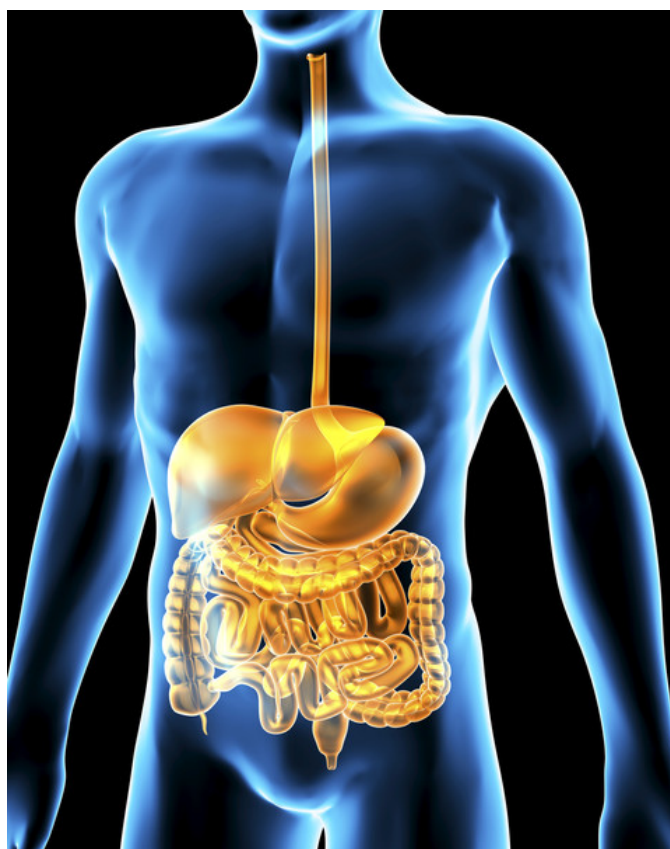


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, І. О. Стецюк

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ
В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
*для студентів VI курсу медичного факультету
спеціальності «Медицина» і «Педіатрія»*



Запоріжжя
2021

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 1 від 30.09.2021 р.)
та рекомендовано для використання в освітньому процесі.*

Автори:

Н. С. Михайловська – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

О. О. Лісова – канд. мед. наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

І. О. Стецюк – асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Рецензенти:

Л.П. Кузнєцова – д-р мед. наук, професор кафедри загальної практики - сімейної медицини, гастроентерології, фізичної та реабілітаційної медицини ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»;

І.М. Фуштей – д-р мед. наук, проректор з наукової роботи, професор кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», заслужений діяч науки і техніки України.

Михайловська Н. С.

М69 Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія» / Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, І.О. Стецюк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 158 с.

Навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів 6 курсу складено відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина», «Педіатрія».

Видання має на меті допомогти студентам краще засвоїти матеріал під час самостійної роботи, підготуватися до практичних занять, підсумкового модульного контролю та може бути використаний у навчальному процесі при вивченні дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина».

УДК 616.3-08(075.8)

ЗМІСТ

Передмова	4
Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів травлення	5
Гастрит	7
Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки	23
Захворювання кишківника	36
Холецистит і жовчнокам'яна хвороба	57
Хронічний панкреатит	71
Гепатити	85
Цироз печінки	110
Питання для самоконтролю студентів	122
Тестові завдання	124
Ситуаційні завдання	130
Додатки	134
Рекомендована література	152
Список використаних джерел	156

ПЕРЕДМОВА

Хвороби органів травлення займають одне з провідних місць в структурі захворюваності населення. Вони схильні до хронічно-рецидивуючої течії, вражають осіб найбільш працездатного віку, знижують якість життя населення і завдають величезних соціально-економічних збитків. Статистичні дані свідчать про те, що близько 95% населення в тій чи іншій мірі потребує регулярних консультацій гастроентеролога. Медико-соціальна значимість проблеми підтверджується тим, що ці хвороби поширені у всіх вікових групах і можуть стати причиною виникнення патологій інших систем органів, приводячи до порушення злагодженої роботи людського організму. До найпоширеніших захворювань травного тракту відносяться гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Хвороби органів травлення часто призводять до тривалої непрацездатності та інвалідності, тягнуть за собою великі прямі і непрямі витрати, пов'язані з необхідністю дорогого лікування та реабілітації пацієнтів, несуть величезних економічних збитків, тому протирецидивне лікування, профілактика та реабілітація цієї патології набуває величезного значення в практиці не тільки гастроентеролога, а й сімейного лікаря.

Навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів 6 курсу складений згідно з вимогами програми навчальної дисципліни «Загальна практика-сімейна медицина».

Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань під час самостійної роботи, навчального процесу та підготовки до підсумкового контролю.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

I. Актуальність. Медико-соціальна значимість хвороб органів травлення визначається їх високою поширеністю, а також щорічним зростанням захворюваності і смертності. В даний час вони займають 4-е місце в структурі загальної захворюваності (7,7%) і смертності (5,2%). За прогнозами експертів ВООЗ, в середині XXI століття хвороби органів травлення будуть займати одне з провідних місць. Це обумовлено багато в чому способом життя сучасної людини (стреси, нераціональне харчування, гіподинамія, шкідливі звички), забрудненням навколишнього середовища, збільшенням в раціоні харчування частки неякісних продуктів харчування тощо. На частку пацієнтів із захворюваннями органів травлення в диспансерній групі сімейного лікаря доводиться майже 32%. Вони в 2,6 рази частіше беруть лист непрацездатності, а протягом року відсутні на робочому місці через хворобу на 3-4 тижні більше в порівнянні з середніми показниками, розрахованими для всього населення. Лікування багатьох захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) вимагає госпіталізації.

II. Загальна мета

Підготовка студентів у напрямку забезпечення охорони здоров'я пацієнтів із захворюваннями органів травлення; формування здорового способу життя; медична реабілітація хворих із найпоширенішими захворюваннями органів травлення із використанням різних методів та методик лікувальної фізичної культури; основи фізіотерапевтичного лікування.

III. Згідно з вимогами освітньої програми студенти повинні:

теоретично знати:

- визначення, етіологію, клінічну симптоматику гастриту, виразкової хвороби, захворювань кишківника, холециститу і жовчнокам'яної хвороби, панкреатиту, гепатиту, цирозу печінки;
- діагностичні критерії та лікувальну тактику вищезазначених захворювань органів травлення;

- методи реабілітації (дієтотерапія, лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія тощо).

Практично вміти:

- діагностувати найпоширеніші захворювання органів травлення;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори;
- призначати лікування при пневмонії, плевриті, бронхіальній астмі, гострому бронхіті, хронічній обструктивній хворобі легень, емфіземі легень, бронхоектатичній хворобі, туберкульозі легень;
- проводити реабілітаційні заходи щодо запобігання розвитку та ускладнень захворювань органів травлення.

Матеріали для самопідготовки

Питання, що підлягають самостійному вивченню:

- складові реабілітації при захворюваннях органів травлення в амбулаторній практиці;
- харчування, нутріціологічні поради;
- руховий режим (ЛФК, фізичне навантаження);
- методи фізіотерапії, рефлексотерапії та інші ад'ювантні методи, які застосовуються при реабілітації пацієнтів із захворюваннями органів травлення в амбулаторних умовах;
- санаторно-курортне лікування при захворюваннях органів травлення.

IV. Методичні вказівки до роботи на практичному занятті

На початку заняття проводиться тестовий контроль вихідного рівня знань, далі опитування за темою заняття. Під керівництвом викладача проводиться клінічний розбір тематичних хворих (історій хвороб) з докладним обговоренням діагнозу за синдромальним підходом, основних методів діагностики, принципів відновного лікування та реабілітації. Студентам пропонується також вирішити клінічні задачі. Заслуховується реферативна доповідь за темою заняття з відповідною презентацією. При завершенні заняття проводиться заключний тестовий контроль знань студентів. Викладач відповідає на питання, що виникли в процесі заняття.

ГАСТРИТ

Гастрит — запалення слизової оболонки шлунка. Ця патологія є найбільш поширеною серед захворювань органів травлення. Гастрити поділяються на гострі і хронічні.

Код за МКХ-10

K29. Гастрит и дуоденит

Епідеміологія

У державах з розвинутою статистичним обліком хронічний гастрит досягає 80-90% серед захворювань власне шлунка. Хронічний гастрит відноситься до самого поширеній патологічного стану травного тракту і часто супроводжує або передуює виразкової хвороби і раку шлунка.

Імовірно, 30-50% дорослого населення інфіковані *Helicobacter pylori*, який в переважній кількості випадків є причиною формування хронічного гастриту або підтримує його перебіг.

Багато людей заражаються *Helicobacter pylori* в дитячому віці за допомогою брудних рук, поцілунків батьків. У країнах, що розвиваються 90% населення, орієнтовно, до 10-ти років інфікуються *Helicobacter pylori*.

Не виключається небезпека інвазивного зараження допомогою незадовільно простерилізованих ендоскопів та шлунково-дуоденальних зондів, інфекція може передаватися водним шляхом.

Етіологія

Хронічний гастрит належить до поліетіологічних захворювань.

