
АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

УДК 796:616.248 – 085

ББК 53.54 я 73

Ігор Григус

РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНТЕРМІТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

У статті висвітлено сучасний стан проблеми з бронхіальною астмою й продемонстровано результативність застосування запропонованої програми фізичної реабілітації хворих на інтермітуючу бронхіальну астму. Описано покращання загального рівня здоров'я, якості життя, фізичної працездатності, функціонального стану дихальної системи й показників функції зовнішнього дихання.

Ключові слова: лікувальна фізична культура, фізична реабілітація, бронхіальна астма, об'єм форсованого видиху, пікова швидкість видиху.

In the article the modern state of problem is reflected with bronchial asthma and effectiveness of application of the offered program of physical rehabilitation of patients is shown on intermitent bronchial asthma. The improvement of general health, quality of life, physical capacity, functional state of the respiratory system and indexes of function of the external breathing level is described.

Key words: medical physical culture, physical rehabilitation, bronchial asthma, forced expiratory volume, peak expiratory flow.

Постановка проблеми та результати останніх досліджень. Пульмонологія – одна із значимих сфер світової медицини. У першу чергу це зумовлено тим, що в останні десятиріччя значно збільшилася кількість захворювань легенів, питома вага яких у структурі причин звернення за медичною допомогою становить понад 60 %. Бронхо-легеневі захворювання займають 3–4 місце серед причин смертності. Значну турботу викликає збільшення кількості хворих на хронічні обструктивні захворювання легень, у тому числі на бронхіальну астму (БА). Частота цих захворювань із року в рік неухильно зростає. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Європейська академія алергології та клінічної імунології оприлюднили прогнози, згідно з якими до 2030 року буквально кожен землянин матиме те або інше алергічне захворювання. Тобто шанс рано чи пізно отримати БА є в чималій кількості землян.

Подані наукові основи й практична реалізація принципів респіраторної медицини в різних клінічних спеціальностях [2]. Описана діагностика захворювань органів дихання і всесторонньо викладено їх лікування з урахуванням сучасних відомостей, опублікованих у вітчизняній і зарубіжній літературі [6; 7].

Установлено клініко-фізіологічне обґрунтування застосування різних засобів фізичної реабілітації та методи підвищення якості життя [4]. Апробовані спеціальні методики кінезотерапії щодо попередження загострень хронічного бронхо-легеневого процесу [9]. Розроблені методики застосування в реабілітації фізичних вправ у сполученні із частковими методиками масажу й фізіотерапевтичних процедур [8].

Систематизовані дані про можливості медичної реабілітації хворих із захворюваннями органів дихання, представлена детальна інформація про методики респіраторної реабілітації й адекватні реабілітаційні комплекси з позиції синдромно-патогенетичного підходу та з нозологічних позицій [1; 3]. Розглянуті основи медико-соціальної та соціально-трудової реабілітації, подані дані про механізми дії й сфери застосування різних методів реабілітації [5].

Усе вищезазначене свідчить про актуальність проведення додаткових досліджень у цій галузі, що визначило мету та завдання дослідження.

Мета роботи – перевірити ефективність застосування запропонованої комплексної програми фізичної реабілітації хворих на інтермітуючу бронхіальну астму.

Організація та методи досліджень. Дослідження проводилося на базі Рівненської обласної клінічної лікарні. Накопичення результатів експерименту проводилося в міру поступлення пацієнтів на стаціонарне лікування в пульмонологічне відділення. Під нашим спостереженням знаходилося 42 хворих на інтермітуючу бронхіальну астму, у яких короткочасні напади ядухи виникали рідше ніж 1 раз у тиждень, були короткочасні загострення хвороби (від декількох годин до декількох днів), нічні приступи астми зустрічалися 2 рази на місяць або рідше, відсутність ознак порушення й нормальна функція зовнішнього дихання між загостреннями, задишка в них з'являлася тільки при швидкому підйомі по сходах або повільному бігу й швидко зникала після припинення навантаження. Вентиляційної недостатності в них не було або були незначні зміни окремих спірографічних показників: ПШВ чи ОФВ1, добові коливання <20 %.

