

ВІДНОВЛЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО РІВНЯ ЗДОРОВ'Я ХВОРИХ НА ПЕРСИСТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ

Григус І.М.

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

Анотація. У статті описано результати відновлення рівня фізичного здоров'я хворих на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму в процесі застосування запропонованої програми фізичної реабілітації. Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я у хворих ОГ, що займалися за розробленою програмою, показує, що їхні показники відновилися і перевищують такі у досліджуваних КГ, свідчить про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією на рухові можливості хворих персистуючою бронхіальною астмою середньої тяжкості.

Ключові слова: бронхіальна астма, фізична реабілітація, рівень фізичного здоров'я.

Аннотация. Григус И.М. Восстановление общего уровня здоровья больных с персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести. В статье описаны результаты восстановления уровня физического здоровья больных с персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести в процессе применения предложенной программы физической реабилитации. Экспресс-оценка уровня физического здоровья в больных ОГ, которые занимались по разработанной программе, показывает, что их показатели восстановились и превышают такие в исследуемых КГ, свидетельствует о положительном влиянии занятий физической реабилитацией на двигательные возможности больных персистирующей бронхиальной астмой средней тяжести.

Ключевые слова: бронхиальная астма, физическая реабилитация, уровень физического здоровья.

Annotation. Grigus I.M. Renewal of general health level of patients with persistent bronchial asthma of middle weight. In the article the results of renewal physical health of patient's level are described with persistent bronchial asthma of middle weight in the process of application of the offered program of physical rehabilitation. The express - assessment of a level of physical health in patients OG who were engaged under the designed program, shows, that their parameters were restored and exceed such in examined KG, testifies to positive agency of occupations by a physical aftertreatment on motorial opportunities of patients a bronchial average asthma.

Key words: bronchial asthma, physical rehabilitation, physical health level.

Вступ.

За даними ВООЗ, на бронхіальну астму страждає від 5% до 15% населення світового співтовариства. Кількість людей, що страждають бронхіальною астмою на даний момент, вразить кожного – як мінімум це 300 мільйонів чоловік. За останні 20 років число захворілих подвоїлося. Тенденції до зниження поширеності цієї хвороби немає [1,6,7]. Захворювання уражає всі вікові групи населення, порушує якість життя пацієнтів, знижує загальний рівень їх здоров'я [3,5].

Наявність побічних ефектів медикаментозного лікування спричиняє актуальність проблеми оптимізації відновного лікування хворих на бронхіальну астму і подальшого вивчення цієї проблеми [4].

Виходячи з вищесказаного, серйозної уваги заслуговує пошук нових ефективних, патогенетично обґрунтованих методів фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму і їхнє поєднання з сучасними медикаментозними засобами [2,5].

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.

Експериментально перевірити ефективність впливу запропонованої диференційованої програми фізичної реабілітації на рівень фізичного здоров'я хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої тяжкості.

Результати дослідження.

Ступінь тяжкості хворих оцінювали на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження. У них симптоми астми були щоденні; загострення призводили до порушення активності і сну; нічні симптоми астми частіше 1 разу на тиждень; необхідність у щоденному прийомі β_2 -агоністів короткої дії. ОФВ₁ або ПШВ в межах 60 - 80 % від належних; добові коливання ПШВ або ОФВ₁ > 30 %. Враховуючи дані обстежень та проблеми, які найчастіше зустрічаються у пацієнтів, ми розробили диференційовану програму фізичної реабілітації, яка базується на результатах обстеження функціонального стану та особливостях протікання хвороби.

