

БРОНХІАЛЬНА АСТМА: ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Л.В. Петренко, О.М. Покропивний

Резюме. У статті описується нова програма фізичної реабілітації для хворих на бронхіальну астму на основі соціальних і психологічних чинників її ефективності.

Ключові слова: бронхіальна астма, реабілітація, системний підхід, соціально-психологічні умови, самостійні заняття, засоби.

Актуальність. Хвороби органів дихання – не вузько медична, а соціально-гігієнічна проблема цивілізованого суспільства. У зв'язку із захворюваннями респіраторної системи в Україні щорічно не працюють 1,2 мільйона чоловік [4]. На особливу увагу заслуговують хворі на бронхіальну астму.

Необхідність пошуку діючих підходів до лікування цього захворювання підтверджує той факт, що ріст захворюваності, смертності, інвалідності спостерігається на тлі бурхливого розвитку протиастигматичних препаратів і нових методів лікування бронхіальної астми [2].

Особливістю відновлювального лікування хворих на бронхіальну астму, на відміну від інших захворювань органів дихання, є раннє застосування немедикаментозних, зокрема фізичних, заходів реабілітації. Впливаючи на різні сторони патогенетичних механізмів бронхолегеневих процесів, фізичні фактори сприяють одержанню позитивних зрушень, що обумовлюють високий лікувальний ефект, реабілітацію й видужання хворих на запальні захворювання бронхолегеневого апарату.

Реабілітація є гнучкою системою керування життєдіяльністю хворого, а не системою регламентованого призначення процедур. Не вдаючись глибоко в теорію систем, можна виділити три її основних положення, що мають значення при виборі розроблених програм реабілітації хворих:

Принцип досягнення кінцевого результату. Кінцевим результатом реабілітації хворих на бронхіальну астму можна вважати досягнення стійкої ремісії хвороби.

Бронхіальна астма – хронічна рецидивуюча хвороба. Тому будь-яка програма реабілітації хворих повинна бути довгостроковою.

Використання всіх способів і засобів для досягнення кращого клінічного результату реабілітації [4].

При системному підході до здоров'я і лікування духовні фактори не менш важливі, ніж фізичні. Систематичність, цілісність означають процес зцілення не тільки людей, але й відносин між ними. У системного, цілісного підходу до здоров'я і лікування більші перспективи. Знання і професіоналізм медичного працівника будуть поєднуватися з прагненням пацієнта перебороти хворобу, використовуючи всі можливості свого організму, а це головна умова видужання [3].

У зв'язку з вищесказаним на перший план виступає необхідність вирішення таких проблем: досягнення позитивної взаємодії між пацієнтом і фахівцем-медиком; реалізація системного, цілісного підходу до здоров'я і лікування на практиці; індивідуальний пошук оптимальних форм і засобів реабілітації і застосування їх на практиці; вживання комплексу засобів, спрямованих на підвищення якості життя хворих на бронхіальну астму; визначення ролі психотерапевтичних методів реабілітації.

Мета. Передбачається, що для вирішення названих проблем і підвищення ефективності комплексних програм реабілітації пацієнтів із бронхіальною астмою необхідно цілеспрямовано підвищувати рівень фонові фізичної культури, тобто фізичної культури в побуті, у повсякденному житті. Для підтвердження цих припущень проводився експеримент.

Методи дослідження. Досліджувалися дві групи пацієнтів із бронхіальною астмою: група А і група Б. Кожна група складалася з 15 чоловік. Дослідження проводилося у Центрі пуль-

монології, алергології та клінічної імунології КЛ «Феофанія» ДУС з лютого 2015 року.

У результаті вивчення амбулаторних карточок і історій хвороби було отримано відомості про хворих, функціональний клас і режим. Режим у всіх досліджуваних щадно-тренуючий. Вік пацієнтів у діапазоні 38–45 років. Усі пацієнти жіночої статі. Функціональний клас (ФК) випробуваних – перший і другий. У групі А 67% пацієнтів із ФК2, 33% – із ФК1. У групі Б 83% із ФК2, 17% – із ФК1. ФК1 визначається при бронхіальній астмі легень інтермітуючого плинну без дихальної недостатності (ДН) з високим реабілітаційним потенціалом (РП). ФК2 – при бронхіальній астмі легень персистуючого плинну із ДН1 і середнім РП [6].

У групах А і Б було проведено такі дослідження: медико-біологічні (проби із затримкою дихання, визначення частоти дихальних рухів); структурована бесіда з опитуванням; психологічний тест [5].

