



УДК 796.011.3

DOI: 10.25688/2076-9091.2023.49.1.7

Кристина Михайловна Назарова¹,
Анна Николаевна Налобина²

^{1,2} Московский городской педагогический университет, Москва, Россия

Возможности эрготерапии для улучшения качества жизни при болезни Паркинсона

Аннотация. В связи с ростом заболеваемости болезнью Паркинсона в Российской Федерации возникает потребность совершенствования реабилитационной помощи и приведение ее в соответствие с международными моделями.

Целью исследования явилось изучение возможности применения эрготерапии для улучшения качества жизни при болезни Паркинсона.

Для достижения поставленной цели были обследованы 18 пациентов на базе лечебно-реабилитационного центра Клинической больницы Управления делами Президента РФ в Москве. До начала занятий и по окончании курса эрготерапии всем испытуемым были проведены: тестирование качества жизни с помощью теста функциональной независимости (FIM), шкалы активностей повседневной жизни Ривермид (S. Whiting, N. Lincoln, 1980; D. Wade, 1992) и качество жизни по опроснику EQ-5D-3L (адаптированная с учетом этнолингвистических особенностей русскоязычной популяции). Результаты исследования были обработаны с использованием программного комплекса Statistica 10.

Результаты исследования показали, что наибольшие затруднения у пациентов с болезнью Паркинсона вызывают такие действия, как надевание одежды, прием пищи, уход за собой, письмо. Занятия с эрготерапевтом помогают решить эти вопросы за счет тренировки базовых ADL, инструментальных ADL, продуктивной деятельности и формирования досуга.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, эрготерапия, тренировка активности, продуктивная деятельность

УДК 796.011.3

DOI: 10.25688/2076-9091.2023.49.1.7

Kristina Mikhailovna Nazarova¹,
Anna Nikolaevna Nalobina²

^{1,2} Moscow City University, Moscow, Russia

Possibilities of occupational therapy to improve quality of life in Parkinson's disease

Abstract. Due to the growing incidence of Parkinson's disease in the Russian Federation, there is a need to improve rehabilitation care and bring it in line with international models.

The aim of the study was to investigate the possibility of using occupational therapy to improve the quality of life of persons with Parkinson's disease.

To achieve this goal, 18 patients were examined at the treatment and rehabilitation center of the Clinical Hospital of the Russian Presidential Administration in Moscow. Before and after the course of ergotherapy all the patients were tested for the quality of life with the help of Functional Independence Test (FIM), Rivermead Scale of Activities of Daily Living (S. Whiting, N. Lincoln, 1980; D. Wade, 1992) and the EQ-5D-3L. The results of the study were processed using Statistica 10 software.

The results of the study showed that Parkinson's patients have the most difficulties with such activities as putting on clothes, eating, taking care of themselves, and writing. Classes with an occupational therapist help to solve these issues by training basic ADL, instrumental ADL, productive activities and leisure time activities.

Keywords: Parkinson's disease, occupational therapy, activity training, productive activity

Введение

Блезнь Паркинсона — одно из самых распространенных нейродегенеративных заболеваний, поражающее преимущественно дофамин-продуцирующие нейроны в определенной области мозга, называемой черной субстанцией с накоплением в клетках белка альфа-синуклеина и особых внутриклеточных включений (телец Леви). Этиология данного заболевания остается в значительной степени неизвестной. Предполагается, что на его возникновение влияют генетические факторы, внешняя среда (возможное воздействие различных токсинов), процессы старения. Генетические факторы имеют доминирующее значение при раннем развитии болезни Паркинсона. Многие симптомы болезни Паркинсона не связаны с движением. Немоторные симптомы болезни Паркинсона распространены и могут влиять на повседневную жизнь больше, чем более очевидные трудности с движением. К немоторным симптомам относятся: нарушение обоняния, расстройства сна, когнитивные нарушения (снижение памяти, легкомысленность), запор,

расстройства мочеиспускания, повышенное потоотделение, усталость, боль (особенно в конечностях), парестезии, беспокойство и депрессия [3].

