

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

медичного вузу. Виявлено, що легкий ступінь гіпермобільності суглобів є у 38,4% студентів, середній ступінь – у 39,3% та виражений ступінь – у 22,3% студентів.

Ключові слова: опорно-руховий апарат, стан здоров'я, гіпермобільність суглобів, критерії Бейтона.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Виктория Бакурдзе-Манина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Изложены данные, касающиеся вопросов гипермобильности суставов. Представлены данные результаты исследования по определению распространенности степени выраженности гипермобильности суставов у студентов медицинского ВУЗа. Виявлено, что легкая степень гипермобильности суставов присутствует у 38,4% студентов, средняя степень - у 39,3% и выражения степень - у 22,3% студентов.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, состояние здоровья, гипермобильность суставов, критерии Бейтона.

PREVALENCE OF HYPERMOBILITY AMONG STUDENTS JOINTS MEDICAL UNIVERSITY

Victoria Bakuridze-Manina

DZ "Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Ukraine"

The article discusses issues related features of locomotor apparatus, namely Hypermobility, which can be one of the criteria in the definition of physical activity. Data for determining the degree and prevalence criteria Hypermobility of students of medical school are presented. It is revealed that mild Hypermobility is present in 38,4% of students average degree at 39,3 per cent and big degree of 22,3% of the students

Key words: physical education, health, musculoskeletal system, hypermobility of joints, criteria of Beighton.

ВІДНОВЛЕННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Катерина Бандуріна

Запорізький Національний університет

Постановка проблеми. В структурі дитячої інвалідності перше місце посідають хвороби нервової системи. Найбільш поширеним серед захворювань нервової системи в дітей є церебральний параліч, який являється однією з ведучих і не маючих собі рівних медико-соціальних проблем. Це захворювання характеризується спотвореним розвитком чи порушенням різних структур головного мозку, які виникають у дитини під час внутрішньоутробного розвитку плоду чи під час пологів. Але у значної кількості дітей причина розвитку ЦП залишається невідомою [4].

Клінічні прояви ЦП виражаються в рухових розладах: паралічі, довільні рухи, порушення координації рухів. До рухових порушень приєднуються порушення психіки з формуванням розумового відставання, недорозвитком мови. Існують різні розуміння поняття ЦП, класифікації, використовується велика кількість методів та засобів, основними з яких залишаються засоби фізичної реабілітації [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій: Аналіз науково-методичної літератури засвідчив, що на сьогоднішній день проблема ДЦП дуже широко висвітлена багатьма авторами. Розпочинаючи з 1861, коли англійський хірург Джон Літл в своїй доповіді на засіданні Акушерського суспільства висловив думку, що асфіксія при пологах являється однією із причин порушення спинного мозку і, як наслідок, розвитку спастичного паралічу, до сучасних досліджень. За цей час багатьма науковцями визначалися причини хвороби, її клінічні ознаки,

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

класифікація захворювання, визначені форми ЦП. Так, у 1978 році, К.А.Семенова ввела класифікацію цього захворювання та визначила його форми.

Низка дослідників велику увагу приділяли медикаментозній терапії, ортопедичному лікуванню, рефлексотерапії, реабілітації засобами фізіотерапії, іпотерапії, дельфінотерапії, лікувальній фізичній культурі [7]. Можна назвати науковим відкриттям систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації по методу Козьявкіна В.І., яка визнана світовими практиками і є однією із чотирьох самих ефективних методів лікування хворих на ЦП. [3,6]. Але, разом з тим, фізична реабілітація дітей з ЦП не втрачає своєї актуальності. Пошук методів та засобів, які спрямовані на максимальний розвиток збережених функцій, компенсацію фізичних вад та інтеграцію дитини в суспільство є необхідним. Ми вирішили висвітлити один із аспектів фізичної реабілітації дітей з ЦП, який стосується відновлення дрібної моторики. Адже розвиток дрібної моторики відіграє ведучу роль в інтелектуальному розвитку дитини, набуття нею навичок самообслуговування та веде до соціалізації в суспільство.

