Майструк М.І.
Національний університет водного господарства та природокористування

ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Мета дослідження – вивчити ефективність впливу запропонованої методики фізичної реабілітації на якість життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Після застосування запропонованої програми фізичної реабілітації для кожного хворого на хронічне обструктивне захворювання легень ми спостерігали підвищення загальної якості життя та стану здоров'я в хворих основної групи за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах. Хворі основної групи відмітили зменшення дискомфорту, залежності від медикаментів, підвищення мобільності, збільшення життєвої активності, працездатності, здатності до виконання повсякденних справ, зменшення стомлення, покращення сну, мислення, а також покращення особистих взаємостосунків.

Ключові слова: *хворі, хронічне обструктивне захворювання легень, фізична реабілітація, якість життя.*

Майструк Н.И. Улучшение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. *Цель исследования – изучить эффективность влияния предложенной методики физической реабилитации на качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких. После применения предложенной программы физической реабилитации для каждого больного хронической обструктивной болезнью легких мы наблюдали повышение общего качества жизни и состояния здоровья у больных основной группы за счет увеличения показателей в проблемных субсферах. Больные основной группы отметили уменьшение дискомфорта, зависимости от медикаментов, повышение мобильности, увеличение жизненной активности, работоспособности, способности к выполнению повседневных дел, уменьшение утомления, улучшение сна, мышления, а также улучшение личных взаимоотношений.*

Ключевые слова: *больные, хроническое обструктивное заболевание легких, физическая реабилитация, качество жизни.*

Maistruk M.I. Improving the quality of life patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic obstructive pulmonary disease remains one of the biggest health problems for today. In the medical, social and economic terms, it is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide; people suffer from this disease for years and prematurely die of it or its complications. Chronic obstructive pulmonary disease has a significant negative impact on quality of life, including imposing work restraints, normal physical activity, homework, social and family activities, and sleep patterns. The purpose of the study is to study the effectiveness of the proposed method of physical rehabilitation on the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. A comparative analysis of the data of a survey of 130 patients with chronic obstructive pulmonary disease of the stage I, light flow in the process of physical rehabilitation was conducted. By randomization, the patients were divided into control and major groups in accordance with the principles of bioethics. All patients were screened at the beginning and end of the study. The assessment of physical capacity of each patient was carried out using generally accepted loading tests. Patients in control groups received treatment according to the protocol and rehabilitation according to the generally accepted method, and patients from the main groups – treatment according to the protocol and rehabilitation according to the proposed method. After application of the proposed program of physical rehabilitation for each patient with chronic obstructive pulmonary disease, we observed an increase in the overall quality of life and health of patients in the main group by increasing the indicators in problem sub-sectors. Patients in the main group noted a reduction in discomfort, drug dependence, increased mobility, increased vital activity, ability to perform daily tasks, reduced fatigue, improved sleep, thinking, and improved personal interactions at the end of the study.*

Key words: *patients, chronic obstructive pulmonary disease, physical rehabilitation, quality of life.*

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легені (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я на сьогоднішній день. У медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності та смертності в усьому світі; люди страждають від цього захворювання роками і передчасно вмирають від нього або від його ускладнень. У всьому світі спостерігається прискорене зростання ХОЗЛ внаслідок тривалого впливу факторів ризику і старіння населення. Частка ХОЗЛ, як однієї з провідних причин смертності, постійно збільшується. На ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих у віці 40 років і більше [8, 9, 10].

За результатами великих скринінгових досліджень поширеність ХОЗЛ більша у курців, ніж у некурців, у людей старше 40 років більше, ніж у молодих, у чоловіків більше, ніж у жінок. При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження, ХОЗЛ знаходиться на 13-му місці. Серед усіх пацієнтів з ХОЗЛ тільки у половини встановлений діагноз [7, 13].

За даними ВООЗ, більше 50 % пацієнтів з ХОЗЛ звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Тим часом, саме ранній початок лікування ХОЗЛ запобігає прогресуванню захворювання і забезпечує можливість ведення активного способу життя впродовж багатьох років.

