

УДК 615.825: 616.2

ЗМІНИ ЗАГАЛЬНОГО РІВНЯ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ЛЕГКУ ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПРОЦЕСІ ПРОВЕДЕННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Ігор ГРИГУС

*Міжнародний економіко-гуманітарний університет
ім. академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне*

Стаття присвячена аналізу проведення фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму. Описана методика проведення лікувальної фізичної культури, масажу, аероіоно-терапії та спелеотерапії. Висвітлено позитивний вплив запропонованої програми фізичної реабілітації на загальний рівень здоров'я хворих на легку персистуючу бронхіальну астму.

Ключові слова. Бронхіальна астма, хворі, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, рівень здоров'я.

Постановка проблеми. Проблема реабілітації хворих із захворюваннями органів дихання стоїть досить гостро. Це пов'язане з тим, що саме в цих пацієнтів спостерігається найбільше зниження пристосування організму до фізичного навантаження, а ефект від лікарської терапії може бути значно посилений шляхом впровадження реабілітаційних програм.

Наявність побічних ефектів медикаментозного лікування спричиняє актуальність проблеми оптимізації відновного лікування хворих на бронхіальну астму (БА) і подальшого вивчення цієї проблеми [3].

Виходячи з вищесказаного, серйозної уваги заслуговує пошук нових ефективних патогенетично обґрунтованих методів фізичної реабілітації хворих на БА і їхнє поєднання з сучасними медикаментозними засобами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Відповідно до останніх спільних рекомендацій Американського торакального товариства і Європейського респіраторного товариства, пульмонологічна реабілітація – мультидисциплінарна, заснована на доказовій базі, всеосяжна система заходів для хворого хронічним захворюванням органів дихання, що мають клінічно значимий перебіг захворювання й порушення рівня повсякденної активності. Інтегрована в щоденне лікування, пульмонологічна реабілітація покликана зменшити прояви хвороби, оптимізувати функціональний статус, поліпшити кооперативність і зменшити вартість лікування за рахунок стабілізації або зменшення системних проявів хвороби [5].

Віленським А.К. проаналізовані результати застосування програми фізичної реабілітації в комплексному лікуванні амбулаторних хворих персистуючою бронхіальною астмою середнього ступеня важкості [2].

Досягнення контролю захворювання, як мета ведення астми, є більш продуктивним для суб'єкта і суспільства, так як дозволяє досягнути високої якості життя, більшою мірою характерної для здорової людини, і знизити затрати на лікування [4].

Аналіз спеціальної науково-методичної літератури свідчить про те, що існуюча об'єктивна необхідність вдосконалення процесу фізичної реабілітації хворих молодого і зрілого віку, як найбільш соціально активної і працездатної частини населення, неосвітлено недостатньо і фрагментарно.

Мета роботи – здійснити системний аналіз процесу фізичної реабілітації хворих на легку персистуючу БА, розробити і перевірити комплексну програму, спрямовану на реабілітацію осіб з даною нозологією.

Завдання дослідження: Здійснити експериментальну перевірку ефективності комплексної авторської програми фізичної реабілітації хворих на легку персистуючу БА.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної та спеціальної літератури, педагогічне спостереження, методи обстеження хворих на БА (клінічні, функціональні), експрес-система оцінки рівня здоров'я [1], методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення.

Дослідження проводилися на базі Рівненської обласної клінічної лікарні у відділеннях: пульмонологічному, функціональної діагностики, відновного лікування і реабілітаційної медицини. У ньому брали участь хворі на БА віком від 18 до 40 років, які перебували на стаціонарне лікування в пульмонологічне відділення. Накопичення результатів експерименту проводилося в міру госпіталізації. Всі хворі були розподілені на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи, відповідно пропорційно в міру поступлення та в залежності від основного клінічного діагнозу і статі. З хворими (Бронхіальна астма II, персистуюча, легкий перебіг) ОГ (n=44), додатково до медикаментозного лікування, за їх згодою ми проводили індивідуально підбрану комплексну програму фізичної реабілітації, в основі якої були: ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури. Хворі КГ (n=44) з встановленим діагнозом лікувалися за загальноприйнятою медикаментозною методикою.