Всі хворі віком від 18 до 44 років (Бронхіальна астма III, персистуюча середньої тяжкості) були розподілені на контрольну (КГ) і основну (ОГ) групи, пропорційно (по n=34 – чоловічої статі та n=32 – жіночої статі), в міру поступлення. З хворими ОГ ми проводили фізичну реабілітацію за індивідуально розробленою програмою. Зокрема, з хворими ОГ (n=66), додатково до медикаментозного лікування, за їх згодою, ми проводили масаж, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури. Хворі КГ (n=66) з аналогічним діагнозом лікувалися за загальноприйнятою медикаментозною методикою. Всі хворі були обстежені, провели експрес-оцінку стану фізичного здоров'я, ступеня рухових можливостей. Низькі середні показники функції зовнішнього дихання та функціональних проб, визначені на початку дослідження, значно ускладнювали проведення ЛФК у хворих на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму, в зв'язку з чим програма реабілітації була побудована таким чином, щоби розширення рухових можливостей проходило на фоні покращення вищезазначених показників. За основу брали втручання, які сприяли розрідженню та виведенню мокротиння з дихальних

шляхів. Ми поєднували застосування дренажних положень з маніпуляційними втручаннями. Дихальні вправи в комплексі лікувальної гімнастики 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 експіраторного закриття дихальних шляхів і формуванням правильного стереотипу дихання.

Звукова гімнастика включала спеціальні вправи, пов'язані з вимовою звуків і їх сполучень у визначеній послідовності і визначеним способом з обов'язковим першочерговим виконанням двох вправ: закритого стогону – „ммм” і „очисного видиху” – „пфф”. Динамічні дихальні вправи були пов'язані з поєднанням дихання з фізичними вправами для недихальних м'язів. Застосовували також респіраторну гімнастику – комплекс вправ, що включав дихальні (для створення навичок повного дихання), для м'язів, що прямо або побічно беруть участь в акті дихання, у сполученні з гімнастичними вправами загально-зміцнювального характеру.

Навчання хворих повному диханню і його свідомому регулюванню починали зі статичних вправ. У заняттях використовували вправи в ритмічному статичному диханні, при якому хворі зменшують кількість дихальних рухів за рахунок їхнього поглиблення (свідоме керування диханням), 4-6 раз в день по 5-10 хвилин. Тривалість вдиху і видиху залежала від стану хворого. Ця вправа тонізує міжреберну мускулатуру збільшує силу дихальної мускулатури і тренує хворого в частому форсованому диханні. В.п. сидячи на стільці, після глибокого вдиху хворий робить по черзі на форсованому видиху нахили тулуба в сторони з піднятою вгору рукою. В міру покращення стану і оволодіння навичками розслаблення м'язів, подовжували видих і затримку дихання після нього. Співвідношення часу вдиху до видиху доводили до 1:2, 1:2,5; оптимальною частотою дихання, до якої повинні були прагнути хворі, вважали 9-12 за хвилину (1,5-2 с – вдих, 3-3,5 с – видих, 1-2 с – пауза). Для збільшення рухливості діафрагми, підвищення тону м'язів черевного преса і міжреберної мускулатури при виконанні динамічних дихальних вправ вводили в заняття обтяження у вигляді мішечка з піском (1,5-2 кг), вправи з гантелями, гімнастичними палицями і ін.

При вихованні у хворих навичок повного дихання під час ходьби і різного роду м'язової діяльності використовували більшість динамічних дихальних вправ. Хворим пропонували стежити за ритмом і глибиною дихання під час звичайної ходьби по рівній місцевості – спочатку довільне дихання, потім видих на 2-3-4-5 кроків. Надалі ходьба ускладнювалася включенням простих фізичних вправ для верхніх кінцівок. У міру освоєння навичок дихання під час ходьби по рівній місцевості хворі приступали до тренування дихання при сходженні на сходи (вдих на 1-2 сходинки, видих на 2-4 сходинки і т.д.). Для кожного хворого поєднання числа кроків або сходів на сходинки, що відповідають вдиху або видиху, підбиралися індивідуально. Потім хворих навчали контролювати дихання при фізичному навантаженні, що вимагає великої координації, у заняття вводили вправи з гімнастичними предметами (гантелі, булави, м'ячі й ін.). З метою дозування фізичного навантаження використовували зміну темпу і амплітуди ступеня м'язової напруги, числа виконуваних вправ і пауз для відпочинку, зміну площини руху і вихідних положень та числа дихальних вправ.