До ймовірних причин можна віднести:

- ураження аутоантителами обкладочних клітин слизової оболонки шлунка;

- зараження слизової оболонки шлунка *Helicobacter pylori* і, набагато рідше, іншими мікроорганізмами (*Gastrospirillum hominis*, герпетичною інфекцією, цитомегаловірусом, грибовою флорою) при антральному гастриті;

- рефлюксний закид з дванадцятипалої кишки в шлунок жовчних кислот, лізолецїтіна, які надають шкідливу дію на слизову оболонку.

Зовнішні фактори, що сприяють загостренню і прогресуванню хронічного гастриту (порушення режиму харчування, недоброякісна їжа,

куріння, вживання алкогольних напоїв).

Ендогенні фактори, що призводять до вторинного гастриту (залізодефіцитна анемія, цукровий діабет, токсичний зоб, ожиріння, подагра).

Патогенез

При хронічному гастриті, викликаному екзогенними етіологічними факторами, спочатку порушуються захисний слизовий бар'єр і апікальні мембрани покривного епітелію, що призводить до пошкодження поверхневих шарів слизової оболонки, в першу чергу - пілоричного відділу шлунка. У морфологічній структурі відбуваються закономірні зміни: зменшення кількості залізистих клітин і залоз шлунка, структурні і функціональні їх зміни, розростання у власному шарі слизової оболонки сполучної тканини з утворенням клітинних інфільтратів з лімфоцитів, нейтрофілів і плазматичних клітин, а також поява не властивих для шлунка структур, що виділяють слиз (острівці кишкового епітелію, в шлунку - кишкова метаплазія). На цій стадії патогенезу зміни, як правило, носять переважно запальний характер.

Надалі патологічний процес поширюється на глибші шари слизової оболонки, до запальних змін приєднуються дизрегенеративні і дегенеративні порушення з розвитком атрофії залозистого апарату. Морфологічні зміни, властиві хронічному гастриту, зазвичай прогресують і не мають зворотнього розвитку як мимовільно, так і в процесі лікування. По мірі прогресування захворювання спостерігається тенденція залучення в процес проксимальних відділів шлунка і зростання атрофії слизової оболонки. Швидше прогресує гастрит антрального відділу шлунка, ніж гастрит тіла шлунка.

Поширення процесу на вище розташовані відділи шлунка (наприклад, на тіло, де також починають виявляти *H.pylori*) відбувається, очевидно, через рефлекторне підвищення продукції слизу у відповідь на запалення. Подібні ураження слизової оболонки шлунка прийнято відносити до гастриту типу В. При рефлюкс-гастриті запальний процес розвивається внаслідок цитотоксичного впливу жовчних кислот і мезолецитину, які потрапляють в шлунок при дуоденогастральному рефлюксі, але це запалення носить осередковий характер.

У гастритів типу А (аутоімунних) патогенез заключається в

аутоімунних процесах з виявленням антитіл до парієтальних клітин і внутрішнього фактору. Також такий гастрит відзначається високим рівнем сироваткового гастрину.

В основі етіопатогенезу ендогенних факторів хронічного гастриту лежать нейродистрофічні, токсико-метаболічні і алергічні процеси, що призводять до ураження шлункових залоз за рахунок гальмування клітинного оновлення з порушенням диференціювання епітеліоцитів. З початку хвороби процес носить дифузний характер і спрямований на розвиток атрофії слизової оболонки шлунка. Поряд з атрофією спостерігаються дизрегенеративні явища у вигляді "пілорізації" фундальних залоз і кишкової метаплазії.

Клінічна картина

Розрізняють хронічні гастрити із секреторною недостатністю (гіпоацидний гастрит), нормальною (нормоацидний гастрит) та підвищеною секрецією (гіперацидний гастрит).

Клініка хронічного гастриту неспецифічна і великою мірою визначається типом, характером і розповсюдженням патологічного процесу. У фазі загострення клінічна картина хронічного гастриту характеризується симптомами місцевого і загального характеру. Серед місцевих проявів чільне місце займає біль, який характеризується важкістю і стисненням в епігастральній ділянці живота, який виникає відразу ж після вживання їжі; рідше відчувається "гоłodний", або пізній біль (виникає через 6-7 год. після їжі, частіше ранком), має тупий характер без іррадіації, посилюється при ходьбі й у вертикальному положенні.



Рис. 1. Топографічна класифікація: 1- антральний гастрит (гастрит типу А);
2 - гастрит тіла шлунка (гастрит типу В); 3 - мультифокальний гастрит
(пангастрит)

Диспепсичний синдром характеризується відрижкою повітрям, нудотою, печією, неприємним присмаком у роті, особливо вранці, апетит частіше не порушений. Кишкова диспепсія при хронічному гастриті проявляється бурчанням, переливанням у животі, метеоризмом, флатуленцією, порушенням випорожнення, частіше проносом. Закрепи і схильність до них частіше спостерігаються у хворих на хронічний Нр-асоційований антральний гастрит із підвищеною або збереженою кислотоутворювальною функцією шлунка. Загальні прояви – це астеновегетативний синдром: підвищена дратівливість, мінливий настрій, порушений сон, швидка стомлюваність, пітливість, артеріальна гіпотонія. Часто відсутні зовнішні ознаки хвороби.

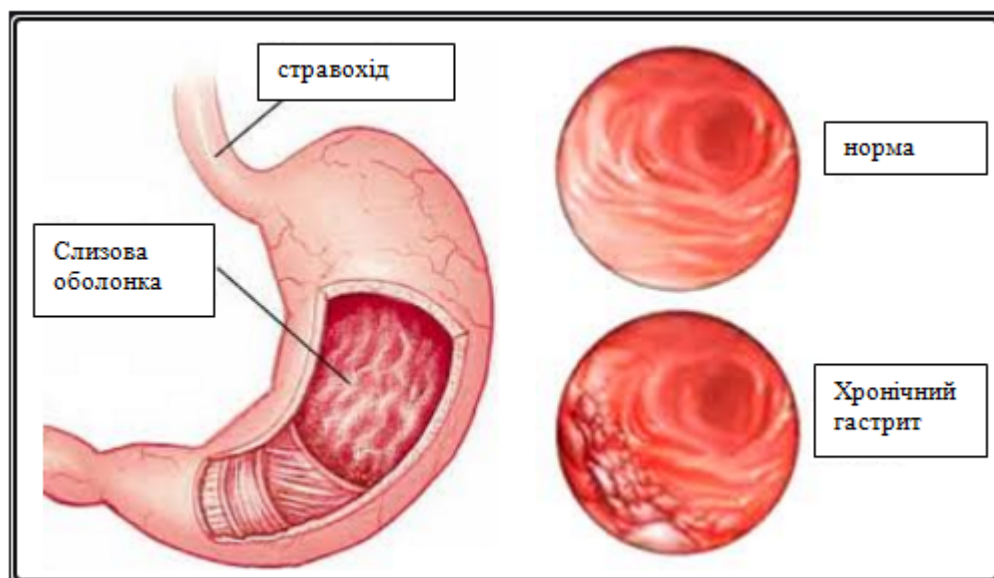


Рис. 2. Ознаки хронічного гастриту

Рідко спостерігають схуднення, блідість шкіри, симптоми гіповітамінозу: заїди в кутах рота, кровоточивість ясен, ламкість нігтів, передчасне випадіння волосся, гіперкератоз, які виявляються лише у хворих на дифузний атрофічний гастрит. Язик переважно вкритий білим або жовто-білим нальотом із відбитками зубів на боковій поверхні. При пальпації живіт м'який, іноді здутий, помірний розлитий біль у ділянці епігастрію, а при хронічному антральному гастриті – локальний біль у пілородуоденальній зоні.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

При хронічному гастриті загострення змінюються фазами ремісії. Особливий склад і режим харчування при цьому захворюванні — обов'язкова складова лікування, поряд з прийомом препаратів, фітотерапією, боротьбою з супутніми чинниками і санаторно-курортним лікуванням. Дієта при хронічному гастриті залежить від фази течії та індивідуальної переносимості. Під час загострення обмеження жорсткіші, а при ремісії раціон харчування дозволяють значно розширити. Але в будь-якому випадку, в харчуванні має міститися необхідна для нормальної роботи організму кількість поживних і мінеральних речовин, вітамінів.

Дуже важливо дотримуватися режиму харчування. Не можна робити тривалі перерви між прийомами їжі. Щоб допомогти своїй травній системі працювати ритмічно, навчіться їсти в строго визначений час, не рідше 4-х разів на день, ретельно пережовуючи їжу.

Найбільш поширеними є столи номер 1, 2 і 5. При всіх цих різновидах столів необхідно дотримання дробового харчування, тобто приймати їжу слід часто, але маленькими порціями. Необхідно розглянути кожен з столів більш докладно.

