

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЛЕГКУ ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З ДОПОМОГОЮ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Григус І.М.

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

Анотація. У статті розглянуто проблему фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму, наведено результати покращення якості життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму з допомогою застосування запропонованої комплексної програми фізичної реабілітації. Застосування програми фізичної реабілітації достовірно підвищує загальну якість життя та стану здоров'я в хворих. Це здійснюється за рахунок підвищення мобільності, збільшення життєвої активності, працездатності, зменшення стомлення, покращення сну, мислення.

Ключові слова: бронхіальна астма, фізична реабілітація, якість життя.

Аннотация. Григус И.М. Улучшение качества жизни больных легкой персистирующей бронхиальной астмой с помощью физической реабилитации. В статье рассмотрена проблема физической реабилитации больных бронхиальной астмой, приведены результаты улучшения качества жизни больных легкой персистирующей бронхиальной астмой с помощью применения предложенной комплексной программы физической реабилитации. Применение программы физической реабилитации достоверно повышает общее качество жизни и состояние здоровья больных. Это осуществляется за счет повышения мобильности, увеличение жизненной активности, работоспособности, уменьшение утомления, улучшения сна, мышления.

Ключевые слова: бронхиальная астма, физическая реабилитация, качество жизни.

Annotation. Grigus I.M. Improvement the quality of life for patients with light persisting bronchial asthma through physical rehabilitation. The article discussed the problem of the physical rehabilitation of patients with bronchial asthma, the results of improving the quality of life for patients with light persistent bronchial asthma by applying the proposed integrated program of physical rehabilitation. Application of the program of a physical aftertreatment authentically raises common quality of life and a state of health of patients. It is carried out at the expense of increase of mobility, augmentation of zoetic activity, work capacity, decrease of fatigue, enriching of dream, intellection.

Key words: bronchial asthma, physical rehabilitation, quality of life.

Вступ.

Захворювання органів дихання займають значне місце в патології внутрішніх органів і мають тенденцію до зростання. Особливе місце серед них належить бронхіальній астмі. За останнє століття зросла кількість хворих на бронхіальну астму від 0,1-1% до 4-15% від загальної чисельності населення [7, 8]. Астма погіршує якість життя 95% хворих на дану патологію, наявність загострень не залежить від важкості захворювання – навіть пацієнти з легкою загострень не залежить від важкості захворювання – навіть пацієнти з легкою астмою, мають значний ризик. Вона поширена в 300 раз більше, ніж ішемічна хвороба серця; в 33 рази більше, ніж рак легенів; в 20 раз більше, ніж рак молочної залози; в 15 раз більше, ніж інсульт; в 5 раз більше, ніж ВІЛ-інфекція. Очікується, що глобальні економічні втрати від астми перевищать такі від туберкульозу і ВІЛ/СНІДу, разом взятих [9].

Аналіз науково-методичної літератури з проблеми організації фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму показав, що нині подані наукові основи і практична реалізація принципів респіраторної медицини в різних клінічних спеціальностях [1, 2, 3, 10]. Описана діагностика захворювань органів дихання і всесторонньо викладено їх лікування з урахуванням сучасних відомостей, опублікованих у вітчизняній та зарубіжній літературі [5, 6].

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).

Формулювання цілей роботи

Мета роботи - експериментально перевірити ефективність впливу запропонованої диференційованої програми фізичної реабілітації на якість життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму.

Результати дослідження.

З хворими (Бронхіальна астма II, персистуюча легкий перебіг) основної групи (ОГ, n=44), додатково до медикаментозного лікування, за їх згодою, ми проводили індивідуально підібрану комплексну програму фізичної реабілітації. Хворі контрольної групи (КГ, n=44) з аналогічним діагнозом лікувалися за загальноприйнятною методикою

Ступінь тяжкості оцінювали на підставі повного обстеження пацієнтів. У хворих на легку персистуючу бронхіальну астму напади астми були 1 раз в тиждень або частіше, але не кожний день, загострення захворювання могли порушувати фізичну активність та сон, нічні симптоми астми виникали більше ніж 2 рази на місяць, задишка з'являлася при підйомі по сходах у прискореному темпі або при бігу підтюпцем. Для них була характерною вентиляційна недостатність першого ступеня. Оцінку ефективності лікування і фізичної реабілітації проводили за самопочуттям, рівнем фізичного здоров'я, фізичної працездатності, якості життя, функціональним станом кардіореспіраторної системи, показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД).

