

дючи до їх послаблення, що виражається зниженням максимального інспіраторного (P_{lmax}) та максимального інспіраторного (PE_{max}) тисків.

3. Оскільки причина слабкості дихальних м'язів є мультифакторіальною, зниження сатурації крові під час сну вносить свій вклад в її розвиток, що підтвердилось достовірно нижчими показниками базального O₂ під час сну у хворих із СОАС в порівнянні з хворими без СОАС та сильними прямими достовірними кореляційними залежностями між показниками базального O₂ під час сну та показниками сили дихальних м'язів.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Группы М. А.* Патофизиология легких. — Москва; Санкт-Петербург: Бином, Невский диалект, 2000. — 344 с.
2. *Иванов Ю. И., Погорелюк О. Н.* Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам. — Москва: Медицина, 1990. — 224 с.
3. *Мицнер О. П., Угаров Б. Н., Власов В. В.* Методы обработки медицинской информации. — К.: Высшая школа, 1991. — 271 с.
4. *Синдром обструктивного сонного апное — погляд на проблему / Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, М. О. Полянська, В. І. Ігнат'єва, Г. В. Сідун // Укр. пульмонол. журн. — 2002. — № 1. — С. 62–65.*
5. *Синдром обструктивного сонного апное / Ю. І. Фещенко, Л. А. Яшина, М. А. Полянська, А. Н. Туманов, В. І. Ігнат'єва, Г. Л. Гуменюк // К.: Принт-Експрес, 2003. — 240 с.*
6. *ATS/ERS Statement on respiratory muscle testing. / American Thoracic Society/European respiratory Society // Am. J. Respir. Care Med — 2002. — Vol. 166. — P. 518–624.*
7. *Effects of anabolic steroids on diaphragm impairment induced by methylprednisolone in emphysematous hamsters. / R. H. H. van Balkom, P. N. R. Dekhuijzen, H. F. M. van der Heijden et. al. // Eur. Respir. J. — 1999 — № 13. — P. 1062–1069.*
8. *Expiratory flow limitation during exercise in COPD: detection by manual compression of the abdominal wall. / S. Abdel Kafi, T. Serste, D. Leduc // Eur. Respir. J. — 2002 — № 19. — P. 919–927.*
9. *Guilleminault C., Tilikian A., Dement WC.* The sleep apnea syndromes. // *Ann. Rev. Med.* — 1976. — № 274 — P. 65–84.
10. *Guilleminault C., Stoohs R., Clerk A., Cetel M., Maistros P.* A cause of excessive daytime sleepiness. The upper airway resistance syndrome // *Chest.* — 1993. — Vol. 104. — P. 781–787.
11. *Jagoe R. T., Englelen M. P. K. J.* Muscle wasting and changes in muscle protein metabolism in chronic obstructive pulmonary disease. // *Eur. Respir. J.* — 2003 — Vol. 22. — P. 52–63.
12. *Kuhlo W.* Sleep attacks with apnoe. The Abnormalities of Sleep. // *Men. Proc. 15th Eur. Meet. Electroencephalogr., Bologna.* — 1967. — P. 205–207.
13. *Larson J. L., Covey M. K., Corbridge S.* Inspiratory muscle strength in chronic obstructive pulmonary disease. // *AACN Clin Issues.* — 2002. — Vol. 13. — P. 320.
14. *Orozco-Levi M.* Structure and function of the respiratory muscles in patients with COPD: impairment or adaptation? // *Eur. Respir. J.* — 2003 — Vol. 22. — P. 41–46.
15. *Respiratory effort during obstructive sleep apnea: role of age and sleep state. / J. Krieger, E. Sforza, A. Boudewijns et al. // Chest. — 1997. — Vol. 112. — P. — 867.*
16. *The role of mean inspiratory effort on daytime sleepiness. / Z. Pelin, D. Karadeniz, L. Ozturk et al. // Eur. Respir. J. — 2003 — Vol. 22. — P. 52–63.*

ФУНКЦІЯ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗИВ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ ТА СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНА

Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, Г. В. Сідун

Резюме

У статті подані результати дослідження впливу синдрому обструктивного апное сна (СОАС) на денну силу дихальних м'язів у хворих із середнім та важким хронічним обструктивним бронхітом (ХОБ) поєданого з СОАС. 30 хворих ХОБ II–III ступеня тяжкості, в фазі ремісії, взяли участь в дослідженні: 20 хворих ХОБ поєданого з СОАС — основна група, 10 хворих ХОБ без СОАС — контрольна група.