Стіл 1 (дієта № 1) показаний при гострій фазі хвороби зі збереженою або підвищеною секрецією. Задача дієти — забезпечити хворому шлунку спокій, позбавити його від зайвого еподрознення. Тому їжу приймають виключно в протертому вигляді, відварну або приготовану на пару. Суворі обмеження зазвичай діють на період 1-2 місяці. Забороняється вживання грибів, жирних сортів м'яса, солінь, копченостей, спецій, цибулі та часнику, свіжого хліба. Допустимі до споживання кисломолочні продукти, сухарі, теплі напої (крім кави і міцного чаю), круп'яні каші на молоці та воді (за винятком пшеничного), протерті або запечені некислі фрукти і ягоди, нежирні сорти риби і м'яса, овочі, мінеральна негазована вода, легкі бульйони (коли м'ясо відварюється одним шматком).

Дотримуючись певної дієти, обов'язково раз на місяць протягом тижня рекомендується пити свіжий сік картоплі по півсклянки натще за 1 годину до обіду. Вранці корисна гречана каша. Води (бажано талої) пити багато.

Стіл 2 (дієта номер 2, або полегшена), застосовується в

післяопераційний період, у стадію загострення, при атрофічному гастриті, при зниженій кислотності шлунка. При даному виді столу меню розробляється з урахуванням використання наступних продуктів: нежирних сортів м'яса і риби, міцних бульйонів, кисломолочної їжі (в пріоритеті вживання кумису), овочів, розсипчастих каш, різних видів варення і джемів, будь-яких фруктів (бажано перед вживанням очищати їх від шкірки), солодких ягід (без жорсткої шкірки), зелені (крім кислих сортів — шавлю і шпинату), хліба з грубих сортів борошна, солінь (в дуже невеликих кількостях). При цьому їжу необхідно відварювати або готувати на пару, дозволяється легке обсмажування на вершковому маслі.

Необхідно збільшити споживання рідини — можливе використання різних напоїв, крім міцного чаю, в них по-можливості слід додавати кілька крапель лимонного соку або ягід. Дієта 2 при гастриті забороняє вживання свіжої випічки, молока, винограду, сметани, вершків, копченостей, спецій, капусти, редьки, консервованої продукції.

5 стіл (дієта номер 5) застосовується не тільки при гастриті, але і при інших захворюваннях внутрішніх органів людини.

Дієтичні особливості столу номер 5 при гастриті мають багато загального з іншими видами лікувального харчування. Крім можливості приготування їжі на пару, її відварювання, дозволяється запікати продукти при приготуванні страв. Приймати їжу слід не поспішаючи, не допускається переїдання. Якщо рекомендується при гастриті стіл номер 5, забороняється використовувати рецепти страв, серед інгредієнтів яких є бобові, наваристі бульйони, гриби, кислі сорти зелені (шпинат і щавель), гострі овочеві культури (редис, ріпа, редька). Не дозволяється вживання свіжого хліба, здобної випічки, копченостей, консервованої продукції, шоколаду, спецій, квашеної капусти, жирної молочної та кисломолочної їжі, яєць (зварених круто).

Стіл 5 при гастриті дозволяє використовувати в їжу продукцію, виготовлену з несдобного тіста, нежирну молочну та кисломолочну, пісні сорти м'яса і риби, овочі, солодкі фрукти і ягоди (перед їжею зняти шкірку), мед, крупи (крім пшеничної, ячної, перлової і кукурудзяної), будь-які теплі напої (крім кави).

При гастриті зі зниженою кислотністю виключіть з раціону страви із

здобного тіста, свиняче сало, смажені продукти, чорний хліб, цільне молоко, газовані напої, маринади. У період загострення хвороби не можна вживати сирі овочі і фрукти. Бажано 3 рази на день пити по 100 мл соку чорної смородини. Корисно до їжі з'їдати 1 ч. ложку тертого хрону з цукром або медом. Восени і взимку включають в раціон свіжі ягоди журавлини.

Медикаментозне лікування

Ерадикація бактерії *H.pylori*.

На Україні офіційно рекомендовані схеми терапії, які базуються на положеннях Маастрихтського Консенсусу - V (2016 р.).

Терапія «першої лінії» призначається пацієнтам, які раніше не лікувалися від хелікобактерної інфекції. Вона включає інгібітори протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день + кларитроміцин 500 мг 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день, протягом 7 днів.

Терапія «другої лінії» призначається при проведенні повторного курсу лікування, а також може бути призначена хворим в якості терапії першої лінії, при відомій непереносимості або резистентності до кларитроміцину. Квадротерапія включає інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день + колоїдний субцитрат вісмуту 120 мг 4 рази на день + метронідазол 500 мг 3 рази на день + тетрациклін 500 мг 4 рази на день 7 днів [30].

4 варіанти терапії: потрійна (інгібітор протонної помпи + 2 антибіотика), послідовна (спочатку інгібітор протонної помпи + 1 антибіотик, далі цей антибіотик замінюють на 2 інших), гібридна (інгібітор протонної помпи + 1 антибіотик, далі він не прибирається, а до нього додаються 2 інших антибіотика), одночасна (інгібітор протонної помпи + 3 антибіотика: кларитроміцин + амоксицилін + метронідазол). Алгоритм антихелікобактерної терапії першої лінії наведено на рис. 2.

Терапія з вісмутом повинна призначатися не менше, ніж на 10 днів, але при високій резистентності до метронідазолу вона призначається на 14 днів. Вважають, що за 2 тижні лікування метронідазол може подолати резистентність *H.pylori* до нього. Подібний підхід розглядається і щодо тривалості безвісмутної одночасної терапії. За рекомендацією консенсусу, ця терапія призначається на 14 днів, за винятком ситуацій, коли 10-денна терапія довела свою ефективність на локальному рівні

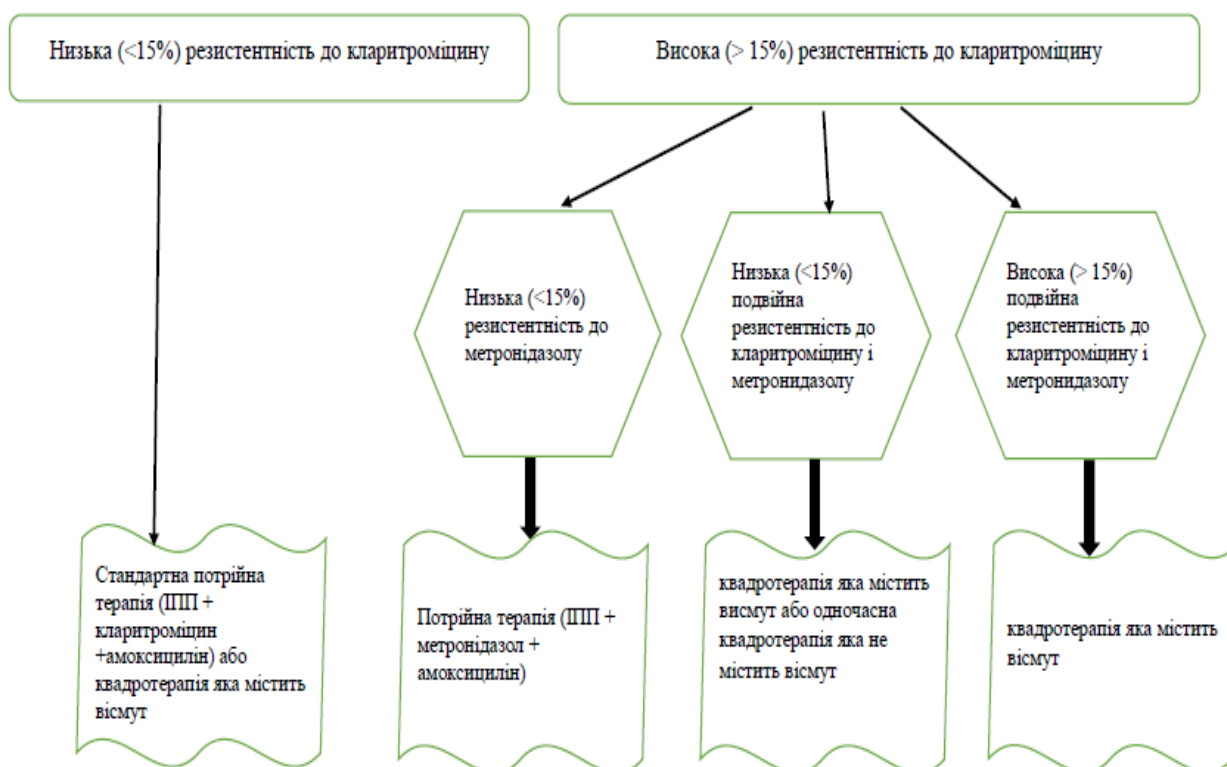


Рис 3. Алгоритм антихелікобактерної терапії першої лінії

. Аналогічна рекомендація для потрійної терапії (в країнах з низькою резистентністю до кларитроміцину): тривалість терапії повинна бути продовжена до 14 днів, якщо ефективність 10-денної терапії не була підтверджена локально. Відносно більш тривалого (14 днів) використання кларитроміцину у країнах, де зареєстрована висока частота резистентності *H.pylori* до метронідазолу (до таких належить і Україна), рекомендується заміна в схемах терапії метронідазолу на фуразолідон в дозі 100-200 мг 2 рази на добу.

Після проведення двох невдалих курсів антихелікобактерної терапії, лікування повинно підбиратися індивідуально і ґрунтуватися на визначенні чутливості *H.pylori* до антибіотиків, за даними бактеріологічного дослідження біоптатів шлунка.