З пацієнтами ОГ ми застосовували ЛФК, масаж, інгаляції, аероіонотерапію, галоаерозольтерапію. У вступний період застосовували дихання через стиснуті губи і пасивізацію видиху, в основному періоді за основу брали втручання, які сприяли розрідженню та виведенню мокротиння з дихальних шляхів (лікувальна перкусія, вібрація, постуральний дренаж). Ми поєднували застосування дренажних положень з маніпуляційними втручаннями. При наявності мокротиння, його виводили, повільно надавлюючи на грудну клітку синхронно з кашльовими поштовхами, без глибоких вдихів. Протидія вдиху добре зміцнювала дихальні м'язи. У заключному періоді теж застосовували лікувальну перкусію і вібрацію. Заняття починали і закінчували легким масажем обличчя, передпліч і грудної клітки, застосовували вправи для розслаблення м'язів плечового поясу і грудної клітки. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ) і лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття індивідуально та в малих групах. При III ступені рухової активності 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 форми 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 перевантажень. Вправи припиняли, якщо помічали перші ознаки приступу адухи: нерівне дихання, спазм, кашель.

З допомогою методики оцінки якості життя [4] ми визначили у кожного хворого на легку персистуючу бронхіальну астму вихідний рівень якості життя і в кінці дослідження, щоби прослідкувати за змінами (табл. 1, 2 і рис. 1.- 4.).

Таблиця 1

Якість життя і стан здоров'я хворих обох груп чоловічої статі

Сфери і субсфери якості життя	Контрольна група (n=26)		Основна група (n=26)	
	До	Після	До	Після
	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$
G1. Сфера I. Фізична сфера	8,72±0,11	9,36±0,10	8,54±0,11	13,10±0,17
F1. Біль і дискомфорт	7,12±0,14	8,19±0,14	6,96±0,15	9,27±0,40
F2. Життєва активність, енергія і стомлення	8,85±0,16	9,54±0,17	8,69±0,15	14,58±0,27
F3. Сон і відпочинок	10,19±0,17	10,35±0,18	9,96±0,18	15,46±0,18
G2. Сфера II. Психологічна сфера	12,05±0,17	12,19±0,10	11,95±0,18	14,41±0,09
F4. Позитивні почуття	10,31±0,25	10,77±0,20	10,19±0,25	16,08±0,17
F5. Мислення, навчання, пізнання	14,46±0,18	14,62±0,18	14,54±0,18	14,96±0,22
F6. Самооцінка	11,85±0,20	11,96±0,19	11,69±0,22	14,12±0,14
F7. Образ тіла і зовнішність	10,85±0,19	11,19±0,19	10,69±0,21	11,69±0,19
F8. Негативні почуття	12,77±0,73	12,42±0,20	12,65±0,73	15,19±0,14
G3. Сфера III. Рівень незалежності	8,88±0,09	9,34±0,08	8,72±0,09	12,57±0,09
F9. Мобільність, здатність пересуватися	10,08±0,17	10,12±0,16	9,88±0,19	13,42±0,16
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	7,58±0,17	8,62±0,11	7,46±0,16	15,23±0,17
F11. Залежність від медикаментів і лікування	7,73±0,15	8,35±0,14	7,54±0,18	7,54±0,18
F12. Працездатність (здатність до роботи)	10,12±0,13	10,27±0,15	10,00±0,13	14,08±0,16
G4. Сфера IV. Соціальні стосунки	8,91±0,08	9,28±0,08	8,77±0,08	10,95±0,09
F13. Особисті взаємостосунки	8,81±0,15	9,31±0,13	8,65±0,14	9,54±0,16
F14. Соціальна підтримка	9,73±0,12	10,04±0,13	9,69±0,12	12,35±0,16
F15. Сексуальна активність	8,19±0,12	8,50±0,17	7,96±0,12	10,96±0,18
G5. Сфера V. Навколишнє середовище	9,47±0,06	9,90±0,05	9,30±0,06	9,51±0,06
F16. Фізична безпека і захищеність	9,27±0,22	10,31±0,22	9,08±0,18	9,27±0,18
F17. Домашнє оточення	14,42±0,15	14,54±0,14	14,23±0,18	14,38±0,17
F18. Фінансові ресурси	13,31±0,15	13,46±0,17	13,19±0,15	13,92±0,13
F19. Медична і соціальна допомога	7,31±0,13	7,85±0,10	7,15±0,13	7,23±0,15
F20. Можливість отримання нової інформації і навичок	9,58±0,16	9,65±0,16	9,38±0,13	9,46±0,14
F21. Можливість для відпочинку/ дозвілля	6,92±0,17	7,65±0,16	6,77±0,16	6,92±0,16
F22. Навколишнє фізичне середовище	5,04±0,14	5,38±0,12	4,81±0,13	4,92±0,14
F23. Транспорт	9,92±0,12	10,38±0,14	9,77±0,13	10,00±0,13
G6. Сфера VI. Духовна сфера	14,65±0,19	15,31±0,15	14,54±0,20	14,65±0,20
F24. Духовність, релігія, переконання	14,65±0,19	15,31±0,15	14,54±0,20	14,65±0,20
G. Загальна якість життя і стан здоров'я	62,67±0,30	65,38±0,23	61,82±0,34	75,19±0,33