Мета дослідження: обґрунтування впливу засобів фізичної реабілітації на відновлення дрібної моторики дітей з церебральним паралічем.

Завдання дослідження.

1. Провести теоретичний аналіз літературних джерел з метою визначення засобів фізичної реабілітації для відновлення дрібної моторики дітей хворих на дитячий церебральний параліч. 2. Здійснити оцінку вихідного рівня стану дрібної моторики дітей з церебральним паралічем. 3. Підібрати і впровадити комплекс засобів фізичної реабілітації спрямований на відновлення дрібної моторики дітей з церебральним паралічем.

Методи і організація дослідження. Дослідження проводилося в КУ Запорізького спеціалізованого обласного будинку дитини «Сонечко» терміном. В дослідженні брали участь 18 дітей з діагнозом спастичний геміпарез, віком від 4-х до 8 років.

На основі вивченої літератури ми визначилися з основними **методами** оцінки рівня розвитку дрібної моторики, а саме встановлення ступеня парезу за індексом Мотрісайті, а також тест для оцінки функціонального стану верхніх кінцівок (Keitel W. et al.) [1].

До програми по відновленню дрібної моторики нами було включено фізіотерапевтичні процедури, а саме аплікації парафіну та воску на область верхніх кінцівок. Фізичні чинники стимулюють трофічну функцію нервової системи, поліпшують мікроциркуляцію, окисно-відновні та обмінні процеси. Масаж є незамінним засобом відновлення функцій при ЦП. Він запобігає трофічним порушенням у паретичних м'язах, знижує м'язовий тонус, протидіє розвитку контрактур, покращує кровопостачання і обмінні процеси в уражених м'язах, шкірі. Нормалізація м'язового тонусу є обов'язковим фоном для занять фізичними вправами [2]. Масаж проводився щоденно, тривалістю 25-30 хвилин протягом 10 сеансів з перервою в один місяць. Запропонована програма також включала лікувальну гімнастику (тривалістю 30-40 хвилин), яка складалася з вправ: - на розтягування спазмованих м'язів; для зменшення тонусу привідних м'язів плеча; для зменшення тонусу м'язів – згиначів ліктьового суглобу; для зниження тонусу згиначів кисті. Комплекс лікувальної гімнастики складався із 10-12 вправ і кожна вправа повторювалася 8-10 раз. До комплексу періодично вносилися 2-3 нові вправи, що не викликало звикання організму до занять.

Спеціальні фізичні вправи були спрямовані не тільки на зниження патологічного тонусу, ступеня парезу, але й на розвиток сили м'язів, їх укріплення,

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

покращення рухливості суглобів, розширення загальної рухової активності дитини [1].

Враховуючи вікові особливості, ми широко використовували ігрові вправи: «як я одягаюсь», «як я розчісуюсь» [7]. Багаторазове повторення рухів, вправи з подоланням опору, вправи в різних площинах, ізольовані рухи - це були основні моменти використання лікувальної фізичної культури в нашій реабілітаційній програмі.

По-перше, ми широко використовували пальчикову гімнастику, адже ці вправи мають ігровий характер, емоційну забарвленість мови педагога-реабілітолога, безпосередній контакт рук педагога з руками дитини. Ці чинники дають великий психологічний фон заняттю.