Вивчалися: показники бодіплеїзографії, сили дихальних м'язів, полісомнографії.

Результати дослідження показали вплив СОАС на силу дихальних м'язів у хворих ХОБ поєданого із СОАС, що підтверджувалося достовірно нижчими показниками максимального інспіраторного і максимального експіраторного тиску в порівнянні з контрольною групою. Сильний прямий достовірний кореляційний зв'язок між показниками базального O₂ під час сну і показниками сили дихальних м'язів показав залежність сили дихальних м'язів від зниження сатурації крові під час сну.

RESPIRATORY MUSCLE FUNCTION IN PATIENTS WITH COMBINED PATHOLOGY — CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Yu. I. Feshchenko, L. O. Yashina, G. V. Sidun

Summary

The results of the study of the influence of sleep obstructive apnea syndrome (SOAS) on daytime respiratory muscle function in patients with combined pathology — chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and SOAS — are represented in the article. 30 patients with stable moderate and severe COPD participated in the study: 20 patients with COPD and SOAS (main group) and 10 patients with COPD only (control group).

Indices of bodyplethysmography, respiratory muscle strength, polysomnography were evaluated.

The results of the study demonstrated that SOAS had significant influence on the indices of respiratory muscle strength in patients with combined pathology — COPD and SOAS. Significant correlations between the basal O₂ during sleep and respiratory muscle strength data revealed the influence of nocturnal saturation on respiratory muscle strength.

Т. О. Перцева, С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Дніпропетровська державна медична академія

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Бронхіальна астма є глобальною проблемою світової і вітчизняної пульмонології у зв'язку із зростанням економічних витрат суспільства, які обумовлені збільшенням

поширеності захворювання, обтяженням його перебігу і ростом інвалідності [6, 9]. Поганий контроль астми призводить до зростання прямих і непрямих витрат суспільства, значних виплат за страховими полісами та втрати продуктивності праці [14].

Згідно з GINA програма лікування хворих бронхіальною астмою повинна включати контроль над проявами астми, попередження загострень захворювання, підтримання дихальної функції на рівні максимально близькому до нормального, запобігання розвитку незворотнього компонента бронхіальної обструкції, попередження смертності від захворювання, формування легеневого серця та інше [17]. Досягнення контролю астми згідно з критеріями консенсусу дозволяє значно поліпшити якість життя хворих [12].

Досягнення астма-контролю — це комплексна і цілком досяжна задача, що може бути вирішена на підставі ступінчатого підходу до діагностики і терапії бронхіальної астми, клініко-функціонального моніторингу стану хворого, застосування інгаляційних стероїдів, диференційованого підходу до вибору інгаляційних доставочних пристроїв, комплаєнтності хворих, оцінки якості життя пацієнта [8]. Доведена ефективність освітніх програм для хворих БА з методів самоконтролю та самоведення згідно з планом лікування, що розроблений лікарем, що сприяє сповільненню прогресування захворювання та поліпшенню соціальної адаптації пацієнта [4].

Позитивний 6-річний досвід Фінляндії по ранньому виявленню, активному лікуванню хворих бронхіальною астмою, впровадженню освітніх програм і планів їхнього індивідуального лікування показав, що такі хворі за своїми трудовими можливостями та функціональною спроможністю можуть і повинні відповідати своєму віку, можна знизити число хворих із тяжкою астмою, скоротити число днів госпіталізації за рік і знизити вартість лікування астми у 2 рази [11]. Впровадження превентивних заходів на амбулаторному етапі у США дозволило значно знизити охоронооздоровчі витрати за рахунок зниження частоти госпіталізацій та зменшення виплат по тимчасовій непрацездатності [10].

Сучасні підходи до ведення хворих БА дозволяють значно зменшити тяжкість захворювання, покращити їх функціональні можливості та відновити виконання звичних для них соціальних функцій. У відповідності до Закону України "Про основи соціальної захищеності інвалідів" (1991) реабілітація повинна розпочинатися з визначення реабілітаційного потенціалу, складання індивідуальної програми реабілітації та оцінки ефективності реабілітаційних заходів, що проводилися раніше. Така програма повинна включати не тільки медичну, а й професійну та соціальну реабілітацію інвалідів [1].

