

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ СЕРЕДНЬОЇ ВАЖКОСТІ

Григус І.М.

Міжнародний економіко-гуманітарний університет
імені академіка Степана Дем'янука, м. Рівне

Анотація. У статті описано застосування системної фізичної реабілітації у лікуванні хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої важкості, проаналізовані результати дослідження, доведена її ефективність.

Ключові слова: бронхіальна астма, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура, стан здоров'я.

Постановка проблеми. В усьому світі більше 300 млн. людей хворих на астму. Людина, яка не хворіє на астму, легко може уявити собі відчуття астматика, спробувавши подихати через вузьку трубочку бодай хвилину, закривши при цьому ніс. На жаль, дихання «мов крізь вушко голки», за висловом К. Паустовського, — далеко не єдине обмеження, спровоковане цією хронічною недугою. Людина, хвора на астму, нерідко відчуває втому і має вигляд втомленої. А додайте до цього загальну пригніченість, відчуття вини за заподіяні незручності рідним та близьким, пригніченість через свою залежність від лікарської допомоги й ліків, сором і ніяковість від проявів симптомів астми в публічних місцях... Одним словом, «астма — це коли думаєш у півдумки, ходиш у півкроку й лише задихаєшся — щосили» (це точно та ємне визначення також належить К. Паустовському).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Найновіший перегляд міжнародного узгоджувального документа GINA (Global Initiative for Asthma — Глобальна стратегія ведення і профілактики астми), опублікованого наприкінці 2006 року, і вітчизняного узгодження (наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 та матеріали I-го Національного Астма Конгресу України — 23—24 жовтня 2007) пропонують вважати визначальним моментом для класифікації та корекції терапії при БА контрольованість хвороби. Іншими словами, запропонована нова класифікація, розроблена на підставі оцінки ступеня контролю астми, тобто пропонується виділяти контрольовану, частково контрольовану і неконтрольовану БА.

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 [3].

Однак, аналіз спеціальної науково-методичної літератури свідчить про те, що існує об'єктивна необхідність вдосконалення процесу фізичної

реабілітації хворих на бронхіальну астму, сучасного підходу до застосування її у хворих молодого і зрілого віку, як найбільш соціально активної і працездатної частини населення, для досягнення належного контролю над захворюванням.

Робота виконана згідно Зведеного плану Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту 2006—2010 рр. за темою 3.2.3 «Формування і відновлення здоров'я людей різного віку в процесі фізичного виховання і фізичної реабілітації» (номер державної реєстрації 0107U001056).

Мета роботи — перевірити ефективність комплексної програми фізичної реабілітації хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої важкості.

Матеріали та методи досліджень. Дослідження проводилося на базі Рівненської обласної клінічної лікарні. Накопичення результатів експерименту проводилося в міру надходження пацієнтів на стаціонарне лікування в пульмонологічне відділення. Всі хворі (Бронхіальна астма III, персистуюча, перебіг середньої важкості) віком від 18 до 40 років були розподілені на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи, пропорційно в міру надходження. З хворими ОГ (n=66), додатково до медикаментозного лікування, за їх згодою, ми проводили комплексну фізичну реабілітацію, що включала масаж, ЛФК, аероіотерапію та спелеотерапію. Хворі КГ (n=66) з аналогічним діагнозом лікувалися за загальноприйнятою медикаментозною методикою. Всі хворі були обстежені, визначені ступені рухових можливостей, функція зовнішнього дихання (ФЗД), проведена експрес-оцінка рівня здоров'я за Апанасенком Г.Л. [1], також було обстежено 30 практично здорових студентів віком 18—25 років. Дозування фізичних навантажень робили на підставі визначення методом ергометрії індивідуальної толерантності до фізичного навантаження (ТФН) хворого за допомогою субмаксимального велоергометричного тесту [2]. Найбільш точну оцінку обструкції дихальних шляхів забезпечує оцінка ФЗД, визначена

за допомогою спірометрії. Дослідження ФЗД проводили за допомогою спірометра «Spirosift 3000» фірми «Fucuda Denshi CO», виробництва Японії, критеріями порушення вважали значення пікової об'ємної швидкості видиху (ПШВ) та об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) < 80% від належних. Отримані результати були піддані математико-статистичній обробці.

Результати дослідження та їх обговорення.

Ступінь важкості хворих оцінювали на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження. Наявність навіть однієї ознаки, яка відноситься до більш важкого варіанту перебігу хвороби, дозволяла оцінити перебіг БА як більш важкий. Враховуючи дані обстежень та проблеми, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів, ми розробили комплексну програму фізичної реабілітації, яка базується на результатах обстеження функціонального стану, експрес-оцінці стану здоров'я та особливостях протікання хвороби.