У результаті проведеного опитування пацієнтів було виявлено умови, що сприяють практичному застосуванню дихальних і фізичних вправ та аутогенного тренування:

1) забезпечення соціально-психологічних умов: позитивна взаємодія з медперсоналом; удосконалення подачі програми; формування позитивного емоційного тла; формування активної життєвої позиції;

2) роль інструктора: грамотна організація занять; індивідуальне дозування навантаження.

З урахуванням результатів первинного обстеження було складено комплексну програму реабілітації, розраховану на 20 занять з інструктором. Перших три заняття спрямовані на навчання аутогенного тренування для активного створення стану психічного й фізичного спокою, щоб реалізувати формули самонавчання. На третьому занятті пацієнти також навчаються «сентиментальної» гімнастики (денний і вечірній комплекси) [1]. Вона спрямована на регуляцію психічного стану, адаптована для хворих на бронхіальну астму й дуже зручна для застосування в умовах повсякденної діяльності. Потім виконують вивчені вправи самостійно протягом дня і фіксують дані самоконтролю в щоденнику. Наступних три заняття спрямовані на ознайомлення з основними прийомами респіра-

торної терапії, з'ясування механізму дії дихальних вправ. У програму включено два заняття з навчання повсякденного вольового керування диханням (ПВКД), що допускає контроль і регуляцію спонтанної вентиляції у повсякденному житті й діяльності з проявом здатності до вибору діяльності й внутрішніх зусиль, необхідних для його здійснення. Потім пацієнти одержують інструкції з подальшого самостійного освоєння ПВКД. Після восьми навчальних занять проводиться курс ЛФК, що включає освоєні раніше прийоми регуляції фізичного й психічного стану і нові вправи. Заняття складається зі вступної (12 хв.), основної (21 хв.) і заключної (12 хв.) частин. Комплекс ЛФК включає вправи з ходьби, біг у повільному темпі, загальнорозвиваючі і дихальні вправи статичного й динамічного характеру, вправи для корекції постави, для збільшення сили м'язів, розвитку гнучкості, для розслаблення, аутогенні тренування. Рекомендується малогруповий спосіб проведення (5 чоловік у групі). Особлива увага приділяється прийомам досягнення позитивної взаємодії інструктора з пацієнтами.

Група А – контрольна – займалася за загальноприйнятою методикою, що довгостроково застосовується в санаторії. Група Б – експериментальна – займалася за розробленою нами програмою. По закінченні курсу занять з інструктором було проведено заключне обстеження пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Показники функціонального стану дихальної системи після проведеного курсу занять покращилися як у контрольній, так і в експериментальній групах. Однак динаміка змін в експериментальній групі була вище, ніж у контрольній (табл.). Це може свідчити про те, що розроблена комплексна програма реабілітації є більш ефективною, ніж загальноприйняті методики.

Крім того, результати опитування й аналізу щоденників самоконтролю, проведених по закінченні курсу, були значно кращими в експериментальній групі. Значно зросла кількість пацієнтів експериментальної групи, які самостійно регулярно займаються дихальними і фізичними вправами, аутогенним тренуванням.

Проводилося також тестування, що оцінює рівень активності й оптимізму пацієнтів [5].

Показники функціонального стану дихальної системи хворих на бронхіальну астму, що проходили реабілітацію

Група	Частота дихання за 1 хв.		Проба Штанге, с		Проба Генчи, с	
	до занять	після курсу занять	до занять	після курсу занять	до занять	після курсу занять
А (контрольна)	20,07+0,80	18,40+0,74	23,67+0,54	27,55+1,15	12,93+1,04	15,87+0,87
Б (експериментальна)	19,95+0,68	17,15+0,55	23,8+0,63	29,27+1,53	12,67+0,89	16,20+0,82

Отримані дані дозволяють говорити про особистісний ресурс протистояння професійним і життєвим стресам, що викликають захворювання (рис.).

Активні оптимісти вірять у свої сили й успіх, позитивно настроєні на майбутнє, активно діють, щоб домогтися бажаних цілей. Вони бадьорі, життєрадісні, не піддаються зневірі або поганому настрою, легко й стрімко відбивають удари долі, якими б складними вони не були. У важких ситуаціях використовують проблемно-орієнтовані стратегії подолання стресу.

Активним песимістам властива більша активність, але вона часто носить деструктивний характер. Такі люди замість того, щоб творити нове, воліють руйнувати старе. У важких ситуаціях часто використовують агресивні стратегії поведінки.