Особлива актуальність широкого впровадження фізичної реабілітації в пульмонологічну практику визначається сучасними уявленнями про позалегеневі порушення, що розвиваються внаслідок ХОЗЛ. Навіть на фоні адекватного медикаментозного лікування у хворих на ХОЗЛ зберігаються слабкість, зниження працездатності та толерантності до фізичного навантаження, депресія, зменшення загальної та м'язової маси тіла, часто виникають порушення зі сторони серцево-судинної системи [1, 4, 5].

ХОЗЛ має суттєвий негативний вплив на якість життя, включаючи накладання обмежень на працездатність,

нормальне фізичне навантаження, домашні заняття, соціальні та сімейні заходи, а також режими сну. На додаток до цих проблем із повсякденним життям спостерігається очевидно велика кількість страждань, пов'язаних з госпіталізаціями, викликаними загостреннями [9, 11, 14].

Незважаючи на зростаючі лікувально-реабілітаційні можливості сучасних медичних засобів та способів лікування, проблема відновлювального лікування хворих на ХОЗЛ не втрачає своєї актуальності, тому виникає потреба пошуку нових методів покращення їх ефективності.

Мета, матеріал, методи дослідження. Мета – вивчити ефективність впливу запропонованої методики фізичної реабілітації на якість життя хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Дослідження проведено на базі пульмонологічного відділення Рівненської обласної клінічної лікарні. Накопичення результатів дослідження проводилося в міру поступлення пацієнтів на стаціонарне лікування. Хворі (ХОЗЛ, I стадія, легкий перебіг) були розподілені методом рандомізації на контрольну (КГ 1 – складалася з осіб чоловічої (n=32) і жіночої (n=30) статі) та основну (ОГ 1 – складалася з осіб чоловічої (n=36) і жіночої (n=32) статі) групи у відповідності до принципів біоетики. Всі хворі були обстежені на початку та наприкінці дослідження, знаходилися під наглядом лікарів. Стадію ХОЗЛ та ступінь легеневої недостатності визначали відповідно до клінічних змін у хворого, функціонального стану та даних спірографічного дослідження. Для визначення ефективності проведеної фізичної реабілітації, відповідно до міжнародних стандартів оцінки якості життя населення, нами була використана апробована українська версія опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100), призначена для оцінки якості життя дорослої популяції населення України [6].

Хворі контрольних груп проходили лікування згідно протоколу та реабілітацію за загальноприйнятою методикою, а хворі основних груп – лікування згідно протоколу та реабілітацію за запропонованою методикою.

Результати дослідження. Запропоновані нами реабілітаційні програми для хворих на ХОЗЛ були спрямовані на уповільнення прогресування та полегшення симптомів перебігу захворювання у кожного конкретного пацієнта, збільшення толерантності до фізичних навантажень, подовження періоду ремісії, скорочення кількості днів перебування на лікарняному ліжку та покращення якості життя пацієнтів. Індивідуальна програма фізичної реабілітації формувалася з урахуванням стадії захворювання, ступеня тяжкості, наявності чи відсутності ускладнень, коморбідних захворювань.

Інформативним та економним методом визначення та аналізу ефективності лікування та фізичної реабілітації хворих на ХОЗЛ є оцінка якості життя. Незважаючи на те, що відокремлення об'єктивних та суб'єктивних критеріїв якості життя залишається дискусійним питанням, основним інструментом для кількісного визначення цього показника вважається опитувальник. Використання показника якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, дозволяє узагальнено оцінити ступінь адаптації людини до хвороби та можливість виконання звичних функцій, які відповідають її соціально-економічному стану, тобто для адекватної оцінки пацієнт повинен відповісти на низку запитань, що надасть можливість максимально вичерпно оцінити інформацію про сприйняття власного стану самим хворим. Для оцінки якості життя хворих на ХОЗЛ широко використовують респіраторний опитувальник Госпіталю св. Георгія (SGRQ), запропонований ще у 1992 році [12].