Синдром паркинсонизма является основным клиническим проявлением болезни Паркинсона, его моторными симптомами являются: замедленность всех движений, истощаемость быстрых повторяющихся движений в руках и ногах, скованность мышц (мышечная ригидность), дрожание рук и ног (но почти никогда — головы), что наиболее выражено в покое, неустойчивость при ходьбе, укорочение длины шага и шарканье при ходьбе, топтание на месте, застывания при ходьбе, отсутствие содружественных движений руками при ходьбе (ахейрокинез) [4].

Во всем мире болезнь Паркинсона по темпам роста инвалидности и смертности опережает другие неврологические расстройства. За последние 25 лет распространенность болезни Паркинсона выросла вдвое. В 2021 г. численность лиц, страдающих болезнью Паркинсона, оценивалась на уровне свыше 8,5 млн человек. Согласно текущим оценкам, в 2021 г. болезнь Паркинсона привела к утрате 5,8 млн лет жизни, скорректированных на инвалидность (на 81 % выше, чем в 2000 г.), и стала причиной смерти 329 000 человек (рост на 100 % по сравнению с 2000 г.) [1]. Таким образом, болезнь Паркинсона представляет собой важную социальную проблему, эффективное решение которой возможно программно-целевым способом.

Комплексная программа лечения лиц, страдающих болезнью Паркинсона, должна включать мероприятия, направленные на коррекцию как двигательных, так и немоторных нарушений. Классические средства реабилитации, такие как кинезотерапия, ЛФК, гидрореабилитация, массаж, ориентированы преимущественно на нормализацию тонуса мышц, увеличение амплитуды движения в суставах, позиционирование пациента и обучение правильно-му паттерну ходьбы, что создает предпосылки к восстановлению локомоторных функций и положительно влияет на способность самостоятельного передвижения. В то же время такие сферы жизнедеятельности, как способность к самообслуживанию, общению, контролю своего поведения, остаются без должного внимания и в значительной мере влияют на качество жизни. Компенсировать этот дефицит возможно с помощью средств и методов эрготерапии.

Цель исследования: изучить возможности эрготерапии для улучшения качества жизни на разных стадиях болезни Паркинсона.

Методы и методология исследования

Для изучения проблемы исследования были использованы такие общенаучные методологические подходы, как диалектика и структурно-функциональный анализ [5]. До начала занятий и по окончании курса эрготерапии

всем испытуемым были проведены следующие исследования: тестирование качества жизни с помощью теста функциональной независимости (FIM), шкалы активностей повседневной жизни Ривермид (S. Whiting, N. Lincoln, 1980; D. Wade, 1992) и качество жизни по опроснику EQ-5D-3L (адаптированная с учетом этнолингвистических особенностей русскоязычной популяции). Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке. Обработка данных была проведена с использованием программы Statistica 10. Для сравнения зависимых совокупностей использовался *T*-критерий Вилкоксона в программе Statistica 10. Рассчитанные значения *T*-критерия Вилкоксона сравнивались с критическими при заданном уровне значимости.

Исследование проводилось на базе лечебно-реабилитационного центра Клинической больницы Управления делами Президента РФ (Москва) и Московского городского педагогического университета с июля по сентябрь 2022 года. В исследовании приняли участие 18 человек с паркинсонизмом в возрасте от 50 до 75 лет, длительность болезни составляла от 5 до 20 лет. На основании шкалы Хен – Яра, все испытуемые в зависимости от стадии болезни Паркинсона были разделены на три группы, по 9 человек в каждой.

Каждый участник исследования проходил курс эрготерапии в количестве 10 сеансов. Эрготерапия — сравнительно новый и «молодой» метод реабилитации, который предполагает терапию деятельностью, то есть восстановление здоровья через занятия, привычные виды деятельности. Целью эрготерапии является максимально возможное восстановление способности человека к независимой жизни (самообслуживанию, продуктивной деятельности, отдыху).