Таблиця 2

Якість життя і стан здоров'я хворих обох груп жіночої статі

Сфери і субсфери якості життя	Контрольна група (n=18)		Основна група (n=18)	
	До	Після	До	Після

	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$
G1. Сфера I. Фізична сфера	8,65±0,14	9,48±0,07	8,43±0,14	12,74±0,10
F1. Біль і дискомфорт	7,11±0,15	8,28±0,15	6,83±0,18	9,44±0,12
F2. Життєва активність, енергія і стомлення	8,67±0,19	9,61±0,18	8,67±0,18	14,28±0,19
F3. Сон і відпочинок	10,17±0,23	10,56±0,20	9,78±0,20	14,50±0,16
G2. Сфера II. Психологічна сфера	12,07±0,22	12,14±0,07	11,73±0,10	13,04±0,07
F4. Позитивні почуття	10,11±0,32	10,83±0,26	10,17±0,29	14,17±0,14
F5. Мислення, навчання, пізнання	14,44±0,21	14,67±0,19	14,28±0,20	14,61±0,19
F6. Самооцінка	12,00±0,16	11,94±0,15	11,67±0,24	12,33±0,14
F7. Образ тіла і зовнішність	10,61±0,24	10,94±0,23	10,56±0,25	11,50±0,23
F8. Негативні почуття	13,17±1,04	12,33±0,18	12,00±0,19	12,61±0,16
G3. Сфера III. Рівень незалежності	8,79±0,09	9,15±0,08	8,61±0,09	11,63±0,09
F9. Мобільність, здатність пересуватися	9,83±0,20	10,17±0,21	9,78±0,22	12,78±0,19
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	7,50±0,14	7,94±0,18	7,28±0,15	13,06±0,21
F11. Залежність від медикаментів і лікування	7,72±0,15	8,17±0,16	7,39±0,24	7,50±0,24
F12. Працездатність (здатність до роботи)	10,11±0,15	10,33±0,16	10,00±0,16	13,17±0,18
G4. Сфера IV. Соціальні стосунки	8,85±0,08	9,20±0,11	8,74±0,08	10,46±0,11
F13. Особисті взаємостосунки	8,72±0,19	9,33±0,24	8,61±0,18	9,28±0,15
F14. Соціальна підтримка	9,67±0,14	9,94±0,20	9,61±0,14	11,94±0,23
F15. Сексуальна активність	8,17±0,12	8,33±0,14	8,00±0,14	10,17±0,18
G5. Сфера V. Навколишнє середовище	9,51±0,07	10,08±0,07	9,24±0,06	9,63±0,05
F16. Фізична безпека і захищеність	9,39±0,26	10,33±0,18	8,94±0,17	9,28±0,15
F17. Домашнє оточення	14,61±0,11	14,94±0,15	14,33±0,18	14,67±0,11
F18. Фінансові ресурси	13,22±0,19	13,39±0,16	13,11±0,19	13,50±0,24
F19. Медична і соціальна допомога	7,39±0,14	8,17±0,18	7,06±0,17	7,17±0,18
F20. Можливість отримання нової інформації і навичок	9,61±0,18	10,06±0,18	9,33±0,18	10,06±0,24
F21. Можливість для відпочинку/дозвілля	6,67±0,19	7,44±0,18	6,67±0,18	7,39±0,16
F22. Навколишнє фізичне середовище	5,22±0,17	5,56±0,12	4,72±0,15	4,83±0,14
F23. Транспорт	10,00±0,16	10,72±0,23	9,72±0,15	10,17±0,20
G6. Сфера VI. Духовна сфера	14,78±0,23	15,28±0,19	14,72±0,25	14,89±0,25
F24. Духовність, релігія, переконання	14,78±0,23	15,28±0,19	14,72±0,25	14,89±0,25
G. Загальна якість життя і стан здоров'я	62,65±0,37	65,34±0,20	61,47±0,36	72,39±0,30