Хворі КГ лікувалися за загальноприйнятою методикою, з хворими ОГ ми проводили, за їх згодою, додатково до загальноприйнятого лікування психологічну та фізичну реабілітацію, що включала ЛФК, масаж і фізіотерапевтичні процедури. Для складання індивідуальних програм урахувували весь комплекс змін (морфологічних, фізіологічних і психологічних) і керувалися правилами, що передбачали партнерство, визначення рухових можливостей пацієнта, різносторонність впливу, комплексність і поступовість.

Результати дослідження та їх обговорення. Запропонована програма фізичної реабілітації мала комплексний підхід, індивідуальну спрямованість, урахувувався рівень здоров'я, рухових можливостей, якість життя, фізична працездатність, стан кардіореспіраторної системи, функція зовнішнього дихання. Вибір фізичних вправ визначали особливостями порушення ФЗД у конкретного хворого. Співвідношення дихальних і загальнозміцнювальних вправ 1:4–5. Фізичні тренування здійснювали, використовуючи гімнастичні форми ЛФК, дозовану ходьбу, тренування на велоергометрі. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику й лікувальну гімнастику (ЛГ), самостійні заняття індивідуально та в малих групах. Лікувальний масаж за класичною методикою проводили в положенні сидячи за 1,5–2 год до процедури ЛГ.

У комплекси ЛГ включали дихальні й загальнорозвиваючі вправи, вправи на розслаблення з вихідних положень лежачи, сидячи й стоячи. Одним із загальнодоступних способів тренування як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах була ходьба по сходах. У пацієнтів ОГ темп підйому становив 50–60 сходинок за хвилину, а спуску – 100–120 сходинок за хвилину, тривалість кожного тренування була до 30 хв.

В ОГ ми також застосовували аероіонотерапію, яку дозували за кількістю іонів, що вдихав пацієнт за період проведення процедури. Процедури проводили щодня в добре провітрюваному, чистому й теплому приміщенні. Тривалість перших трьох процедур була по 10 хв, наступних – 15 хв, на курс лікування 15–20 процедур. Проводили 20–22 сеанси галоаерозольтерапії при температурі 22–24°C, що включали: підготовчий період – 1–2 дні, протягом якого хворі проходили інструктаж із техніки безпеки та методики проведення процедури, детальне клініко-функціональне й лабораторне обстеження; період адаптації до лікувального галоаерозоллю та мікроклімату камери – 2–3 дні, протягом яких щоденно відбувалося поступове наростання тривалості процедур від 15 до 60 хв; основний лікувальний період, який включав щоденні, крім неділі, сеанси галоаерозольтерапії сумарною тривалістю 60 хв.

Оцінку ефективності лікування й фізичної реабілітації проводили за комплексом клінічних показників: приступи затрудненого дихання, кашель, хрипи при аускультатії, рухомість нижніх легеневих країв, частота використання бронхолітиків,

зміни ФЗД, рівня здоров'я, якості життя, фізичної працездатності, функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Усім хворим провели експрес-оцінку загального рівня фізичного здоров'я за Г.Л.Апанасенком на початку й у кінці дослідження. На початку дослідження в КГ за індексом маси тіла 3 (21,43 %) хворих мали рівень нижчий від середнього, 10 (71,43 %) – середній, 1 (7,14 %) – вищий від середнього. За життєвим індексом: 2 (14,29 %) хворих мали низький рівень, 5 (35,71 %) – нижчий від середнього, 7 (50 %) – середній. При визначенні силового індексу: 1 (7,14 %) хворий мав рівень нижчий від середнього, 9 (64,29 %) – вищий від середнього, 4 (28,57 %) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 12 (85,71 %) хворих рівень вищий від середнього та у 2 (14,29 %) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що в 9 (64,29 %) хворих рівень здоров'я нижчий від середнього й у 5 (35,71 %) – середній. В ОГ на початку дослідження за індексом маси тіла 5 (17,86 %) хворих мали низький рівень, 1 (3,57 %) – нижчий від середнього, 17 (60,71 %) – середній, 2 (7,14 %) – вищий від середнього, 3 (10,71 %) – високий рівень. За життєвим індексом: 2 (7,14 %) хворих мали низький рівень, 2 (7,14 %) – нижчий від середнього, 18 (64,29 %) – середній, 6 (21,43 %) – вищий від середнього. При визначенні силового індексу: 1 (3,57 %) хворий мав рівень нижчий від середнього, 3 (10,71 %) – середній, 12 (42,86 %) – вищий від середнього, 12 (42,86 %) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 25 (89,29 %) хворих рівень вищий від середнього та в 3 (10,71 %) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що у 2 (7,14 %) хворих рівень здоров'я низький, у 18 (64,29 %) – нижчий від середнього й у 8 (28,57 %) – середній.

Загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) виявилася такою: в 4 (28,57 %) хворих КГ рівень здоров'я нижчий від середнього та в 10 (71,43 %) – середній. Загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) хворих ОГ виявилася такою: у 9 (32,14 %) хворих рівень здоров'я нижчий від середнього, у 18 (64,29 %) – середній і в 1 (3,57 %) – вищий від середнього. Тобто на початку дослідження загальний рівень здоров'я хворих на інтермітуючу БА обох груп був ідентичний, у хворих КГ загальний рівень здоров'я на початку дослідження був $7,36 \pm 0,48$, у хворих ОГ – $7,14 \pm 0,31$, що відповідає середньому рівню.

У кінці дослідження у хворих КГ за індексом маси тіла й силовим індексом показники не змінилися. За життєвим індексом: 5 (35,71 %) хворих мали рівень нижчий від середнього, 9 (64,29 %) – середній. Індекс Робінсона зафіксував в 11 (78,51 %) хворих рівень вищий від середнього та в 3 (21,43 %) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що в 7 (50 %) хворих рівень здоров'я нижчий від середнього та в 7 (50 %) – середній. У кінці дослідження у хворих ОГ (рис. 1), завдяки застосуванню в них додатково до загальноприйнятого лікування фізичної реабілітації, показники рівня здоров'я виявилися значно вищими. За індексом маси тіла лише в 1 (3,57 %) хворого залишився низький рівень, у 4 (14,29 %) став нижчий від середнього, в 19 (67,86 %) – середній, у 4 (14,29 %) – вищий від середнього. За життєвим індексом: 9 (32,14 %) хворих мали середній рівень, 19 (67,86 %) – вищий від середнього. При визначенні силового індексу: 4 (14,29 %) хворих мали рівень вищий від середнього та 24 (85,71 %) – високий рівень. Індекс Робінсона зафіксував у 24 (85,71 %) хворих рівень вищий від середнього та в 4 (14,29 %) – високий. Час відновлення ЧСС після присідань показав, що у 2 (7,14 %) хворих рівень здоров'я нижчий від середнього, у 23 (82,14 %) – середній і в 3 (10,71 %) – вищий від середнього.

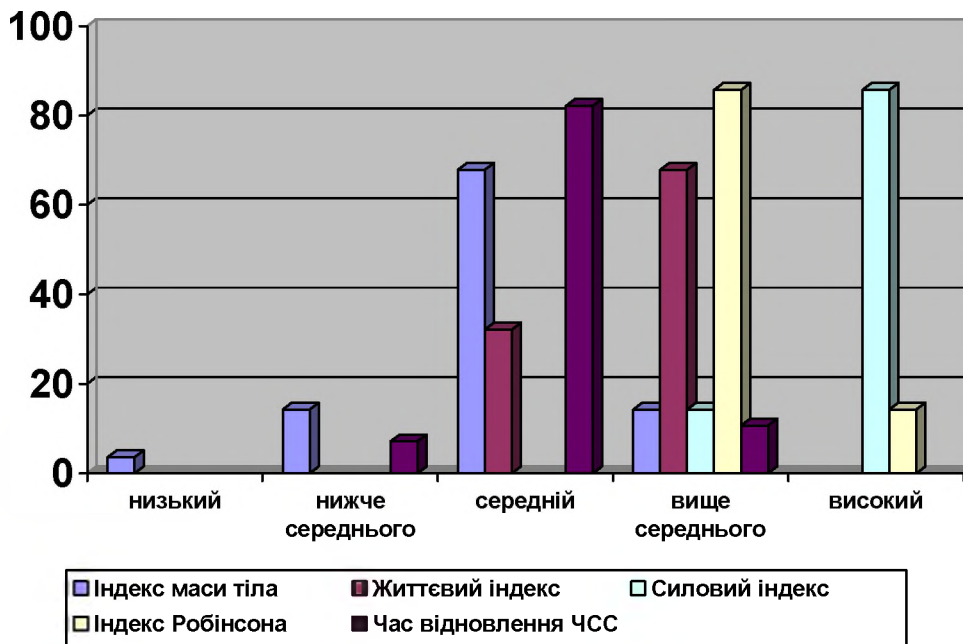


Рис. 1. Рівень здоров'я хворих ОГ на інтермітуючу БА в кінці дослідження

Загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) хворих КГ виявилася такою ж, як на початку дослідження. Загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) хворих ОГ значно зросла: у 23 (82,14 %) ($p < 0,05$) хворих рівень здоров'я став середнім та в 5 (17,86 %) ($p < 0,05$) – вищий від середнього.

