, підвищити ступінь соціальної адаптації пацієнтів і, отже, покращити якість їхнього життя.

**Зв'язок із важливими науковими програмами та темами.** Роботу виконано за планом кафедри фізичної терапії та ерготерапії Національного університету фізичного виховання і спорту України м. Києва на 2016–2020 рр. за темою 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0116U001609).

**Аналіз останніх досліджень цієї проблеми.** Основа планування та організації ефективної лікувально-корекційної й медико-соціальної допомоги пацієнтам – відомості про поширеність патології та захворюваність осіб. Епідеміологічні показники ХП варіабельні в усьому світі та в межах України. ХП характеризується широким спектром моторних і немоторних порушень, які відзначаються у всіх пацієнтів, незалежно від стадії тяжкості захворювання. Однак, незважаючи на поширеність цих симптомів, відомості про їх частоту, вираженість у клінічній структурі залишаються суперечливими. Важливим показником у вивченні цієї патології є темп прогресування захворювання, оскільки саме ним визначається зниження якості життя й соціальної адаптації пацієнтів і швидкість настання інвалідизації.

**Мета дослідження** – проаналізувати та визначити фактори, які впливають на якість життя й соціальну адаптацію осіб на хворобу Паркінсона.

**Методи дослідження.** Для реалізації поставленої мети нами застосовано такі методи дослідження, як теоретичний аналіз й узагальнення зарубіжних і вітчизняних даних спеціальної науково-методичної літератури з питань особливостей клінічної картини, якості життя, функціонального й психологічного стану осіб із ХП.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Аналізуючи спеціальну методичну літературу, зазначимо, що традиційно в клінічних дослідженнях критеріями ефективності застосування лікувально-відновлювальних заходів є фізикальні дані, що не відображають самопочуття пацієнта і його функціонування в повсякденному житті.

На сьогодні показники якості життя пацієнта є основними критеріями визначення ефективності лікувально-відновного процесу, особливо при неухильно прогресуючих захворюваннях. Протягом останнього десятиліття практично всі багатоцентрові клінічні дослідження, що стосуються порівняння ефективності різних засобів і методів лікування, поряд із традиційними клінічними критеріями вивчення їх ефективності включають й оцінку якості життя та критерій соціальної адаптації пацієнта. Залежно від результатів дослідження, якість життя розглядають як додатковий або навіть основний критерій у визначенні переваг тієї чи іншої програми лікування. Доведено, що параметри якості життя пацієнта мають незалежну прогностичну значимість і є більш точним фактором прогнозу захворювання на тлі застосування лікувально-відновлювальних заходів, ніж соматичний статус [9].

Відомо, що пацієнти з хронічними прогресуючими захворюваннями відчувають значні психологічні та соціальні проблеми [9]. У пацієнтів із ХП це є наслідком фізичних і ментальних порушень, які не лише інвалідизують пацієнта, але й можуть знижувати ефективність фізіотерапевтичного втручання [17]. Наскільки потрібна оцінка критеріїв якості життя в пацієнтів із ХП доводить той факт, що залежно від тривалості захворювання пацієнти по-різному відчувають на собі вплив хвороби, а отже, і вимагають індивідуального ставлення до себе й скорегованої із їхніми симптомами терапії. У хворих із початковими стадіями ХП неврологічний дефіцит практично не обмежує їхню професійну діяльність і побутову активність. У подальшому симптоми захворювання нашаровуються на вікові зміни, клініку системного атеросклерозу, дегенеративних змін за межами нігростриарної системи, що провокує розвиток як рухових, так і психічних порушень [5].

Проведені дослідження з вивчення якості життя пацієнтів із ХП суперечливі. Одні результати показують, що на зниження якості життя пацієнтів більшою мірою впливають стадія захворювання та рухові симптоми, інші ж, навпаки, свідчать про більшу роль немоторних симптомів.