Але, оскільки він не адаптований до українських реалій, нами було використано українську версію (за наук. ред. д.м.н. С. В. Пхіденка) опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100), призначену для оцінки якості життя дорослої популяції населення України та рекомендовану для визначення ефективності медичних і соціальних програм в Україні, відповідно до міжнародних стандартів оцінки якості життя населення. Цей опитувальник відповідає всім міжнародним вимогам до подібних опитувальників, а саме він універсальний, бо охоплює всі параметри здоров'я. Якість життя – це суб'єктивний показник, що поєднує в собі компоненти фізичного, психічного, соціального здоров'я хворої людини. ВООЗ рекомендує визначати якість життя як індивідуальне співвідношення свого положення в житті суспільства з можливостями індивідуума. Іншими словами – це об'єктивний показник суб'єктивних оцінок, що охоплює широке коло критеріїв. Рівень якості життя залежить від стану здоров'я, психологічного статусу, рівня незалежності, суспільного положення, факторів навколишнього середовища і особистих уявлень людини. Для вивчення загальної якості життя і стану здоров'я хворих на ХОЗЛ ми застосовували українську версію методики оцінки якості життя, що включає 100 запитань, по 4 запитання для кожної із 24 субсфер, а також 4 "глобальних запитання" для оцінки загальної якості життя і стану здоров'я. Вивчалися показники сфер: фізичної, психологічної, рівня незалежності, соціальних стосунків, навколишнього середовища і духовної сфери [2, 3, 6].

З допомогою методики оцінки якості життя ми визначили у кожного хворого вихідний рівень якості життя і наприкінці дослідження, щоби прослідкувати за змінами та оцінити ефективність проведених заходів (табл. 1, 2 і рис. 1, 2).

У хворих на ХОЗЛ чоловічої і жіночої статі обох груп відмічено дещо низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я.

Так, у КГ 1 він складав у чоловіків 62,77±0,30 балів. За окремими сферами вивчення показники були наступними: сфера I або фізична сфера 8,73±0,11, сфера II або психологічна сфера – 12,01±0,15, сфера III або рівень незалежності – 8,91±0,08, сфера IV або соціальні стосунки – 8,91±0,07, сфера V або навколишнє середовище – 9,45±0,05, сфера VI або духовна сфера – 14,78±0,30.

Таблиця 1

Показники якості життя хворих на ХОЗЛ обох груп чоловічої статі

Сфери і субсфери якості життя	Контрольна група 1 (n =32)		Основна група 1 (n =36)	
	На початку	Наприкінці	На початку	Наприкінці
	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m
G1. Сфера I. Фізична сфера	**8,73±0,11**	**8,81±0,11**	**8,54±0,11**	**13,46±0,41***
F1. Біль і дискомфорт	7,09±0,14	7,22±0,13	6,89±0,16	9,50±0,47*
F2. Життєва активність, енергія і стомлення	8,91±0,15	9,03±0,16	8,75±0,15	15,50±1,20*
F3. Сон і відпочинок	10,19±0,16	10,19±0,16	9,97±0,16	15,39±0,18*