Заняття починали і закінчували легким масажем обличчя, передпліч і грудної клітки, застосовували вправи для розслаблення м'язів плечового поясу і грудної клітки. При побудові занять з хворими на БА дотримувалися визначеної послідовності призначених фізичних тренувань. У першому періоді хворих навчали вольовому керуванню диханням, регулюванню тривалістю вдиху та видиху, правильної поведінки і реакції при наблизненні нападу задишки і під час них. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ) і лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття індивідуально та в малих групах. Курс ЛГ умовно ділили на два періоди: підготовчий і тренувальний. У підготовчому періоді, який тривав 2-3 дні, визначали функціональні можливості хворих, виконували з ними спеціальні вправи у повільному темпі, відновлювали механізм правильного дихання. У тренувальному періоді застосовували широкий арсенал загально розвиваючих, спеціальних і дихальних вправ у повільному і середньому темпі для зняття негативних наслідків астматичного приступу, тренування апарату зовнішнього дихання, покращення газообміну, підвищення працездатності організму. Включали в реабілітаційний комплекс найбільш прості, легкі для виконання, вправи у вигляді згинань, розгинань, нахилів і приведення кінцівок, розгинання тулуба, нахили вперед і в сторони. Активно використовували гімнастичний інвентар (м'яч, палиця), вправи на гімнастичній стінці. Застосовували спеціальні фізичні вправи: з повільним повноцінним і подовженим видихом, вимовою голосних і приголосних звуків, сповільнення дихання, надування гумових кульок. Підбір вправ і тривалість ЛГ були суто індивідуальними, залежали від фізичної витривалості і важкості хвороби. Не дозволяли виконання вправ без перерви на встановлення спокійного дихання. У кого було виявлено алергію на пил, у приміщенні, де проводилися заняття ЛФК, були завчасно проведені вологе прибирання й провітрювання. У заготовчому періоді поступово знижували фізичне навантаження. При III ступені рухової недостатності РГГ тривалістю 15-20 хв. включала 20-25 вправ. Заняття ЛГ склалися з 35-40 вправ, виконуваних у середньому і прискореному темпі. Використовували постійно дві види гімнастичних і циклічних вправ. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ 1:3-4. Тривалість заняття 30-35 хв. При проведенні вправ використовували гантелі вагою 3-5 кг і набивні м'ячі вагою 3-4 кг. Під час занять не допускали будь-яких симптомів астми. Вправи припиняли, якщо помічали перші ознаки приступу ядухи: нерівне дихання, свист, кашель.

Зауважний масаж проводили за класичною методикою: масажували комірцеву м'язову смугу, потім грудну клітку, дихальну мускулатуру. Проводився сильний масаж спини на кушетці з піднятим підніжжям. Тривалість масажу 10-15 хвилин. Курс лікування 15-20 процедур.

Аероіонотерапію дозували за кількістю іонів, що вдихав пацієнт за період проведення процедури, яку проводили щодня в добре провітрянному, чистому і теплому приміщенні. Тривалість перших трьох процедур була по 10 хвилин, наступних – 15 хвилин, на курс лікування 15-20 процедур.

Процедури спелеотерапії проводили в спеціально прилаштованому приміщенні – камері штучного мікроклімату. В цілому курс лікування хворих складався з 20-22 сеансів галоаерозольтерапії при температурі 22-24°C.

Оцінку ефективності лікування і фізичної реабілітації проводили за самопочуттям, рівнем фізичного здоров'я, показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД) і кровообігу.

Для оцінки рівня здоров'я за методом Апанасенка Г.Л. вимірювали в стані спокою життєву ємкість легенів, частоту серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск, масу тіла, довжину тіла, динамометрію кисті і час відновлення ЧСС протягом 3 хв. після 20 глибоких присідань за 30 сек.

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 88 хворих на легку персистуючу БА: КГ (складалася з осіб чоловічої (n=26) і жіночої (n=18) статі) і ОГ (складалася з осіб чоловічої (n=26) і жіночої (n=18) статі), було виявлено наступне. У хворих ОГ раніше відмічалася позитивна динаміка: зменшилися клінічні симптоми астми, покращився сон і самопочуття, якість життя, підвищилися середні показники ФЗД.

Особливо важливо те, що астма в них стала контрольованою, що підтверджується статистично достовірним підвищенням рівня здоров'я при порівнянні (див. табл. 1, 2, 3).

Таблиця 1

Показники загальної оцінки рівня здоров'я хворих на легку персистуючу бронхіальну астму обох груп на початку дослідження

		\bar{x}	m	σ	Рівень
КГ	Чоловіки (n=26)	4,27	0,49	2,5	Нижче середнього
	Жінки (n=18)	3,17	0,36	1,53	Низький
ОГ	Чоловіки (n=26)	4	0,35	1,81	Нижче середнього
	Жінки (n=18)	2,28	0,42	1,79	Низький

Таблиця 2

Показники загальної оцінки рівня здоров'я хворих (чоловічої статі) на легку персистуючу бронхіальну астму обох груп в кінці дослідження

	\bar{x}	m	σ	Рівень
КГ	5,19	0,32	1,62	Середній
ОГ	7,15	0,22	1,1	Середній
F = 2,17*				
F _{гр} = 2				
F- критерій Фішера				

Примітка. * - різниця між показниками статистично достовірна (P=0,95)

Якщо на початку дослідження загальна оцінка рівня здоров'я у хворих КГ на БА була: 30,77 % мали низький рівень, 46,15 % – нижче середнього, 23,08 % – середній