Проведені дослідження L. Seeberger і спів. [10] переконливо доводять, що на якість життя значний вплив має стадія хвороби по Хен і Яру та тривалість захворювання. Ступінь тяжкості зростає в міру збільшення тривалості захворювання, що спричиняє зниження показників якості життя. Істотний вплив на дані якості життя чинять виразність гіпокінезії, ригідності, тремору, порушення стереотипу ходьби й постуральна нестійкість. Наростання вираженості рухових порушень робить пацієнтів усе більш залежними від сторонньої допомоги, що значно знижує рівень якості їхнього життя.

О. С. Левін [4] у своєму дослідженні якості життя й внутрішньої картини хвороби показав, що найбільш несприятливий вплив на якість життя пацієнта мають постуральна нестійкість і гіпокінезія, тоді як вираженість тремору не корелює з рівнем якості життя.

Н. Ю. Личева [5] у проведених дослідженнях звертає увагу на те, що пацієнти з акінетико-ригідною формою ХП мають більш низький показник якості життя, ніж особи з тремтливою формою. Як і Н. Ю. Личева, Е. С. Чикина [3] у своїй роботі також наводить докази впливу стадії захворювання, вираженості симптоматики, клінічної форми, наявності рухових симптомів і дискінезій та їх вплив на якість життя пацієнтів із ХП. Однак зазначимо, що в цих роботах тремтливий гіперкінез розглянуто як моносимптом (тремор спокою), без обліку його варіантів й амплітудно-частотних характеристик, що не дало змоги вченим представити повну картину стану якості життя пацієнтів за різних видів тремору і ступеня його вираженості.

У 2012 р. А. Schrag, М. Jahanshahi, N. Quinn [12] показали, що в пацієнтів з акінетико-ригідною формою хвороби Паркінсона виявлено більш негативні симптоми за опитувальником якості життя PDQ-39, ніж у респондентів із наявністю тремору в клінічній картині. Е. R. Appleman, К. Stavitsky у своєму дослідженні 2014 р. [8] також продемонстрували більш високі бали щодо PDQ-39 (тобто більш низький рівень якості життя) у пацієнтів із ХП за відсутності тремору. Відмінності в рівнях якості життя отримано у всіх сферах, крім шкали соціальних проблем, причому більш значні цифри ( $p < 0,01$ ) відзначено в питаннях, пов'язаних із мобільністю. Однак у цьому дослідженні пацієнти без тремору мали вищу стадію по Хен і Яру, ніж пацієнти з тремором, а тремтливий гіперкінез також оцінювався без урахування його варіантів.

Вплив стадії захворювання й рухових симптомів на якість життя пацієнтів із ХП не викликає сумнівів. Однак, як відзначено вище, немоторні симптоми також знижують показники якості життя таких хворих [3]. У дослідженні PRIAMO, проведеному у 2015 р., за участю 1072 пацієнтів із ХП виявлено, що в 98,6 % випадків наявний принаймні один немоторний симптом. Частота немоторних симптомів збільшується залежно від тяжкості захворювання. Пацієнти з когнітивним дефіцитом мають більше немоторних симптомів, ніж без нього [13].

Серед численних немоторних симптомів ХП депресія відіграє ключову роль у зв'язку з високою частотою та значним впливом на якість життя пацієнтів та їхніх рідних. У проведених дослідженнях [16] встановлено, що до 45 % пацієнтів із ХП страждають на депресію, яка проявляється в основному великим депресивним розладом (17 %), малим депресивним розладом (22 %) і дистимією (13 %) [16]. Виражена депресія погіршує повсякденну активність, обтяжує перебіг основного захворювання, часто є чинником ризику розвитку деменції при ХП. Крім того, вона зменшує комплаєнтність пацієнта (готовність виконувати лікувальні призначення клінічних фахівців). Афективні порушення часто не діагностуються при ХП, і пацієнти не отримують адекватної терапії. Трапляється депресія на будь-якій стадії хвороби й асоціюється з низькою якістю життя пацієнтів.

