

УДК 616

# БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: ПОВСЕДНЕВНЫЕ ТРУДНОСТИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

**АРУТЮНЯН МАРИАННА РУБЕНОВНА**

Кандидат педагогических наук, доцент  
Армянский государственный педагогический университет им. Х. Абовяна

**Аннотация:** Болезнь Паркинсона медленно прогрессирующее хроническое неврологическое заболевание, характерное для лиц старшей возрастной группы. Относится к дегенеративным заболеваниям экстрапирамидной моторной системы. В статье рассматриваются трудности и проблемы, возникающие в процессе реабилитации лиц с прогрессирующими неврологическими заболеваниями. В частности обсуждаются вопросы реабилитации, связанные с самостоятельной деятельностью и участием в повседневной деятельности людей с заболеванием Паркинсона.

**Ключевые слова:** болезнь Паркинсона, реабилитация, неврологические больные, повседневные трудности.

## PARKINSON'S DISEASE: DIFFICULTIES IN EVERYDAY LIFE AND APPROACHES OF OVERCOMING

**Harutyunyan Marianna Rubenovna**

**Summary:** Parkinson's disease is a slowly progressing chronic neurological disease, characteristic of the older age group. It refers to degenerative diseases of the extrapyramidal motor system. The article deals with the difficulties and problems that arise in the process of rehabilitation of people with progressive neurological diseases. In particular, issues of rehabilitation related to independent activity and participation in daily activities of people with Parkinson's disease are discussed.

**Key word:** Parkinson's disease, rehabilitation, neurological conditions, difficulties in everyday life.

Болезнь Паркинсона является нейродегенеративной болезнью, которая характеризуется дегенерацией черного вещества среднего мозга и других нервных узлов. Это прогрессирующая болезнь мозга, которая характеризуется целым комплексом симптомов и проявляется в разнообразном сочетании нижеперечисленных симптомов:

- мышечная дрожь, которая все более усиливается параллельно с развитием болезни;
- мышечная слабость, ограниченность движений;
- брадикинезия /замедленность движений/ и акинезия;
- отсутствие постуральных рефлексов;
- изменение осанки и походки;
- нарушение равновесия;
- резкие перепады настроения;
- усталость;
- обильное потовыделение;
- трудности жевания и глотания;
- феномен «замерзания».

Впервые болезнь Паркинсона была описана британским врачом Джеймсом Паркинсоном в 1817 году, и только 60 лет спустя французский невролог Жан Мартен Шарко, высоко оценив работу британского врача, назвал болезнь его именем.

Средний возраст начала болезни Паркинсона 55 лет и она приблизительно в 1,5 раза чаще встречается у мужчин, нежели у женщин. Одной из самых актуальных причин возникновения болезни считается наследственность, старение и воздействие токсинов окружающей среды [1].

Болезни Паркинсона свойственно незаметное начало и медленное развитие симптомов. В начале болезнь часто поражает одну сторону тела, а другая сторона начинает поражаться через несколько месяцев или несколько лет после начала болезни. В 70% случаев первым симптомом болезни является дрожь верхних и нижних конечностей, которая в первую очередь поражает их дистальные сегменты и при классическом течении поражает большой и указательный пальцы. Позже дрожь переходит к губам, подбородку и языку. Брадикинезия – замедленность движений, сопровождается также затруднением начала движения, потерей автоматических движений и понижением амплитуды движений. Болезнь проявляется также в замедленном мигании глаз, уменьшением жестикуляции, замедлением речи и запоздалыми ответами. Часто встречающимся последствием акинезии является слюнотечение, которое возникает автоматически, вследствие нарушения глотательного акта [2].

На более поздних стадиях болезни у больных выявляются трудности глотательного акта, которые могут стать причиной возникновения аспирации или пневмонии. Брадикинезия доминантной руки проявляется микрографией – медленным мелким почерком, трудностями при застегивании, расчесывании, бритье, чистке зубов щеткой. Больные начинают с трудом вставать с низкого кресла или дивана, или поворачиваться в постели, с трудом стоят и ходят, часто падают. Походка замедляется, больные начинают ходить маленькими шагами, чтобы не упасть стараются ставить ноги так, чтобы они находились под центром тяжести сложенного тела, одновременно ускоряя шаги [3].

Феномен «замерзания» является проходящей неспособностью совершения активных движений. Он возникает внезапно, обычно длится несколько секунд, охватывая в основном ноги, реже речь или руки во время письма. Возникновение этого феномена очень присуще больным при начале ходьбы (неуверенность начала движения), когда возникает необходимость обернуться во время ходьбы, при прохождении определенных препятствий или во время действий, которые ограничены временем, например, когда нужно пройти улицу или сесть в лифт [1].