К задачам эрготерапии относятся: профилактика развития ограниченный жизненного функционирования; восстановление деятельности (адаптация среды, обучение и переобучение пользованию предметами и техническими средствами реабилитации) [6]. Эрготерапия включает в себя 4 раздела:

Базовые бытовые активности: личная гигиена, надевание и снятие одежды, прием пищи, функциональная независимость.

Инструментальные активности: приготовление пищи, выполнение домашних обязанностей, сложные базовые бытовые активности, уборка квартиры, распределение финансов, менеджмент медикаментов.

Продуктивная деятельность: работа за деньги, забота о людях и животных, возможность осваивать новые знания и навыки, исследовательские виды деятельности (поиск информации, работы, добровольное участие в чем-либо).

Отдых и досуг: выбор вида досуга, развлечений, возможность выполнять различные действия во время игры и отдыха.

Оптимальным критерием разработки индивидуальной программы занятий с эрготерапевтом является стадия болезни Паркинсона, с которой непосредственно связаны степень выраженности нарушений и ограничений жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества.

Вмешательство эрготерапевта на ранней стадии болезни Паркинсона

Ранняя стадия (с 1 по 2,5, по Хен – Яру) характеризуется слабым тремором, скованностью в плечах и бедрах, изменениями в позуре и ходьбе. Человек испытывает трудности с инструментальными активностями, которые требуют мультизадачности или выхода на улицу (рабочие задачи, покупки в магазине, финансовые операции, приготовление пищи, менеджмент медикаментов).

На этой стадии вмешательство эрготерапевта заключается во включении в ежедневную активность упражнений на увеличение объемов движений и силы, координации для улучшения постурального контроля и разгибания, когнитивная тренировка в виде упражнений для улучшения межполушарного взаимодействия и памяти, стратегии для улучшения письма и печати на компьютере, например правильное позиционирование.

Необходима адаптация окружающей среды: досуговой, рабочей, домашней — и пропаганда здорового образа жизни.

Вмешательство эрготерапевта на средней стадии болезни Паркинсона

На средней стадии (с 3 по 4, по Хен – Яру) моторные симптомы проявляют себя как тремор, ригидность, акинезия, постуральные нарушения, частые падения. Пациенты испытывают трудности при выполнении повседневных активностей: базовых бытовых, инструментальных, продуктивной деятельности и досуге.

На этой стадии эрготерапевт старается проводить занятия только в фазе включения. Рекомендуется избегать мультизадачности в новых активностях. Необходима концентрация на каждом задании, затем — переход к следующему, а также обучение копинг-стратегиям — внутренним и внешним подсказкам (ориентирам). Необходимо разбивать каждую активность на мелкие пункты и повторять каждый из них несколько раз и только после этого переходить к следующему шагу.

Пациентам даются рекомендации по использованию адаптивных приспособлений для экономии энергии и безопасности. Их обучают стратегиям для улучшения письма и печати на компьютере. Проводится обучение

ухаживающих лиц правильной страховке пациента, соблюдению распорядка дня и тренировке поддержания порядка.

Пациенту рекомендуется включать в ежедневную активность упражнения на увеличение объемов движений и силы, координации для улучшения постурального контроля и разгибания, когнитивную тренировку, стратегии для улучшения письма и печати на компьютере, функциональную тренировку мобильности в кровати, пересаживание, вставание, планирование своей активности на период включения, обучение копинг-стратегиям при вставании со стула и ходьбе, преодолении дверных проемов, адаптацию окружающей среды и одежды для уменьшения риска падения.

Вмешательство эрготерапевта на поздней стадии болезни Паркинсона

На поздней (развернутой) стадии заболевания (с 4 по 5, по Хен – Яру) наблюдается зависимость в базовых ADL активностях, снижение когнитивных и коммуникативных функций, поза пациента может быть вынужденная со значительным снижением контроля торса.

