

## ІНФОРМАЦІЙНА СКЛАДОВА В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Хронічне обструктивне захворювання легень - поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати. У статті наведено сучасні дані щодо поширення хронічного обструктивного захворювання легень, показники смертності, витрати на лікування та прогностичні дані ВООЗ на майбутнє. Обґрунтовано необхідність проведення фізичної терапії хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з обов'язковим акцентом на інформаційну складову. Запропонований алгоритм проведення інформаційної роботи з хворими на хронічне обструктивне захворювання легень складається з блоку співбесід, інформаційного блоку та блоку рекомендацій. Наголошується на тому, що інформаційна складова може постійно вдосконалюватися, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та етапу реабілітації. Поради щодо способу життя включають припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики й, у разі потреби, раціональне працевлаштування.*

*Метою роботи було науково обґрунтувати та розробити алгоритм самостійного застосування хворими на ХОЗЛ засобів фізичної терапії.*

*Результати дослідження: розробка алгоритму інформаційної роботи з хворими на хронічне обструктивне захворювання легень.*

*Висновки: фізична терапія посідає важливе місце в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ. Обов'язковою складовою частиною програм фізичної реабілітації хворих має бути інформаційна складова, що включає блок співбесід, інформаційний блок і блок рекомендацій. Алгоритм інформаційної складової в роботі з хворими на ХОЗЛ може постійно вдосконалюватися, урахуовуючи індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання й етап реабілітації. Поради щодо дотримання способу життя мають бути обґрунтовані й обов'язково включати необхідні дії для їх виконання. Насамперед це стосується припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики та, за необхідності, раціональне працевлаштування.*

*Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, фізична реабілітація, просвітницька робота, алгоритм.*

DOI: <http://doi.org/10.31891/pcs.2022.1.6>

### 1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на сьогодні залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я. У медико-соціальному та економічному плані воно є однією з основних причин захворюваності й смертності в усьому світі. Сьогодні ми простежуємо прискорене зростання ХОЗЛ унаслідок тривалого впливу факторів ризику й старіння населення. Частка ХОЗЛ як однієї з провідних причин смертності постійно збільшується. На ХОЗЛ страждає від 8 до 22 % дорослих у віці 40 і більше років [3].

За результатами великих скринінгових досліджень, поширеність ХОЗЛ більша у курців, у людей старше 40 років, у чоловіків. При цьому суспільство мало знає про цю проблему, а за витратами на наукові дослідження ХОЗЛ перебуває на 13-му місці.

Серед усіх пацієнтів із ХОЗЛ лише в половині встановлено діагноз [3; 11].

Захворювання має величезний економічний вплив: за даними 2011 р., 1/5 частина причин втрати працездатності займає ХОЗЛ, середній вік виходу на пенсію з ХОЗЛ у розвинених країнах 54 роки (зменшений на 11 років). У США збитки становлять 316 000 дол. США на людину. ХОЗЛ - це медичний, соціальний та економічний збиток для всього світового суспільства, який, можливо, ще більш виражений в українських реаліях [2; 3; 6].

У країнах Євроспівки витрати на лікування захворювань органів дихання становлять 6 % усього бюджету на охорону здоров'я, із них 56 % (38,6 млрд євро) припадає на ХОЗЛ.

ВООЗ передбачає, що до 2020 р. ця патологія з 12 місця найпоширеніших у світі захворювань посяде 5-те місце як причина смертності - із 6-го підніметься на 3-тє, а за соціально-економічними збитками займе 5-те

місце. За даними ВООЗ, ХОЗЛ забирає удвічі більше життів, ніж рак легенів, і щорічно у всьому світі від цієї патології помирають 10 млн курців [5; 11].

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.

## **2. АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ПУБЛІКАЦІЙ**

ХОЗЛ - поширене захворювання, яке можна попередити та лікувати, що характеризується стійким, зазвичай прогресуючим обмеженням прохідності дихальних шляхів та асоціюється з підвищеною хронічною запальною відповіддю дихальних шляхів і легень на дію шкідливих часток та газів. Тяжкість перебігу захворювання в окремих пацієнтів зумовлена його рецидивом і наявністю супутніх захворювань. Загострення значною мірою пришвидшують прогресування ХОЗЛ, погіршують переносимість фізичних навантажень, якість життя, погіршують прогноз [1; 7; 10].