Альтернативні схеми:

- інгібітор протонної помпи в подвійній дозі 2 рази на день + амоксицилін 750 мг 4 рази на день, протягом 14 днів;
- інгібітор протонної помпи у стандартній дозі 2 рази на день + амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + рифамбутин 300 мг на добу, або

левофлораксацин у дозі 500 мг на добу протягом 7-14 днів. Алгоритм антихелікобактерної терапії другої лінії наведено на рис. 3.

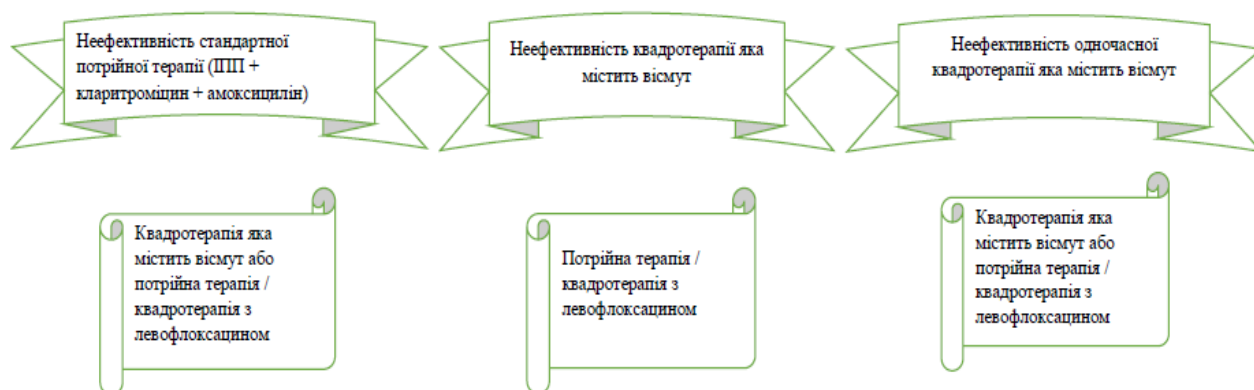


Рис. 4. Алгоритм антихелікобактерної терапії другої лінії

При аутоімунному атрофічному гастриті з ахлоргідрією і В12-дефіцитною анемією: оксікобаламін 1 мл 0,1% розчину (1000 мкг) внутрішньом'язово щодня протягом 6 днів, далі, протягом місяця, препарат вводиться 1 раз на тиждень, а в подальшому - довічно, 1 раз в 2 міс. Замість оксікобаламіна можна використовувати цианкобаламін. Невеликій частині хворих через розвиток дефіциту заліза, слід на 1,5-2 міс. призначити всередину препарат заліза в загальноприйнятій дозі.

При наявності симптомів мальдигестії - всередину ферментні препарати (креон, пангрол, мезим-форте, панзинорм-Н) по 1-2 капсулі (таблетці) 3 рази в день із їжею.

При рефлюкс-гастриті препаратами вибору є антациди і альгірати (фосфалюгель, маалокс, тальцид, гавіскон і ін.), які адсорбують жовчні кислоти, що пошкоджують компоненти дуоденального рефлюксату. Призначається один з препаратів в загальноприйнятих дозах в перервах між прийомами їжі, протягом 2-3 тижнів.

За показаннями:

- при психоемоційних порушеннях - еглоніл (сульпірид) 100-200 мг 2 рази на день;
- при комбінованому дуоденогастральному рефлюксі - урсодезоксихолева кислота;

- при супутньому дисбіозі кишечника - корекція кишкової мікрофлори, полівітаміни.

Руховий режим

Застосовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу. Навантаження на м'язи живота залишаються обмеженими. Рухи виконують у повільному темпі, ритмічно. У післялікарняний період рекомендовано рогулянки, теренкур, спортивні і рухливі ігри, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах.

Лікувальну фізичну культуру призначають у період стихання загострення. Вона *протипоказана* при сильному болю, багаторазовому блюванні. Завдання ЛФК: поліпшення психоемоційного стану і нейрогуморальної регуляції процесів травлення; нормалізація секреторної і моторної функції травного тракту; стимулювання крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини, підсилення трофічних і репаративних процесів, зменшення запальних явищ; покращання функції дихання; зміцнення м'язів живота і промежини.

ЛФК під час стаціонарного лікування проводять у два періоди. Її методика ґрунтується на фізіологічній залежності секреторної і моторної функцій шлунка від характеру і обсягу м'язової роботи.

При гастритах з нормальною і підвищеною секрецією шлунка лікувальну гімнастику проводять перед прийомом їжі, що пригнічує шлункову секрецію. З цією метою за 1-1,5 год до прийому їжі і фізичних вправ вживають мінеральну воду (лужанська, поляна квасова та ін.), що, у свою чергу, теж гальмує секреторну функцію шлунка. Використовують полегшені гімнастичні вправи у поєднанні зі статичними і динамічними дихальними вправами та вправами на розслаблення, обмежуючи навантаження на м'язи живота. Рухи виконують у повільному темпі, ритмічно.

При гастритах із секреторною недостатністю лікувальну гімнастику проводять за 2 год до прийому їжі, що стимулює шлункову секрецію. Для підвищення ефекту за 20-30 хв до прийому їжі п'ють мінеральну воду (миргородська, нарзан кримський та ін.). Комплекси складають із загальнорозвиваючих вправ з невеликою кількістю повторень і обмеженою амплітудою рухів. Спеціальні вправи для м'язів живота виконуються

обережно.

I період відповідає гострій та підгострій фазам захворювання. Хворому призначають напівліжковий режим. Застосовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу. Тривалість занять лікувальною гімнастикою 10-20 хв., загальне навантаження невелике.

II період збігається з покращанням загального стану хворого, поступовим одужанням, переходом на вільний руховий режим, нарощенням навантажень, застосуванням спортивно-прикладних вправ. У комплексах лікувальної гімнастики зберігається кількість дихальних вправ і вправ на розслаблення, збільшуються спеціальні, загальнорозвиваючі вправи з предметами, за рахунок чого заняття тривають 20-25 хв. У цьому періоді у хворих на гастрит з підвищеною секрецією навантаження на м'язи живота залишаються обмеженими.

Лікувальний масаж призначають у ті самі строки, що й ЛФК для нормалізації діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи, поліпшення крово- і лімфообігу та обмінних процесів у шлунку, нормалізації його секреторної і моторної функцій. Застосовують сегментарно-рефлекторний, класичний і апаратний масаж. Масажують паравертебральні зони середньогрудних D9-D5 і середньошийних C5-C4 спинномозкових сегментів, рефлексогенні зони спини, шиї і живота; обережно роблять масаж шлунка і м'язів живота. При гастритах з секреторною недостатністю використовують масаж ділянки шлунка електровібратором, який переміщується за годинниковою стрілкою.

Методика масажу при хронічному гастриті

Масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів (D9-D5 і C5-C4): площинне глибоке погладження, циркулярне розтирання кінчиками пальців, штрихування, пиляння.

Розминка поздовжня: непереривиста вібрація, поплескування. Масаж найширших м'язів спини і трапецієвидних м'язів – погладження, розтирання, штрихування, пиляння, розминка, вібрація. Погладження, розтирання пальцями і ліктьовим краєм долоні внутрішнього краю і кута лівої лопатки. Масаж грудино-ключично-соскоподібних м'язів.



Рис. 5. Вісцеральний масаж по Огулову і Барралю

Масаж передньої поверхні грудної клітки: великих грудних м'язів – погладження, розтирання, розминка; погладження міжреберних проміжків, III-VI ребер зліва, граблеподібне розтирання від грудини до хребетного стовпа; погладження і розтирання над- і підключичних зон зліва і реберних дуг від грудини до хребетного стовпа. Масаж області рефлексогенних зон чревного сплетіння – погладження і циркулярне розтирання кінчиками пальців і долонною поверхнею кисті від грудини до пупка.

Масаж шлунка: кругове погладження справа наліво в області шлунка, спочатку ніжне площинне, потім, при розслабленні м'язів, більш глибоке. Граблеподібне ніжне розтирання м'яких тканин в області лівого підребер'я. Непереривиста вібрація шлунка долонею: струс шлунка граблеобразно поставленими пальцями на надчревную область зліва; підштовхування шлунка. Ніжна поверхнева непереривиста вібрація в області сліпої кишки.

Масаж м'язів черевного преса: погладження, розтирання (стругання, пиляння, перетин), розминка (поздовжнє, поперечне розтягнення, стиснення, зрушення, накочення), вібрація (непереривчасте вібраційне погладження, ніжне поплескування). Струшування живота. Тривалість процедури: 10-15 хв. Курс лікування 12-15 процедур, через день.

Фізіотерапію призначають у фазі загострення і при затуханні процесу з метою протизапальної та знеболюючої дії, активізації крово- і лімфообігу, нормалізації секреторної і моторної функції шлунка, трофічних процесів в

ньому, зменшення збудливості нервової системи при гіперсекреції і підвищення її збудливості при секреторній недостатності. Застосовують солюкс, індуктотермію, мікрохвильову терапію, медикаментозний електрофорез, діадинамо-терапію, УФО, парафіно-озокеритні аплікації, зігріваючі компреси, хвойні чи радонові ванни, електросон.