Однією з головних причин незадоволення якістю життя серед пацієнтів із депресією є апатія, яка проявляється зниженням емоційності, працездатності, мотивації та інтересу до навколишнього. Іноді апатія проявляється емоційною тупістю, індиферентністю. Апатія часто помилково діагностується як депресія, хоча в низці випадків може з нею поєднуватися. Ізольована апатія трапляється в середньому в 7–70 % тематичних пацієнтів. Депресія й апатія виявляються такими загальними симптомами, як утомля, зниження інтересу до захоплень, утрата здатності до задоволення, зниження емоційних реакцій, індиферентність, зниження ініціативності, соціальна ізоляція, сонливість, загальмованість [13].

За даними В. В. Захарова та ін., для ХП характерна перевага нейродинамічних і регуляторних когнітивних розладів [1]. Нейродинамічні порушення характеризуються наявністю брадіфренії – сповільненістю психічних процесів, що призводить до збільшення часу виконання нейропсихологічних тестів, зниженням уваги й швидкості реакції [1]. Порушення регуляторних функцій у тематичних пацієнтів проявляється в нездатності планувати, ініціювати та контролювати свою діяльність, правильно й своєчасно реагувати на зміни навколишнього середовища, пригнічувати неадекватні реакції. Ці порушення відображають обмеження можливостей внутрішнього контролю та організації когнітивної діяльності.

За даними О. С. Левина [3], особливе місце в низці немоторних проявів, які значно впливають на якість життя тематичних пацієнтів, займають зорово-просторові порушення, що представляє вагомий інтерес для дослідників із причини відсутності, на сьогодні, єдиної думки про етіопатогенез [7]. Найбільш часто в пацієнтів трапляються порушення просторового сприйняття, контрастної чутливості, двоїння в очах, зміни сприйняття кольорів, зорові ілюзії та галюцинації [11]. Важливим

також бачиться той факт, що зорово-просторові порушення можуть розвиватись у пацієнтів із наявністю когнітивного дефіциту різного ступеня вираженості. Однак до сих пір залишається не до кінця вивченим механізм взаємозв'язку прогресування когнітивного й зорово-просторового дефіциту, а також можлива предикторна роль зорово-просторового порушення в розвитку деменції [11]. Як відзначає автор [11], поряд із зоровими симптомами на якість життя тематичних пацієнтів впливають просторові порушення в повсякденному житті у вигляді виникнення труднощів в орієнтуванні серед предметів побуту та складність при проходженні через дверний проріз.

Потрібно зазначити, що на сьогодні ще недостатньо даних про вплив на якість життя пацієнтів із ХП нефармакологічних методів лікування, таких як цілеспрямована кінезотерапія, ерготерапія. Не вивчено роль інформаційної підтримки, фізіотерапевтичних та ерготерапевтичних утручань. У деяких експериментальних дослідженнях показано, що щоденна фізична активність на ранніх етапах хвороби здатна збільшити вироблення власного дофаміну й знизити потребу в протипаркінсонічних препаратах у більшості пацієнтів. Можливо, застосування заходів фізичної терапії має нейропротективний потенціал, сприяючи вповільненню нейродегенеративного процесу. Однак цей ефект утрачається, як тільки регулярна фізична активність припиняється [8].

Крім того, проблеми з порушенням стереотипу ходьби та постуральної нестійкості на розгорнутих стадіях хвороби (у вигляді застигань, падінь та ін.) стають самостійним дезадаптуючим фактором. Відомо, що ці порушення можна зменшити за допомогою довільної регуляції, використовуючи зорові й слухові стимули, які дають змогу активувати інтактні зони лобової кори [14].

Погіршення якості життя хворого у всіх сферах життєдіяльності – професійній, сімейно-побутовій, у сфері самообслуговування, – а також зміна ролі пацієнта в сім'ї та суспільстві, ступінь його залежності від оточення, зміна звичного способу життя – усе це вимагає психологічної підтримки з боку кваліфікованих фахівців і розробки пацієнт-орієнтованих алгоритмів застосування заходів фізичної терапії, де ключову роль відіграє самооцінка якості життя.