Як видно з даних, що наведені в табл. 1 і 2, у хворих на легку персистуючубронхіальну астму чоловічої і жіночої статі обох груп відмічено низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я.

Так, у КГ він складав у чоловіків 62,67±0,30 балів. За окремими сферами вивчення показники були наступні: сфера I або фізична сфера 8,72±0,11, сфера II або психологічна сфера – 12,05±0,17, сфера III або рівень незалежності – 8,88±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,91±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,47±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,65±0,19. Приблизно такий же низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я був у хворих чоловічої статі ОГ – 61,82±0,34. У них за окремими сферами вивчення він складав: сфера I або фізична сфера – 8,54±0,11, сфера II або психологічна сфера – 11,95±0,18, сфера III або рівень незалежності – 8,72±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,77±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,30±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,54±0,20. Як бачимо, зниження якості життя відбулося за рахунок впливу захворювання на всі субсфери життя людини.

Низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я констатували також у хворих на легку персистуючубронхіальну астму жіночої статі обох груп. У хворих КГ він дорівнював 62,65±0,37 балів і 61,47±0,36 балів у жінок ОГ. Показники окремих сфер вивчення у хворих КГ були наступні: сфера I або фізична сфера – 8,65±0,14, сфера II або психологічна сфера – 12,07±0,22, сфера III або рівень незалежності – 8,79±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,85±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,51±0,07, сфера VI або духовна сфера – 14,78±0,23. За окремими сферами вивчення вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я хворих ОГ складав: сфера I або фізична сфера – 8,43±0,14, сфера II або психологічна сфера – 11,73±0,10, сфера III або рівень незалежності – 8,61±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,74±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,24±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,72±0,25. Зниження загальної якості життя хворих відбулося за рахунок негативного впливу захворювання на всі субсфери життя людини.

В кінці дослідження у хворих на легку персистуючу бронхіальну астму чоловічої статі КГ середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я дещо підвищився і складав 65,38±0,23 балів. За окремими сферами вивчення показники були близькі до вихідних: сфера I або фізична сфера – 9,36±0,10 ($p < 0,05$), сфера II або психологічна сфера – 12,19±0,10, сфера III або рівень незалежності – 9,34±0,08, сфера IV або соціальні стосунки – 9,28±0,08 ($p < 0,05$), сфера V або навколишнє середовище – 9,90±0,05, сфера VI або духовна сфера – 15,31±0,15.

У хворих на легку персистуючу бронхіальну астму чоловічої статі ОГ в кінці дослідження середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я суттєво підвищився і склав $75,19 \pm 0,33$ ($p < 0,05$) балів. За окремими сферами вивчення показники стали значно вищі вихідних і становили: сфера I або фізична сфера – $13,10 \pm 0,17$ ($p < 0,05$), сфера II або психологічна сфера – $14,41 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), сфера III або рівень незалежності – $12,57 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), сфера IV або соціальні стосунки – $10,95 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), сфера V або навколишнє середовище – $9,51 \pm 0,06$ ($p < 0,05$), сфера VI або духовна сфера – $14,65 \pm 0,20$ ($p < 0,05$). Відбулося достовірне підвищення загальної якості життя і стану здоров'я за всіма сферами і субсферами якості життя в ОГ.