Складаючи індивідуальні програми фізичної реабілітації для кожного пацієнта ОГ, ми керувалися наступним принципом: «Досягнення контролю над астмою повинне поєднуватися з безпекою, малою вірогідністю побічних ефектів і прийнятною вартістю необхідного лікування» [4].

Лікувальний масаж проводили за класичною методикою в положенні сидячи за 1,5—2 год. до процедури лікувальної гімнастики (ЛГ). При побудові занять з хворими на БА дотримувалися визначеної послідовності призначення фізичних тренувань, вони склалися з трьох частин: вступної, основної і заключної. У першій частині хворих навчали вольовому керуванню своїм диханням, регулюванню тривалістю вдиху та видиху, правильної поведінки і вправам при наближенні нападу задишки і під час неї. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ) і ЛГ, самостійні заняття індивідуально та в малих групах. У комплекси ЛГ включали дихальні і загально-розвиваючі вправи, вправи на розслаблення з вихідних положень лежачи, сидячи і стоячи. Комплекс ЛГ тривалістю до 25 хв. складався з 30—35 вправ, виконуваних у середньому темпі. Постійно акцентували увагу хворих на подовження видиху і підсилення його додатковими рухами. У вступній частині проводили розминку перед виконанням навантаження основної частини. Основна частина займала 50—70% загального часу занять. Доповненням до попередніх форм у другій частині була ходьба. У заключній частині поступово знижували фізичне навантаження. Заняття фізичними вправами проводили не раніше, ніж через 2—3 години після останнього прийому їжі, в інтервалі з 10 до 14 і з 17 до 20 годин. У хворих основної групи (II ступінь рухових можливостей) РГГ тривалістю 10—15 хв. включала 12—15 вправ.

З другої половини реабілітаційного курсу використовували комплекси циклічних вправ. Співвідношення дихальних і загально-розвиваючих вправ 1:2—3. Дихальні вправи в комплексі ЛГ проявляли не тільки тренувальну дію, але й дозволяли вирішувати ряд інших завдань, пов'язаних з поліпшенням дренажної функції бронхів, ліквідацією бронхоспазму, посиленням газообміну, зняттям напруги з дихальних м'язів і регуляцією їх сумісної роботи, рівномірною вентиляцією легенів, збільшенням їхньої розтяжності, запобіганням раннього експираторного закриття дихальних шляхів і формуванням правильного стереотипу дихання. Важливим принципом застосування дихальних вправ вважали досягнення ефекту новизни за рахунок комбінації різних вправ і введення нових вправ.

Одним із загальнодоступних способів тренування як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, була ходьба по сходах. Для хворих основної групи темп підйому становив 16—20 сходинок за хвилину, а спуску — 50—60 сходинок за хвилину. Тривалість кожного тренування була до 30 хв.

В основній групі ми також застосовували аеріотерапію, яку дозували за кількістю іонів, що вдихав пацієнт за період проведення процедури. Процедури проводили щодня в добре провітрюваному, чистому і теплому приміщенні. Тривалість перших трьох процедур була до 10 хвилин, наступних — 15 хвилин, на курс лікування 15—20 процедур. Сеанси спелеотерапії проводили в спеціально прилаштованому приміщенні — галокамері, розрахованій на одночасне лікування 4—10 хворих. У цілому, курс лікування хворих складався з 20—22 сеансів галоаерозольотерапії при температурі 22—24 °С.

Оцінку ефективності лікування і фізичної реабілітації проводили за комплексом клінічних показників: приступи затрудненого дихання, кашель, хрипи при аускультатії, рухомість нижніх легеневих країв, частота використання бронхолітиків, зміни ФЗД і стану здоров'я.

Низькі середні показники ФЗД, визначені на початку дослідження, значно ускладнювали проведення ЛФК у хворих на бронхіальну астму, в зв'язку з чим програма реабілітації була побудована таким чином, щоби розширення рухових можливостей проходило на фоні покращення вищезазначених показників.

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 132 хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої важкості контрольної (складалася з осіб чоловічої, n=32 і жіночої, n=34 статі) і основної (складалася з осіб чоловічої (n=32) і жіночої (n=34) статі) груп, було виявлено наступне. У хворих ОГ раніше відмічалася позитивна динаміка: зменшення клінічних симптомів астми, приступи задишки стали менш інтенсивними, виникали рідше, були менш вираженими, зменшився