У хворих КГ загальний рівень здоров'я в кінці дослідження став $7,93 \pm 0,47$, тобто зростання незначне. А у хворих ОГ загальний рівень здоров'я зріс до $10,57 \pm 0,21$ за рахунок підвищення життєвого індексу (з $0,96 \pm 0,14$ до $1,68 \pm 0,09$) і часу відновлення ЧСС (з $1,24 \pm 0,24$ с до $3,08 \pm 0,16$ с), що пояснюється покращанням функціонального стану дихальної й серцево-судинної систем за рахунок правильно підібраної програми фізичної реабілітації.

Для визначення ефективності медичних і соціальних програм в Україні, відповідно до міжнародних стандартів оцінки якості життя населення, запропонована українська версія питальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100), який призначений для оцінки якості життя дорослої популяції населення. З її допомогою ми визначили в кожного хворого якість життя до початку дослідження й після завершення, щоби прослідкувати за змінами.

За окремими сферами вивчення вихідні показники хворих КГ були такі: сфера I, або фізична сфера – $12,67 \pm 0,23$, сфера II, або психологічна сфера – $13,16 \pm 0,14$, сфера III, або рівень незалежності – $11,54 \pm 0,19$, сфера IV, або соціальні стосунки – $11,19 \pm 0,1$, сфера V, або навколишнє середовище – $11,37 \pm 0,09$, сфера VI, або духовна сфера – $15,43 \pm 0,36$. Тобто захворювання вплинуло на всі сфери життя людини й знижує якість життя. У кінці дослідження середній рівень загальної якості життя й стану здоров'я майже не змінився і складав $75,82 \pm 0,98$ балів. За окремими сферами вивчення показники теж були близькі до вихідних: сфера I, або фізична сфера – $12,83 \pm 0,21$, сфера II, або психологічна сфера – $13,19 \pm 0,14$, сфера III, або рівень незалежності – $11,66 \pm 0,17$, сфера IV, або соціальні стосунки – $11,24 \pm 0,1$, сфера V, або навколишнє середовище – $11,4 \pm 0,08$, сфера VI, або духовна сфера – $15,5 \pm 0,32$.

Результати визначення якості життя хворих ОГ на початку дослідження за окремими сферами вивчення були приблизно теж ідентичними: сфера I, або фізична сфера – $12,85 \pm 0,15$, сфера II, або психологічна сфера – $13,06 \pm 0,09$, сфера III, або рівень незалежності – $11,45 \pm 0,13$, сфера IV, або соціальні стосунки – $11,4 \pm 0,10$, сфера V, або навколишнє середовище – $11,22 \pm 0,10$, сфера VI, або духовна сфера – $15,18 \pm 0,21$. Тобто в усіх хворих ОГ захворювання спричинило проблеми в усіх сферах і знизило загальну якість життя. У кінці дослідження середній рівень загальної якості життя й стану здоров'я хворих ОГ виріс і став $81,21 \pm 0,37$ бала. За окремими сферами вивчення показники теж зросли: сфера I, або фізична сфера – $13,60 \pm 0,11$, сфера II, або психологічна сфера – $13,90 \pm 0,13$, сфера III, або рівень незалежності – $12,88 \pm 0,09$, сфера IV, або соціальні стосунки – $12,75 \pm 0,13$, сфера V, або навколишнє середовище – $11,95 \pm 0,09$, сфера VI, або духовна сфера – $16,14 \pm 0,14$.

Як бачимо, в 14 (100 %) хворих КГ на інтермітуючу БА середній вихідний рівень загальної якості життя й стану здоров'я складав $75,34 \pm 0,52$ бала, що значно нижче, ніж якість життя й стан здоров'я населення розвинених європейських країн, які, за узагальненими літературними даними, складає $107,47 \pm 2,09$ бала. При аналізі показників 28 (100 %) хворих ОГ на інтермітуючу БА спостерігаємо, що середній вихідний рівень загальної якості життя й стану здоров'я був приблизно на такому ж низькому рівні, як у хворих КГ, і складав $75,15 \pm 0,36$ бала.