Метою цього дослідження було вивчення ефективності реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми.

Матеріали та методи досліджень

У клініці УкрДержНДІ МСПІ проведено обстеження 180 хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми. У 30 з них проводилося динамічне обстеження на протязі 3 місяців. Це були хворі бронхіальною астмою середнього ступеня тяжкості (середній ОФВ₁ — 59,2±4,34). Серед них було 22 жінки та 8 чоловіків, середній вік хворих складав 43,2±3,24 років. У 17 хворих спостерігалася гормонозалежна БА, вони на протязі багатьох років (у середньому — 9,5 років) приймали глюкокортикоїди per os у середній дозі 9,7 мг у перерахунку на преднізолон. У 21 хворого була стійка втрата працездатності — вони були інвалідами II (7 чол.) та III (14 чол.) групи. Діагноз захворювання встановлювали згідно з міжнародною класифікацією бронхіальної астми по GINA (2002 р.) [17] та

класифікацією БА, затвердженою наказом МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. [3].

Реабілітаційна програма розпочиналась в умовах клініки УкрДержНДІ МСПІ після повного клініко-функціонального обстеження хворих, вивчення психологічних особливостей особистості, соціальних даних та якості життя. Хворим проводився індивідуальний підбір дози інгаляційних кортикостероїдів Бекотиду або Фліксотиду відповідно до тяжкості захворювання, призначались фізіотерапевтичні процедури, дихальна гімнастика та масаж. У рамках освітніх програм пацієнтам роз'яснювалась природа захворювання, роль медикаментів, принципи тривалої медикаментозної терапії, проводилось навчання хворих навичкам самоконтролю. Хворим також роз'яснювалась роль триггерів у погіршенні перебігу захворювання та надавались поради щодо раціонального працевлаштування. Кожному хворому складалась індивідуальна програма реабілітації, яка включала індивідуальний план ведення астми, комплекс дихальних вправ, піші прогулянки не менше ніж півгодини на добу, психотерапевтичну корекцію, дієтотерапію, ранкову та вечірню пікфлоуметрію, ведення щоденника.

Амбулаторне спостереження проводилось на протязі 3 місяців з контролем ефективності лікування через 4, 8 та 12 тижнів, проводилася корекція плану лікування. Велику увагу звертали на навчання пацієнтів діям у період загострення захворювання, перевірку техніки використання дозованого інгалятора, оцінку показників пікфлоуметра, а також записи щоденника, що сприяло розумінню клінічних особливостей захворювання.

При кожному відвідуванні хворих обстежували за спеціальною програмою, яка включала крім клінічного обстеження, кількісне визначення за бальною шкалою вираженості денних симптомів астми: 0 — відсутність у пацієнта симптомів на протязі дня; 1 — симптоми виникають один раз на день на короткий період часу; 2 — симптоми виникають два і більше разів на день на короткий проміжок часу; 3 — симптоми виникають періодично протягом всього дня, але не порушують щоденну працездатність; 4 — симптоми виникають протягом усього дня і порушують щоденну працездатність; 5 — симптоми виражені настільки сильно, що неможливо виконувати повсякденну роботу. Оцінювали також вираженість нічних симптомів астми: 0 — відсутність симптомів протягом ночі; 1 — симптоми турбують протягом ночі один раз або примушують прокинутися раніше звичайного часу; 2 — симптоми турбують декілька раз протягом ночі (включаючи більш ранній ранковий підйом); 3 — симптоми турбують і примушують прокинутися протягом всієї ночі декілька раз; 4 — симптоми виражені настільки сильно, що не дають спати протягом всієї ночі [7]. Для суб'єктивної оцінки вираженості задишки у спокої та при фізичних навантаженнях використовували шкалу Борга [13]. Оцінку функції зовнішнього дихання в динаміці проводили до та після інгаляції β₂-агоністу (сальбутамолу) за допомогою автоматизованої мікропроцесорної системи "ЕТОН-01". Для оцінки толерантності до фізичного навантаження використовували 6-ти хвилинний прогулянковий тест (крокова проба, коридорний тест або 6 MWD) [16]. Підраховувалась дистанція в метрах, яку проходив хворий протягом 6 хвилин у помірному темпі.