Наприкінці дослідження у хворих жіночої статі КГ середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я підвищився несуттєво і дорівнював $65,34 \pm 0,20$. Окремі показники сфер вивчення у них були: сфера I або фізична сфера – $9,48 \pm 0,07$ ($p < 0,05$), сфера II або психологічна сфера – $12,14 \pm 0,07$, сфера III або рівень незалежності – $9,15 \pm 0,08$, сфера IV або соціальні стосунки – $9,20 \pm 0,11$, сфера V або навколишнє середовище – $10,08 \pm 0,07$, сфера VI або духовна сфера – $15,28 \pm 0,19$.

За окремими сферами вивчення рівень загальної якості життя і стану здоров'я хворих на легку персистуючу бронхіальну астму жіночої статі ОГ суттєво виріс: сфера I або фізична сфера – з $8,43 \pm 0,14$ до $12,74 \pm 0,10$ ($p < 0,05$), сфера II або психологічна сфера – з $11,73 \pm 0,10$ до $13,04 \pm 0,07$ ($p < 0,05$), сфера III або рівень незалежності – з $8,61 \pm 0,09$ до $11,63 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), сфера IV або соціальні стосунки – з $8,74 \pm 0,08$ до $10,46 \pm 0,11$ ($p < 0,05$), сфера V або навколишнє середовище – з $9,24 \pm 0,06$ до $9,63 \pm 0,05$ ($p < 0,05$), сфера VI або духовна сфера – з $14,72 \pm 0,25$ до $14,89 \pm 0,25$ ($p < 0,05$). Середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я підвищився з $61,47 \pm 0,36$ до $72,39 \pm 0,30$ ($p < 0,05$). Достовірне підвищення загальної якості життя і стану здоров'я хворих на легку персистуючу бронхіальну астму ОГ відбулося за всіма сферами і субсферами якості життя.

Вихідний рівень загальної якості життя хворих чоловічої статі обох груп на легку персистуючу бронхіальну астму відображений на рис. 1.

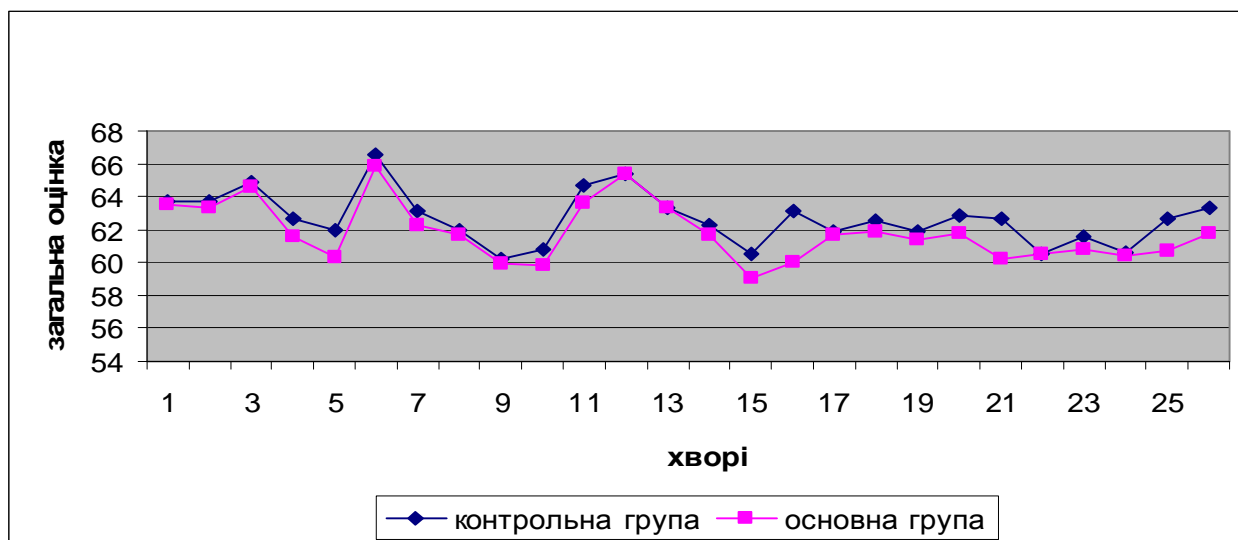


Рис. 1. Вихідний загальний рівень якості життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму чоловічої статі, в балах

Найвищий рівень загальної якості життя у хворих чоловічої статі КГ на початку дослідження дорівнював 66,53, а найнижчий – 60,20; в ОГ – 65,93 і 59,13 балів відповідно.