G2. Сфера II. Психологічна сфера	**12,01±0,15**	**11,98±0,15**	**11,91±0,16**	**14,36±0,11***
F4. Позитивні почуття	10,34±0,24	10,44±0,23	10,36±0,25	15,94±0,18*
F5. Мислення, навчання, пізнання	14,38±0,18	14,25±0,20	14,39±0,17	14,83±0,23*
F6. Самооцінка	11,88±0,20	11,88±0,20	11,67±0,22	14,14±0,14*
F7. Образ тіла і зовнішність	10,94±0,20	11,00±0,19	10,72±0,21	11,72±0,19*
F8. Негативні почуття	12,50±0,67	12,34±0,68	12,39±0,64	15,14±0,15*
G3. Сфера III. Рівень незалежності	**8,91±0,08**	**8,95±0,07**	**8,68±0,08**	**12,63±0,09***
F9. Мобільність, здатність пересуватися	10,13±0,16	9,94±0,14	9,78±0,19	13,53±0,16*
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	7,59±0,17	7,78±0,17	7,47±0,14	15,31±0,16*
F11. Залежність від медикаментів і лікування	7,75±0,14	8,03±0,09	7,53±0,17	7,53±0,17
F12. Працездатність (здатність до роботи)	10,16±0,13	10,06±0,12	9,94±0,14	14,17±0,16*
G4. Сфера IV. Соціальні стосунки	**8,91±0,07**	**8,93±0,07**	**8,73±0,08**	**10,94±0,09***
F13. Особисті взаємостосунки	8,81±0,15	8,81±0,15	8,61±0,15	9,50±0,15*
F14. Соціальна підтримка	9,72±0,11	9,72±0,11	9,61±0,12	12,28±0,18*
F15. Сексуальна активність	8,19±0,11	8,25±0,11	7,97±0,12	11,06±0,19*
G5. Сфера V. Навколишнє середовище	**9,45±0,05**	**9,47±0,05**	**9,27±0,06**	**9,49±0,07***
F16. Фізична безпека і захищеність	9,19±0,21	9,19±0,21	9,03±0,17	9,22±0,17
F17. Домашнє оточення	14,41±0,14	14,41±0,14	14,25±0,18	14,36±0,17*
F18. Фінансові ресурси	13,41±0,15	13,59±0,17	13,19±0,16	13,92±0,13*
F19. Медична і соціальна допомога	7,25±0,13	7,25±0,13	7,11±0,13	7,22±0,15
F20. Можливість отримання нової інформації і навичок	9,50±0,16	9,50±0,16	9,39±0,14	9,50±0,14
F21. Можливість для відпочинку/дозвілля	6,84±0,17	6,84±0,17	6,75±0,16	6,97±0,16
F22. Навколишнє фізичне середовище	5,03±0,13	5,03±0,13	4,72±0,13	4,81±0,14
F23. Транспорт	9,94±0,12	9,94±0,12	9,72±0,13	9,94±0,14
G6. Сфера VI. Духовна сфера	**14,78±0,30**	**14,78±0,19**	**14,64±0,19**	**14,72±0,19**
F24. Духовність, релігія, переконання	14,78±0,30	14,78±0,19	14,64±0,19	14,72±0,19
G. Загальна якість життя і стан здоров'я	**62,77±0,30**	**62,92±0,29**	**61,76±0,35**	**75,61±0,46***

П р и м і т к а. * – показник вірогідності розходжень p<0,05 між показниками на початку та наприкінці дослідження в межах групи

Таблиця 2

Показники якості життя хворих на ХОЗЛ обох груп жіночої статі

Сфери і субсфери якості життя	Контрольна група 1 (n =30)		Основна група 1 (n =32)	
	На початку	Наприкінці	На початку	Наприкінці
	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m	$\bar{x}$ ± m
G1. Сфера I. Фізична сфера	**8,59±0,14**	**8,69±0,11**	**8,34±0,14**	**12,79±0,10***
F1. Біль і дискомфорт	7,03±0,15	7,30±0,14	6,72±0,17	9,50±0,12*
F2. Життєва активність, енергія і стомлення	8,60±0,19	8,87±0,17	8,59±0,17	14,34±0,19*
F3. Сон і відпочинок	10,13±0,24	9,90±0,18	9,72±0,21	14,53±0,17*
G2. Сфера II. Психологічна сфера	**11,95±0,19**	**11,82±0,20**	**11,77±0,10**	**13,08±0,06***
F4. Позитивні почуття	10,07±0,33	10,27±0,29	10,19±0,30	14,22±0,13*
F5. Мислення, навчання, пізнання	14,33±0,20	14,53±0,16	14,25±0,20	14,63±0,19
F6. Самооцінка	12,00±0,16	11,47±0,21*	11,81±0,22	12,38±0,14*
F7. Образ тіла і зовнішність	10,70±0,25	10,37±0,25	10,59±0,26	11,47±0,23*
F8. Негативні почуття	12,67±0,83	12,47±0,84	12,00±0,20	12,69±0,16*
G3. Сфера III. Рівень незалежності	**8,7±0,09**	**8,81±0,09**	**8,58±0,09**	**11,63±0,08***
F9. Мобільність, здатність пересуватися	9,83±0,20	9,60±0,17	9,69±0,22	12,66±0,17*
F10. Здатність виконувати повсякденні справи	7,47±0,15	7,80±0,15	7,28±0,15	13,09±0,20*
F11. Залежність від медикаментів і лікування	7,67±0,15	7,87±0,13	7,38±0,22	7,50±0,22
F12. Працездатність (здатність до роботи)	10,13±0,16	9,97±0,13	9,97±0,16	13,25±0,18*
G4. Сфера IV. Соціальні стосунки	**8,84±0,09**	**8,89±0,08**	**8,76±0,08**	**10,48±0,11***
F13. Особисті взаємостосунки	8,77±0,20	8,80±0,20	8,59±0,19	9,22±0,15*
F14. Соціальна підтримка	9,60±0,13	9,67±0,14	9,63±0,14	12,00±0,23*
F15. Сексуальна активність	8,17±0,12	8,20±0,14*	8,06±0,13	10,22±0,18*
G5. Сфера V. Навколишнє середовище	**9,47±0,07**	**9,51±0,06**	**9,25±0,06**	**9,64±0,06***
F16. Фізична безпека і захищеність	9,27±0,26	9,10±0,20	8,88±0,16	9,22±0,15*
F17. Домашнє оточення	14,60±0,12	14,60±0,12	14,47±0,16	14,66±0,11
F18. Фінансові ресурси	13,23±0,19	13,13±0,18	13,09±0,19	13,53±0,24
F19. Медична і соціальна допомога	7,40±0,13	7,40±0,13	7,09±0,16	7,22±0,17
F20. Можливість отримання нової інформації і	9,53±0,18	9,53±0,18	9,34±0,18	10,03±0,25*