В рамках запропонованої програми фізичної реабілітації пацієнтів ОГ застосовували перкусійний і вібраційний масажі грудної клітки для поліпшення дренажу бронхіального дерева. Лікувальний масаж за класичною методикою проводили в положенні сидячи за 1,5-2 год. до процедури ЛГ. Важливим фізичним методом було ЛФК. Використовували спеціальні дихальні вправи з вимовою на повільному видиху визначених звуків, з дозованими затримками дихання, що сприяють поліпшенню вентиляційної функції легень і попереджуючі приступ бронхіальної астми.

При побудові занять з хворими дотримувалися визначеної послідовності призначення фізичних тренувань і виділяли три частини: вступну, основну і заключну. У першій частині хворих навчали вольовому керуванню своїм диханням, регулюванню тривалістю вдиху та видиху, правильної поведінки і вправам при наблизенні нападу задишки і під час них. Застосовували ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ) і лікувальну гімнастику (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 ОГ (II ступінь рухових можливостей) РГГ тривалістю 10-15 хв. включала 12-15 вправ. З другої половини реабілітаційного курсу використовували комплексні циклічні вправи. 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 експіраторного закриття дихальних шляхів і формуванням правильного стереотипу дихання. Для хворих ОГ темп підйому по сходах становив 16-20 сходинок за хвилину, а спуску – 50-60 сходинок за хвилину. Тривалість кожного тренування була до 30 хв.

Фізіотерапевтичні процедури застосовували з перших днів лікування хворих у стаціонарі для ліквідації бронхоспазму, десенсибілізації організму, зменшення запальних процесів, покращання відходження

мокротиння, підсилення адаптаційно-компенсаторних процесів, відновлення нормальної і регуляторної функції ЦНС, попередження повторних нападів. Застосовували інгаляції аерозолями, солюкс; ультрафіолетове опромінення на область грудни, нижньощийної і верхньогрудної ділянок проводили для підвищення захисних властивостей організму. З пацієнтами ОГ ми також застосовували аероіонотерапію, 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 – до 15 хвилин, на курс лікування 15-20 процедур. Сеанси спелеотерапії проводили в спеціально прилаштованому приміщенні – камері штучного мікроклімату, розрахованій на одночасне лікування 4-10 хворих. В цілому, курс лікування хворих складався з 20-22 сеансів галоаерозольотерапії.

Оцінку ефективності лікування і застосування запропонованої програми фізичної реабілітації проводили за комплексом клінічних показників: приступи затрудненого дихання, кашель, хрипи при аускультативній рухомість нижніх легеневих країв, динаміка середнього тотального балу симптомів, частота використання бронхолітиків за кількістю доз стандартного бронхолітика за добу, зміни ФЗД і рівня фізичного здоров'я.

У результаті проведеного порівняльного аналізу даних обстеження 132 хворих на персистуючу бронхіальну астму середньої тяжкості КГ і ОГ 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 кашель, покращилося відходження харкотиння, зникали хрипи в легенях, збільшилася рухомість нижніх легеневих країв (на $0,7 \pm 0,3$ см), покращився сон і самопочуття, функція дихальної і серцево-судинної систем, підвищилася фізична працездатність, підвищився загальний рівень фізичного здоров'я і якості життя, значно зменшилися дози бронхолітиків.

На початку дослідження за індексом маси тіла у хворих чоловічої статі КГ у 2 (6,25%) хворих був низький рівень, у 2 (6,25%) – нижче середнього, у 17 (53,13%) – середній, у 3 (9,38%) – вище середнього та у 8 (25,00%) – високий; за життєвим індексом у 9 (28,12%) був низький рівень та у 23 (71,88%) – нижче середнього, за силовим індексом у 1 (3,13%) був низький, у 11 (34,38%) – нижче середнього та у 20 (62,50%) – середній; за індексом Робінсона у 20 (62,50%) був середній та у 12 (37,50%) – вище середнього, за часом відновлення ЧСС у 17 (53,12%) хворих був низький рівень та у 15 (46,88%) – нижче середнього. У хворих жіночої статі КГ на початку дослідження за індексом маси тіла у 3 (8,82%) хворих був рівень нижче середнього, у 9 (26,47%) – середній, у 7 (20,59%) – вище середнього та у 15 (44,12%) – високий; за життєвим індексом у 11 (32,35%) був низький рівень, у 18 (52,94%) – нижче середнього та у 5 (14,71%) – середній; за силовим індексом у 3 (8,82%) хворих був низький рівень, у 10 (29,41%) – нижче середнього, у 20 (58,82%) – середній та у 1 (2,94%) – вище середнього; за індексом Робінсона у 20 (58,82%) був середній та у 14 (41,18%) – вище середнього, за часом відновлення ЧСС у 23 (67,65%) хворих був низький рівень та у 11 (32,35%) – нижче середнього.

