



УДК 616.248-003.9

І. М. Григус

ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ІНТЕРМІТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

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

Бронхіальна астма (БА) є одним із найпоширеніших захворювань органів дихання, на яке страждає до 8 % дорослого населення [5; 6]. Поява та подальше прогресування БА призводить до суттєвих порушень функції органів дихання, а потім — функціональних можливостей усього організму (фізичних, психічних), що в цілому виявляється у зниженні якості життя хворих. Це визначає БА важливою соціально-медичною проблемою і потребує удосконалення діагностики, розробки та впровадження комплексних програм профілактики, лікування і реабілітації [1; 5; 6].

Медична реабілітація (МР) має істотне значення у відновленні функціональних, фізичних і психічних можливостей та у підвищенні якості життя хворих на БА [2; 3]. Чільне місце в МР посідає фізична реабілітація, яка використовує для відновлення порушених функцій організму лікувальні фізичні чинники [1]. Формування ефективного лікувально-реабілітаційного комплексу можливе за умови наявності точної оцінки функціональних можливостей хворого. Це потребує застосування як спеціальних (для системи чи органа), так і загальних методів оцінки функціонального стану хворого.

Мета дослідження — вивчити функціональні зміни хворих на інтермітуючу БА при загостренні на тлі застосування програми медичної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

У Рівненській обласній клінічній лікарні проведено обстеження 70 хворих на інтермітуючу БА. Усі хворі надійшли до стаціонару у фазі загострення. Термін спостереження за кожним пацієнтом в умовах стаціонару становив не менше 20 днів. Усім хворим було проведено комплексне обстеження в передбаченому для таких випадків обсязі [4]. Окрім стандартного обстеження, здійснена оцінка функціонального стану за простими та доступними методами. Так, стан кардіореспіраторної системи оцінювали за такими показниками, як індекс Скібінської (Скібі), проба Штанге і проба Генчі. Оцінку фізичних можливостей проводили методом непрямой оцінки працездатності за допомогою 6-хвилинного крокового тесту (6ХКТ) та функціональної проби Руф'є. Загальна оцінка рівня фізичного здоров'я (ЗОФЗ) проведена за Г. Л. Апанасенком.

Групи хворих формувалися методом рандомізації і були порівнянні за статтю та віком, за складом лікування та реабілі-

таційних заходів: застосування лише медикаментозного лікування (МЛ) — контроль МЛ (n=20), застосування медикаментозного лікування і традиційних методів лікувальної фізичної культури (ЛФК) — контроль ЛФК (n=22) та застосування МЛ і модифікованих методів ЛФК — основна група (n=28).

Хворим контрольної групи за МЛ призначали лише лікарські препарати. Хворим контрольної групи з традиційними методами ЛФК у лікуванні включали лікарські препарати, ультрафіолетове опромінення грудної клітки, галоаерозоль-терапію, лікувальний класичний масаж і традиційну лікувальну гімнастику. Хворим основної групи призначали лікарські препарати, ультрафіолетове опромінення грудної клітки, галоаерозоль-терапію, модифікований лікувальний комбінований масаж, модифіковану лікувальну гімнастику і циклічні тренувальні вправи (дозована ходьба сходами, дозована ходьба по прямій місцевості), спеціальні маніпуляційні фізичні втручання та інші складові програми МР.

Медикаментозне лікування всіх хворих проводилося згідно з наказами МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. і № 128 від 19.03.2007 р. [4]. Усім хворим на БА було реко-



мендоване базове лікування з обов'язковим прийомом інгальційних глюкокортикостероїдів і бета₂-агоністів довготривалої дії. Для статистичного опису вибірок використані стандартні методи оцінки варіаційних рядів. При виконанні обчислень використано програмний продукт STATISTICA 5.5 (фірма StatSoft, США).

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчена динаміка функціональних можливостей хворих на інтермітуючу БА (70 пацієнтів, чоловіків — 40 (57,14 %) і жінок — 30 (42,86 %), середній вік хворих — (25,85 ± 0,87) року) при загостренні на тлі застосування програм МР. Застосування програми МР в основній групі привело до нарощування їх функціональних можливостей, що виразилося збільшенням дихальних функціональних проб (проби Штанге з (36,46 ± 1,16) до (54,69 ± 1,05) с (p < 0,001) і проби Генчі з (18,62 ± 1,25) до (27,00 ± 1,11) с (p < 0,001) та індексу Скібінські з (22,46 ± 1,35) до (39,31 ± 1,25) ум. од. (p < 0,001) (табл. 1)). Подібні зміни сталися й у хворих контрольної групи з застосуванням традиційних методів