Якість життя вивчали за допомогою спеціального опитувальника для хворих бронхіальною астмою — Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) [18]. Особ-

ливості психічної сфери оцінювали за шкалою тривожності Тейлора [5].

При оцінці стану життєдіяльності враховувались ступінь тяжкості перебігу БА (частота і тривалість загострень захворювання, частота і ступінь тяжкості нападів ядухи (у тому числі денних та нічних), характер та ефективність терапевтичних заходів при лікуванні нападів, гормонозалежність), наявність емфіземи легень, пневмосклерозу та інших захворювань легень, ступінь легеневої недостатності, стан серцево-судинної системи, ефективність реабілітаційних заходів, вік хворого, соціальні фактори (освіта, професія, займана посада, місце проживання та ін.) [2].

Для статистичної обробки використано метод варіаційної статистики з обчисленням парного двохвибіркового Т-тесту для середніх. Математичні розрахунки здійснювалися з використанням програми Statistica 5,0 та Excel 7,0.

Результати дослідження та їх обговорення

При надходженні до стаціонару всі хворі скаржились на часті денні (від 3 до 10 разів) та нічні (від 1 до 4 разів) напади ядухи, споживання β_2 -агоністів короткої дії у цих хворих було від 5 до 10 разів на добу, а у деяких хворих — 10 та більше разів на добу. Крім того хворі скаржились на задишку при незначному фізичному навантаженні (при підйомі на 1–2 поверхи), помірний кашель з помірною кількістю харкотиння білого чи сірого кольору, а інколи і гнійного характеру. Всі хворі скаржились на різке обмеження фізичної активності. Середні значення частоти нападів ядухи, денних та нічних симптомів астми, споживання β_2 -агоністів до та після проведення реабілітаційних заходів приведені у таблиці 1.

Хворі за 6 хвилин проходили у середньому відстань в 411,8 м. Показник шкали диспное Борга у спокої складав 0,76, що свідчило про незначну задишку. Після тесту задишка зростала до 2,78 за шкалою, що наближається до помірної. Вихідна ЧСС складала 78,5, після навантаження 91,4 ударів на хвилину, середній АТ — 128/82,8 мм рт. ст., після навантаження — 134/81,5 мм рт. ст. Показники спірографії у середньому склали: ЖЄЛ 62,65 % від належного, ОФВ₁ — 56,2 %, МОШ₂₅ — 44,8 %, МОШ₅₀ — 38,3 %, МОШ₇₅ — 42,9 %, що відповідало помірно вираженому обструктивному синдрому.

По завершенню 3-місячного періоду були отримані наступні результати: усі хворі відзначали значне поліпшення самопочуття, спостерігалось зниження приступів ядухи майже у 2 рази. 12 хворих зовсім не турбували денні симптоми астми, а 15 — і нічні. А ті хворі, у яких спостерігались приступи ядухи, відмічали значне зменшення частоти та тяжкості приступів. Деякі хворі відмічали тільки наявність дискомфорту в грудній клітині. Ці дані свідчать про значне зменшення тяжкості перебігу захворювання. Зміни показників шкали симптомів зображено на рис. 1.

Споживання β_2 -агоністів короткої дії у обстежених хворих після проведення реабілітації складало у середньому 2 рази на добу, а деякі хворі зовсім відмовились від вживання бронхолітиків.

У хворих значно зменшилась задишка при фізичному навантаженні, збільшилась толерантність до фізичного навантаження — хворі стали спроможні подолати 3 поверхи без зупинки. У хворих залишився легкий кашель із незначною кількістю харкотиння прозорого чи білого кольору, або сухий.

На момент третього (останнього) візиту з'ясувалося, що у хворих відбулося значне зменшення споживання пероральних глюкокортикостероїдів (рис. 2). Взагалі припи-

нили вживати ГКС per os 8 хворих, а у 9 відбулося зменшення дозування в середньому на 4 мг/добу, що підтверджувало успішність призначеної їм терапії.