В домашних условиях таких больных можно обучить разным упражнениям для устранения мышечного напряжения, которые желательно начать в теплой воде. Необходимо стимулировать самостоятельность больных, а также их участие, как в домашней, так и рабочей и профессиональной деятельности. Характерно, что проявления болезни Паркинсона достаточно долгое время не мешают профессиональной деятельности, особенно тем, кто занимается умственной работой. Во время усиления дрожи мышц советуется переходить на более легкую работу. Очень важно участие, активное времяпрепровождение и сохранение заинтересованности в окружении [4].

Члены семьи таких больных должны относиться к ним с пониманием, и в повседневной жизни, осуществляя уход за ними, проявлять психологическую поддержку. Никогда не нужно торопить больного, в противном случае у него может наблюдаться обострение дрожи и других симптомов болезни. В первую очередь больной должен чувствовать постоянную помощь, готовность и поддержку лица помогающего ему в вопросах ухода. По этой причине нижепредставленные подходы обязательно должны иметь место в каждодневной деятельности пациента и исполняться как самостоятельно, так и с непосредственной помощью опекуна:

- обеспечение физической активности с помощью лечебной физкультуры;
- сохранение полноценного рациона питания;
- частое принятие пищи в маленьких порциях;
- принятие измельченной пищи, для облегчения процессов жевания и глотания;
- сохранение рабочей деятельности и предоставление возможности для обеспечения недолгих прогулок;
- частый отдых для снижения чувства усталости и беспомощности;

- теплые водные процедуры для расслабления мышц;
- регулярный контроль за мочеиспусканием и выделением кала;
- осуществление профилактических мер от застоя в кишечнике – принятие большого количества жидкости, растительной пищи (фрукты, овощи);
- регулярное принятие лекарственных средств;
- принятие лекарственных средств в одни и те же утренние часы, до вставания с постели;
- деление процесса вставания на два этапа – сначала садиться на постели и немного отдохнуть, после уже вставать на ноги;
- при исполнении повседневных действий, использование приспособленных предметов домашнего обихода;
- при сильной дрожи в руках принятие жидкости из наполовину наполненного стакана, который специально утяжелен или при помощи трубочки;
- обеспечение безопасности больного в домашних условиях;
- управление положением тела при ходьбе – необходимо помнить, что нужно держать осанку, не трясти руками, поднимать ноги и спускать на пол – сначала опуская пятку, а после ступню.

Таким образом, уход за лицами, имеющими болезнь Паркинсона представляет из себя огромную работу, которая требует квалифицированный, осведомленный и знающий подход [5]. Члены семьи, осуществляя за ними уход или содействуя им, должны учитывать такие факторы, как проявление к больному жалости и чрезмерной опеки. Руководствуясь подобным «положительным» подходом, они явно не способствуют процессу восстановления, а препятствуют его самостоятельности и активной вовлеченности в повседневную деятельность. Это еще одно доказательство того, что процесс ухода должен осуществляться умелым образом и способствовать развитию самостоятельности и максимальной вовлеченности пациента.

## Список литературы

1. <http://doctors.am/hy/diseases/parkinsonism>
2. Corti O, Lesage S, Brice A. What genetics tells us about the causes and mechanisms of Parkinson's disease. *Physiol Rev.* 2011 Oct; 91 (4): 1161-218. doi: 10.1152/physrev.00022.2010. Review. Citation on PubMed
3. Farrer MJ. Genetics of Parkinson disease: paradigm shifts and future prospects. *Nat Rev Genet.* 2006 Apr; 7 (4):306-18. Review. Citation on PubMed
4. Sturkenboom IHWM, Thijssen MCE, Gons-van Elsacker JJ, Jansen JH, Maasdam A, Schulten M, Vijver-Visser D, Steultjens EJM, Bloem BR, Munneke M. 2008 Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation, Nijmegen, The Netherlands /Miami (FL), U.S.A.: ParkinsonNet/NPF.
5. Հարությունյան Մ. 2017 Տեղաշարժման դժվարություններ ունեցող երեխաների և դեռահասների խնամքի կազմակերպման ուղեցույց, Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ, Մ. Հարությունյան.- Եր.: «Ասողիկ» Հեղ. հրատ., 2017., 51 էջ:
6. Gillen G. Rehabilitation research focused on neurorehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy.* 2010; 64:341–356. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.64.2.341>.
7. Hirtz D., Thurman D.J., Gwinn-Hardy K., Mohamed M., Chaudhuri A.R., Zalutsky R. How common are the “common” neurologic disorders? *Neurology.* 2007; 68:326–337. <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000252807.38124.a3> [PubMed]
8. Law M., MacDermid J., editors. Evidence-based rehabilitation: A guide to practice. Thorofare, NJ: Slack; 2008.