Пальчикові ігри - це інсценування різних римованих історій, казок, віршів за допомогою пальців. В ході пальчикових ігор діти, повторюючи рухи дорослих, активізують моторику рук. Тим самим виробляється спритність, вміння керувати своїми рухами, концентрувати увагу на одному виді діяльності. Пальчикові ігри проводилися як частина основного заняття, тривалістю 5-7 хв., а також під час самостійної ігрової діяльності дітей [6,10]. Для більшого терапевтичного ефекту пальчикової гімнастики в комплекс додавали самомасаж кистей і пальців в «сухому басейні». Для створення «сухого басейну» невелику глибоку миску (діаметром 25 см, заввишки 12-15 см) заповнили на 8 см промитим і просушеним горохом. Занурюючись якомога глибше в наповнювач, ручки дитини масажуються, пальці стають чутливішими, а їх рухи – координованими. Пальчикова гімнастика і масаж в «сухому басейні» сприяли: нормалізації м'язового тону; стимуляції тактильних відчуттів; збільшення обсягу і амплітуди рухів пальців рук; формуванню довільних, координованих рухів пальців рук [6]. Пальчиковий масаж в «сухому басейні» ми супроводжували віршованим текстом або використовували музичний супровід.

Розвиток чутливості і дрібної моторики пальців безпосередньо сприяє і підвищенню інтелекту, оскільки відбувається розвиток кори головного мозку. Тому програми розвитку кінестетичних відчуттів корисні для дітей. Для цього ми брали шітки різної фактури ворсу, підбирали різної фактури тканини та предмети домашнього вжитку. Елементи роботи з цими матеріалами включалися нами епізодично, тривалістю 4-5 хвилин, в основні заняття та рекомендували включати в заняття з образотворчого мистецтва [10].

В працях багатьох дослідників велику увагу відводилося діяльності дітей з предметами домашнього вжитку. Перевагою цих ігор є те, що для їх проведення не потрібні якісь спеціальні іграшки, посібники. Ми мали можливість використовувати підручні матеріали, які є в будь-якому будинку: прищіпки, гудзики, намистинки, крупу і т.д. і звернули, під час своєї роботи, увагу на те, що діти з великою цікавістю маніпулювали цими предметами. Ми не могли не звернутися до, не втрачаючих своєї актуальності, ігор-шнурівок Марії Монтесорі, адже вони розвивають сенсомоторну координацію, дрібну моторику рук, просторове орієнтування, сприяють розумінню понять «угорі», «унизу», «праворуч», «ліворуч», формують навички самообслуговування, сприяють розвитку мови [10].

Самомасаж кистей рук є дієвим засобом розвитку дрібної моторики, оскільки на долонях розташовані нервові закінчення. Якщо їх діяльність активізується, поліпшується функціональний стан внутрішніх органів. При цьому в процесі самомасажу зміцнюються м'язи, суглоби і зв'язки не тільки кисті, яку масажує дитина, а й кисті, якою дитина виконує масаж [5].

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

Ігровий самомасаж – це унікальна тактильна гімнастика, завдяки якій в мозок надходить потужний потік імпульсів від рецепторів, розташованих в шкірі, а також від пропріорецепторів м'язів і суглобів. Одночасно з цим в кору головного мозку надходить інформація, яка не тільки надає тонізуючу дію на центральну нервову систему, а й сприяє збільшенню резервних можливостей функціонування головного мозку. Ми проводили самомасаж щоденно, відводячи йому до 5 хвилин динамічної паузи на занятті.

Невід'ємною частиною роботи по інтеграції дитини з особливостями розвитку в суспільство є підготовка її до навчання. Тому одним із складових нашої реабілітаційної програми стала робота з трафаретами та лекалами. Ми використовували прості трафарети геометричних фігур і вчили дитину накладати їх на аркуш паперу і олівцем обводити знайомі фігури, а також робити штрихи по формі фігури. Тут в першу чергу відпрацьовувалися такі штрихи: паралельні відрізки зверху вниз, знизу вгору, зліва направо [5].

Тістопластика є універсальною терапевтичною та розвиваючою методикою, що має глибокі історичні корені. Доступність матеріалів, простота технології, багаті можливості зробили це заняття в наші дні дуже популярним. Показання до застосування методики ліплення з солоного тіста порушення функцій опорно-рухового апарату, мовного розвитку, зорової функції, психічні розлади [3]. Всі ці показання стосуються наших дітей, тому вирішили, що їм буде дуже корисно попрацювати з цим матеріалом. У ході неодноразового повторення одних і тих же дій діти набули вміння розкочувати шматочки тіста, сплющувати їх, відщипувати від цілого шматка.