Пациенту необходимо обучение и тренировка приема пищи с ассистированными движениями и самостоятельно. Пища должна быть подходящей консистенции, так как на этой стадии заболевания может присутствовать дисфагия. Также обязательна сенсорная стимуляция (вкус, запах, тактильные ощущения).

На этой стадии большую часть времени эрготерапевт должен уделять обучению ухаживающего лица избеганию активных тренировок в фазе выключения, обучению пассивной суставной гимнастике для увеличения объема движений и снижения болевого синдрома, правильному позиционированию пациента в положениях сидя, лежа и при приеме пищи. Проводится обучение правильным трансферам в кровати и при пересаживании на один или разные уровни, обучение использования адаптивного оборудования: кресла-коляски, кресла для ванны, прикроватного туалета, прикроватного стола и т. д. [2].

Результаты исследования

До курса эрготерапии среднегрупповой результат теста функциональной независимости (FIM) составил $108,2 \pm 3$ балла, что свидетельствовало о достаточно высоком уровне независимости пациентов в повседневной жизни (см. табл. 1). Об этом свидетельствовал и достаточно высокий индекс Ривермид ($78,3 \pm 4,4$ балла).

Таблица 1

Показатели качества жизни испытуемых до и после эксперимента

Тест	До начала курса реабилитации	После окончания курса реабилитации	<i>T</i> эмп.	<i>P</i>
Тест функциональной независимости (FIM), балл	108,2 ± 3	112,2 ± 3,1	74,5	$P \leq 0,05$
Шкала активностей повседневной жизни Ривермид, балл	70,3 ± 4,4	77,1 ± 6,5	58,5	$P \leq 0,01$
Опросник качества жизни EQ–5D–3L, балл	70 ± 5	75,5 ± 5,5	75	$P \leq 0,05$

При оценке двигательных функций наибольшие затруднения возникали при самообслуживании, контроле тазовых функций, перемещении и подвижности. Наименьший балл был выявлен при надевании верхней части одежды. У трех пациентов (17 %) отмечалось снижение интеллектуальных функций за счет нарушения общения, социальной активности. У остальных 15 человек (83 %) снижения когнитивных способностей не выявлено.

Результаты опроса качества жизни EQ–5D–3L (см. табл. 1) у пациентов с паркинсонизмом о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека соответствовали 70 ± 5 баллам, что по визуальной аналоговой шкале EQ–VAS выше среднего. Однако только 1 (5,6 %) респондент сообщил об отсутствии проблем со здоровьем, а 13 (72,2 %) человек объявили об умеренных проблемах со здоровьем в одном из измерений EQ–5D–3L, 4 (22,2 %) человека имели проблемы со здоровьем в двух и более измерений EQ–5D–3L.

Наиболее выражены проблемы с передвижением, уходом за собой, обычной деятельностью, болью в шее и пояснице, тревогой за свое состояние.

В целом наиболее трудно для пациентов с болезнью Паркинсона выполнять такие активности, как надевание верхней части одежды ($n = 13$, 82,6 %), самостоятельный прием пищи ($n = 12$, 78,2 %), надевание нижней части одежды ($n = 12$, 78,2 %), мытье тела в ванне ($n = 11$, 69,6 %) и уход за собой ($n = 11$, 69,9 %). Двумя наиболее часто встречающимися проблемами с инструментальными ADL были письмо ($n = 6$, 39,1 %) и набор текста на клавиатуре ($n = 4$, 30,4 %). Большая часть ($n = 17$, 94,6 %) исследуемых субъективно ощущали проблемы со здоровьем.

В таблице 1 представлена динамика показателей качества жизни и функциональной активности у людей с болезнью Паркинсона после курса эрготерапии. По завершении реабилитационных мероприятий можно видеть, что по всем изучаемым показателям достигнуты статистически достоверные изменения.

Прирост результатов в шкале функциональной независимости (FIM) на 3,7 % в большей степени обеспечивался за счет улучшения навыков

личной гигиены, подъема с кровати, приседания на стул (инвалидное кресло) и вставания с них, перемещения и подвижности.