жіночої статі) і 66,67 % мали низький рівень, 33,33 % – нижче середнього (жіночої статі); у хворих ОГ: 50 % мали низький рівень, 42,31 % – нижче середнього, 7,69 % – середній (чоловічої статі) і 72,22 % мали низький рівень, 27,78 % – нижче середнього (жіночої статі); то в кінці дослідження у хворих КГ стала: 11,54 % мали низький рівень, 43,33 % – нижче середнього, 23,08 % – середній і 44,44 % – низький рівень, 50 % – нижче середнього, 5,56 % – середній відповідно; у хворих ОГ: 30,77 % мали рівень здоров'я вище середнього, 69,23 % – середній і 22,22 % – нижче середнього та 77,78 % – середній відповідно. Показники загальної оцінки рівня здоров'я хворих ОГ на БА, що займалися за розробленою програмою, перевищують такі у досліджуваних КГ.

Таблиця 3

Показники загальної оцінки рівня здоров'я хворих (жіночої статі) на легку персистуючу бронхіальну астму обох груп в кінці дослідження

	\bar{x}	m	σ	Рівень
КГ	3,89	0,41	1,74	Нижче середнього
ОГ	7	0,26	1,11	Середній
$F = 2,49^*$ $F_{гр} = 2,3$ F- критерій Фішера				

Примітка. * - різниця між показниками статистично достовірна (P=0,95)

Аналізуючи рівень здоров'я хворих на легку персистуючу БА обох груп, ми бачимо, що на початку дослідження ці показники істотно не відрізнялися, а в кінці дослідження значне покращення спостерігалось тільки у пацієнтів ОГ. Між показниками рівня здоров'я хворих ОГ і КГ відмічена статистично достовірна різниця за критерієм Фішера (P=0,95). Підвищення загального рівня здоров'я у іспитованих ОГ після проведення комплексу пов'язане зі специфічним впливом проведених реабілітаційних заходів.

Статистично достовірні покращання функціонального стану дихальної системи і загального рівня здоров'я у досліджуваних ОГ свідчать про позитивний вплив розробленої програми фізичної реабілітації на рухові можливості хворих на легку персистуючу БА. Астма знаходиться під контролем, пацієнти можуть вести активний спосіб життя, вони не обмежені у звичайних фізичних навантаженнях або вправах.

Висновок

Застосування запропонованої програми фізичної реабілітації хворих на легку персистуючу бронхіальну астму сприяло зменшенню клінічних симптомів астми, покращенню самопочуття, якості життя, підвищенню середніх показників функції зовнішнього дихання, загального рівня здоров'я, що дозволило добитися контролю над астмою.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо в аналізі віддалених результатів та ефективності програм фізичної реабілітації.

Список літератури

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. – Киев: Здоровье, 1994. – 147 с.
2. Виленский А.К. Применение программы физической реабилитации в комплексном лечении амбулаторных больных персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести. // Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сб. научных трудов под ред. Ермакова С.С. – Харьков: ХГАДИ (ХХПИ), 2003. – № 5. – С. 65-71

3. Кокосов А.Н. Астматический бронхит и бронхиальная астма: Физическая и медицинская реабилитация больных. – Минск: Беларусь, 1995. – 184 с.
4. Феценко Ю.И., Яшина Л.А. Достижение контроля – современная стратегия ведения бронхиальной астмы // Астма та алергія. – 2007. – № 1-2. – С. 5-8
5. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. Am.J. Respir. Crit. Care Med. – 2006. – Vol. 173. – P. 1390-1413.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПРОЦЕССЕ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Игорь ГРИГУС

*Международный экономико-гуманитарный университет
им. акад. С. Демьянчука*

Аннотация. Статья посвящена анализу проведения физической реабилитации больных бронхиальной астмой. Описана методика проведения лечебной физической культуры, массажа, аэроионотерапии и спелеотерапии. Показано положительное влияние предложенной программы физической реабилитации на общий уровень здоровья больных легкой персистирующей бронхиальной астмой.

Ключевые слова. Бронхиальная астма, больные, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, уровень здоровья.

CHANGES OF PATIENTS LEVEL OF HEALTHS WHICH HAVE GOT EASE PERSISTENT A BRONCHIAL ASTHMA DURING THE PHYSICAL REHABILITATION PROCESS

Igor GRIGUS

Stepan Demianchuk International University of Economics & Humanities

Abstract. The article is devoted to the analysis of carrying out of physical rehabilitation of patients with bronchial asthma. The system of carrying out of medical physical training, massage, aeroionotherapy and speleotherapy is described. Positive influence of the offered program of physical rehabilitation on the general health state is shown.

Key words. A bronchial asthma, patients, physical rehabilitation, medical physical training, a level of health.