Особливим є підхід до впровадження реабілітаційних заходів, а саме те, що ми цілеспрямовано вели контроль за якісними і кількісними змінами функціонального стану дітей в ході впровадження реабілітаційних заходів. Кожні два тижні обговорювалася результативність реабілітаційної програми та коректувалася діяльність наступного етапу роботи. Враховувався той факт, що припинення реабілітаційних заходів вестиме до погіршення стану здоров'я хворих дітей, тому фізичні вправи, заняття лікувальною фізичною культурою проводилися постійно.

Програма реабілітації була зібрана з багатьох джерел і передбачала створення таких умов для соціалізації дитини, аби кожна дитина могла в повному обсязі використати свої можливості і вірила в них, мала оптимістичну концепцію, тому що при низькій самооцінці розвивається невпевненість в своїх можливостях, що могло звести нанівець всі результати нашої роботи.

Результати дослідження та їх обговорення: В ході нашого дослідження була проведена діагностика функціонального стану дрібної моторики у групи дітей як на початку експерименту, так і по його завершенні для того, щоб ми змогли оцінити ефективність нашої програми.

Так зміни показників оцінки ступеня парезу за індексом Мотрісайті представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Зміни показників індексу Мотрісайті за період дослідження

Тестована кінцівка	Початок дослідження		p	По завершенні дослідження		t
	ОГ	ГП		ОГ	ГП	
права	55,22±6,9	54,78±6,8	<0,05	73,11±9,1	55,78±6,8	1,6
ліва	51,78±6,5	51,11±6,4	<0,05	71±8,8	51,33±6,4	1,8

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

На початку дослідження вірогідних відмінностей між результатами досліджуваних груп не було ($p < 0,05$). У жодній з груп не спостерігалось показників норми у 100 балів. Для правої руки основної групи індекс становив $55,22 \pm 6,9$ бали, для групи порівняння – $54,78 \pm 6,8$, а для лівої руки – $51,78 \pm 6,5$ та $51,11 \pm 6,4$ відповідно. По закінченню ж дослідження в основній групі було виявлене змінення досліджуваного показника: для правої руки індекс збільшився до $73,11 \pm 9,1$ бала в основній групі, а в групі порівняння залишився майже без змін.

Відзначили зміни і в показниках і функціонально-рухового тесту, які представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Зміни показників функціонально-рухового тесту

Тестована кінцівка	Початок дослідження		p	По завершенні дослідження		t
	ОГ	ГП		ОГ	ГП	
права	$7,33 \pm 1,2$	$6,11 \pm 0,8$	$< 0,05$	$9,56 \pm 1,2$	$6,33 \pm 0,81$	2,21
ліва	$5,59 \pm 0,76$	$5,78 \pm 0,73$	$< 0,05$	$8,67 \pm 1,1$	$6,22 \pm 0,79$	1,79

Загальний показник функціонально-рухового тесту в основній групі на час дослідження становив $7,33 \pm 1,2$ бали для правої руки і $6,11 \pm 0,8$ бали для правої руки групи порівняння. Вірогідних відмінностей між показниками не спостерігається. По закінченні дослідження ми констатували зростання результату для правої руки $9,56 \pm 1,2$ бала та без істотних змін залишилися результати групи порівняння – $6,33 \pm 0,81$ бали, що підтверджує вірогідний показник $t \pm 2,21$. За результатами дослідження функціонального стану лівої руки дітей основної групи та групи порівняння показники становлять до дослідження – $5,59 \pm 0,76$ та $5,78 \pm 0,73$ бали, а після дослідження – $8,67 \pm 1,1$ та $6,22 \pm 0,79$ відповідно з критичним показником в $t \pm 1,79$.