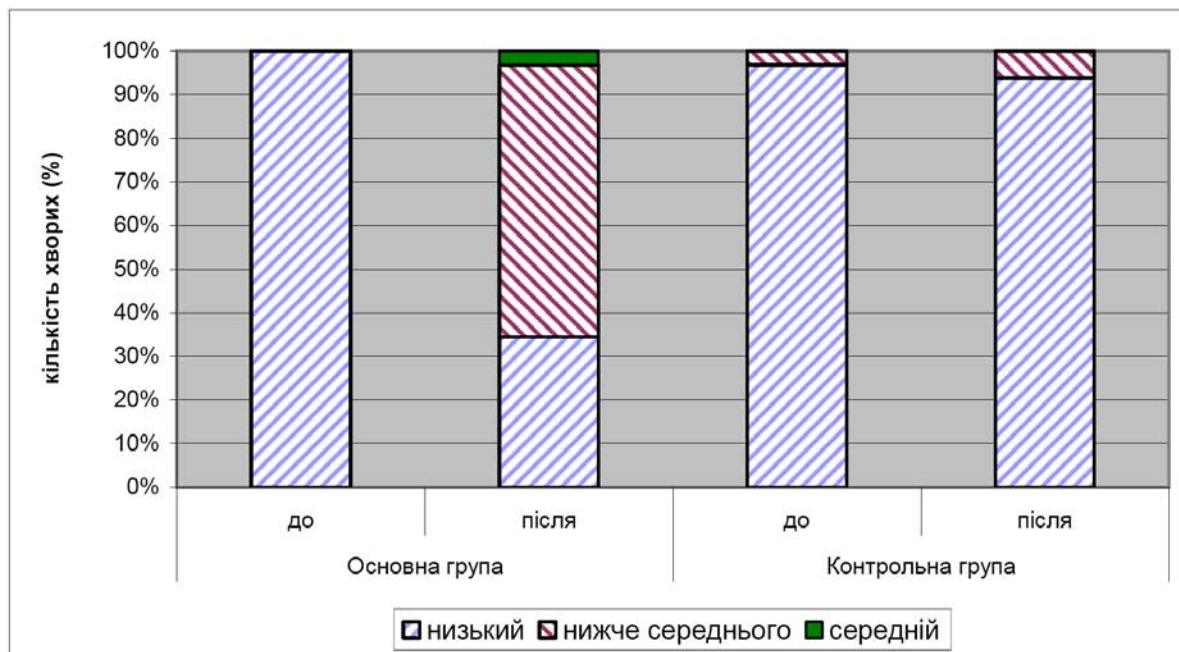


Рис. 1. Рівень фізичного здоров'я (за Апанасенко Г.Л.) хворих на бронхіальну астму чоловічої статі

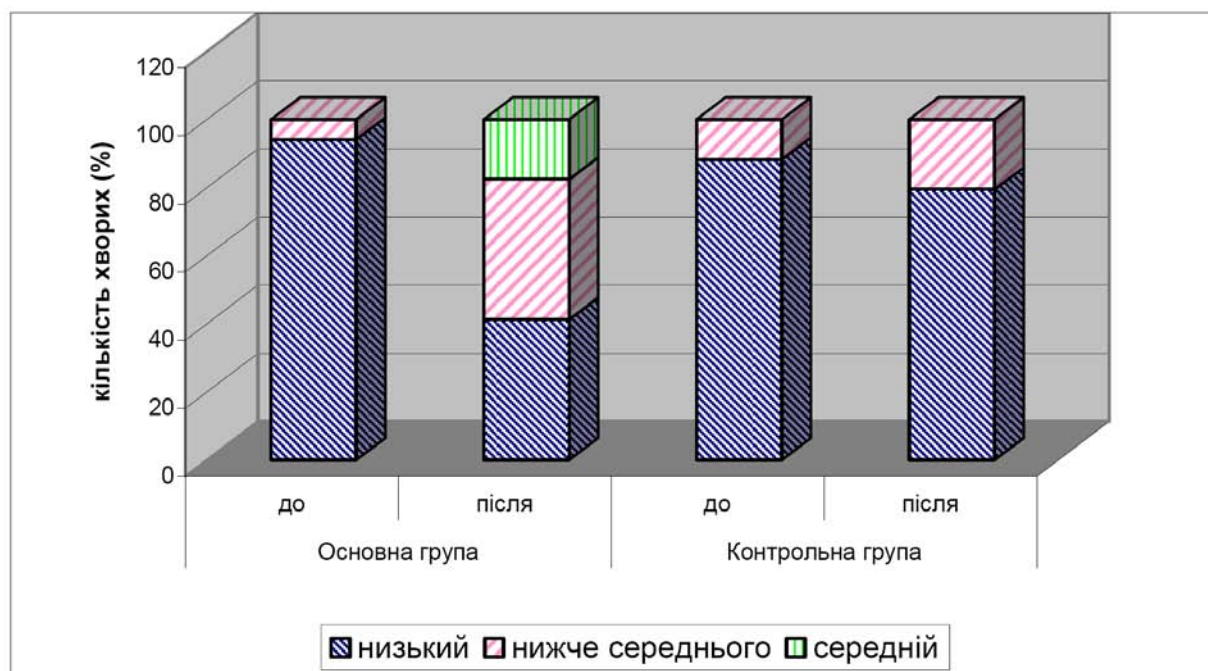


Рис. 2. Рівень фізичного здоров'я (за Апанасенко Г.Л.) хворих на бронхіальну астму жіночої статі