По завершенню індивідуальної реабілітаційної програми хворі за 6 хвилин проходили у середньому відстань в 453,2 м, тобто більше на 40 м, ніж до лікування ($p=0,005$). Більшість хворих відмічали відсутність задишки у спокої, що за шкалою диспное складало 0,36 балів. Задишка після цього тесту після проведення реабілітації також зменшилася і складала 1,73 балів за шкалою ($p=0,03$), що відповідає легкій та незначній (рис.3). Показники серцево-судинної системи також дещо покращились — ЧСС і АТ зменшилися: ЧСС складала 75,6, після навантаження 86,5 ударів на хвилину, середній АТ — 120/79,1 мм рт. ст., після навантаження — 134/81,4 мм рт. ст. Показники спірографії збільшились приблизно на 10 %: ОФВ₁ складав — 61,8 % ($p=0,004$), МОШ₂₅ — 55,8 %, МОШ₅₀ — 45,3 %, МОШ₇₅ — 47,4 %, що відповідало помірно вираженому обструктивному синдрому ($p<0,05$).

Проведене дослідження рівня тривожності показало, що у більшості хворих до проведення ІПР спостерігався високий рівень тривожності. Середнє значення складало (31,4±3,44) бали. Підвищення рівня тривоги проявлялось

Таблиця 1

Динаміка клінічних показників у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми до та після проведення реабілітації

Показники	А	Б	Р
Частота нападів ядухи, раз/удень	2,7±0,31	0,9±0,25	0,006
Частота нападів ядухи, раз/ночі	1,6±0,21	0,4±0,13	0,002
Денні симптоми астми, бали	2,6±0,23	1,3±0,24	0,0003
Нічні симптоми астми, бали	1,7±0,21	1±0,23	0,015
Споживання β_2 -агоністів, раз/добу	5,1±1	2,1±0,43	0,005

Примітка: А — середні значення показників до реабілітації, Б — середні значення показників після реабілітації, Р — вірогідність різниці (парний Т-критерій).

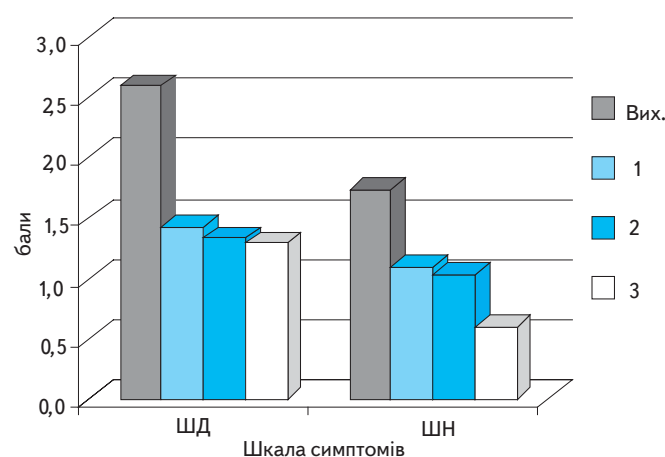


Рис. 1. Динаміка денних і нічних симптомів астми у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми на протязі 3 місяців

Примітки:

- 1) Вих. — вихідне спостереження.
- 2) 1 — спостереження через 1 місяць.
- 3) 2 — спостереження через 2 місяці.
- 4) 3 — спостереження через 3 місяці.
- 5) ШД — шкала денних симптомів астми
- 6) ШН — шкала нічних симптомів астми

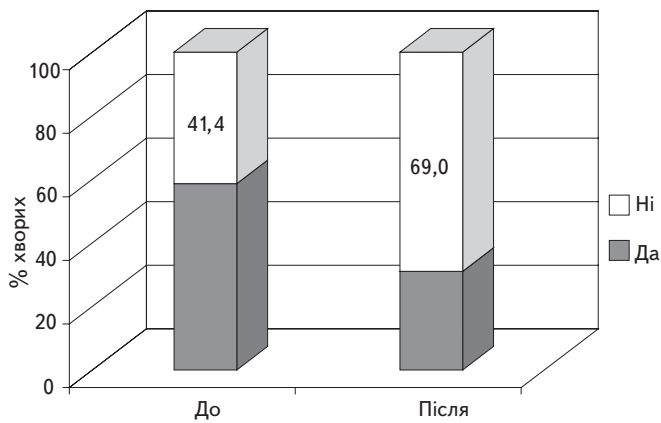


Рис. 2. Споживання системних глюкокортикоїдів хворими та інвалідами внаслідок бронхіальної астми до та після реабілітації

Примітки:

- 1) До — спостереження до початку проведення реабілітації.
- 2) Після — спостереження після проведення реабілітації.
- 3) Да — % хворих, які споживали системні глюкокортикоїди.
- 4) Ні — % хворих, які не споживали системних глюкокортикоїдів.