Результати визначення рівня здоров'я у хворих чоловічої статі ОГ на початку дослідження були схожі з показниками хворих КГ: за індексом маси тіла у 1 (3,13%) хворого був низький рівень, у 1 (3,13%) хворого – нижче середнього, у 17 (53,13%) – середній, у 5 (15,63%) – вище середнього та у 8 (25,00%) – високий; за життєвим індексом у 18 (56,25%) хворих був низький рівень та у 14 (3,13%) – нижче середнього, за силовим індексом у 4 (12,50%) хворих був низький рівень, у 18 (56,25%) – нижче середнього та у 10 (31,25%) – середній; за індексом Робінсона у 22 (68,75%) був середній та у 10 (31,25%) – вище середнього, за часом відновлення ЧСС у 21 (65,63%) хворих був низький рівень та у 11 (34,38%) – нижче середнього.

Майже аналогічні результати визначення рівня здоров'я у хворих жіночої статі ОГ на початку дослідження з такими ж показниками хворих КГ: за індексом маси тіла у 1 (2,94%) хворого був низький рівень, у 2 (5,88%) – нижче середнього, у 13 (38,24%) – середній рівень, у 4 (11,76%) – вище середнього та у 14 (41,18%) – високий; за життєвим індексом у 13 (38,24%) хворих рівень був низьким та у 21 (61,76%) – нижче середнього, за силовим індексом у 6 (17,65%) хворих був низький рівень, у 15 (44,12%) – нижче середнього, у 12 (35,29%) – середній та у 1 (2,94%) – вище середнього, за індексом Робінсона у 22 (64,71%) хворих був середній рівень та у 12 (35,29%) – вище середнього, за часом відновлення ЧСС у 21 (61,76%) хворого був низький рівень та 13 (38,24%) – нижче середнього.

Загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) в хворих КГ на початку дослідження складала: серед чоловіків у 31 (96,88%) хворого був низький рівень та у 1 (3,12%) – нижче середнього, серед жінок у 30 (88,24%) хворих був низький рівень і у 4 (11,76%) – нижче середнього. У хворих ОГ загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) на початку дослідження складала: у чоловіків 32 (100%) мали низький рівень; 32 (94,12%) жінок мали низький рівень і 2 (5,88%) – нижче середнього.

Як ми бачимо, показники загальної оцінки рівня здоров'я хворих на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму обох груп на початку дослідження були однаковими: у чоловіків рівень був низьким та у жінок теж низьким. Все вище наведене диктує необхідність пошуку ефективних методів відновлення здоров'я хворих.

При завершенні дослідження результати визначення рівня здоров'я у хворих КГ тільки дещо змінилися і становили: за індексом маси тіла хворих чоловічої статі – у 2 (6,25%) хворих був низький рівень, у 2 (6,25%) – нижче середнього, у 17 (53,13%) – середній, у 3 (9,38%) – вище середнього та у 8 (25,0%) – високий; за життєвим індексом – у 3 (9,38%) був низьким, у 25 (78,13%) – нижче середнього та у 4 (12,50%) – середнім; за силовим індексом – у 1 (3,12%) був низький рівень, у 11 (34,38%) – нижче середнього та у 20 (62,5%) – середній; за індексом Робінсона – у 18 (56,25%) був середній та у 14 (43,75%) – вище середнього, за часом відновлення ЧСС – у 14 (43,75%) хворих був низький рівень та у 18 (56,25%) – нижче середнього (див. рис. 5.49.). Згідно