У хворих жіночої статі обох груп вихідний рівень загальної якості життя відображений на рис. 2.

У жінок КГ найвищий вихідний рівень загальної якості життя був 66,53, а найнижчий – 60,20; в ОГ – 65,36 і 59,13 балів відповідно.

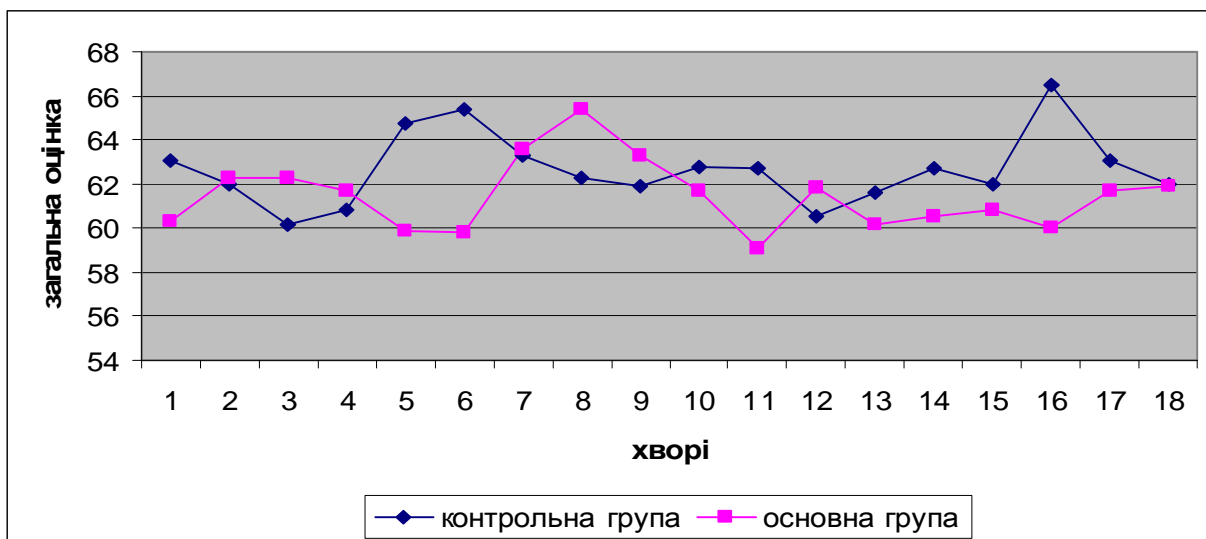


Рис. 2. Вихідний загальний рівень якості життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму жіночої статі, в балах

Загальна якість життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму в кінці дослідження відображена на рис. 3. і 4.