Найвищий рівень загальної якості життя у хворих КГ на інтермітуючу БА на початку дослідження був $78,13$, а найнижчий – $70,67$; у кінці дослідження – $78,25$ і $72,71$ відповідно. У хворих ОГ на інтермітуючу БА найвищий рівень загальної якості життя на початку дослідження був $78,13$, а найнижчий – $70,20$; у кінці дослідження – $84,88$ і $76,81$ відповідно.

Як бачимо, до початку дослідження рівень загальної якості життя у хворих обох груп був приблизно однаковим. Аналізуючи результати анкетування хворих обох груп на інтермітуючу БА щодо визначення загальної якості життя й стану здоров'я на початку дослідження, спостерігаємо, що, порівнюючи їх із середніми даними здорового населення, у хворих КГ та ОГ незначно знижені показники психологічної та духовної сфер. Це демонструє, що дане захворювання не впливає на отримання позитивних почуттів, мислення, навчання та пізнання, духовність; у них не змінюється самооцінка, вони позитивно оцінюють свою зовнішність. Найнижчі показники ми отримали в таких сферах: соціальні стосунки та навколишнє середовище, що доводить необхідність упровадження ряду заходів щодо покращання в даній категорії хворих особистих взаємостосунків, збільшення соціальної підтримки, захищеності, доступності та якості фінансової, медичної й соціальної допомоги; надання можливості отримання нової інформації та набуття необхідних навичок, забезпечення гідного відпочинку й проведення дозвілля, зменшення забруднення навколишнього середовища й умов пересування транспортом. Дещо знижені також показники фізичного розвитку та рівня незалежності: зменшення життєвої активності та працездатності, підвищена стомленість, недостатній відпочинок, залежність від медикаментів і лікування, мобільність. Отримані дані доводять необхідність упровадження не тільки заходів фізичної реабілітації, а також диктують потребу звертати особливу увагу на поєднання фізичної та психологічної реабілітації даної категорії хворих.

Після застосування комплексної програми фізичної реабілітації ми спостерігали покращання якості життя та стану здоров'я у хворих ОГ, зокрема, у фізичній і психологічній сферах, рівня незалежності. Хворі ОГ відмітили збільшення життєвої активності, працездатності, здатності виконання повсякденних справ, зменшення

стомлення, поліпшення сну, мислення, а також покращання особистих взаємостосунків. Практично незмінними залишилися такі сфери: навколишнє середовище й духовна сфера. У хворих КГ не відмічено змін в якості життя та стану здоров'я.

За допомогою функціональної проби Руф'є ми визначали фізичну працездатність хворих. Цю пробу вибрали через її особливості, а саме: після відносно невеликого навантаження визначається ЧСС у різні періоди відновлення. За результатами функціональної проби Руф'є на початку дослідження було визначено, що в усіх хворих КГ (100 %) задовільна фізична працездатність. У хворих ОГ показники були такими: в 3 (10,71 %) – погана та у 25 (89,29 %) – задовільна.

Погана й задовільна фізична працездатність обмежувала активність хворих, вимагала проведення відповідного лікування й корекції.

У кінці дослідження за результатами функціональної проби Руф'є (рис. 2) було виявлено, що у 8 (57,14 %) хворих КГ задовільна фізична працездатність і в 6 (42,86 %) – середня. У хворих ОГ показники були значно вищими: в 6 (21,43 %) – задовільна, в 13 (46,43 %) – середня та в 9 (32,14 %) – добра, що пояснюється правильністю підбраної програми фізичної реабілітації. Завдяки індивідуалізованій програмі вдалося відновити фізичну працездатність і підвищити її.