ЛФК, у яких зареєстровано збільшення проби Штанге з (35,86 ± 1,64) до (46,62 ± 1,42) с (p < 0,001), проби Генчі — з (18,12 ± 1,83) до (23,19 ± 1,26) с (p < 0,05) та індексу Скібінські з (20,95 ± 1,72) до (32,47 ± 1,77) ум. од. (p < 0,001). Лікування лише лікарськими препаратами також привело до деяких позитивних змін цих показників: індекс Скібінські зріс із (21,34 ± 1,93) до (28,81 ± 1,58) ум. од. (p < 0,01), проба Штанге — з (36,81 ± 1,76) до (41,96 ± 1,63) с (p < 0,05). За індексом Скібінські, який опосередковано визначає стан забезпечення організму киснем, вийшло, що у хворих із застосуванням програми МР і традиційних методів ЛФК стан забезпечення організму киснем став добрим, а при застосуванні лише лікарських препаратів — задовільним.

Динаміка показників фізичних можливостей і ЗОФЗ вивчена окремо у чоловіків і жінок. Чоловіки основної групи, хворі на інтермітуючу БА, після завершення лікування за 6 хв стали проходити дистанцію довжиною (578,80 ± 53,25) м, а до лікування — (402,80 ± 55,14) м (p < 0,05). Індекс Руф'є у цих чоловіків знизився з (10,31 ±

± 0,85) до (4,91 ± 0,42) ум. од. (p < 0,001), що вказувало на покращання фізичних можливостей до «доброго» рівня (на початку лікування — «задовільний» рівень). Подібні зміни, хоча і не такі значні, сталися з фізичними можливостями чоловіків при лікуванні їх із застосуванням традиційних методів ЛФК. Так, у них 6ХКТ зріс із (396,80 ± 63,12) до (491,8 ± 66,10) м (p < 0,05). За індексом Руф'є фізичні можливості цих чоловіків хоча трохи і покращилися, але залишилися на рівні «середніх» (зниження з (9,83 ± 1,13) до (7,28 ± 1,14) ум. од.). У хворих чоловіків, що лікувалися лише лікарськими препаратами суттєвих змін фізичних можливостей не сталося. За індексом Руф'є фізичні можливості цих чоловіків залишилися на рівні «середніх» — (9,20 ± 1,14) ум. од.

Аналіз фізичного здоров'я за методикою Г. Л. Апанасенка показав його суттєве та статистично значуще покращання у чоловіків основної групи при застосуванні програми МР з рівня (7,01 ± 0,73) до (13,81 ± 0,48) балів (p < 0,001), при лікуванні з використанням традиційних методів ЛФК (контроль ЛФК) ЗОФЗ зросла з

Таблиця 1

Динаміка функціональних показників у хворих на бронхіальну астму інтермітуючого перебігу, М ± m

Показник	Група хворих					
	Контроль МЛ		Контроль ЛФК		Основна (програма МР)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Проба Штанге, с	36,81 ± 1,76	41,96 ± 1,63*	35,86 ± 1,64	46,62 ± 1,42*	36,46 ± 1,16	54,69 ± 1,05**
Проба Генчі, с	17,94 ± 2,06	20,45 ± 2,13	18,12 ± 1,83	23,19 ± 1,26*	18,62 ± 1,25	27,00 ± 1,11**
Скібі, ум. од.	21,34 ± 1,93	28,81 ± 1,58*	20,95 ± 1,72	32,47 ± 1,77*	22,46 ± 1,35	39,31 ± 1,25**
Чоловіки						
6ХКТ, м	410,60 ± 67,57	468,80 ± 62,34	396,80 ± 63,12	491,80 ± 66,10	402,80 ± 55,14	578,80 ± 53,25
Руф'є, ум. од.	11,96 ± 1,34	9,20 ± 1,14	9,83 ± 1,13	7,28 ± 1,14	10,31 ± 0,85	4,91 ± 0,42***
ЗОФЗ, бали	7,84 ± 1,33	8,94 ± 1,22	6,92 ± 0,94	9,41 ± 0,90	7,01 ± 0,73	13,81 ± 0,48*
Жінки						
6ХКТ, м	396,30 ± 68,21	451,70 ± 62,22	372,50 ± 65,31	461,90 ± 63,24	380,60 ± 58,15	545,20 ± 54,45*
Руф'є, ум. од.	12,73 ± 1,32	10,11 ± 1,22	11,88 ± 1,11	9,43 ± 0,93	12,07 ± 0,74	7,26 ± 0,70***
ЗОФЗ, бали	7,12 ± 1,21	8,12 ± 1,11	6,74 ± 1,05	8,36 ± 0,74	7,01 ± 0,82	9,67 ± 0,64*

Примітка. Статистично значущі відмінності порівняно зі значеннями до лікування: * — p < 0,05; ** — p < 0,01, *** — p < 0,001.