Післялікарняний період реабілітації проводиться в поліклініці, санаторії-профілакторії, санаторії. Застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом. Завдання ЛФК: нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції процесів травлення; підтримання досягнутого рівня функціонування шлунково-кишкового тракту; попередження загострення захворювання та максимальне подовження фази ремісії; зміцнення м'язів живота та промежини; загальне зміцнення організму; адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, прогулянки, теренкур, спортивні і рухливі ігри, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах.



Рис. 6. Процедура індуктотермії

В комплекси лікувальної гімнастики включають вправи для всіх м'язових груп, на координацію, вправи з м'ячами, гімнастичними палицями, гантелями вагою до 2 кг, різні види ходьби. Заняття будують і проводять з

урахуванням особливостей секреторної функції шлунка, наявності супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність. Тривалість лікувальної гімнастики 35-40 хв. Заняття рекомендується проводити з музичним супроводом, особливо особами з секреторною недостатністю шлунка.

Лікувальний масаж застосовують для стимулювання оптимальної діяльності центральної і вегетативної нервової системи, секреторної і моторної функції шлунка, зміцнення м'язів живота, загального зміцнення організму. Використовують ті самі види масажу, що й у попередньому періоді реабілітації, однак масаж шлунка та живота проводять більш енергійно. Масаж шлунка розпочинають з колових погладжувальних за годинниковою стрілкою, що поступово стають більш глибокими. Далі застосовують розтирання у ділянці лівого підребер'я, безперервну вібрацію шлунка (стрясування і підштовхування його); ніжну поверхневу безперервну вібрацію ділянки сліпої кишки. При масажі м'язів живота використовують основні прийоми та їх різновиди, роблять стрясування та струшування живота.

Фізіотерапію застосовують для нормалізації процесів збудження і гальмування в ЦНС і підвищення її регулюючої функції; підвищення при гіпоацидному або зниження при гіперацидному гастриті секреторної функції шлунка; поліпшення крово- і лімфообігу, трофічних процесів в ньому; загартування організму; профілактики загострення захворювання і подовження фази ремісії. Використовують пиття відповідної мінеральної води, електрофорез, індуктотермію, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, ультразвук, грязьові аплікації, УФО, електросон, ванни хвойні, радонові, прісні, вібраційні, душ, обливання, обтирання, кліматолікування.

Санаторно-курортне лікування

В період ремісії показано санаторно-курортне лікування на бальнеопиттєвих курортах, якщо немає протипоказань з боку інших органів і систем.

Протипоказання до лікування хронічного гастриту на курортах: ригідний і гіпертрофічний гастрити, хвороба Менетрие, гіперпластичні зміни слизової оболонки шлунка при неможливості виключити злякисне переродження, поліпоз шлунка, наявність кровоточивих поліпів, аденоматозних поліпів з тенденцією до зростання за останній рік, а також

ускладнення після оперативного лікування шлунка.

Основний лікувальний фактор, звичайно ж, це питні мінеральні води, які призначаються пацієнтам в залежності від стадії та перебігу хронічного гастриту, а також з урахуванням базової функції шлунка з метою відновлення її порушень. Для стимуляції секреторної активності шлунка пацієнтам призначаються гідрокарбонатно-хлоридно-натрієво-кальцієві мінеральні води, такі як «Єсентуки № 4», вода «Боржомі», а також хлоридно-натрієві води курортів Друскінінкай і Бірштонас. Всі ці води приймаються з розрахунку 3 мл / 1 кг ваги людини (початкова доза становить 75-100 мл) за 15-20 хвилин до їжі і 3-4 рази в день. Температура цих мінеральних вод становить 20-25° С, їх п'ють повільно, маленькими ковтками. Тривалість питного курсу повинна становити від 1 до 1,5 місяців, а повторити його можна через 4-6 місяців.

В умовах санаторно-курортного лікування хронічного гастриту застосовуються і фізичні методи. До них відносяться такі вегетокоригуючі методи, що активізують нейрогуморальну регуляцію моторної і секреторної функцій шлунка, як транскраніальна електростимуляція і транскраніальна низькочастотна магнітотерапія. Для того щоб відновити порушену слизову шлунка, застосовується інфрачервона лазеротерапія та ДМВ-терапія, імуномодуючі методики, такі як лазерне опромінення крові. З метою купірування запалення в слизовій оболонці шлунка пацієнтам призначають низькочастотну магнітотерапію, для зменшення больового синдрому проводять діадинамотерапію і імпульсну низькочастотну електротерапію. Для поліпшення психоемоційного статусу пацієнті призначають седативні методики: хвойні і йодобромні ванни, електросон, гальванізацію комірцевої зони за методом Щербака.

Також в лікуванні пацієнтів з хронічним гастритом включається лікувальна гімнастика, але вона призначається тільки після купірування гострого болю. Спочатку заняття проводяться на спині або лежачи на лівому боці, з маленькою амплітудою руху кінцівок протягом 10-15 хвилин. Далі проводяться тренування, спрямовані на роботу над силою і витривалістю, зі зміною положення тіла, робляться вправи для тренування діафрагмального дихання. Звичайно, є і протипоказання до заняття лікувальною гімнастикою: гострі запальні захворювання шлунково-кишкового тракту, наприклад,

поліпоз шлунка, каллезної виразки шлунка, гастроптоз II-III ступеня, пілоростеноз, ерозивний гастрит зі схильністю до кровотеч, ахілія, а також непереносимість фізичного фактора.

Використовують для лікування гастритів бальнеотерапію. Ванни (вуглекислосероводородні, хвойно-перлинні, пінні), нагріті, (до 36-37 ° C), душі (циркулярний, Шарко, підводний) мають заспокійливий ефект, покращують нейрогуморальну регуляцію організму.

У реабілітаційній терапії в умовах санаторіїв та курортів широко і з великим успіхом застосовується грязелікування (пелоїдотерапія). Найбільш ефективним при захворюваннях шлунка є накладення грязі (38-40°C) на епігастральну ділянку. Грязьові аплікації сприяють нормалізації евакуаторної, секреторної і трофічної функцій шлунка.

Джерела, використані для написання даного розділу [1-5, 12, 14, 18, 19].

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки – хронічне захворювання, що характеризується утворенням виразки на стінці шлунка або дванадцятипалої кишки.

Код за МКХ-10

K25. Виразка шлунку.

K26. Виразка дванадцятипалої кишки.

Епідеміологія

Поширеність захворювання по всіх країнах складає близько 4-6% дорослого населення. При повноцінному медичному скринінгу пацієнтів цей відсоток збільшується до 20-25%. Пік захворюваності припадає на вік 30-45 років. Переважно у чоловіків у віці 35-50 років виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки зустрічається частіше в 3-4 рази.

Етіологія

У появі і розвитку хвороби провідну роль відіграють порушення центральної і вегетативної нервової систем, що виникають внаслідок постійних нервово-психічних і фізичних перенапружень, негативних емоцій. Не останнє місце займають часті порушення режиму і якості їжі, зловживання алкоголем і тютюном, запальні вогнища у слизовій шлунка і дванадцятипалої кишки. Інші фактори ризику: тривалий прийом препаратів, що впливають на слизову оболонку шлунка, основні: НПЗЗ і глюкокортикоїди (преднізолон), стреси, генетична схильність, порушення обміну речовин, гіповітаміноз.

Патогенез

Відповідно до сучасних уявлень, патогенез ВХ в загальному вигляді зводиться до порушення рівноваги між факторами кислотнопептичної агресії шлункового вмісту і елементами захисту слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки - складний патологічний процес, в основі якого лежить запальна реакція організму з формуванням локального пошкодження слизової верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, як відповіді на порушення ендogenous балансу місцевих «захисних» і «агресивних» факторів гастродуоденальної зони і ілюструється схемою, що

отримала назву «ваги Шея».

До агресивних факторів належать такі: посилений секреторний потенціал - маса головних і обкладочних клітин, що виробляють соляну кислоту і пепсин, змінена реакція залізистих елементів слизової оболонки шлунка на нервові і гуморальні стимули, що призводять до підвищеного кислотоутворення і періодично неадекватною гіпергастринемією, швидка евакуація кислого вмісту в цибулину 12-палої кишки, що супроводжується «кислотним ударом» по слизовій оболонці, агресивною дією жовчних кислоти, алкоголь, нікотин, лікарські препарати (нестероїдні протизапальні засоби, глюкокортикоїди), гелікобактерна інвазія.