кашель, покращилося відходження харкотиння, зникали хрипи в легенях, збільшилася рухомість нижніх легеневиx країв (на $0,7 \pm 0,3$ см) покращився сон і самопочуття, значно зменшилися дози бронхолітиків. Якщо на початку дослідження (див. рис. 1.) рівень фізичного здоров'я хворих чоловічої статі ОГ був у 32 (100%) низьким, жіночої — у 32 (94,12%) низьким і у 2 (5,88%) нижче середнього, то в кінці

дослідження (див. рис. 2.) він став у чоловіків — у 11 (34,38%) низьким, у 20 (62,5%) нижче середнього і у 1 (3,13%) середнім та у жінок — у 14 (41,18%) низьким, у 14 (41,18%) нижче середнього і у 6 (17,65%) середнім. У КГ на початку дослідження у чоловіків був у 31 (96,88%) низьким, у 1 (3,12%) нижче середнього, осіб жіночої статі — у 30 (88,24%) низьким, у 4 (11,76%) нижче середнього; у кінці дослідження

рівень здоров'я чоловіків став — у 30 (93,75%) низьким і у 2 (6,25%) нижче середнього та у жінок — у 27 (79,41%) низьким і у 7 (20,59%) нижче середнього.

Тобто, на початку дослідження показники рівня здоров'я хворих обох груп майже не відрізнялися, а в кінці дослідження статистично достовірно покращення показників відмічено тільки у хворих ОГ (за критерієм Стьюдента при $p = 0,05$). Також статистично достовірні розходження між показниками хворих ОГ та КГ в кінці дослідження отримані за критерієм Фішера.

Особливо важливо те, що астма в них стала контрольованою, що підтверджується статистично достовірним підвищенням середніх показників рівня фізичного здоров'я при порівнянні. Експрес-оцінка рівня здоров'я у хворих на бронхіальну астму ОГ, що займалися за розробленою програмою, показує, що їхні показники перевищують такі у досліджуваних КГ.

Аналізуючи середні значення показників ОФВ1 і ПШВ хворих на бронхіальну астму обох груп, ми бачимо, що до початку дослідження ці показники значно не відрізнялися, а в кінці дослідження у пацієнтів ОГ вони стали вищими (приблизились до належних), що свідчить про покращання прохідності дрібних бронхів, що особливо важливо для хворих на бронхіальну астму. Підвищення середніх значень показників ФЗД у іспитованих ОГ після проведення експерименту пов'язане зі специфічним впливом проведених реабілітаційних заходів.

Покращання функціонального стану дихальної системи у досліджуваних ОГ свідчать про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією за розробленою методикою на рухові можливості хво-

рих персистуючою бронхіальною астмою середньої важкості.

У хворих ОГ за допомогою засобів фізичної реабілітації був досягнутий контроль над проявами астми, пацієнти змогли вести активний спосіб життя, не обмежуючись у звичайних фізичних навантаженнях або вправах.

Висновок. Застосування комплексної програми фізичної реабілітації хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої важкості сприяло підняттю рівня фізичного здоров'я, нормалізації показників функції зовнішнього дихання, збільшенню рухомості нижніх легеневих країв, зменшенню задишки, кашлю і частоти приступів, кращому відходженню мокротиння, зменшенню гостроти проявів патологічних змін у системі дихання, що дозволило добитися контролю над астмою.

Подальші перспективні дослідження слід проводити у віддалені терміни після стаціонарного лікування в процесі амбулаторного спостереження.

Список літератури

1. *Апанасенко Г.Л., Попова Л.А.* Медицинская валеология. — Киев: Здоровье, 1998. — 247 с.
2. *Медицинская реабилитация (руководство).* Под ред. академика РАМН, профессора В.М. Боголюбова. — М., 2007. — Том 3. — 584 с.
3. *Фещенко Ю.И., Яшина Л.А.* Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы // Астма та алергія. — 2007. — №1—2. — С. 5—8.
4. *GINA_WR_2006* <http://www.ginaastma.org>

Надійшла до редакції 22.01.2008

Григус И.М. Эффективность физической реабилитации больных с персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести.

В статье описано применение системной физической реабилитации при лечении больных с персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести, проанализированы результаты исследования, доказана ее эффективность.

Ключевые слова: бронхиальная астма, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, состояние здоровья.

Grigus I.M. Efficiency of physical rehabilitation of patients with persistent bronchial asthma of average weight.

In clause application of system physical rehabilitation is described at treatment of patients with persistent bronchial asthma of average weight, results of research are analyzed, its efficiency is proved.

Keywords: a bronchial asthma, physical rehabilitation, medical physical training, a state of health.