навичок				
F21. Можливість для відпочинку/дозвілля	6,67±0,19	6,63±0,13	6,59±0,17	7,38±0,16*
F22. Навколишнє фізичне середовище	5,17±0,17	5,77±0,10	4,75±0,16	4,88±0,14
F23. Транспорт	9,90±0,15	9,90±0,15	9,75±0,16	10,22±0,19*
G6. Сфера VI. Духовна сфера	**14,90±0,22**	**14,90±0,22**	**14,78±0,23**	**14,97±0,23**
F24. Духовність, релігія, переконання	14,90±0,22	14,90±0,22	14,78±0,23	14,97±0,23
G. Загальна якість життя і стан здоров'я	**62,53±0,37**	**62,61±0,35**	**61,48±0,38**	**72,58±0,29***

П р и м і т к а. * – показник вірогідності розходжень p<0,05 між показниками на початку та наприкінці дослідження в межах групи

Приблизно такий же низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я був у хворих чоловічої статі ОГ 1 – 61,76±0,35. У них за окремими сферами вивчення він складав: сфера I або фізична сфера – 8,54±0,11, сфера II або психологічна сфера – 11,91±0,16, сфера III або рівень незалежності – 8,68±0,08, сфера IV або соціальні стосунки – 8,73±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,27±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,64±0,19. Як бачимо, зниження якості життя відбулося за рахунок впливу захворювання на всі субсфери життя хворих.

Такий же низький середній вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я констатували у хворих жіночої статі обох груп. У хворих КГ 1 він дорівнював 62,53±0,37 балів і 61,48±0,38 балів у жінок ОГ 1. Показники окремих сфер вивчення у хворих КГ 1 були наступні: сфера I або фізична сфера – 8,59±0,14, сфера II або психологічна сфера – 11,95±0,19, сфера III або рівень незалежності – 8,70±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,84±0,09, сфера V або навколишнє середовище – 9,47±0,07, сфера VI або духовна сфера – 14,90±0,22. За окремими сферами вивчення вихідний рівень загальної якості життя і стану здоров'я хворих ОГ 1 складав: сфера I або фізична сфера – 8,34±0,14, сфера II або психологічна сфера – 11,77±0,10, сфера III або рівень незалежності – 8,58±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,76±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,25±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,78±0,23. Зниження загальної якості життя хворих відбулося за рахунок негативного впливу захворювання на всі субсфери життя людини.