Тяжкість перебігу, підходи до лікування, прогноз при ХОЗЛ визначаються не лише ступенем, ураження бронхо-легеневої системи але й позалегеновими проявами захворювання та наявністю коморбідної патології.[8; 12].

Існує декілька причин стрімкого збільшення рівня захворюваності ХОЗЛ і смерті від їх ускладнень, серед яких можна виділити низький рівень ранньої діагностики ХОЗЛ, низьку поінформованість населення про симптоми й наслідки цієї патології, недостатню настороженість лікарів-терапевтів щодо пацієнтів із ранніми симптомами та чинниками ризику розвитку ХОЗЛ, недостатнє оснащення поліклінічних відділень сучасною апаратурою для проведення спірометричних досліджень.

За даними ВООЗ, понад 50 % пацієнтів із ХОЗЛ звертаються до фахівців на пізніх стадіях захворювання. Тим часом саме ранній початок лікування ХОЗЛ запобігає прогресуванню захворювання й забезпечує

можливість ведення активного способу життя впродовж багатьох років.

На думку експертів Європейського респіраторного товариства, від 9 до 30 % осіб, які страждають на ХОЗЛ, не підозрюють про наявність у них захворювання. ХОЗЛ зазвичай не діагностується до розвитку клінічно виражених стадій захворювання. За їх даними, лише 25 % випадків захворювання діагностуються своєчасно. Близько 65 % пацієнтів із діагностованим ХОЗЛ не отримують адекватної терапії. У нашій країні цей показник, на жаль, значно вищий.

Особлива актуальність широкого впровадження фізичної реабілітації в пульмонологічну практику визначається сучасними уявленнями про позалегенові 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 [5].

## **3. ВИДІЛЕННЯ НЕВИРІШЕНИХ РАНІШЕ ЧАСТИН ЗАГАЛЬНОЇ ПРОБЛЕМИ, КОТРИМ ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ ОЗНАЧЕНА СТАТТЯ**

На сьогодні немає обґрунтованих рекомендацій для самостійного застосування хворими засобів фізичної реабілітації, які підлягають корекції на різних етапах медичної реабілітації хворих на ХОЗЛ.

## **4. ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ**

Метою нашого дослідження було науково обґрунтувати та розробити алгоритм самостійного застосування хворими на ХОЗЛ засобів фізичної терапії.

## **5. ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБґРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ**

У хворих на ХОЗЛ відбуваються значущі зміни в емоційній та психічній сферах, виникають депресії, підвищена тривожність. На ранніх стадіях захворювання ці розлади пов'язують із гіпоксією. Хворі стають дратівливими, іноді навіть агресивними. На

тлі прогресування патологічного процесу відбуваються зниження працездатності й толерантності до фізичного навантаження, зменшується соціальна активність хворих із виникненням відчуття ізоляції від інших людей, що ще більше підсилює депресію.

Безпосередня відповідальність пацієнта за стан свого здоров'я в реабілітаційних заходах узагалі ніде не позначається. Традиційно хворий пасивно приймає допомогу від фізичного реабілітолога й очікує відповідальності за результат від останнього, як максимум - може сам виконати комплекс вправ. Натомість, на нашу думку, надзвичайно перспективним є активне залучення до самопомоги та відповідальності за стан свого здоров'я безпосередньо самих пацієнтів, що матиме як медичне, так і соціально-економічне значення.

Оскільки питаннями відновного лікування хворих, а разом із цим і первинною та вторинною профілактикою займається медична й фізична реабілітація, а з огляду на зростання захворюваності населення, потрібно думати про необхідність їх удосконалення за допомогою максимального залучення у відновлювальний лікувально-профілактичний комплекс нових заходів і самих пацієнтів.

У сучасному розумінні, реабілітація - це диференційована етапна система лікувально-профілактичних заходів, які забезпечують цілісність функціонування організму та, як наслідок, максимальне відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою комплексного, послідовного й узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологічної, хірургічної, фізичної та психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи й системи організму.