Результаты по шкале активностей повседневной жизни Ривермид улучшились с 70,3 до 77,1 балла за счет изменения двигательного навыка у 16 (88,9 %) пациентов. У 2 человек (11,1 %) изменений в повседневной активности не наблюдалось.

Анализ ответов на вопросы по оценке качества жизни показал улучшения в таких компонентах профиля здоровья, как подвижность, уход за собой, боль, тревога. Среднее значение данных опросника качества жизни улучшилось на 7,8 % и составило $75,5 \pm 5,5$ балла.

Заключение

Таким образом, эрготерапия при болезни Паркинсона охватывает все сферы жизни человека и помогает ему в достижении максимальной самостоятельности и улучшении качества жизни. Наибольшего эффекта эрготерапии при болезни Паркинсона можно добиться на ранней стадии (1–2,5, по Хен – Яру). На развернутой стадии Болезни Паркинсона после занятий с эрготерапевтом наблюдались менее значительные улучшения, что вызывает необходимость дополнения программы комплексной реабилитации такими средствами, как кинезиотерапия, лечебная физическая культура, нейропсихологическая и логопедическая коррекция.

Список источников

1. Исмаилова С. Б. Реабилитация при болезни Паркинсона-немедикаментозные подходы / С. Б. Исмаилова, В. С. Ондар, С. В. Прокопенко // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2020. Т. 2. № 1. С. 57–65.
2. Назарова К. М. Эрготерапия на ранней стадии болезни Паркинсона / К. М. Назарова, А. Н. Налобина // Современные вопросы биомедицины. 2022. Т. 6. № 4 (21). DOI: 10.51871/2588-0500_2022_06_04_22. EDN TZGCIK
3. Смоленцева И. Г. Реабилитация при болезни Паркинсона: современное состояние и перспективы / И. Г. Смоленцева, Н. А. Амосова, А. В. Кузьмина // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. 2022. № 2. С. 188–193.
4. Шпилюкова Ю. А. Обзор Международного конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений 2022 (International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders 2022) (Мадрид, Испания, 15–18 сентября 2022 г.) // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. 2022. № 3. С. 2–10.
5. Cavaglioni A. et al. Occupational therapy for people with Parkinson's disease in Israel: a SWOT analysis // Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2022. С. 1–11.
6. Radder D. L. M. et al. Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease // International Journal of Neuroscience. 2017. Т. 127. № 10. С. 930–943.

References

1. Ismailova S. B. Rehabilitation in Parkinson's disease-non-drug approaches / S. B. Ismailova, V. S. Ondar, S. V. Prokopenko // Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation. 2020. Vol. 2. № 1. P. 57–65.
2. Nazarova K. M. Ergotherapy at the early stage of Parkinson's disease / K. M. Nazarova, A. N. Nalobina // Modern issues of biomedicine. 2022. Vol. 6. № 4 (21). DOI: 10.51871/2588-0500_2022_06_04_22. EDN TZGCIK.
3. Smolentseva I. G. Rehabilitation in Parkinson's disease: current state and prospects / I. G. Smolentseva, N. A. Amosova, A. V. Kuzmina // Bulletin of the National Society for the Study of Parkinson's Disease and Movement Disorders. 2022. № 2. P. 188–193.
4. Shpilyukova Yu. A. Review of the International Congress on Parkinson's Disease and Movement Disorders 2022 (International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders 2022) (Madrid, Spain, September 15–18, 2022) // Bulletin of the National Society for the Study of Parkinson's Disease and Movement Disorders. 2022. № 3. P. 2–10.
5. Cavaglioni A. et al. Occupational therapy for people with Parkinson's disease in Israel: a SWOT analysis // Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2022. P. 1–11.
6. Radder D. L. M. et al. Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease // International Journal of Neuroscience. 2017. Vol. 127. № 10. P. 930–943.