

## REHABILITATION OF MOTIVE FUNCTIONS AT PATIENTS WITH PARKINSON'S ILLNESS

*Smolentseva I.G., Gubaidulina R.F., Krivonos O.B., Amosova N. A.  
 Maslyuk O.A., Chupina L.P.*

*Chair of neurology of IPPO FMBTs of A.I. Burnazyan, the Center of extrapyramidal diseases of FMBA of Russia*

Authors conducted examination of 25 patients with an illness of Parkinson by whom complex rehabilitation treatment with inclusion of medical gymnastics, the Scandinavian walking, and balance training on stabiloplatform was carried out. Results of research showed need of continuous continuous motive rehabilitation for addition to medicamentous treatment.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

*Смоленцева И.Г., Губайдулина Р.Ф., Кривonos О.В., Амосова Н.А.,  
 Маслюк О.А., Чупина Л.П.*

*Кафедра неврологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, Центр экстрапирамидных заболеваний ФМБА России*

Авторами проведено обследование 25 больных с болезнью Паркинсона, которым проводилось комплексное реабилитационное лечение с включением лечебной гимнастики, скандинавской ходьбы, тренировки равновесия на стабилоплатформе. Результаты исследования показали необходимость постоянной непрерывной двигательной реабилитации в дополнении к медикаментозному лечению.

Болезнь Паркинсона (PD) – одно из наиболее распространенных нейродегенеративных заболеваний, приводящее к выраженным двигательным нарушениям, значительному снижению социально-бытовой адаптации и качества жизни пациентов. В настоящее время определены три основных направления в лечении БП – медикаментозное лечение (включающее симптоматическую и

нейропротективную терапию), хирургические вмешательства и реабилитация. Однако, не все ранее проведенные исследования отметили эффективность тех или иных реабилитационных методик. В связи с этим, актуальна разработка и применение комплексного подхода к реабилитации, что позволит улучшить качество жизни больных.

Материалы и методы. В исследование вошли 25 больных с БП (8 мужчин и 17

Электронный научно-образовательный  
**Вестник**  
Здоровье и образование в XXI веке

2013, том 15 [12]

женщин), средний возраст которых составил  $65,1 \pm 6,6$  лет; стадия по Хен-Яру  $2,4 \pm 0,5$ , продолжительность заболевания –  $3,8 \pm 2,8$  лет. Критерии исключения составили: 1) выраженные двигательные нарушения, (больные не способны самостоятельно передвигаться), 2) выраженные когнитивные нарушения, 3) тяжелая соматическая патология. Все больные находились на стабильной схеме противопаркинсонической терапии за 3 месяца до и во время всего исследования. Методы исследования включали оценку двигательных нарушений по Unified PD Rating Scale (UPDRS III часть) and Tinetti Balance and Mobility Scale (TBMS); activities of daily living (UPDRS II часть) and scale Schwab&England, Timed Up&Go Test, 2-Minute Walk Test. Исследование проводилось в течение 6 месяцев. Программа реабилитации состояла из 10 занятий, длительностью до 1,5 часа, включая: лечебную гимнастику в течение 30 минут, скандинавскую ходьбу - 30 минут, тредмилл - 10 - 15 минут, тренировку равновесия на стабиллоплатформе - 10 - 15 минут. Занятия для пациентов, находящихся

в стационаре проводились 5 дней в неделю в течение 2 недель, а занятия для амбулаторных пациентов - 2 раза в неделю в течение 5 недель. Вся реабилитационная программа проводилась в утреннее время. Оценка двигательных функций проводилась до реабилитации, сразу после нее, через 3 и 6 месяцев после реабилитации.

Результаты. На фоне реабилитации отмечалось улучшение ходьбы и постуральной неустойчивости, однако через 3 месяца после реабилитации показатели несколько ухудшались, а к 6 месяцу вернулись к дореабилитационным результатам. Улучшение повседневной активности сохранялось весь срок наблюдения за больными. Кроме того, отсутствовали статистически значимые различия между ежедневными занятиями и занятиями, проводимыми 2 раза в неделю.

Вывод. Таким образом, результаты исследования показали необходимость постоянной непрерывной двигательной реабилитации в дополнении к медикаментозному лечению.