Реабілітація посідає провідне місце в комплексному лікуванні пацієнтів із ХОЗЛ. Це положення сформульоване в узгодженій заяві Європейського респіраторного товариства та Американського торакального товариства (ERS/ATS, 2014), де сказано, що «легенева (пульмонологічна) реабілітація (pulmonary rehabilitation) є мультидисциплінарною, заснованою на

доказовій базі, усеохоплюючою системою заходів для хворого на хронічне захворювання органів дихання, що має клінічно значущий перебіг та порушення рівня повсякденної активності». Упроваджена в щоденне лікування хворих легенева реабілітація дає змогу зменшити прояви хвороби, оптимізувати функціональний статус хворого й знизити вартість лікування за рахунок стабілізації або зменшення системних проявів хвороби [4; 9].

Застосування у хворих на ХОЗЛ реабілітації дає змогу досягти тих позитивних змін, які не можуть бути досягнуті лише за допомогою медикаментозної терапії. Завдяки її застосуванню, підвищується толерантність до фізичного навантаження; зменшуються частота та інтенсивність нападів ядухи; кількість і тривалість госпіталізацій; підвищується виживаність хворих; поліпшується якість життя, що виражається, насамперед, у зменшенні занепокоєння й депресії, які пов'язані з ХОЗЛ. Реабілітація хворих складається з декількох етапів: оцінку стану пацієнта; навчання хворого; заходи з корекції маси тіла; фізичні тренувальні програми; психологічну підтримку. Для кожного хворого на ХОЗЛ підбирають індивідуальну програму реабілітації з урахуванням специфічних фізіологічних і психопатологічних порушень чи змін, викликаних основним та супутніми захворюваннями [2; 13].

Зважаючи на низьку інформованість не лише населення, а й самих хворих на ХОЗЛ щодо необхідності застосування цілеспрямованої фізичної активності, для профілактики й реабілітації при різних захворюваннях ми розробили алгоритм інформаційної складової з хворими на ХОЗЛ (рис. 1) та поради щодо способу життя (табл. 1), аби пацієнти розуміли й могли самостійно застосувати засоби реабілітації. Алгоритм інформаційної складової включає блок співбесід, інформаційний блок і блок рекомендацій, що охоплює весь спектр необхідної інформації для засвоєння та втілення в життя хворими на ХОЗЛ. Адже тільки добре зрозумівши, обговоривши з фахівцями й отримавши рекомендації, пацієнт свідомо почне дбати про своє здоров'я.