**Висновки.** Результати аналізу та узагальнення даних науково-методичної літератури дають підставу встановити, що хвороба Паркінсона характеризується вікзалежною епідеміологією, прогресуючим характером течії й прямим взаємозв'язком ступеня накопичення функціональних неврологічних розладів (моторних та немоторних), що погіршують якість життя й призводять до інвалідизації. Синергізм знань із проблеми фізичної терапії пацієнтів із хворобою Паркінсона, використання сучасних утручань нейрореабілітації та експертно-реабілітаційної діагностики, моніторинг факторів, що впливають на якість життя, сприяють спрямуванню подальших зусиль на розробку й упровадження в практику нових технологій корекційно-відновного лікування, що дасть змогу суттєво вплинути на соціальні та функціональні перспективи цих хворих.

#### *Джерела та література*

1. Захаров В. В. Нарушение когнитивных функций при болезни Паркинсона и симптоматическом паркинсонизме: автореферат. Москва, 2013. 36 с.
2. Иллариошкин С. Н., Федотова Е. Ю., Селивестров Ю. А. Возможности инвазивных методов лечения развернутых стадий болезни Паркинсона. *Новости медицины и фармации*. 2018. № 603. С. 42–67.
3. Карабань И. Н., Карасевич Н. В., Чивликий М. А. Проблема боли при болезни Паркинсона. *Журнал неврологии им. Б. М. Маньковського*. 2014. Т. 2. № 3. С. 76–81.
4. Левин О. С. Экстрапирамидные расстройства, вчера, сегодня, завтра: сб. статей. Москва: МЕДпресс-информ, 2015. 408 с.
5. Лычева Н. Ю. Влияние клинических и нейропсихологических факторов на качество жизни больных болезнью Паркинсона: автореферат. Москва, 2012. 24 с.
6. Cella D. F., Fairclough D., Bonomi P. et al. Quality of life in advance non-small cell lung cancer: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *Proc. ASCO*. 2015. P. 100–110.
7. Coates A. S., Gebski V., Signorini D. et al. For the Australian New Zealand Breast Cancer Trials Group. Prognostic value of quality of life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. *Oncol*. 2012. № 10. P. 1833–1838.
8. Ahlskog J. Does vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson's disease? *Neurology*. 2015. № 77. P. 288–294.
9. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press, 2016. P. 531–547.
10. Martinez-Martin P. An introduction to the concept of «quality of life» in Parkinson's disease. *J. Neurol*. 2016. № 245 (Suppl. 1). P. 2–6.
11. Welsh M., McDermott M. P., Holloway R. G. et al. Development and testing of the Parkinson's disease quality of life scale. *Mov. Disord*. 2013. № 18. P. 637–645.

12. De Boer A. G., Wiker W., Speelman J. D. et al. Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. *Neurosurg. Psychiatry*. 2016. № 61. P. 70–74.
13. King L. A., Horac F. B. Delaying mobility disability in people with Parkinson s disease using a sensorimotor agility exercise program. *Phys. Therapy*. 2016. № 89. P. 384–393.
14. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. *Manual and Interpretation Guide*. Lincoln, 2014. P. 611–624.
15. Friedman J. H., Chou K. L. Sleep and fatigue in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.* 2014. № 10 (Suppl. 1). P. 27–35.
16. Lemke M., Raethjen J. Depression and Parkinson's disease – pathophysiology, diagnosis, treatment. Bremen: UNI-MED, 2017. 212 p.
17. Keus S., Munneke M. Physical therapy in Parkinson s disease: evolution and future challenges. *Mov. Disord.* 2017. № 24. P. 1–14.