Пасивні песимісти – протилежна активним оптимістам категорія людей, які ні в що не ві-

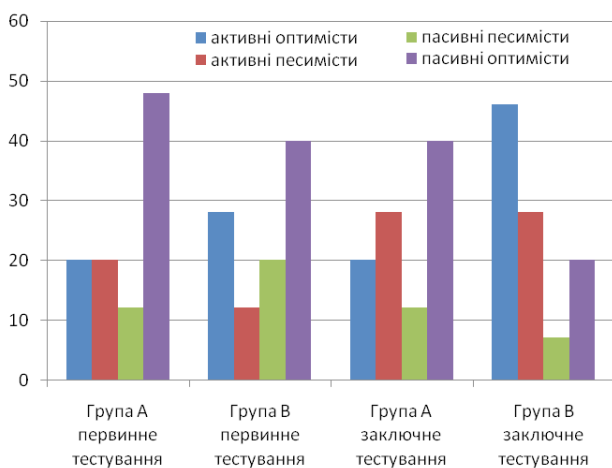
рять і нічого не вживають для того, щоб змінити своє життя на краще. Вони характеризуються перевагою похмурого й пригніченого настрою, пасивністю, зневірою у свої сили. У важких ситуаціях віддають перевагу стратегії відходу від вирішення проблем.

Девізом пасивних оптимістів можна вважати слова: «Все якось саме собою буде...». Такі люди впевнені в тому, що «усе буде добре», хоча й не докладають до цього ніяких зусиль. Вони добродушні, веселі й уміють навіть у поганому знаходити щось гарне, однак їхньою визначною рисою є недолік активності. Вони більше сподіваються на випадок, на удачу, ніж на власні сили. Схильні до пасивного очікування або відкладання прийняття рішень.

Рівень активності й оптимізму в експериментальній групі має кращу динаміку, ніж показники контрольної групи. З цього видно, що пацієнти експериментальної групи мають більший особистісний ресурс протистояння професійним і життєвим стресам, що викликають захворювання.

Висновки

Складена програма реабілітації є ефективною для досліджуваної категорії пацієнтів. Отримані результати також свідчать про те, що ступінь оптимізму й активності особистості є необхідною соціально-психологічною умовою підвищення результативності комплексних програм реабілітації. Потрібні подальше вдосконалення запропонованої програми, дослідження впливу запропонованих методик на різні вікові групи, адаптація до умов різних лікувально-профілактичних закладів.



Рисунки

Список використаних джерел

1. Березина А.М. Астма. Секрети вільного подиху // Додаток до журналу «Здоров'я». – 2010. – № 6. – С. 3–65.
2. Бушуева Н.А. Влияние медико-социальных факторов, режима лечения и обучения на кооперативность больных бронхиальной астмой: дис. ... канд. мед. наук.– М., 2013.– 21 с.
3. Казинс Н. Анатомия болезни с точки зрения пациента / Н. Казинс. – М.: ФКиС, 2011. – 95 с.
4. Кокосов А.Н., Черемнов В.С. Астматический бронхит и бронхиальная астма: Физическая и медицинская реабилитация больных / А.Н. Кокосов, В.С. Черемнов. – М.: Беларусь, 2015. – 185 с.
5. Никифорова Г.С., Дмитрієвій М.А., Снеткова В.М. Практикум по психології менеджменту й професійної діяльності / Г.С. Никифорова, М.А. Дмитрієвій, В.М. Снеткова. – К.: Мова, 2011. – 448 с.
6. Лаптева О.М., Борщевский В.В., Калечиц А.М., Стасевич М.А. Реабилитационные индивидуальные программы для больных и инвалидов вследствие бронхиальной астмы: Методические рекомендации / И.М. Лаптева, В.В. Борщевский, А.Н. Калечиц, М.А. Стасевич. – М., 2010. – 26 с.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА: ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.В. Петренко, А.М. Покропивный

Резюме. В статье описана программа физической реабилитации для пациентов с бронхиальной астмой на основе социально-психологических условий повышения ее эффективности.

Ключевые слова: бронхиальная астма, реабилитация, системный подход, социально-психологические условия, самостоятельные занятия, средства.

BRONCHIAL ASTHMA: REHABILITATION PROGRAM

L. Petrenko, O. Pokropivnyi

Summary. This article describes a new program of physical rehabilitation for patients with bronchial asthma based on social and psychological factors of its effectiveness.

Keywords: bronchial asthma, rehabilitation, systematic approach, socio-psychological conditions, independent exercises, means.