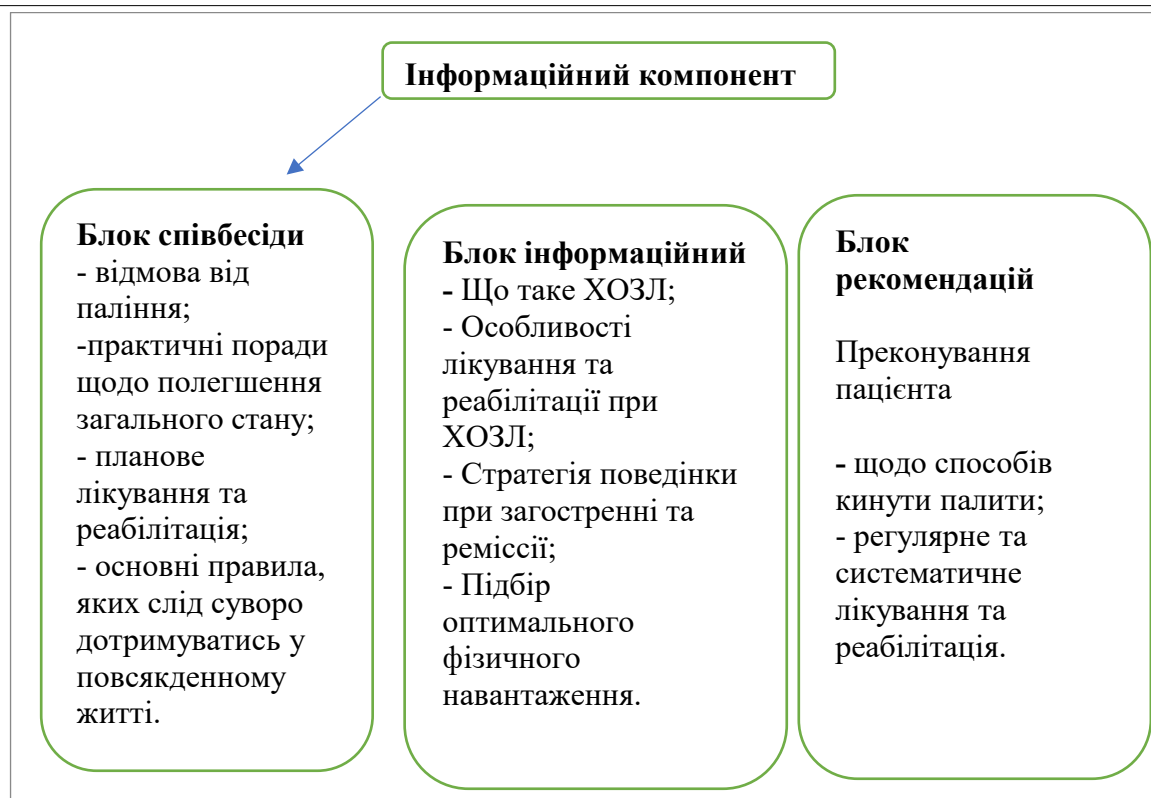


Рис. 1. Алгоритм інформаційної роботи з хворими ХОЗЛ

Таблиця 1

### Поради щодо способу життя хворих на ХОЗЛ

	Обґрунтування	Необхідні дії
Припинення паління	Доведено, що припинення паління уповільнює темпи зменшення ОФВ <sub>1</sub>	Надання допомоги в припиненні паління відповідно до Стандартів первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюпних виробів.
Дієта з достатньою кількістю вітамінів та мікроелементів	Вірна дієта впливає на скорочувальну здатність м'язів, що беруть участь в акті дишання, та зменшує їх стомлюваність.	1.Проведення консультацій щодо харчування. 2. Корекція харчування щодо ІМТ
Дихальна гімнастика	Дихальна гімнастика спрямована на підвищення функціональних можливостей дихального апарату	Скерування пацієнта на консультацію до фізичного терапевта .
Раціональне працевлаштування	Своєчасне усунення впливу шкідливих чинників виробничого середовища, сповільнює темпи прогресування захворювання.	Надання рекомендацій пацієнту, який працює в умовах впливу шкідливих речовин.

При первинному контакті з пацієнтами важливо провести діагностику для виявлення депресії серед пацієнтів особливо з групи ризику.

Тому алгоритм інформаційної складової роботи з хворими на ХОЗЛ може постійно вдосконалюватися, урахуовуючи індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання та етап реабілітації.

Поради щодо способу життя хворих на ХОЗЛ мають бути обґрунтовані й обов'язково включати необхідні дії для їх виконання.

Насамперед це стосується припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики й, у разі необхідності, раціональне працевлаштування.

Як уже сказано вище, порушення з боку психоемоційної сфери є одним із вагомих факторів, що значуще негативно впливають на якість життя пацієнтів із ХОЗЛ, тому психологічна й соціальна підтримка хворих на всіх етапах реабілітації допомагає їм адаптуватися до свого стану та сприяє формуванню позитивного мислення.

Навчання пацієнтів проводиться на всіх етапах реабілітаційної програми. Хворі на ХОЗЛ повинні розуміти сутність свого захворювання й ретельно виконувати рекомендації лікаря та фізичного реабілітолога. Дуже важливим моментом є відмова від тютюнопаління на будь-якій стадії захворювання.

Проведення інформаційної складової має в собі активне залучення хворого, фахівців, котрі з ним працюють, та членів родини. Перспективний напрям - проведення різних майстер-класів із методики застосування засобів фізичної реабілітації, на яких хворі разом із фізичним реабілітологом (а в подальшому самостійно) виконують комплекс вправ, застосовують деякі неінвазивні методи фізіотерапії, самомасаж, у тому числі точковий. Демонстрації вправ, що входять в обов'язковий комплекс лікувальної фізичної культури, передують роз'яснювальна бесіда, де позначається принципово важлива роль самих пацієнтів у відновленні та підтримці власного здоров'я та відповідальності за це.

Хворі на ХОЗЛ повинні отримувати «домашні завдання», регулярно виконувати реабілітаційно-профілактичний комплекс і залучати своїх близьких. Мета інформаційної складової полягає в підвищенні ефективності лікувальних і реабілітаційних заходів і прищепленні пацієнтам необхідних практичних навичок, дотримання яких дасть змогу не відчувати дискомфорту в житті.