#### References

1. Zakharov V. Violation of cognitive functions in Parkinson's disease and symptomatic parkinsonism: avtoreferat. Moskva, 2013, 36 p.
2. Ilarioshkin S. N., Fedotova E. I., Selivestrov U. A. Possibilities of invasive methods of treatment of advanced stages of Parkinson's disease. *News of medicine and pharmacy*, 2018, № 603, 42–67.
3. Karaban I. N., Karasevich N. V., Celluci M. A. The problem of pain in Parkinson's disease. *Journal of neurology BM. Mankowsky*, 2014, Т. 2, № 3, 76–81.
4. Levin O. S. Extrapryramidal disorders, yesterday, today, tomorrow: Collection of articles, Moscow: Medpress-inform, 2015, 408 p.
5. Lycheva N. U. Influence of clinical and neuropsychological factors on the quality of life of patients with Parkinson's disease: avtoreferat. Moskva, 2012, 24 p.
6. Cella D. F., Fairclough D., Bonomi P. et al. Quality of life in advance non-small cell lung cancer: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *Proc. ASCO*, 2015, 100–110.
7. Coates A. S., GebSKI V., Signorini D. et al. For the Ausrtalian New Zealand Breast Cancer Trials Group. Prognostic value of quality of life scores during chemotherapy for advanced breast cancer. *Oncol*, 2012, 10, 1833–1838.
8. Ahlskog J. Does vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson s disease? *Neurology*, 2015, 77, 288–294.
9. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press, 2016, 531–547.
10. Martinez-Martin P. An introduction to the concept of «quality of life» in Parkinson's disease. *J. Neurol*, 2016, 245 (Suppl. 1), 2–6.
11. Welsh M., McDermott M. P., Holloway R. G. et al. Development and testing of the Parkinson's disease quality of life scale. *Mov. Disord*, 2013, 18, 637–645.
12. De Boer A. G., Wiker W., Speelman J. D. et al. Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. *Neurosurg. Psychiatry*, 2016, 61, 70–74.
13. King L. A., Horac F. B. Delaying mobility disability in people with Parkinson s disease using a sensorimotor agility exercise program. *Phys. Therapy*, 2016, 89, 384–393.
14. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. Sf-36 Health Survey. *Manual and Interpretation Guide*. Lincoln, 2014, 611–624.
15. Friedman J. H., Chou K. L. Sleep and fatigue in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat. Disord.*, 2014, 10 (Suppl. 1), 27–35.
16. Lemke M., Raethjen J. Depression and Parkinson's disease – pathophysiology, diagnosis, treatment. Bremen: UNI-MED, 2017, 212 p.
17. Keus S., Munneke M. Physical therapy in Parkinson s disease: evolution and future challenges. *Mov. Disord.*, 2017, 24, 1–14.

#### Анотації

У статті висвітлено питання щодо сучасного стану проблеми якості життя та соціальної адаптації осіб із хворобою Паркінсона. Установлено, що проведенні дослідження в цьому напрямі вельми суперечливі. Одні результати показують, що на зниження якості життя пацієнтів більшою мірою впливають стадія захворювання та рухові симптоми, інші ж, навпаки, свідчать про більшу роль немоторних симптомів. Традиційно в клінічних дослідженнях критеріями ефективності застосування лікувально-відновлювальних заходів є фізикальні дані, які не відображають самопочуття пацієнта і його функціонування в повсякденному житті. Водночас доведено, що параметри якості життя пацієнта мають незалежну прогностичну значимість та є більш точним фактором прогнозу захворювання, ніж соматичний статус. **Мета дослідження** – проаналізувати й визначити фактори, які впливають на якість життя та соціальну адаптацію осіб із хворобою Паркінсона. **Методи дослідження** – теоретичний аналіз та узагальнення зарубіжних і вітчизняних даних

спеціальної науково-методичної літератури з питань особливостей клінічної картини, якості життя, функціонального та психологічного стану осіб із хворобою Паркінсона. **Результати дослідження.** Установлено, що на сьогодні ще недостатньо даних про вплив на якість життя пацієнтів із хворобою Паркінсона нефармакологічних методів лікування, таких як цілеспрямована кінезотерапія, ерготерапія, не вивчена роль інформаційної підтримки, фізіотерапевтичних та ерготерапевтичних утручань. Щоденна фізична активність на ранніх етапах хвороби здатна збільшити вироблення власного дофаміну й знизити потребу в протипаркінсонічних препаратах у більшості пацієнтів. Можливо, застосування заходів фізичної терапії має нейропротективний потенціал, сприяючи вповільненню нейродегенеративного процесу. Однак цей ефект утрачається, як тільки регулярна фізична активність припиняється. **Висновки.** Результати аналізу та узагальнення даних науково-методичної літератури дають підставу встановити, що хвороба Паркінсона характеризується вікзалежною епідеміологією, прогресуючим характером течії й прямим взаємозв'язком ступеня накопичення функціональних неврологічних розладів (моторних і немоторних), що погіршують якість життя та призводять до інвалідизації. Моніторинг факторів, що впливають на якість життя, сприяють спрямуванню подальших зусиль на розробку та впровадження в практику нових технологій корекційно-відновного лікування, що дасть змогу суттєво вплинути на соціальні й функціональні перспективи цих хворих.