Висновки:

1. Аналіз українських та зарубіжних літературних джерел дозволив встановити, що існує багато методів відновлення дрібної моторики дітей, хворих на ЦП, основним з яких є метод фізичної реабілітації. Але в доступній нам літературі науковці по-різному підходять до питань висвітлення фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем і тому постійний пошук ефективних засобів реабілітації дітей, хворих на ЦП є дуже актуальним.

2. Здійснюючи оцінку стану функціональних розладів дрібної моторики у дітей, хворих на ДЦП, ми визначили, що основу клінічної картини складають рухові розлади, порушення координації рухів, але водночас ми спостерігали затримку психічного розвитку, окорухові порушення та мовні розлади і на цьому фоні незрілість мотиваційної зацікавленості дітей, що ускладнює процес відновлення розвитку дрібної моторики у дітей засобами фізичної реабілітації.

3. Використання індивідуально-диференційованих програм, високий рівень кваліфікації спеціалістів та розуміння проблеми інтеграції дітей в суспільство є важливою мотиваційною складовою вирішення корекційних задач колективом та розуміння відповідальності за долю дитини з особливими потребами. Дана проблема є дуже актуальною і її не можна вирішити в межах даної статі, адже інтеграція дітей з особливими потребами в суспільство не дивлячись на глибоке висвітлення в наукових і педагогічних працях є набагато глобальнішою за рахунок індивідуальності кожної дитячої долі, яка стоїть за виразом діагнозу, і тому весь час іде пошук все нових інноваційних технологій, спрямованих на корекційно-

реабілітаційні заходи, поєднання їх в системи для досягнення головної мети – соціалізації дітей з особливими потребами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баришок Т.В., Бандуріна К.В., Гура О.І. Організаційно-методичні основи фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем у різних умовах : монографія / Т.В.Баришок,К.В.Бандуріна,О.І.Гура. – З.: КПУ, 2012. – 72-124с.
2. Дубровский В.И., Дубровская А.В. Лечебный массаж / В.И. Дубровский, А.В. Дубровская. – ГЭОТАР МЕД, 2004. – 512 с.
3. Колотова О.В.Тестопластика //Позашкилля. – 2007. – №7 – с.40-42
4. Козьявкін В.І.Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації Блок кінезотерапії /В.І.Козьявкін,Б.Д.Волошин.Трускавець:МАЛТИ-М , 2004. – 128с.
5. Левченко И.Ю., Приходько О.Г., Гусейнова А.А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками // Книголюб. – 2008. – 176 с.
6. Малашина Н.А. Использование игр и упражнений в развитии ручных умений дошкольников с детским церебральным параличом // Коррекционная педагогика. – 2007. – №5. – 62с.
7. Мастюкова Е.М.Семейное воспитание детей с отклонением в развитии : учебн. пособие для студ. высш.уч. заведений / [авт.Е.И.Мастюкова, А.Г.Москвина; под ред..Селиверстова]. – М.: Центр ВЛАДОС,2003. – 408с.
8. Семенова К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руководство для врачей / [К.А. Семенова, Н.М. Махмудова; под ред. Маджидова]. – Т.:Медицина, 1979. – 490с.
9. Смирнова И.А.Специальное образование дошкольников с ДЦП / Учебно-методическое пособие. СПб.//ДЕТСТВО – ПРЕСС, 2003. – 160 с.
10. Шанина С.А., Гаврилова А.С.Пальчиковые упражнения для развития речи и мышления ребенка/С.А.Шанина,А.С.Гаврилова. – М.: РИПОЛ,2010. – 249с.

АНОТАЦІЇ

ВІДНОВЛЕННЯ ДРІБНОЇ МОТОРИКИ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Катерина Бандуріна

Запорізький Національний університет

Із практичного досвіду, а також аналізуючи праці багатьох дослідників, науковців та педагогів можна з впевненістю сказати, що розвиток дрібної моторики є основним показником інтелектуального розвитку дитини. На долонях розташовано багато рефлекторних точок, від яких ідуть імпульси до центральної нервової системи. Ще відомий педагог В. Сухомлинський стверджував, що «розум дитини – на кінчиках її пальців».