Регулярне медичне спостереження, спільне обговорення й розробка плану тривалої базисної терапії та дій у невідкладних ситуаціях мають бути закріплені санітарно-просвітницькими

програмами, що є комплексом заходів, які сприяють підвищенню інформованості пацієнта, формуванню його активної позиції щодо лікування, реабілітації та профілактики загострень і, як наслідок, зниженню тяжкості клінічних симптомів і забезпеченню контролю над ХОЗЛ загалом. Опитування хворих також виявило позитивне ставлення пацієнтів до виконання вправ, їх зацікавленість та активну участь у процесі реабілітації.

## **6. ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМКУ**

Фізична терапія посідає важливе місце в комплексному лікуванні хворих на ХОЗЛ. Обов'язковою складовою частиною програм фізичної реабілітації хворих має бути інформаційна складова, що включає блок співбесід, інформаційний блок і блок рекомендацій. Алгоритм інформаційної складової з хворими на ХОЗЛ може постійно вдосконалюватися, ураховуючи індивідуальні особливості пацієнтів, тяжкість захворювання й етап реабілітації. Поради щодо дотримання способу життя мають бути обґрунтовані й обов'язково включати необхідні дії для їх виконання. Насамперед це стосується припинення паління хворими, дотримання дієти, застосування дихальної гімнастики та, за необхідності, раціональне працевлаштування.

До подальших перспективних планів дослідження ми відносимо спрямованість на вивчення ефективності фізичної терапії хворих на ХОЗЛ.

## **Література**

1. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. (Гриф Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1/11-81 14 від 29.08.11 р.) / І. М. Григус. - Львів : «Новий світ-2000», 2012. - 170 с.
2. Майструк М. І. Обґрунтування необхідності проведення фізичної реабілітації хворих на хронічні обструктивні захворювання легень І М. І. Майструк, Н. І. Поліщук, І. М. Григус // Здоров'я для всіх : матеріали VI междунар. науч.-практ. конф., 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.
3. Хронічне обструктивне захворювання легень. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (Рекомендовано Наказом Міністерства охорони здоров'я від 27 червня 2013 року, № 555, зі змінами від 16.04.2014 р., № 270. - 2014. - 147 с.
4. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men / A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. A. Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // Respir Med. - 2014 Jul.-108(7). - S. 1007-1013.



5. Maio S. COPD management according to old and new GOLD guidelines: an observational study with Italian general practitioners / S. Maio, S. Baldacci, F. Martini, S. Cerrai, G. Sarno, M. Borbotti [et al.] // *Curr Med Res Opin.* - 2014 June. - 30(6). - S. 1033-1042.
6. Criner G. J. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline / G. J. Criner, J. Bourbeau, R. L. Diekemper, D. R. Ouellette, D. Goodridge, P. Hernandez [et al.] // *Chest.* - 2015. - Apr 147(4). - P. 894-2.
7. Kohnlein T. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicentre, randomised, controlled clinical trial / T. Kohnlein, W. Windisch, D. Kohler, A. Drabik, J. Geiseler, S. Hartl [et al.] // *Lancet Respir Med.* - 2014 Sep. - 2(9). P. 698 705.
8. 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. - P. 5392.
9. Kon S. S. The Clinical COPD Questionnaire: response to pulmonary rehabilitation and minimal clinically important difference / S. S. Kon, D. Dilaver, M. Mittal, C. M. Nolan, A. L. Clark, J. L. Canavan [et al.] // *Thorax.* - 2014. - Sep. - 69(9). - P. 793-8.
10. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men I A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. Ae Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // *Respir Med.* - 2014 Jul. -108(7). - P. 1007-13.
11. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
12. Updated 2016. <http://www.goldcopd.org/>
13. Grygus I. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc / I. Grygus, M. Maistrak // *Journal of Health Sciences.* - 2013. 3(10). - P. 729-744.