Наприкінці дослідження у хворих чоловічої статі КГ 1 середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я складав 62,92±0,29 балів. За окремими сферами вивчення показники були близькі до вихідних: сфера I або фізична сфера – 8,81±0,11, сфера II або психологічна сфера – 11,98±0,15, сфера III або рівень незалежності – 8,95±0,07, сфера IV або соціальні стосунки – 8,93±0,07, сфера V або навколишнє середовище – 9,47±0,05, сфера VI або духовна сфера – 14,78±0,19. У хворих чоловічої статі ОГ 1 наприкінці дослідження середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я суттєво піднявся і складав 75,61±0,46 балів (p<0,05). За окремими сферами вивчення показники стали значно вищі вихідних і становили: сфера I або фізична сфера – 13,46±0,41 (p<0,05), сфера II або психологічна сфера – 14,36±0,11 (p<0,05), сфера III або рівень незалежності – 12,63±0,09 (p<0,05), сфера IV або соціальні стосунки – 10,94±0,09 (p<0,05), сфера V або навколишнє середовище – 9,49±0,07 (p<0,05), сфера VI або духовна сфера – 14,72±0,19. Відбулося достовірне підвищення загальної якості життя і стану здоров'я за всіма сферами і субсферами якості життя в ОГ 1. Наприкінці дослідження у хворих жіночої статі КГ 1 середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я дорівнював 62,61±0,35. Окремі показники сфер вивчення у них були: сфера I або фізична сфера – 8,69±0,11, сфера II або психологічна сфера – 11,82±0,20, сфера III або рівень незалежності – 8,81±0,09, сфера IV або соціальні стосунки – 8,89±0,08, сфера V або навколишнє середовище – 9,51±0,06, сфера VI або духовна сфера – 14,90±0,22.

За окремими сферами вивчення рівень загальної якості життя і стану здоров'я хворих жіночої статі ОГ 1 суттєво виріс: сфера I або фізична сфера – з 8,43±0,14 до 12,79±0,10 (p<0,05), сфера II або психологічна сфера – з 11,73±0,10 до 13,08±0,06 (p<0,05), сфера III або рівень незалежності – з 8,61±0,09 до 11,63±0,08 (p<0,05), сфера IV або соціальні стосунки – з 8,74±0,08 до 10,48±0,11 (p<0,05), сфера V або навколишнє середовище – з 9,24±0,06 до 9,64±0,06 (p<0,05), сфера VI або духовна сфера – з 14,72±0,25 до 14,97±0,23. Середній рівень загальної якості життя і стану здоров'я піднявся з 61,48±0,38 до 72,58±0,29 (p<0,05). Достовірне підвищення загальної якості життя і стану здоров'я хворих ОГ відбулося за всіма сферами і субсферами якості життя.

Загальна якість життя кожного хворого на ХОЗЛ обох груп у процесі дослідження відображена на рис. 1 і 2.

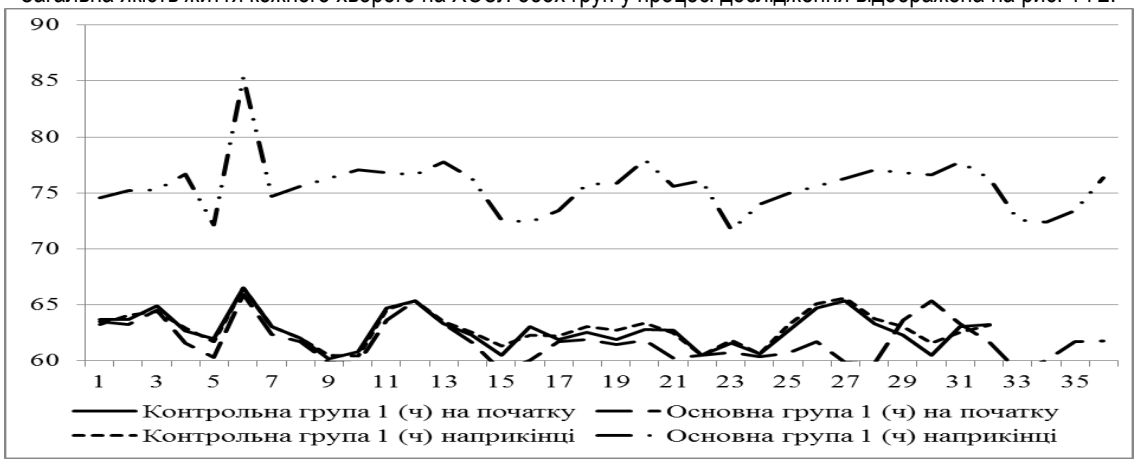

Рис. 1. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на ХОЗЛ чоловічої статі у процесі дослідження