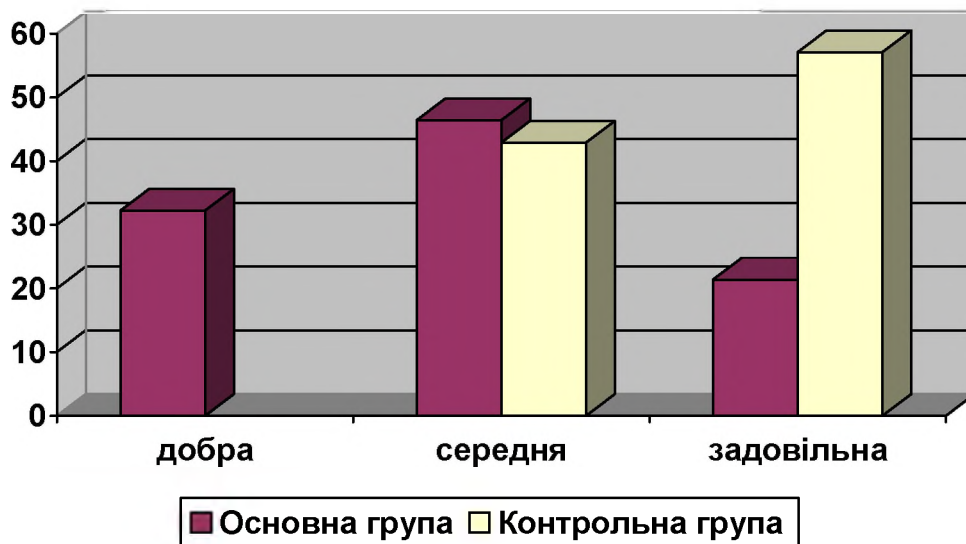


Рис. 2. Фізична працездатність хворих за результатами функціональної проби Руф'є в кінці дослідження

Рівень здоров'я, якість життя й фізична працездатність прямо пропорційно залежать від функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем. А основними параметрами діяльності кардіореспіраторної системи, які легко визначити, є ЖСЛ, тривалість затримки дихання й ЧСС. Оцінювали функцію цих систем до початку та в кінці дослідження за допомогою визначення індексу Скібінські.

Вихідний рівень функціонального стану дихальної й серцево-судинної систем у хворих обох груп був задовільним, у КГ він складав за індексом Скібінські $22,86 \pm 1,29$ та в ОГ – $22,82 \pm 0,87$. У кінці дослідження в пацієнтів КГ індекс Скібінські дорівнював $25,57 \pm 1,0$, тобто він дещо підвищився, але теж відповідав задовільному рівню. У хворих ОГ він став $39,86 \pm 1,11$, а це вже добрий рівень. При однакових вихідних даних на початку дослідження в обох групах, за умови загальноприйнятого лікування, значне підвищення індексу Скібінські в ОГ можна пояснити застосуван-

ням фізичної реабілітації, що сприяла покращанню функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Таке ж покращання функції дихальної й серцево-судинної систем відмічено за результатами проведення проб Штанге й Генчі при порівнянні.

Якщо на початку дослідження час затримки дихання на вдиху (у хворих КГ – $37,79 \pm 0,46$ с; у хворих ОГ – $37,57 \pm 0,30$ с) та на видиху (КГ – $18,86 \pm 0,24$ с; ОГ – $18,61 \pm 0,15$ с) був у хворих обох груп майже однаковим, то в кінці дослідження в пацієнтів ОГ він значно поліпшився.

У хворих КГ у кінці дослідження показники за результатами проб Штанге стали $39,07 \pm 0,43$ с, а за результатами проб Генчі – $20,21 \pm 0,39$, що говорить про деяке підвищення функціональних можливостей кардіореспіраторної системи. На відміну від цього, в пацієнтів ОГ відмічено значне покращання проб. Так, час затримки дихання при вдиху став $50,46 \pm 0,52$ с, а при видиху – $29,0 \pm 0,18$ с, що відповідає можливостям здорових нетренованих людей. Тобто за допомогою фізичної реабілітації в пацієнтів ОГ вдалося відновити функцію кардіореспіраторної системи.

Результати проведення фізичної реабілітації ми розглядали в динаміці, що дозволило об'єктивно встановити ефективність реабілітаційної програми.

Унаслідок проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 42 хворих на інтермітуючу бронхіальну астму контрольної (складалася з осіб чоловічої (n=13) й жіночої (n=1) статі) та основної (складалася з осіб чоловічої (n=25) й жіночої (n=3) статі) груп було виявлено таке. У хворих ОГ раніше відмічалася позитивна динаміка: зменшення клінічних симптомів астми, приступи задишки стали менш інтенсивними, виникали рідше, були менш вираженими, зменшився кашель, поліпшилося відходження харкотиння, зникали хрипи в легенях, збільшилася рухомість нижніх легеневих країв (на $1,5 \pm 0,3$ см), покращалися сон і самопочуття, значно зменшилися дози бронхолітиків.