### References

1. Grigus IM Physical rehabilitation in diseases of the respiratory system: textbook. way. (Stamp of the Ministry of Education and Science, Youth and Sports of Ukraine № 1 / 11-8114 dated 29.08.11) / I. M. Grigus. - Lviv: "New World-2000", 2012. - 170 p.
2. Maistrak MI Substantiation of the need for physical rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease IM I. Maistrak, NI Polishchuk, IM Grigus I Health for all: materials VI International. scientific-practical conf., UO "Polesie State University", Pinsk, 23 April 24, 2015 / Ministry of Education of the Republic of Belarus, etc.; redcol.: KK Shebeko et al. Pinsk: PolesGU, 2015. - P. 120-122.
3. Chronic obstructive pulmonary disease. Adapted evidence-based clinical guideline (Recommended by the Order of the Ministry of Health of June 27, 2013, № 555, as amended on April 16, 2014 „№ 270. - 2014. - 147 p.
4. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men / A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. A. Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // *Respir Med.* - 2014 Jul. - 108 (7). - S. 1007-1013.
5. Maio S. COPD management according to old and new GOLD guidelines: an observational study with Italian general practitioners / S. Maio, S. Baldacci, F. Martini, S. Cerrai, G. Sarno, M. Borbotti [et al.] // *Curr Med Res Opin.* - 2014 June. - 30 (6). - S. 1033-1042.
6. Criner G. J. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society Guideline / G. J. Criner, J. Bourbeau, R. L. Diekemper, D. R. Ouellette, D. Goodridge, P. Hernandez [et al.] // *Chest.* - 2015. - Apr 147 (4). - P. 894-2.
7. Kohnlein T. Non-invasive positive pressure ventilation for the treatment of severe stable chronic obstructive pulmonary disease: a prospective, multicenter, randomized, controlled clinical trial / T. Kohnlein, W. Windisch, D. Kohler, A. Drabik, J. Geiseler, S. Hartl [et al.] // *Lancet Respir Med.* - 2014 Sep. - 2 (9). P. 698 705.
8. 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 randomized trial // *BMJ* 2014. - 349. - P. 5392.
9. Kon S. S. The Clinical COPD Questionnaire: response to pulmonary rehabilitation and minimal clinically important difference / S. S. Kon, D. Dilaver, M. Mittal, S. M. Nolan, A. L. Clark, J. L. Canavan [et al.] // *Thorax.* - 2014. - Sep. - 69 (9). - P. 793-8.
10. Busch A. M. Depressed mood predicts pulmonary rehabilitation completion among women, but not men I A. M. Busch, L. A. Scott-Sheldon, J. Pierce, E. Ae Chattillion, K. Cunningham, M. L. Buckley [et al.] // *Respir Med.* - 2014 Jul. -108 (7). - P. 1007-13.
11. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
12. Updated 2016. <http://www.goldcopd.org/>
13. Grygus I. Obecny stan przewlekłej obturacyjnej choroby płuc / I. Grygus, M. Maistrak // *Journal of Health Sciences.* - 2013. 3 (10). - P. 729-744.

**INFORMATION COMPONENT IN THE REHABILITATION PROCESS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

*Chronic obstructive closure of a legend is an increase in obstruction that can be prevented and eliminated. The article presents current data on the increase in chronic obstructive pulmonary disease, indicative mortality, treatment costs and WHO prognostic data for the future. The necessity of physiotherapeutic therapy of patients with chronic obstructive pulmonary disease with obligatory emphasis on warehouse information is substantiated. The proposed algorithm for information work with patients with chronic obstructive pulmonary disease consists of a block of interviews, an information block and a block of recommendations. It is necessary to emphasize that the information of a warehouse can be constantly improved, taking into account individual features of the patient and a tap of rehabilitation. Lifestyle advice Include smoking cessation by patients, diet, breathing exercises and, if necessary, rational employment.*

*The purpose of the work was scientifically processed and developed algorithms for self-stagnation in patients with COPD means of physical therapy.*

*The results of the study: the development of an algorithm for information work with patients with chronic obstructive pulmonary disease.*

*Basics: physiotherapy occupies an important place in the complex treatment of patients with COPD. The obligatory component of the partial program of physical rehabilitation of patients should be the information component including the block of interviews, the information block and the block of recommendations. The algorithm of information robots from patients with COPD can be post-conflict retrofitted, taking into account the individual characteristics of patients, the severity of the disease and the stage of rehabilitation. Lifestyle advice should be sound and include the necessary steps to implement it. First of all, it concerns the cessation of smoking by patients, adherence to diet, use of breathing exercises and, if necessary, rational employment.*

*Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, physical rehabilitation, educational activity, algorithm*

---

**Стаття надійшла до редакції 23.04.2022 р.**

**Бібліографічний опис статті:**

Майструк М. Інформаційна складова в реабілітаційному процесі хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2022. № 1. С. 45-51.

Maistruk M (2022) Information component in the rehabilitation process of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*, № 1, pp. 45-51.