Клінічна картина

Основними клінічними проявами ВХ є больовий і диспепсичний синдроми. Класична тріада (біль, блювання, кровотеча) зустрічається все рідше. При виразковій хворобі дуоденальної локалізації біль характеризується періодичністю (чергуванням періодів загострення й ремісії), ритмічністю, пов'язаною з прийомом їжі, сезонністю (весняні й осінні загострення). Біль виникає натще (часто вночі) й зменшується або повністю зникає після прийому їжі й антацидних препаратів, холінолітиків. Як показують ендоскопічні дослідження, біль часто припиняється раніше, ніж рубцюється або заживає виразка. Диспепсичний синдром для цих пацієнтів менше властивий, ніж больовий. При виразковій хворобі шлунка сезонність захворювання менш виражена; больовий синдром триваліший; антациди менш ефективні, а їжа швидше провокує біль, ніж його усуває. Ранній біль властивий виразкам, розташованим у верхньому відділі шлунка; для виразок антрального відділу шлунка та 12-палої кишки характерний пізній (через 1,5-2 год.) і нічний біль, може бути й "голодним" (зменшується або навіть припиняється після прийому їжі).

Диспепсичний синдром: нудота, відсутність апетиту й блювота частіше виявляються при локалізації виразки в шлунку. Регулярна щоденна (особливо ранкова) блювота залишками раніше спожитої їжі властива порушенням евакуації через набряк та спазм воротаря й особливо через стеноз вихідного відділу шлунка. "Мелена" – чорні рідкі випорожнення – та блювота "кольору кави" властиві такому ускладненню ВХ, як кровотеча; больовий синдром на висоті кровотечі зникає. Слід зазначити, що "мелена" з'являється через 6 год. –

2 доби, а лабораторні дані, які свідчать про наявність анемії, – через 1 добу після початку шлунково-кишкової кровотечі. До диспепсичних явищ при ВХ також відноситься печія (у 60-80 % випадків). Вона має ті ж типові риси, що й біль (періодичність, сезонність).

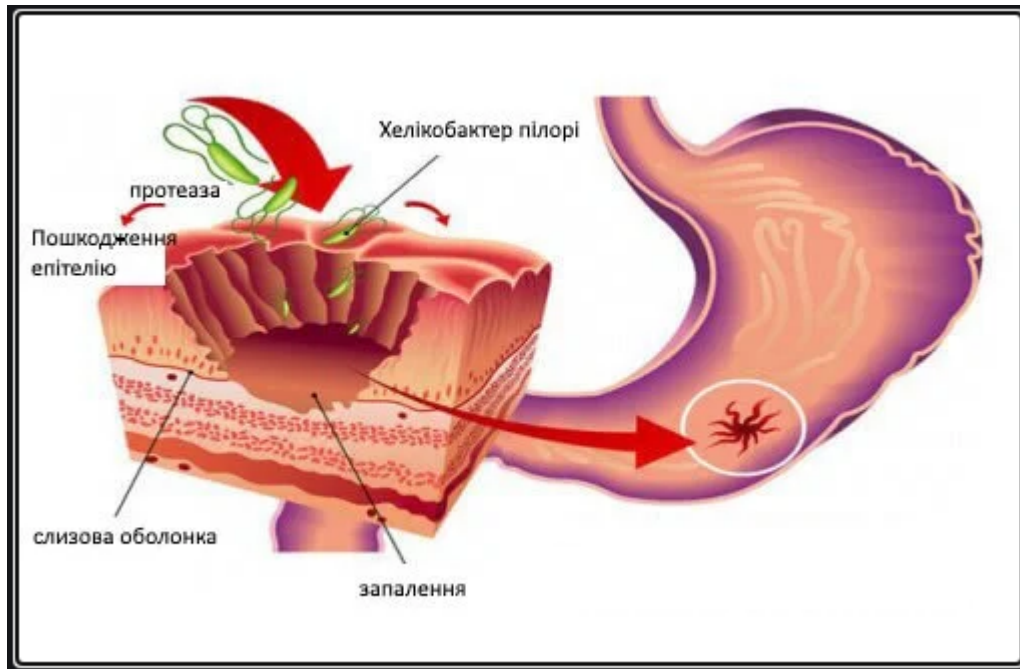


Рис. 7. Виразка шлунка

Печія пов'язана з порушенням моторної функції стравоходу та шлунка і є ознакою наявності у хворого гастроєзофагеального рефлюксу. Апетит у хворих на ВХ не тільки зберігається, але інколи навіть значно посилюється. У зв'язку з тим, що біль, як правило, пов'язаний із прийомом їжі, то інколи у хворих з'являється страх перед прийомом їжі. У деяких хворих на ВХ періодично спостерігається посилене слиновиділення, якому передують нудота.

Закрепи частіше виникають у період загострення ВХ і зумовлені характером харчування хворих, ліжковим режимом і, головним чином, нервово-м'язовою дистонією товстої кишки вагусного походження. Іноді закрепки виникають або посилюються внаслідок прийому антацидних препаратів, зокрема солей кальцію.

Пронози зустрічаються рідко й зумовлені супутніми ураженнями тонкої кишки, що супроводжуються порушенням функцій травлення та всмоктування. У хворого на ВХ можуть появлятися різноманітні функціональні порушення: астеничні, неврастенічні, істероформні, афективні.

Втрата маси тіла у період загострення має місце майже в усіх хворих на ВХ. Анемія у хворих на ВХ є наслідком кровотечі з виразки, причому вона може бути непостійною, незначною, прихованою, що виявляється лише при лабораторному дослідженні випорожнень кишечника. Під час огляду порожнини рота у хворих на ВХ часто виявляють каріозні зуби, а також супутній пародонтоз, які негативно впливають на якість пережовування їжі, що може сприяти загостренню ВХ, особливо шлункової локалізації. Язик у хворих на ВХ із супутнім гастритом може бути покритий білувато-жовтуватим нальотом, а через прогресування атрофічного гастриту зі зниженою секреторною функцією шлунка згладжуються його сосочки.

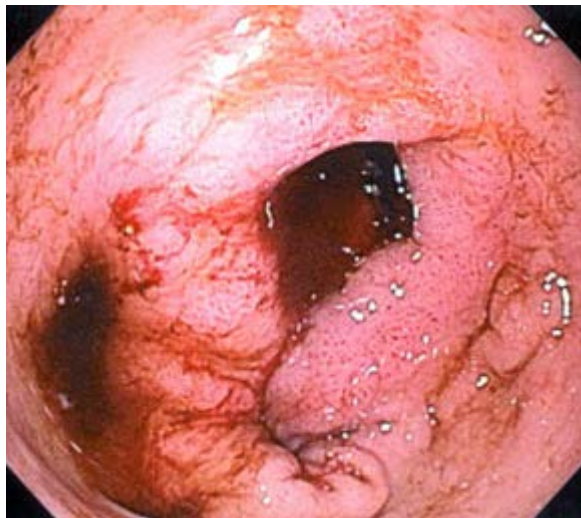


Рис. 8. Кровотеча при виразці шлунка

При поверхневій пальпації живота під час загострення ВХ часто визначається локальний помірний біль в епігастральній ділянці зліва (при медіогастральних) або справа (при пілоричних або дуоденальних виразках) від серединної лінії, а при локалізації виразкового дефекту в кардіальному й субкардіальному відділах шлунка – безпосередньо біля мечоподібного відростка. Болючість при поверхневій пальпації живота у хворих на ВХ часто поєднується з помірною резистентністю м'язів передньої черевної стінки в ділянці верхньої третини правого (при дуоденальній локалізації виразки) або лівого (при медіогастральних виразках) прямого м'яза живота, що пов'язано з реакцією парієтального листка очеревини. Певне значення в діагностиці загострення ВХ має позитивний симптом Менделя: поява чіткого локального болю під час ривкової пальпації в епігастральній ділянці.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Рекомендовано часте (5-6 разів на добу), дрібне харчування, відповідно правилу: "шість маленьких прийомів їжі краще, ніж три великих", механічного, термічного і хімічного щадіння слизової оболонки шлунка. У більшості випадків показано призначення дієти № 1 по М.І.Певзнеру. Раніше рекомендовані дієти 1а і 1б як фізіологічні неповноцінні в даний час практично не застосовуються.

З харчового раціону необхідно виключити продукти, що подразнюють слизову оболонку шлунка і збуджуючі секрецію соляної кислоти: міцні м'ясні і рибні бульйони, смажену і наперчену їжу, копченості та консерви, приправи і спеції (цибуля, часник, перець, гірчицю), соління й маринади, газовані фруктові води, пиво, біле сухе вино, шампанське, каву, цитрусові.

Слід віддавати перевагу продуктам, які мають виражені буферні властивості (тобто здатністю зв'язувати і нейтралізовувати соляну кислоту). До них відносяться м'ясо і риба (відварені або приготовані на пару), яйця, молоко і молочні продукти). Дозволяються також макаронні вироби, черствий білий хліб, сухий бісквіт і сухе печиво, молочні і вегетаріанські супи. Овочі (картопля, морква, кабачки, цвітна капуста) можна готувати тушкованими або у вигляді пюре і парових суфле. У харчовий раціон можна включати каші, киселі з солодких сортів ягід, муси, желе, сирі терті і печені яблука, какао з молоком, німецький чай.

Потрібно пам'ятати і про такі прості, але в той же час важливі рекомендації, як необхідність приймати їжу в спокійній обстановці, не поспішаючи, сидячи, ретельно прожовувати їжу. Це сприяє кращому просочуванню їжі слиною, буферні можливості якої є досить вираженими.