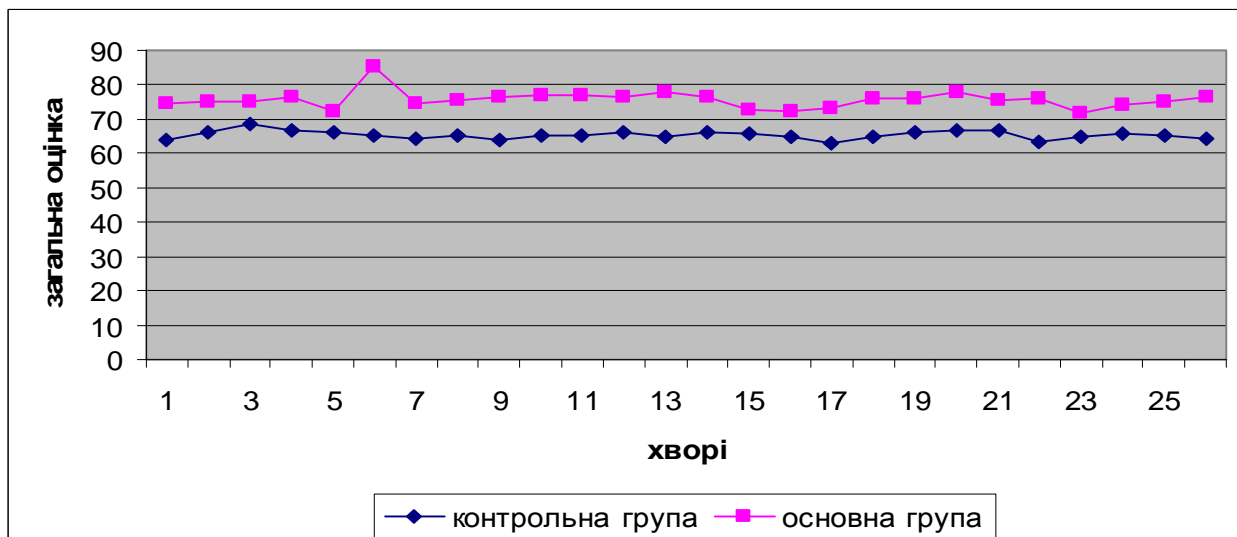


Рис. 3. Загальна якість життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму чоловічої статі в кінці дослідження, в балах

Найвищий рівень загальної якості життя у хворих чоловічої статі КГ на легку персистуючу бронхіальну астму в кінці дослідження був 68,54, а найнижчий – 62,99 балів. У хворих ОГ рівень став значно вищим – найвищий став 77,97 і найнижчий був 71,68 балів.

У хворих жіночої статі КГ найвищий рівень загальної якості життя в кінці дослідження був 67,44, а найнижчий – 64,23 балів. Значне збільшення показників зареєстроване в хворих ОГ – найвищий 74,37 і найнижчий – 70,14 балів.

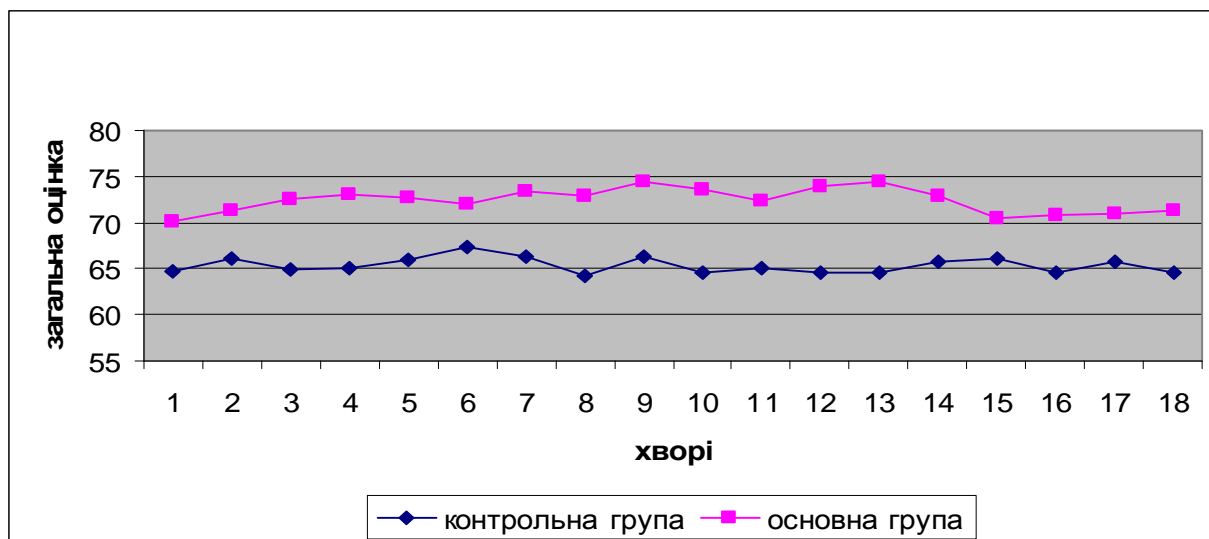


Рис. 4. Загальна якість життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму жіночої статі в кінці дослідження, в балах