Із наведеного вище видно, що на початку дослідження рівень загальної якості життя у хворих як чоловічої статі, так і жіночої статі обох груп був приблизно однаковим. Аналізуючи результати анкетування хворих на ХОЗЛ щодо визначення загальної якості життя і стану здоров'я на початку дослідження, ми бачимо, порівнюючи їх із середніми даними здорового населення, що у хворих КГ 1 та ОГ 1 знижені показники фізичної сфери, рівня незалежності та соціальних стосунків. Найнижчі показники були отримані в наступних субсферах: дискомфорт, здатність виконувати повсякденні справи, залежність від медикаментів і лікування, медична і соціальна допомога, можливість для відпочинку/дозвілля та навколишнє фізичне середовище, що вимагає відповідного спрямування реабілітації. Отримані дані доводять необхідність застосування індивідуалізованої фізичної реабілітації з урахуванням рухових можливостей, в комплексі з соціальною та психологічною реабілітацією даної категорії хворих.

Рис. 2. Загальна якість життя і стан здоров'я хворих на ХОЗЛ жіночої статі у процесі дослідження

Після застосування запропонованої програми фізичної реабілітації для кожного хворого на ХОЗЛ ми спостерігали підвищення загальної якості життя та стану здоров'я в хворих ОГ за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах. Хворі ОГ відмітили зменшення дискомфорту, залежності від медикаментів, підвищення мобільності, збільшення життєвої активності, працездатності, здатності до виконання повсякденних справ, зменшення стомлення, покращення сну, мислення, а також покращення особистих взаємостосунків. Практично не змінними залишилися показники сфер: навколишнє середовище та духовна сфера. У хворих КГ не відмічено істотних змін в якості життя та стану здоров'я.

Висновки. Фізична реабілітація посідає важливе місце у комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ. Завдяки застосуванню запропонованої програми фізичної реабілітації для кожного хворого на ХОЗЛ вдалося досягнути достовірного підвищення загальної якості життя та стану здоров'я в хворих основної групи за рахунок збільшення показників у проблемних субсферах.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження будуть спрямовані на вивчення ефективності фізичної реабілітації хворих на ХОЗЛ.

Література

1. Григус І. Зміни функціонального стану хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у процесі фізичної реабілітації / І. Григус, М. Майструк // Вісник Прикарпатського університету. Серія : Фізична культура, 2017. – Вип. 25-26. – С. 83-91.

2. Григус І. М. Підвищення якості життя хворих на бронхіальну астму / І. М. Григус // Теорія та методика фізичного виховання. – 2008. – № 11. – С. 41–47.

3. Григус І. М. Покращення якості життя хворих на легку персистуючу бронхіальну астму з допомогою фізичної реабілітації / І. М. Григус // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія за редакцією проф. Єрмакова С. С. – Харків : ХДАДМ (ХХПІ), 2008. – № 12. – С. 29–35.

4. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навчальний посібник (Гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/11-8114 від 29.08.11 р.) / І. М. Григус. – Львів : «Новий світ-2000», 2012. – 170 с.

5. Майструк М. І. Обґрунтування необхідності проведення фізичної реабілітації хворих на хронічні обструктивні захворювання легень / М. І. Майструк, Н. І. Поліщук, І. М. Григус // Здоровье для всех : материалы VI международной научно-практической конференции, УО «Полесский государственный университет», г. Пинск, 23-24 апреля 2015 г. / Министерство образования Республики Беларусь и др.; редкол. : К. К. Шебеко и др. – Пинск : ПолесГУ, 2015. – С. 120-122.

6. Методика оцінки якості життя / Всесвітня організація охорони здоров'я : Українська версія (Рекомендації по використанню) / За наук. ред. д.м.н. С. В. Пхіденка. – Дніпропетровськ : Пороги, 2001. – 58 с.

7. Busch AM, Scott-Sheldon LA, Pierce J, Chattillion EA, Cunningham K, Buckley ML, et al. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men // *Respir Med.* 2014 Jul;108(7):1007-13.

8. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – Updated 2017. http://www.goldcopd.org/

9. Grygus I., Maistruk M. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc // Journal of Health Sciences. 2013; 3(10): 729–744.

10. Guarascio A.J. The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in the USA / A.J. Guarascio, M.R. Shaunta, C.K. Finch, et al. // Clinicoecon Outcomes Res. 2013;5:235–45.

11. Jones P.W. Characteristics of a COPD population categorized using the GOLD framework by health status and exacerbations / P.W. Jones, G. Nadeau, M. Small, L. Adamek // Respir. Med. – 2014. – Vol. 108(1). – P. 129–135.

12. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure for chronic airflow limitation – the St George's Respiratory Questionnaire. Am Rev Respir Dis 1992;145:1321-1327.

13. Kon SS, Dilaver D, Mittal M, Nolan CM, Clark AL, Canavan JL, et al. The Clinical COPD Questionnaire: response to pulmonary rehabilitation and minimal clinically important difference // *Thorax.* 2014 Sep;69(9):793-8.

14. Kruis AL, Boland MRS, Assendelft WJJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial // *BMJ* 2014;349:g5392

Мартинов Ю.О.
Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут» імені Ігоря Сікорського

ВПЛИВ СПЕЦІАЛЬНИХ ЗНАНЬ З БОРОТЬБИ САМБО НА ТРЕНУВАЛЬНО-ЗМАГАЛЬНУ ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ-СПОРТСМЕНІВ

В статті проаналізовано вплив спеціальних знань з самбо на змагально-тренувальну діяльність студентів.
***Ключові слова**: самбо, знання, студенти, боротьба, тренувально-змагальна діяльність.*

***Мартынов Ю.А. Влияние специальных знаний по борьбе самбо на тренировочной-соревновательной деятельности студентов-спортсменов.** В статье проанализировано влияне специальных знаний по самбо на соревновательно-тренировочную деятельность студентов.*
***Ключевые слова:** самбо, знания, студенты, борьба, тренировочно-соревновательная деятельность.*

***Martynov Yu.O. The influence of special knowledge on the struggle of sambo in the training and competition activities of student sportsmen.** The article analyzes the influence of special knowledge on sambo on the competitive and training activities of students.*

However, it should be noted that the development of physical qualities, the formation of the nature of the athlete and his will to competitive activities most successfully carried out in the process of mastering special knowledge, both during training and competitions.

It is proved that success is achieved by those sportsmen-sambists who are able to optimally combine a high level of physical preparedness and special knowledge in the field of physical education. The intellectual development and the special knowledge gained allow the student to correctly evaluate the social significance of physical culture and sport, the objective laws of physical education as a pedagogical phenomenon as a leading link between knowledge and self-improvement, with a greater desire to show self-sustainability and creativity in classes and competitions. . Students' special training should be understood as a system of knowledge concentrated in special scientific disciplines that are the basis of ideas in the field of physical education and sport, the system of humanitarian knowledge, natural sciences related to cognition and scientific support of physical education, as well as intellectual skills and skills that shape confidence and develop cognitive abilities.

Knowledge is the main component of the content of education in the physical culture of the individual. They are the level of information through which a conscious attitude to processes and natural phenomena is formed, which is fixed in the memory of man. Knowledge is formed in the conscious activity of man in the form of facts, ideas, concepts and regularities
***Keywords:** sambo, knowledge, students, struggle, training-competitive activity.*

Постановка проблеми. Постійний ріст спортивних рекордів, конкуренція на міжнародній спортивній арені, розширення спортивного календаря за рахунок комерційних змагань привели до інтенсифікації тренувального процесу й змагальної діяльності, значному збільшенню навантажень на організм спортсмена . У наш час одним з перспективних напрямів розв'язку проблеми підвищення ефективності системи змагальної діяльності є не не лише вдосконалення техніко-тактичних дій в боротьбі самбо, що є важливим і невід'ємним компонентом цілісної системи спортивного тренування, оскільки техніка є одним з вирішальних факторів у реалізації рухового потенціалу спортсмена, а й оволодіння спеціальними знаннями в даному виді спорту [1].

Сьогодні характерною рисою змагальної діяльності у боротьбі самбо є підвищення інтенсивності сутичок і підвищення вимог до надійності як техніко-тактичних дій так і спеціальних знань.

Важливими компонентами всебічного розвитку особистості, досягнення її фізичної та духовної досконалості, основою здорового способу життя є фізична культура і спорт [2].

У Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті питанням фізичного виховання і спорту надається важливе значення, підкреслюється необхідність педагогічного забезпечення залучення молоді до найважливіших видів і напрямків спортивної діяльності. Питання підготовки спортсменів завжди привертали увагу громадських діячів: тренерів з