Медикаментозне лікування

Тактика лікування ВХ відповідно до Маастрихтського консенсусу – II і III:

- лікування *H.pylori* -асоційованої ВХ : послідовне застосування терапії 1-ї, 2-ї та 3-ї лінії.
- лікування *H.pylori* - негативної ВХ: індивідуальний підхід в залежності від провідного етіопатогенетичного механізму виразки.

Руховий режим

У лікарняний період реабілітації використовують ЛФК, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання. *Протипоказана* ЛФК при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі, підозрі на прорив виразки. Завдання ЛФК: нормалізація тонуусу ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин, поліпшення психоемоційного стану; активізації крово- і лімфообігу, обмінних і трофічних процесів в шлунку, дванадцятипалій кишці та інших органах травлення; стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки; зменшення спазму м'язів шлунка; нормалізація секреторної і моторної функцій шлунка і кишечника; попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині.

В I період під час ліжкового режиму застосовують лікувальну гімнастику, що проводиться, переважно, у положенні лежачи на спині. Комплекси складають з дихальних статичних і, у подальшому, динамічних вправ, на розслаблення, простих гімнастичних вправ малої інтенсивності. Виключають вправи для м'язів живота і ті, що підвищують внутрішньочеревний тиск і можуть викликати або підсилити біль у животі. Тому рухи ногами виконуються у повільному темпі, повторюються по 4-8 разів. Тривалість лікувальної гімнастики 10-15 хв. Рекомендується самостійно виконувати статичні дихальні вправи і вправи на розслаблення по кілька разів на день.

З призначенням напівліжкового режиму до форм ЛФК додаються ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна ходьба, що поступово доходить до 1 км. Лікувальна гімнастика проводиться у вихідних положеннях лежачи, сидячи, в упорі стоячи на колінах, стоячи. Методика передбачає поступове навантаження на всі м'язи, за винятком м'язів живота. Не застосовуються також вправи, що можуть призвести до підвищення внутрішньочеревого тиску. Зберігається повільний темп виконання вправ, ритмічні і плавні без ривків рухи. Тривалість занять з лікувальної гімнастики збільшується до 20 хв.

У II період під час вільного режиму разом з подальшим ускладненням гімнастичних вправ із зростаючим зусиллям починають застосовувати вправи для живота без натужування, уникаючи підвищення внутрішньочеревого тиску. Тривалість лікувальної гімнастики 20-25 хв. Дистанція лікувальної

ходьби збільшується до 2-3 км, рекомендується ходьба сходами на 4—5 поверхів.

Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні. Її завдання: зниження збудливості ЦНС, поліпшення регуляторної функції вегетативної нервової системи; усунення або зменшення болю, рухових та секреторних розладів; активізація крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів у шлунку, стимуляція рубцювання виразки. Застосовують спочатку медикаментозний електрофорез, електросон, солюкс, УВЧ-терапію, ультразвук, а при затуханні процесу загострення – діадинамотерапію, мікрохвильову терапію, магнітотерапію, УФО, парафіноозокеритні аплікації, хвойні, радонові ванни, циркулярний душ, аероіонотерапію.



Рис. 9. Магнітотерапія

Діадинамотерапія. Діадинамічні струми в ЦНС формують домінанту ритмічного подразнення і руйнують больову домінанту при загостренні виразкової хвороби. Застосовують струми ДН (по 1-2 хв), КП (по 5-8 хв) і ДП зі зміною полярності на середині процедури, до 10-15 хв, 1-2 рази на день; курс 6-10 процедур. Для посилення дії діадинамофорезу застосовують всередину 50-100 мл 0,25% розчину новокаїну (внутрішньоорганний електрофорез).

Ампліпульстерапія. Синусоїдальні модульовані струми формують аналгезію за механізмами, подібним з діадинамічними струмами. Застосовують струми НЧ (1-2 хв); ПН (100-150 Гц); ПП (80-100 Гц). Режим -

змінний, тривалість посилення немодульованих і модульованих коливань по 1-1,5 с; час проведення процедури струмами: НЧ – 1-2 хв, ПН і ПП – по 3-5 хв. Тривалість процедури 10-12 хв. Глибину модуляції з 25% поступово збільшують до 50, 75, 100%, щодня; курс 6-10 процедур. При проведенні процедур необхідно пам'ятати, що анод, розташований на епігастральній ділянці, викликає зменшення секреції шлункового соку (секретолітична дія), при нормацидному стані шлунка поляриність на епігастральній ділянці змінюється через процедуру.

Транскраніальна електроаналгезія. Селективне збудження імпульсними струмами низької частоти ендогенної опіоїдної системи стовбура головного мозку призводить до блокади висхідної імпульсації з області виразки в кору головного мозку. Знижується також і амплітуда повільних хвиль, присутніх в спектрі ЕЕГ, при больовому синдромі. Впливають імпульсними струмами тривалістю до 7 мс, частотою 100 імп/с, напругою до 8-10 В, наступних пачками по 20-50 імп (аналгезія збільшується при включенні додаткової постійної складової впливу електричного струму в співвідношенні 5:1; 2:1), до 20 хв (при гострих больових синдромах до 30-40 хв); через день; курс 10-15 процедур.

Середньохвильове УФ-опромінення проводять полями (площа не більше 600 см²): на епігастральній ділянці і сегментарній зоні на спині (Т5-Т10) від 2 до 4 біодоз зі збільшенням на 1/2 біодози через два дні на третій; курс 3-5 процедур. Метод протипоказаний при хронічному гастриті з гіперсекрецією, шлунковій кровотечі, поліпозі шлунка, злякисних новоутвореннях, цирозі печінки.

КВЧ-терапія. Міліметровими радіохвилями впливають на рефлексогенні зони і біологічно активні точки, що призводить до збалансування роботи симпатичних і парасимпатичних відділів вегетативної нервової системи, а це сприяє поліпшенню трофіки гастродуоденальної слизової оболонки, посиленню антиоксидантної системи організму, призводить до пригнічення змінного окислення, одного з основних ланок патогенезу захворювання шлунково-кишкового тракту. Застосовують електромагнітні коливання частотою 57-65 ГГц (4-8 мм), частіше використовують фіксовані частоти $53,534 \pm 0,01$ ГГц (5,6 мм) і $42,194 \pm 0,01$ ГГц (7,1 мм); щільність потоку енергії (ППЕ) не перевищує 10 мВт/см².

Частотна модуляція КВЧ-випромінювання досягає 100 МГц. Впливають на епігастральній ділянці і біологічно активні точки. Довжина хвилі 5,6 або 7,1 мм. Зміна частоти (довжини хвилі) через день або через два дні на третій. Час до 10 хв на область (до 5 хв на точку), щодня; курс 10-15 процедур.



Рис. 10. Медикаментозний електрофорез

Трансцеребральна УВЧ-терапія. УВЧ-поле стимулює виділення рилізінг-факторів гіпоталамуса і тропних гормонів гіпофіза, активує центральні ланки нейроендокринної та вегетативної регуляції функцій шлунка і дванадцятипалої кишки. Відбувається стимуляція симпатoadреналової системи і трофіки тканин організму. Застосовують електричне поле УВЧ частотою 27,12 МГц, потужністю 20 Вт, по 5-8 хв, щодня або через день; курс 6-8 процедур.

Післялікарняний період реабілітації проводять в поліклініці або санаторії. Застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом. Завдання ЛФК: стабілізація нормальної діяльності ЦНС та вегетативної нервової системи; підтримання досягнутого рівня моторної і секреторної діяльності шлунка, дванадцятипалої кишки та інших відділів шлунково-кишкового тракту; зміцнення м'язів живота та промежини, адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру; загальне зміцнення організму, попередження загострень та максимальне подовження

фази ремісії. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, теренкур, прогулянки, плавання, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах, спортивні ігри.

Комплекси лікувальної гімнастики складають з вправ для всіх м'язових груп, з предметами, з невеликими обтяженнями, на координацію. Рухи виконують у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою. Дозволяються вправи для живота з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з дихальними і наступним розслабленням. Тривалість заняття 30-40 хв.

Лікувальний масаж призначають для зменшення збудливості ЦНС, поліпшення функції вегетативної нервової системи, нормалізації моторної і секреторної діяльності шлунка та інших відділів шлунково-кишкового тракту; зміцнення м'язів живота, загального зміцнення організму. Застосовують сегментарно-рефлекторний і класичний масаж. Діють на паравертебральні зони середньогрудних D9-D5, нижньо- та середньошийних C7-C3 спинномозкових сегментів. При цьому у хворих на виразкову хворобу шлунка масажують названі зони тільки зліва, а дванадцятипалої кишки – з обох боків. Масажують ділянку комірцевої зони D2-C4, живіт. Роблять поверхневі погладження справа наліво навколо пупка, ніжні розтирання підреберної ділянки, розминання черевної стінки. Використовують ніжні стрясання малої амплітуди ділянки шлунка, вібраційні погладження шлунка і товстої кишки, яку масажують за годинниковою стрілкою: спочатку висхідну її частину, далі горизонтальну, потім низхідну і т.д. Закінчується масаж живота коловими площинними погладженнями.