Із наведеного вище видно, що до початку дослідження рівень загальної якості життя у хворих як чоловічої, так і жіночої статі обох груп був приблизно однаковим. Аналізуючи результати анкетування хворих на легку персистуючу бронхіальну астму щодо визначення загальної якості життя і стану здоров'я на початку дослідження, ми бачимо, порівнюючи їх із середніми даними здорового населення, що у хворих КГ та ОГ значно знижені показники фізичної сфери, рівня незалежності та соціальних стосунків. Найнижчі показники були отримані в наступних субсферах: дискомфорт, здатність виконувати повсякденні справи, залежність від медикаментів і лікування, медична і соціальна допомога, можливість для відпочинку/дозвілля та навколишнє фізичне середовище, що вимагає відповідного спрямування реабілітації. Отримані дані доводять необхідність застосування індивідуалізованої фізичної реабілітації з урахуванням рухових можливостей, в комплексі з соціальною та психологічною реабілітацією даної категорії хворих.

Після застосування запропонованої програми фізичної реабілітації хворих на легку персистуючу бронхіальну астму ми спостерігали підвищення загальної якості життя та стану здоров'я в хворих ОГ за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах. Хворі ОГ відмітили зменшення дискомфорту, залежності від медикаментів, підвищення мобільності, збільшення життєвої активності, працездатності, здатності до виконання повсякденних справ, зменшення стомлення, покращення сну, мислення, а також покращення особистих взаємостосунків. Практично не змінилися залишилися показники сфер: навколишнє середовище та духовна сфера. У хворих КГ не відмічено істотних змін в якості життя та стану здоров'я.

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 88 хворих на легку персистуючу бронхіальну астму: 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: зменшення клінічних симптомів астми, швидше припинялися приступи задишки, вони стали менш тривалими, виникали не щотижня, були менш вираженими, зменшився кашель, покращилось відкашлювання і відходження харкотиння, зникали хрипи в легенях, покращився сон і самопочуття, покращилася якість життя, підвищилися середні показники ФЗД, значно зменшилися дози бронхолітиків, що дозволило добитися контролю над астмою.

Висновки.

В результаті застосування запропонованої програми фізичної реабілітації хворих на легку персистуючу бронхіальну астму відмічено достовірне ($p < 0,05$) підвищення загальної якості життя та стану здоров'я в хворих ОГ за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах (зменшення дискомфорту, залежності від медикаментів, підвищення мобільності, збільшення життєвої активності, працездатності, здатності до виконання повсякденних справ, зменшення стомлення, покращення сну, мислення, а також покращення особистих взаємостосунків).

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

Література

1. Григус І.М., Джига О.Д. Оцінка ефективності фізичної реабілітації хворих на інтермітуючу бронхіальну астму // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. наукова монографія за редакцією проф. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХП), 2008. - № 5. – с. 31-34.
2. Зильбер А.П. Этюды респираторной медицины / А.П. Зильбер. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. - 792 с.
3. Каширін Є.В. Функціональні особливості дихальної системи жінок другого зрілого віку хворих на бронхіальну астму у період загострення // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту // зб. наук. праць. – Харків: ХДАДМ (ХХП), 2007. - № 11. – С. 235-237.

4. Методика оцінки якості життя / Всесвітня організація охорони здоров'я: Українська версія (Рекомендації по використанню) / За наук ред. д.м.н. С.В. Пхіденка. – Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – 58 с.
5. О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностика болезней органов дыхания.- М.: Мед. лит., 2003. – 464 с.
6. О कोरोков А.Н. Руководство по лечению внутренних болезней: Т. 1. Лечение болезней органов дыхания. – 3-е изд., перераб. и доп. / А.Н. О कोरोков - М.: Мед. лит., 2008. – 384 с.
7. Порівняльні дані про розповсюдження хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного і алергічного профілю в Україні за 2001-2007 рр. Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України www.ifp.kiev.ua
8. Costantini D., Brivo A., Brbsa D. et al. PEP-mask versus postural drainage in CF infants a long-term comparative trial // Book of Abstracts, 24-Eur. CF Conf., Vienna, 2001. – P.100.
9. GINA_WR_2006 [http:// www.ginaastma.org](http://www.ginaastma.org)
10. Ries A.L., Bauldoff G.S., Carlin B.W., et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. Chest. - 2007; 131 (5 Suppl): 4S-42S.

Надійшла до редакції 25.09.2008р.