Особливо важливо те, що астма в них стала контрольованою, що підтверджується статистично достовірним підвищенням середніх показників ФЗД при порівнянні (табл. 1). Дослідження ФЗД у хворих на БА є обов'язковим і дозволяє об'єктивувати ступінь бронхіальної обструкції, її зворотність і варіабельність (добові й тижневі коливання), а також ефективність лікування та реабілітації, що проводяться.

Таблиця 1

Зведена динаміка показників ОФВ1 (% від належних величин) у хворих на інтермітуючу бронхіальну астму обох груп на початку й у кінці дослідження

Хворі з діагнозом: бронхіальна астма I, інтермітуюча; групи, кількість		На початку дослідження, %	У кінці дослідження, %
		$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$
Контрольна група	n=14	79,14±1,31	86,56±1,08
Основна група	n=28	78,93±1,77	94,6±1,09

Якщо на початку дослідження середні показники ОФВ1 у хворих на бронхіальну астму КГ були $79,14 \pm 1,31$ %, ОГ – $78,93 \pm 1,77$ %, то в кінці дослідження – $86,56 \pm 1,08$ % та $94,6 \pm 1,09$ % відповідно. Середні показники ОФВ1 у хворих на бронхіальну астму ОГ, що займалися за розробленою програмою, перевищують такі в досліджуваних КГ. При аналізі показників ПШВ бачимо, що до початку дослідження вони були в КГ $75,22 \pm 1,57$ %, в ОГ – $75,25 \pm 2,28$ %; в кінці дослідження – $84,08 \pm 1,09$ % і $94,48 \pm 1,16$ % відповідно.

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

Висновки

Експериментальне дослідження довело, що правильний підхід до вибору методів реабілітації та їх проведення сприяли відновленню загального рівня здоров'я, фізичної працездатності, якості життя, порушених функцій дихальної системи. На основі поліпшення функціональних можливостей органів дихання пацієнти краще навчилися керувати своїм станом, переносити приступи й попереджувати їх. Покращання функціонального стану дихальної системи в досліджуваних ОГ свідчать про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією за розробленою методикою на рухові можливості хворих на інтермітуючу БА. Коли астма знаходиться під контролем, пацієнти можуть вести активний спосіб життя, не обмежені у звичайних фізичних навантаженнях або вправах.

Фізична реабілітація хворих на БА справляє психотерапевтичну дію, сприяє врівноваженню процесів у корі головного мозку, піднесенню нервового тону, рефлекторно зменшує спазм бронхів, бронхіол. Пацієнти відчували, що життя з БА може бути таким самим повноцінним, як і в здорової людини, тобто вони досягнули більш якісного життя.

1. Григус І.М. Оцінка ефективності фізичної реабілітації хворих на інтермітуючу бронхіальну астму / І.М.Григус, О.Д.Джиги // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія за редакцією проф. С.С.Єрмакова. – Харків : ХДАДМ (ХХІІІ), 2008. – №5. – С.31–34.
2. Зильбер А.П. Этюды респираторной медицины / А.П.Зильбер. – М. : МЕД-пресс-информ, 2007. – 792 с.
3. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей / А.Г.Малявин. – М. : Практическая медицина, 2006. – 416 с.
4. Медицинская реабилитация : руководство для врачей / под ред. В.А.Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
5. Медицинская реабилитация (руководство). – Т.ІІІ / под ред. акад. РАМН, проф. В.М.Боголюбова. – М., 2007. – 584 с.
6. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т.3. Диагностика болезней органов дыхания / А.Н.Окороков. – М. : Мед. лит., 2003. – 464 с.
7. Окороков А.Н. Руководство по лечению внутренних болезней. Т.1. Лечение болезней органов дыхания. / А.Н.Окороков. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Мед. лит., 2008. – 384 с.
8. Физическая реабилитация : учебник для студентов высших учебных заведений / под общей ред. проф. С.Н.Попова. – 4-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2006. – 608 с.
9. Хрущев С.В. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / С.В.Хрущев, О.И.Симонова. – М. : Издательский центр "Академия", 2006. – 304 с.