**Ключові слова:** хвороба Паркінсона, якість життя, фізична терапія.

**Римма Банникова, Вікторія Брушко. Современное состояние проблемы качества жизни и социальной адаптации лиц с болезнью Паркинсон.** В статье освещаются вопросы современного состояния проблемы качества жизни и социальной адаптации лиц с болезнью Паркинсона. Установлено, что проведенные исследования в данном направлении весьма противоречивы. Одни результаты показывают, что на снижение качества жизни пациентов в большей степени влияют стадия заболевания и двигательные симптомы, другие же, наоборот, свидетельствуют о большей роли немоторных симптомов. Традиционно в клинических исследованиях критериями эффективности применения лечебно-восстановительных мероприятий являются физикальные данные, которые не отражают самочувствие пациента и его функционирования в повседневной жизни. В то же время доказано, что параметры качества жизни пациента имеют независимую прогностическую значимость и являются более точными факторами прогноза заболевания, чем соматический статус. **Цель исследования** – проанализировать и определить факторы, влияющие на качество жизни и социальную адаптацию лиц с болезнью Паркинсона. **Методы исследования** – теоретический анализ и обобщение зарубежных и отечественных данных специальной научно-методической литературы по вопросам особенностей клинической картины, качества жизни, функционального и психологического состояния лиц с болезнью Паркинсона. **Результаты исследования.** Установлено, что на сегодня еще недостаточно данных о влиянии на качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона нефармакологических методов лечения, таких как целенаправленная кинезотерапия, эрготерапия, не изучена роль информационной поддержки, физиотерапевтических и эрготерапевтических вмешательств. Ежедневная физическая активность на ранних этапах болезни способна увеличить выработку собственного дофамина и снизить потребность в противопаркинсонических препаратах у большинства пациентов. Возможно, применение средств физической терапии имеет нейропротективный потенциал, способствуя замедлению нейродегенеративного процесса. Однако данный эффект теряется, как только регулярная физическая активность прекращается. **Выводы.** Результаты анализа и обобщения данных научно-методической литературы дают основание установить, что болезнь Паркинсона характеризуется возрастозависимой эпидемиологией, прогрессирующим характером течения и прямой взаимосвязью степени накопления функциональных неврологических расстройств (моторных и немоторных), ухудшающие качество жизни и приводящие к инвалидизации. Мониторинг факторов, влияющих на качество жизни, способствует направлению дальнейших усилий на разработку и внедрение в практику новых технологий коррекционно-восстановительного лечения, что позволит существенно повлиять на социальные и функциональные перспективы этих больных.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, качество жизни, физическая терапия.

**Rymma Bannikova, Viktoria Brushko. Current State of the Problem of life Quality and Social Adaptation of People with Parkinson's Disease.** The article addresses the current state of the problem of quality of life and social adaptation of people with Parkinson's disease. It is found that the conducted research in this area is very controversial. Some findings indicate that patients' quality of life is less affected by the disease stage and motor symptoms, while others indicate a greater role of non-motor symptoms. Traditionally, in clinical trials, the criteria for the effectiveness of the use of treatment and rehabilitation measures are physical data that does not reflect the patient's well-being and functioning in daily life. At the same time, it is proved that the patient's quality of life parameters have independent prognostic significance and are a more accurate factor in the prognosis of the disease than somatic status. **The Objective of the Study:** to analyze and identify factors which affect the quality of life and social adaptation of people with Parkinson's disease. **Research Methods:** theoretical analysis and generalization of foreign and domestic data of special scientific and methodological literature on the features of the clinical picture, quality of life, functional and psychological state of persons with Parkinson's disease. **Research Results.** It is found that at present, there is still insufficient data on the impact on the quality of life of patients with Parkinson's disease by non-pharmacological treatments, such as targeted kinesiotherapy, occupational therapy. The role of information support, physiotherapy and

