

СМП2 становив відповідно $0,285 \pm 0,006$ ум. од. та $0,276 \pm 0,005$ ум. од. (норма – $0,191 \pm 0,006$ ум. од.). Розвантажувальний період супроводжувався зростанням вмісту СМП у всіх хворих: рівень СМП2 становив $0,335 \pm 0,008$ ум. од. ($P < 0,001$), СМП1 – $0,290 \pm 0,009$ ум. од. ($P < 0,001$). Оскільки фракція СМП2 застосовується як скринінг азотемії, можна твердити, що наростання інтоксикації в організмі регулювалось посиленням виведенням токсичних речовин також і через нирки.

У відновному періоді у хворих першої групи вміст СМП2 знижувався до $0,198 \pm 0,007$ умовних одиниць ($P < 0,001$), у хворих II групи в кінці лікування становив $0,220 \pm 0,009$ ум. од., тоді як зі сторони СМП1 простежилась лише тенденція до зниження.

Порівнюючи зміни фракцій СМП1 та СМП2 у ході РДТ та традиційного лікування, можна твердити, що детоксикаційний ефект РДТ є вагомим у порівнянні із загальноприйнятими методами лікування. Останнє дозволяє рекомендувати даний метод, як патогенетично обґрунтований.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗВАНТАЖУВАЛЬНО-ДІЄТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОЄДНАННІ З ТРЕНУВАННЯМ СПЕЦИФІЧНИХ ДИХАЛЬНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Ас. каф. фізвиховання Капіца О.А.,
доц. каф. терапії Приступа Л.Н.,
студент I курсу Попадюк С.П.

Розвантажувально-дієтична терапія (РДТ), поєднуючи в собі особливий різновид дієтотерапії і неспецифічний стресовий вплив на організм хворих, є ефективним методом лікування бронхіальної астми (БА). В цілому механізм позитивної лікувальної дії РДТ у хворих на БА зводиться до: підвищення резистентності і специфічного імунітету до бак-

теріальної інфекції, пригнічення алергічного запалення, гіпосенсибілізації, стимуляції функції наднирників, дезінтоксикації.

Лікувальна фізкультура (ЛФК) входить в комплекс РДТ, як одна із невід'ємних її складових частин. Враховуючи особливості змін функції серцево-судинної та інших систем в період РДТ, ЛФК повинна бути адекватною цим змінам і сприяти зменшенню або ліквідації клінічних проявів. Основна форма ЛФК при РДТ – щоденні багатогодинні прогулянки на свіжому повітрі. Ми поєднали ЛФК з тренуванням специфічних дихальних м'язів на вдосі (ТСДМВ). Під нашим спостереженням знаходилось 25 хворих на БА із перебігом середньої тяжкості. Пацієнти були поділені на 2 групи: I група – 12 хворих отримували РДТ та займались ЛФК ;

II група – 13 хворих - РДТ в поєднанні з ЛФК та СТДМВ. Тренування проводили 5 разів на тиждень, кожний сеанс тривав 30 хвилин.

В обох групах мало місце достовірне зростання форсованого об'єму видиху за 1 секунду (ФОВ1) більше виражене у хворих II групи.

У хворих I групи ФОВ1 зростав від $57,8 \pm 3,8$ до $60,3 \pm 2,9$ ($P < 0,005$), II групи – від $57,2 \pm 2,9$ до $64,8 \pm 3,4$ ($P < 0,005$), форсована життєва ємкість легень (ФЖЄЛ) зростала відповідно з $74,5 \pm 3,2$ до $83,4 \pm 2,9$ ($P < 0,005$), з $75,2 \pm 3,1$ до $89,2 \pm 3,1$ ($P < 0,005$) у відсотках від нормального значення. Враховуючи дані дослідження, можна вважати, що ТСДМВ може бути додатковим альтернативним засобом у поліпшенні результатів РДТ у хворих на БА з метою зменшення споживання інгаляційних β -агоністів, поліпшення контролю за симптомами астми.