приведених даних, в результаті проведеного базового лікування у хворих КГ тільки незначно підвищилися показники за життєвим індексом, Робінсона і часом відновлення ЧСС, без змін залишилися показники за індексом маси тіла та силовим. У хворих жіночої статі КГ в кінці дослідження зміни були ще мізерніші: за індексом маси тіла – без жодних змін; за життєвим індексом – у 3 (8,82%) залишився низьким, у 20 (58,82%) став нижче середнього та у 11 (32,35%) – середнім; за силовим індексом – у 1 (2,94%) залишився низьким, у 8 (23,53%) – нижче середнього, у 24 (70,59%) – середнім та у 1 (2,94%) – вище середнього за індексом Робінсона – без всяких змін; за часом відновлення ЧСС – у 8 (23,53%) хворих залишився низьким та у 26 (76,47%) – нижче середнього. Тобто, у хворих КГ проведене лікування суттєво не покращило загальний рівень здоров'я.

В кінці дослідження, завдяки застосуванню запропонованої програми фізичної реабілітації, результати визначення рівня здоров'я у хворих чоловічої статі ОГ стали суттєво вищими за показники хворих КГ: за індексом маси тіла – ні у одного хворого не залишився рівень низьким чи нижче середнього, у 23 (71,88%) – став середнім, у 8 (25,0%) – вище середнього та у 1 (3,13%) – високим; за життєвим індексом – залишився лише у 5 (15,63%) низьким, у 16 (50,0%) став нижче середнього та у 11 (34,38%) став середнім; за силовим індексом – ні у одного не залишився низьким, лише у 10 (31,25%) залишився нижче середнього, у 18 (56,25%) став середнім та у 4 (12,5%) став вище середнього за індексом Робінсона – лише у 15 (46,87%) залишився середнім та у 17 (53,13%) став вище середнього за часом відновлення ЧСС – ні у одного хворого не залишився низьким, у 18 (56,25%) став нижче середнього та у 14 (43,75%) – середнім (рис. 1.). Суттєве зростання рівня здоров'я відмічено у пацієнтів за всіма показниками.

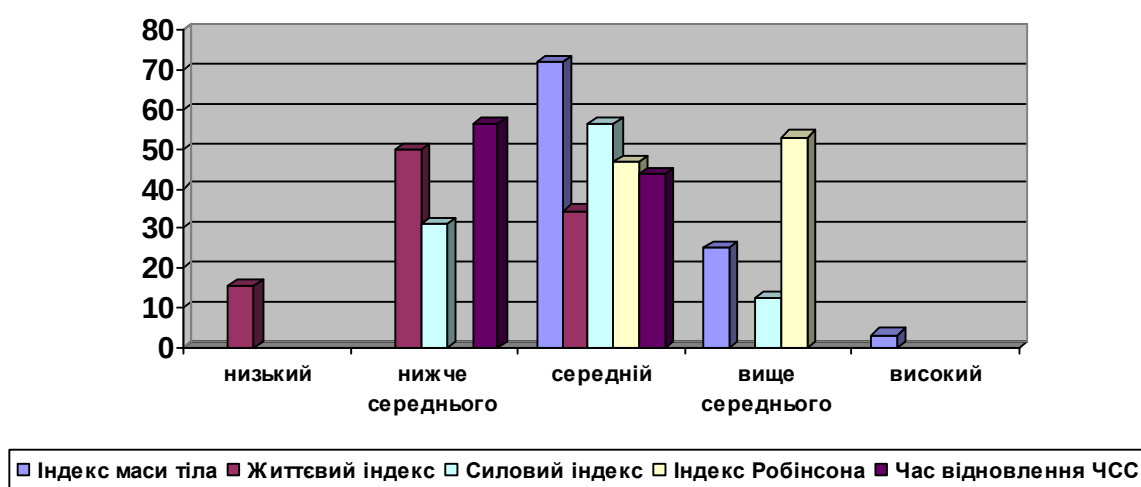


Рис. 1. Рівень здоров'я хворих ОГ на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму в кінці дослідження (чоловічої статі)