*ergotherapeutic interventions has not been studied. Daily physical activity in the early stages of the disease can increase the production of dopamine and reduce the need in anti-Parkinson's drugs in most patients. The use of physical therapy measures may have neuroprotective potential, contributing to the slowing of the neurodegenerative process. However, once regular physical activity ceases, this effect is lost. **Conclusions.** The results of the analysis and synthesis of scientific and methodological literature suggest that Parkinson's disease is characterized by age-dependent epidemiology, the progressive nature of the disease and direct correlation of the degree of accumulation of functional neurological disorders (motor and non-motor). Monitoring of the factors which effect on quality of life helps to direct further efforts to develop and put into practice new technologies of corrective and restorative treatment, which will significantly influence the social and functional perspectives of these patients.*

**Key words:** *Parkinson's disease, quality of life, physical therapy.*

УДК 616.831:616/618

Олена Бісмак

### **Передумови розробки системи відновлення якості життя при компресійно-ішемічних та травматичних невропатіях верхніх кінцівок**

*Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)*

**Постановка проблеми.** В останні роки вивчення якості життя (ЯЖ) все частіше стає предметом клінічних досліджень у силу більш адекватної оцінки стану здоров'я пацієнтів й ефективності методів лікування та реабілітації, які застосовуються при певній патології [2]. Згідно з підходом Всесвітньої організації охорони здоров'я, ЯЖ розглядається як багатовимірна, складна структура, що включає сприйняття індивідом свого фізичного та психологічного стану, свого рівня незалежності, своїх взаємин з іншими людьми й особистих переконань, а також свого ставлення до значимих характеристик навколишнього його середовища [9]. Отже, за цього підходу оцінюється якість життя, пов'язаного зі здоров'ям [9]. Вивчення якості життя є загальноприйнятим у міжнародній практиці високоінформативним, чутливим й економічним методом оцінки стану здоров'я як населення в цілому, так і окремих соціальних груп.

За минулі роки в Україні змінилася структура нейрохірургічних захворювань, зокрема зросла частота травматичних та компресійно-ішемічних невропатій верхньої кінцівки. Відповідно, значно збільшилася кількість пацієнтів, оперованих із приводу враження периферичних нервів верхньої кінцівки [8].

На думку багатьох науковців, у наш час якість життя неврологічних хворих різко знижується. Вони втрачають працездатність, здебільшого стають інвалідами, знижується їхня соціальна активність, у результаті чого багато хто з них може бути схильний до депресивних станів [6, 14]. Захворювання периферичної нервової системи призводять до порушень фізичного стану хворого й сприяють змінам у багатьох інших сферах (емоційній, психічній, соціальній). Тому важливе завдання реабілітації неврологічних хворих – не лише часткове або повне відновлення в них утрачених функцій, зменшення больового синдрому, а й відновлення та покращення якості життя пацієнтів [13].

Тривалі терміни й вартість стаціонарного лікування хворих із захворюваннями та травмами ПНС у медичних установах різного профілю, інвалідизація (понад 29 %) хворих з обмеженими можливостями відновлення утрачених функцій визначають медико-соціальну значимість проблеми травматичних і компресійно-ішемічних невропатій та плексопатій верхньої кінцівки [3, 4, 7].

Безсумнівною є соціально-економічна значимість цієї проблеми, оскільки страждають особи працездатного віку [5, 11]; у зв'язку з цим проблема лікування та реабілітації хворих з ушкодженнями периферичних нервів і сплетінь верхньої кінцівки має не лише медичне, а й соціальне значення [1, 10].

Однак, незважаючи на інтенсивне вивчення якості життя в неврології, його визначення у хворих із травматичними та компресійно-ішемічними невропатіями верхніх кінцівок залишається маловивче-