у вигляді нестійкого настрою, поганого засинання, неспокійного переривчастого сну, головного болю, підвищеного немотивованого неспокою, нетерплячості, відчуття незадоволеності своїм життям, відчаю, невпевненості у собі. Після проведення лікування одночасно з покращанням клінічного стану хворих спостерігалася чітка тенденція до зниження рівня тривожності. Так через один місяць після початку лікування середній рівень тривожності складав $(28,2 \pm 3,44)$ бали, через два місяці $(27,5 \pm 3,44)$ бали. Через три місяці — $(21,9 \pm 3,44)$ бали ($p=0,002$), що відповідало середньому рівню тривожності. Хворі після лікування набагато менше пред'являли скарги, були більш урівноважені та впевнені у собі та своєму майбутньому (рис. 4).

Отримана закономірність свідчить про загальну ефективність проведення реабілітаційних заходів, але їх проведення у окремих хворих потребує більш жорсткого контролю за виконанням призначень для отримання більш стійких ефектів лікування. Це сприятиме подоланню

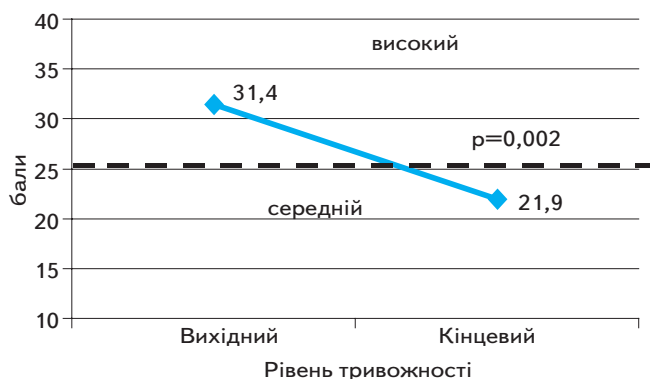


Рис. 4. Динаміка рівня тривожності у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми

Примітки:

- 1) Вихідний — рівень тривожності до початку проведення реабілітації.
- 2) Кінцевий — рівень тривожності після проведення реабілітації.

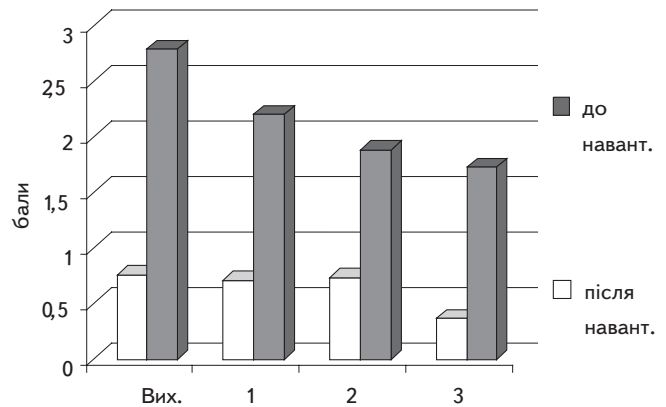


Рис. 3. Динаміка показників шкали Борга у хворих БАдо та після прогулянкового тесту

Примітки:

- 1) Вих. — вихідне спостереження.
- 2) 1 — спостереження через 1 місяць.
- 3) 2 — спостереження через 2 місяці.
- 4) 3 — спостереження через 3 місяці.
- 5) до навантаження — показники задишки у спокої
- 6) після навантаження — показники задишки після 6-хвилинного прогулянкового тесту.

негативних психологічних установок хворих, зневіри в успіх лікування та соціальної дезадаптації хворих.