У хворих на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму жіночої статі ОГ в кінці дослідження теж відмічено значне зростання всіх показників: за індексом маси тіла – не було жодного з низьким рівнем, лише у 1 (2,94%) залишився рівень нижче середнього, у 20 (58,82%) – став середнім, у 5 (14,71%) – вище середнього та у 8 (23,53%) – високим; за життєвим індексом – залишився лише у 3 (8,82%) нижче середнього, у 17 (50,0%) – нижче середнього, став у 9 (26,47%) середнім та у 5 (14,71%) – вище середнього за силовим індексом – залишився лише у 1 (2,94%) низьким, у 12 (35,29%) – нижче середнього, у 11 (32,35%) – середнім та у 10 (29,41%) став вище середнього за індексом Робінсона – лише у 11 (32,35%) залишився середнім, у 18 (52,94%) став вище середнього та у 5 (14,71%) – високим; за часом відновлення ЧСС – лише у 2 (5,88%) залишився низьким, у 20 (58,82%) став нижче середнього та у 12 (35,29%) – середнім (рис. 2.). Суттєве покращення рівня здоров'я відмічено за індексом Робінсона, життєвим і силовим та часом відновлення ЧСС.

В кінці дослідження загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) хворих КГ була такою: у чоловіків – 30 (93,75%) хворих мали низький рівень та 2 (6,25%) – нижче середнього 27 (79,41%) жінок КГ мали низький рівень та 7 (20,59%) – нижче середнього. У хворих ОГ загальна оцінка рівня здоров'я (сума балів) виглядала набагато краще: у чоловіків лише у 9 (28,13%) залишився низький рівень, у 22 (68,75%) пацієнтів рівень став нижче середнього та у 1 (3,13%) – середнім; 14 (41,18%) жінок ще мали низький рівень, 14 (41,18%) нижче середнього та у 6 (17,65%) став середнім.

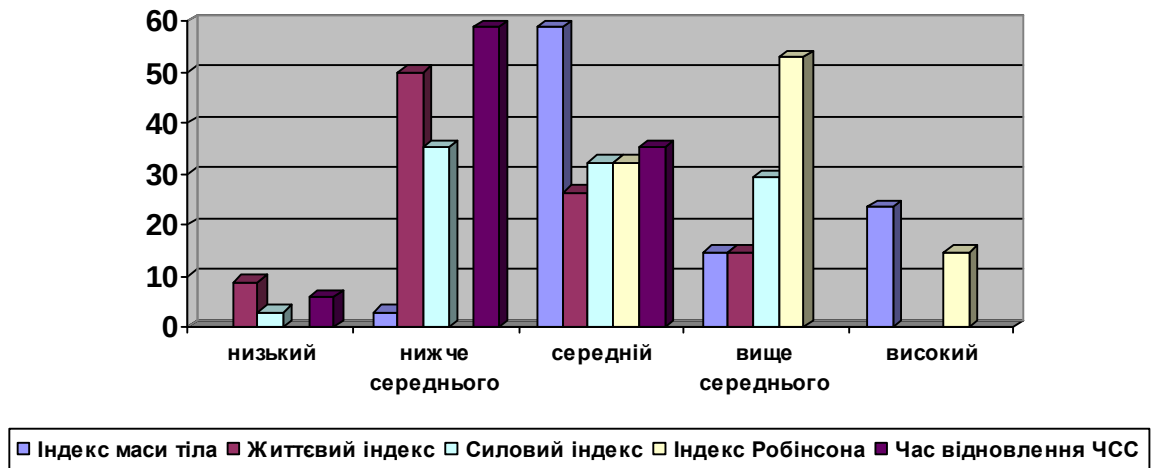


Рис. 2. Рівень здоров'я хворих ОГ на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму в кінці дослідження (жіночої статі)

В КГ на початку дослідження рівень здоров'я у чоловіків був у 31 (96,88%) низьким та у 1 (3,12%) нижче середнього, в осіб жіночої статі – у 30 (88,24%) низьким та у 4 (11,76%) нижче середнього, в кінці дослідження чоловіків став – у 30 (93,75%) залишався низьким і у 2 (6,25%) нижче середнього та у жінок – у 27 (79,41%) залишався низьким і у 7 (20,59%) нижче середнього.