Ключові слова: церебральний параліч, дрібна моторика, фізична реабілітація, інтелектуальний розвиток, інтеграція, функції.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ СРЕДСТВАМИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Екатерина Бандурина

Запорожский Национальный университет

Из практического опыта, а также анализируя работы многих исследователей, научных и педагогических работников можно с уверенностью сказать, что развитие мелкой моторики есть основным показателем интеллектуального развития ребенка. На ладонях много рефлекторных точек, импульсы от которых идут к центральной нервной системе. Еще В.Сухомлинский говорил, что «интеллект ребенка - на кончиках его пальцев».

Ключевые слова: церебральный паралич, мелкая моторика, физическая реабилитация, интеллектуальное развитие, интеграция, функции.

II. НАУКОВИЙ НАПРЯМ

RESTORATION FINE MOTOR SKILLS CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY PHYSICAL REHABILITATION

Katerina Bandurin

Zaporizhzhya National University

From practical experience, as well as analyzing the work of many researchers, scientific and pedagogical workers can confidently say that the development of fine motor skills have a major indicator of the intellectual development of the child. In many palm reflex points, which are pulses of the central nervous system. More V.Suhomlinsky said that «the intelligence of the child – his fingertips».

Key words: cerebral palsy, fine motor skills, physical rehabilitation, intellectual development, integration, functions.

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ХОДЬБИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Тетяна Баришок, Інна Сегеда

Запорізький національний університет

Постановка проблеми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно реєструється 100-300 випадків інсультів на кожні 100000 населення. Щорічно відбувається більше 400 тис. інсультів [4, 7]. Частота і поширеність мозкового інсульту, високий ступінь інвалідизації постінсультних хворих надають цій проблемі високу соціальну значність. Одним з найбільш важких наслідків інсульту, значно знижують функціональні здібності хворих, є порушення функції ходьби, яке проявляється в тій чи іншій мірі у всіх хворих, які перенесли інсульт [4].

У структурі рухового дефекту у постінсультних пацієнтів виникає структурний розпад (дезінтеграція) функціональної статолокомоторної системи в результаті грубих порушень програмного контролю, що проявляється розладами проактивного динамічного контролю (пракису пози) та порушеннями локомоції. Остання реалізується у вигляді розлади однією з базових характеристик центрального генератора кроку - ритму локомоції. Клінічно це проявляється порушеннями ініціації ходьби («запуск» програми локомоції), застигання під час ходьби (фрагментарність виконання програми) і патологічної асиметрією кроки. Нерідко зазначені порушення позначають узагальнюючим терміном «апраксія ходьби», під якою розуміється «... порушення здатності правильно використовувати нижні кінцівки в акті ходьби, яке не може бути пояснено сенсорними розладами або парезом» [3, 8]. Однак при апраксії ходьби руховий дефект носить більш дифузний характер і не обмежується тільки нижніми кінцівками. У рамках апраксії ходьби виразність окремих симптомів вельми варіабельна і значною мірою індивідуальна.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз наукової літератури показав, що ступінь, характер і тривалість відновлення втрачених внаслідок інсульту функцій дуже варіабельні. Найбільш істотне поліпшення в стані хворих під дією реабілітаційних програм наголошується в перші 6 місяців від початку інсульту, хоча не менш ніж у 5% хворих відзначається поліпшення протягом року [4, 6]. Часткової або повної незалежності в повсякденному житті можна досягти в 47-76 % випадків. Основним методом корекції рухових розладів є кінезотерапія, що включає активну і пасивну лікувальну гімнастику. Однак спостерігається недостатність науково-практичних робіт, які б вивчали систему реабілітації для відновлення функції ходьби у пацієнтів після інсульту.[2, 5]

За даними багатьох авторів, у віддалені періоди інсульту 50-80 % хворих втрачають працездатність і 38,2 % з них потребують сторонньої допомоги при