Використання базових програм реабілітації дало позитивний ефект у більшості інвалідів і хворих: зменшилася частота загострень захворювання, покращилась якість їх життя. Розділи опитувальника AQLQ, які відображають вплив зниження фізичної активності (I) на ЯЖ, склали 3,0 бали до проведення програми і 4,0 бали — після ($p=0,016$) (рис. 5). Розділ опитувальника, за допомогою якого оцінювали вплив симптомів захворювання (II) на ЯЖ складав 2,7 та 4,3 бали відповідно ($p=0,001$), вплив емоційних проблем (III) у динаміці був 3,1 та 4,2 бали відповідно ($p=0,005$), вплив навколишнього середовища (IV) — 3,0 та 3,8 балів ($p=0,004$). Загальний показник ЯЖ (Total), який дозволяє оцінити якість життя в цілому теж збільшився у динаміці від 3,0 до 4,0 ($p=0,003$). Клінічно значимим покращанням якості життя вважається зміння показників якості життя не менше, ніж на 0,5 балу [18], тобто за усіма розділами опитувальника спостерігалася значне покращання якості життя.

Таким чином, використання запропонованих нами програм реабілітації інвалідів показало вірогідне покращання якості життя хворих на БА.

Проведення реабілітаційних заходів позитивно вплинуло також і на стан життєдіяльності хворих та інвалідів внаслідок БА. У непрацездатних хворих стан життєдіяльності значно покращився — вони можуть бути частково реабілітовані і відновити трудову діяльність. З 14 інвалідів III групи у 4 працездатність була цілком відновлена.

Підсумок

1. Використання програм реабілітації на основі базисних препаратів (інгаляційних кортикоїдів) в дозі адекватній тяжкості захворювання, дозволяє досягти реального контролю захворювання, значно зменшити тяжкість проявів астми, споживання β_2 -агоністів, вживання системних кортикоїдів, покращує толерантність до фізичного навантаження при зменшенні задишки, покращує психологічний статус (зменшення рівня тривожності) та стан життєдіяльності інвалідів.

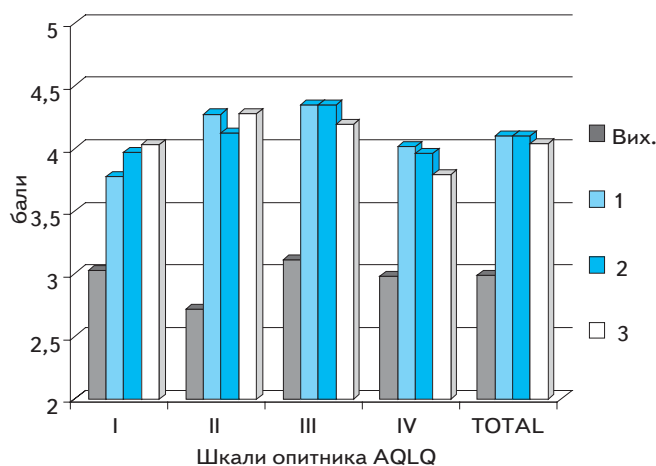


Рис. 5. Показники якості життя у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми за період спостереження

Примітки:

1) Вих. — вихідне спостереження.

2) 1 — спостереження через 1 місяць.

3) 2 — спостереження через 2 місяці.

4) 3 — спостереження через 3 місяці.

Розділи опитника AQLQ:

5) I — вплив зниження фізичної активності на якість життя.

6) II — вплив симптомів захворювання на якість життя.

7) III — вплив емоційних проблем на якість життя.

8) IV — вплив навколишнього середовища на якість життя.

9) Total — загальний показник якості життя.

2. У хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми якість життя значно знижена і пов'язана з впливом симптомів захворювання та зниженням фізичної активності, що утруднюють повсякденне життя і виконання різних видів діяльності. Запропоновані реабілітаційні програми значно покращували якість життя за усіма показниками, особливо, за показниками "симптоми" та "вплив навколишнього середовища". Якість життя повинна використовуватися як показник ефективності проведення реабілітаційних заходів у хворих та інвалідів внаслідок бронхіальної астми.