Якщо на початку дослідження 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 він став у чоловіків – у 9 (28,13%) залишався низьким, у 22 (68,75%) став нижче середнього та у 1 (3,13%) – середнім; у жінок – у 14 (41,18%) залишався низьким, у 14 (41,18%) нижче середнього та у 6 (17,65%) – середнім. Ми бачимо, що показники загальної оцінки рівня фізичного здоров'я хворих ОГ, що займалися за розробленою програмою, перевищують такі у досліджуваних КГ.

Аналізуючи рівень здоров'я хворих на середньої тяжкості персистуючу бронхіальну астму обох груп, ми бачимо, що на початку дослідження ці показники істотно не відрізнялися, а в кінці дослідження значне покращення спостерігалось тільки у пацієнтів ОГ. Особливо важливо те, що астма в них стала контрольованою що підтверджується статистично достовірним підвищенням загальної оцінки рівня фізичного здоров'я хворих при порівнянні.

Середній бал загальної оцінки рівня фізичного здоров'я хворих чоловічої статі КГ на початку дослідження був $0,06 \pm 0,31$, в ОГ – $(-1,09 \pm 0,38)$, що відповідає низькому рівню в обох групах; у хворих жіночої статі КГ на початку дослідження середній бал дорівнював $(-0,59 \pm 0,40)$, в ОГ – $(-1,0 \pm 0,39)$, що теж відповідає низькому рівню в обох групах. В кінці дослідження середній бал загальної оцінки рівня здоров'я у хворих КГ став $0,84 \pm 0,25$ у чоловіків та $1,32 \pm 0,29$ у жінок, що теж відповідає низьким рівням відповідно. У хворих ОГ відмічено значне підвищення середнього балу загальної оцінки рівня здоров'я: у чоловіків до $4,16 \pm 0,18$ та у жінок до $4,56 \pm 0,42$, що відповідає нижче середньому рівню в обох. Між показниками загального рівня здоров'я хворих ОГ і КГ відмічена статистично достовірні різниця за критерієм Фішера ($p < 0,05$). Підвищення загального рівня фізичного здоров'я у іспитованих ОГ після проведення експерименту пов'язане зі специфічним впливом проведених реабілітаційних заходів. Тобто, на початку дослідження показники рівня здоров'я хворих обох груп майже не відрізнялися, а в кінці дослідження статистично достовірне покращення показників відмічено тільки у хворих ОГ (за критерієм Стюдента при $p < 0,05$). Також статистично достовірні розходження між показниками хворих ОГ та КГ в кінці дослідження отримані за критерієм Фішера ($p < 0,05$).

Висновки.

Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я у хворих ОГ, що займалися за розробленою програмою, показує, що їхні показники відновилися і перевищують такі у досліджуваних КГ, свідчить про позитивний вплив занять фізичною реабілітацією на рухові можливості хворих персистуючою бронхіальною астмою середньої тяжкості.

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

Література

1. Внутрішні хвороби / Баніт В.М., Григус І.М., Сабадишин Р.О. та ін.; За ред. д-ра мед. наук Сабадишина Р.О. – Рівне: ВАТ „Рівненська друкарня”, 2004. – 544 с.
2. 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 (ХХІІ), 2008. - № 5. – с. 31-34.

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. Осипова Г.Л. Оптимизация патогенетической терапии бронхиальной астмы и других аллергических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук 14.00.43, 14.00.36 / Научно-исследовательский институт пульмонологии Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2003. - 47 с.
5. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А. Достижение контроля – современная стратегия ведения бронхиальной астмы // Астма та алергія. - 2007. - №1-2. - С. 5-8.
6. GINA_WR_2006 [http:// www.ginaasthma.org](http://www.ginaasthma.org)
7. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, update 2003 (Based on an April 1998 NHLBI/WHO Workshop) // [www. gold. com](http://www.gold.com).

Надійшла до редакції 09.09.2008р.