(6,92±0,94) до (9,41±0,90) бала, тільки лікарських препаратів (контроль МЛ) — з (7,84±1,33) до (8,94±1,22) бала.

У свою чергу, жінки, хворі на інтермітуючу БА, після застосування програми МР за 6 хв стали проходити дистанцію довжиною (545,20±54,45) м, до лікування — (380,60±58,15) м ($p<0,05$) (див. табл. 1). Індекс Руф'є у цих жінок знизився з (12,07±0,74) до (7,26±0,70) ум. од. ($p<0,001$), що вказувало на покращання фізичних можливостей до «середнього» рівня (на початку лікування — «задовільний» рівень). Суттєвих змін фізичних можливостей у жінок, які лікувалися методами традиційної ЛФК, не сталося. Про це свідчить зростання 6ХКТ з (372,50±65,31) до (461,90±63,24) м і зниження індексу Руф'є з (11,88±1,11) до (9,43±0,93) ум. од. Про таке ж можна сказати і відносно жінок, що лікувалися лише медичними препаратами: 6ХКТ зріс з (396,30±68,21) до (451,70±62,22) м, а індекс Руф'є знизився з (12,73±1,32) до (10,11±1,22) ум. од.

За індексом Руф'є фізичні можливості жінок, що застосували методи ЛФК, покращилися з «задовільного» до «середнього» рівня, а у жінок, які

лікувалися лише лікарськими препаратами, не змінилися і залишилися «задовільними». В обох групах хворих зміни вказаних показників були статистично незначущими.

Оцінка фізичного здоров'я за методикою Г. Л. Апанасенка показала його суттєве і статистично значуще покращання у жінок при застосуванні програми МР з рівня (7,01±0,82) до (9,67±0,64) бала ($p<0,05$), трохи гірші показники — при застосуванні традиційних методів ЛФК — з (6,74±1,05) до (8,36±0,74) бала і медикаментозної терапії — з (7,12±1,21) до (8,12±1,11) бала.

Висновки

Функціональний стан хворих на бронхіальну астму під час загострення суттєво порушується, про що свідчили значні зміни показників функції дихання, рухових можливостей та загальна оцінка фізичного здоров'я хворих. Застосування програми медичної реабілітації, що включала модифікований лікувальний комбінований масаж, модифіковану лікувальну гімнастику, циклічні тренувальні вправи, спеціальні маніпуляційні фізичні втручання, освітні заходи, суттєво і більш значуще покращувало

функціональний стан хворих на інтермітуючу бронхіальну астму порівняно з використанням традиційних методів ЛФК і лише лікарських препаратів за однакових умов базового лікарського і фізіотерапевтичного лікування.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні віддалених наслідків проведеної медичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григус І. М. Фізична реабілітація хворих на бронхіальну астму: монографія / І. М. Григус. — Рівне, 2008. — 240 с.
2. Малявін А. Г. Респираторная медицинская реабилитация: [практ. рук. для врачей] / А. Г. Малявін. — М.: Практическая медицина, 2006. — 416 с.
3. Медицинская реабилитация: руководство. Том III / ред. В. М. Боголюбов. — М., 2007. — 584 с.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» № 128 від 19.03.2007 р.
5. Фещенко Ю. І. Достижение контроля — современная стратегия ведения бронхиальной астмы / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина // Астма та алергія. — 2007. — № 1/2. — С. 5–9.
6. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2007. — Mode of access: <http://www.ginasthma.org> (last accessed 25 March 2008).

УДК 618.36-06:616.98:578.828.6]-076

А. І. Даниленко, Е. С. Бурячківський

ГІСТОМОРФОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛІДУ ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Одеський національний медичний університет

Найважливішим напрямом сучасного акушерства є проведення профілактичних заходів, що запобігають ускладненням вагітності та пологів, поліпшуючи їх наслідки для матері і плода. Проблема розвитку плацентарної недостатності залишається в центрі уваги аку-

шерів, неонатологів, морфологів, що пов'язане з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю, однаково несприятливими для здоров'я матері і дитини. Серед причин, що викликають розвиток плацентарної недостатності, пере-

важають гострі та хронічні інфекції матері, найактуальнішою з яких є ВІЛ-інфекція [1].

Негативний вплив ВІЛ-інфекції на вагітність очевидний. По-перше, дитина може заразитися під час вагітності, у пологах або під час годування грудьми. По-друге, вагітність при ВІЛ-