3. Хворі та інваліди внаслідок бронхіальної астми потребують широкого спектру реабілітаційних заходів, які повинні складатися з медичної, соціальної, професійної та психологічної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іпатов А. В., Сергієні О. В., Войтчак Т. Г. Інвалідність як інтегрований показник стану здоров'я населення України. — Дніпропетровськ: Пороги, 2002. — 342 с.
2. Медико-соціальна експертиза при бронхіальній астмі у сполученні з хронічним обструктивним бронхітом / Сулєєва Л. К., Паніна С. С., Гондуленко Н. О., Концур В. М.: Методичні рекомендації. — Дніпропетровськ, 2000. — 26 с.
3. Наказ МОЗ України № 311 від 30.12.1999 р. про затвердження інструкцій щодо надання фізіопульмонологічної допомоги хворим.
4. Перцева Т. А., Ботвинникова Л. А. Влияние образовательных программ на качество жизни больных бронхиальной астмой // Укр. тер. журн. — 2001. — № 2. — С. 65–67.
5. Тесты и хрестоматия. Практикум по основам психологии / Под ред. В. А. Мельникова. — Симферополь: Сонат, 1997. — 254 с.
6. Феценко Ю. И. Бронхиальная астма — одна из главных проблем современной медицины // Укр. пульмонолог. журн. — 2000. — № 2 (додаток). — С. 13–15.

7. Черняк А. В., Сахарова Г. М., Чучалин А. Г. Эффективность беклометазона дипропионата при длительном применении у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. — 1998. — № 3. — С. 76.
8. Яшина Л. А. Астма-контроль — пути достижения // Укр. пульмонолог. журн. — 2003. — № 2. — С. 13–18.
9. Asthma / Edited by F. Chung, L. M. Fabbri // Eur. Respir. Mon. — 2003. — V. 8, Mon. 23. — 458 p.
10. Asthma Intervention Program Prevents Readmissions in High Healthcare Users / Castro M., Zimmermann N. A., Crocker S. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2003. — V. 168. — P. 1095–1099.
11. Asthma programme in Finland: a communiti problem needs communiti solutions / Hahtela T., Klaukka T., Koskela K. et al. // Thorax. — 2001. — V. 56. — P. 806–814.
12. Bateman E. D., Frith L. F., Braunstein G. L. Achieving guideline-based asthma control: does the patient benefit? // Eur. Respir. J. — 2002. — V. 20, №.3. — P. 588–595(8).
13. Borg G. A. Psychophysical bases of perceived exertion // Med. Sci. Sports. Exerc. — 1982. — № 14. — P.377–381.
14. Cleland J., Thomas M., Price D. Pharmacoeconomics of asthma treatment // Expert Opinion on Pharmacotherapy. — 2003. — V. 4, № 3. — P. 311–318(8).
15. Clinically important improvements in asthma-specific quality of life, but no difference in conventional clinical indexes in patients changed from conventional beclomethasone dipropionate to approximately half the dose of extrafine beclomethasone dipropionate / Juniper E. F., Price D. B., Stampone P. A. et al. // Chest. — 2002. — Vol. 121(6). — P. 1824–1832.
16. Effect of arterial desaturation on six minute walk distance, perceived effort and perceived breathlessness in patients with airflow limitation / Mac V. H. F., Bugler J. R., Roberts C. M., Spiro S. G. // Thorax. — 1993. — Vol. 49. — P. 468–472.
17. NHLBI/WHO. Workshop report: Global strategy for asthma management and prevention. Washington, DC: Department of Health and Human Services. — 2002. — NIH Publication No. 02-3659.
18. Juniper E. F., Guyatt P. J., Griffith L. E. Measuring of quality of life in asthma // Am.Rev.Respir.Dis. — 1993. — Vol.147. — P. 832–838.

РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ У ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ УНАСЛІДОК БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Т. О. Перцева, С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко

Резюме

Використання індивідуальних програм реабілітації інвалідів внаслідок бронхіальної астми на підставі прийнятих міжнародних стандартів лікування на регулярній основі сприяє встановленню адекватного контролю над перебігом захворювання, дозволяє покращити функціональний та емоціональний стан хворих, покращує якість їхнього життя і стан життєдіяльності. Ці програми повинні бути впровадженими в практику медико-соціальних експертних комісій та лікувально-профілактичних закладів і стати обов'язковим компонентом відновлювального лікування і реабілітації хворих з метою покращення їх стану.

RESULTS OF REHABILITATION PROGRAMS IN ASTHMA PATIENTS WITH OR WITHOUT DISABILITY

T. O. Pertseva, S. S. Panina, N. O. Gondulenko

Summary

The application of the individual programs of rehabilitation of the patients, disabled due to asthma, using the international standards of long-term therapy promoted to obtain an adequate disease control, allowed to improve functional and mental status of the patients, and improved quality of life and vital activity. These programs will be introduced into the practice of medical-social councils and become an obligate component of treatment and rehabilitation of patients.