Методика масажу при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки

Масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів (D9-D5, C7-C3): площинне глибоке погладження, розтирання ліктьовим краєм долоні, пиляння, стругання, поздовжнє розминання, зрушення, натискання, поплескування, рубані, вібраційні погладження.

Масаж найширших і трапецієподібних м'язів: погладження, розтирання, розминка, вібрація. Щипцеподібне погладження і розминання грудино-ключично-соскоподібних м'язів. Погладження і розтирання міжлопаткової області і зони лівої лопатки, внутрішнього краю і кута лівої

лопатки, V-IX міжреберних проміжків і реберних дуг. Погладжування і розминання грудних м'язів. Розтирання кінцями пальців грудини; погладжування і розтирання під- і надключичних зон зліва і від мечоподібного відростка до пупка. Масаж живота, поверхневе погладжування справа наліво навколо пупка, ніжне розтирання кінцями пальців лівої підреберної області, розминка передньої черевної стінки (поздовжнє і поперечне, зрушення, розтягування, накочення), струс області шлунка нижче малої амплітуди, підштовхування шлунка, вібраційне погладжування області шлунка і дванадцятипалої кишки від правої клубової області вгору до правого реберної краю в напрямку до лівого підребер'я і вниз до низхідної ободової кишки. Закінчують масаж живота круговими площинними поглаживаннями. Здавлення і розтягування грудної клітини, струс грудної клітини, струс живота з малою амплітудою в напрямку зліва направо і знизу вгору. Струс таза. Дихальні вправи.

Тривалість процедури: 12-15 хв, курс лікування 12 процедур, через день.

Фізіотерапію застосовують для підтримання нормальної діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи; підвищення неспецифічної опірності і загального зміцнення організму; стимуляції обмінних і трофічних процесів, нормалізації секреторної і моторної функцій травної системи; попередження супутніх запальних процесів та загострень виразкової хвороби, подовження фази ремісії. Призначають медикаментозний електрофорез, магнітотерапію, грязелікування, хвойні, радонові, перлинні ванни; укутування: вологі, загальні; кліматолікування; показане пиття мінеральної води (слов'янська, смірновська, нафтуся та ін.).

Трудотерапію застосовують для підвищення психоемоційного тону пацієнта, повернення впевненості у свої сили, відновлення і підтримання його працездатності. Рекомендуються роботи на свіжому повітрі, в садку, на городі.

Санаторно-курортне лікування

Хворим для закріплення результатів лікування і з метою попередження рецидивів виразкової хвороби рекомендують періодично оздоровлюватися у гастроентерологічних реабілітаційних лікарнях та бальнеопитних курортах не раніше ніж через 2-3 місяці після стихання загострення. Санаторно-курортне

лікування включає в себе грязе- і торфолікування, хвойні та морські ванни, пиття лужних мінеральних вод.

У багатьох хворих є виражений больовий синдром. Існують різні фізіотерапевтичні методи зняття больового синдрому. У санаторіях можна пройти курс центральної електроанальгезії. Ця методика являє собою вплив на шкіру голови імпульсними струмами. Цим досягаються відмінний знеболюючий ефект, а також нормалізація моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту.

Сучасним методом відновного лікування хворих на виразкову хворобу є гіпербарична оксигенація (ГБО). Методика полягає у впливі газового середовища під підвищеним тиском. Важко переоцінити лікувальний ефект від цієї процедури. Посилюється кровопостачання слизової оболонки шлунка, нормалізується нервово-вегетативна регуляція його моторики. Крім того, в клітинах стінки шлунка накопичуються поживні елементи з макроергічними фосфатними зв'язками, необхідні для повноцінної роботи.

В умовах санаторно-курортного лікування застосовується і лазеротерапія. Лазером впливають на шкіру в області проекції виразки або на біологічно активні точки (лазеропунктура). Лазеротерапія має знеболюючу, протизапальну, судинорозширювальну і трофічну дію, тим самим сприяючи рубцюванню виразкового дефекту. Лікування лазером показано тим пацієнтам, у яких виразкова хвороба знаходиться в стані неповної ремісії.

У реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою широко застосовуються процедури з використанням електромагнітного випромінювання. До таких процедур відносяться сантиметрова терапія, дециметрова терапія, застосування змінного магнітного поля низької частоти, а також магнітних хвиль надвисокої частоти. Всі ці процедури безболісні і показані всім пацієнтам в фазі затухаючого загострення і ремісії захворювання.

Найсучаснішими і ефективними методиками, застосовуваними в санаторіях для лікування хворих на виразкову хворобу, є пунктурні методи. Це і широко відоме голковколювання, і електропунктура, і лазеропунктура, і КВЧ-пунктура, а також магнітопунктура низькочастотними хвилями.

Обов'язковим компонентом санаторно-курортної реабілітації є лікувальна фізкультура. Спеціально підібраний комплекс вправ допоможе впоратися із захворюванням. Фізичне навантаження покращує психоемоційний стан, тим

самим сприяючи загоєнню виразки. Поліпшуються моторика, трофічні процеси в шлунку. Перед початком курсу лікувальної фізкультури пацієнтів оглядає лікар. Деяким хворим фізичні навантаження протипоказані. Протипоказаннями для призначення курсу лікувальної фізкультури є інтенсивні болі в епігастрії, багаторазова блювота і нудота, шлунково-кишкові кровотечі. При наявності таких симптомів хворі направляються на лікування в стаціонар.

Джерела, використані для написання даного розділу [1-5, 9, 11, 18, 19, 21, 23, 24].

ЗАХВОРЮВАННЯ КИШКІВНИКА

Серед захворювань кишківника найчастіше спостерігається запалення слизової оболонки товстого кишечника – коліт, тонкого кишечника – ентерит, одночасне запалення тонкого і товстого кишечника – ентероколіт. За своїм перебігом вони поділяються на гострі та хронічні.

Гострі захворювання виникають, переважно, при вживанні несвіжої, неякісної, зіпсованої їжі, внаслідок потрапляння у шлунково-кишковий тракт дизентерійних паличок, патогенних мікроорганізмів, токсичних речовин. Проявляються вони болем у животі, коліками, підвищенням температури, відрижкою, блюванням, діареєю з великою кількістю, неперетравлених часток їжі, а у важких випадках – гною і крові. Хворого, зазвичай, госпіталізують і проводять лікування залежно від причин, що викликали гостре захворювання кишечника. Постраждалим дають проносне та інші ліки, роблять очищувальні та медикаментозні клізми, застосовують дієтотерапію. Засобів фізичної реабілітації, за виключенням окремих методів фізіотерапії, не призначають.

Хронічні захворювання кишечника можуть бути наслідком перенесених гострих захворювань кишечника, інфекції, інтоксикації, патологічних процесів у шлунку, печінці, підшлунковій залозі, вживання недоброякісної, погано обробленої їжі, а також малорухливого способу життя.

Код за МКХ-10

K50. Хвороба Крона.

K51. Виразковий коліт.

K52. Інші неінфекційні гастроентерити і коліти.

Епідеміологія

Щорічна захворюваність виразковим колітом (ВК) є найвищою в Європі (24,3 випадку на 100 тис. населення). Європа також має найвищу поширеність як ВК, так і хворобу Крона (ХК): до 505 хворих ВК на 100 тис. населення (Норвегія) і до 322 випадків ХК (Німеччина). У країнах з початково низькою поширеністю (Азія, Африка) також відзначається зростання захворюваності.

ХРОНІЧНИЙ ЕНТЕРИТ (ХЕ) – це хронічне запалення тонкого кишечника різної етіології, що призводить до дистрофічних змін у стінці кишки і зниження її функцій, дисбактеріозу, вторинних метаболічних, імунних порушень та розладу нервової системи.

Етіологія

- Перенесені гострі кишкові інфекції - дизентерія, сальмонельоз.
- Аліментарний фактор - вживання грубої, гострої, недоброякісної їжі.
- Вживання алкоголю та його сурогатів.
- Токсична дія солей важких металів, нікотину.
- Тривале вживання медикаментів.
- Харчова алергія.
- Іонізуюче випромінювання.
- Недостатність ілеоцекального клапану.
- Недостатність великого дуоденального соска.
- Ішемія стінки тонкої кишки.
- Захворювання органів травлення.
- Довготривалі нервово-психічні навантаження.

Патогенез

• Запальні та дистрофічні процеси в тонкій кишці під впливом етіологічних факторів.

- Порушення порожнинного та пристінкового кишкового травлення.
- Вроджені та набуті ферментопатії.
- Порушення функції системи імунітету.
- Дисбактеріоз.
- Порушення функції ендокринної гастроінтестинальної системи
- Порушення моторної функції тонкого кишечника.
- Порушення функції всмоктування.

Клінічна картина

Виділяють ентеральні симптоми хвороби: діарея, стеаторея, поліфекалія, погана переносимість лактози, здуття живота, бурчання кишечника, біль навколопупкової ділянки, пов'язаний із порушенням моторики кишечника. Для діареї, що супроводжує захворювання тонкого кишечника, характерна наявність рідких, пінистих, водянистих, рясних випорожнень без патологічних домішок, від 3 до 5 разів на добу, частіше в

другій половині дня. Оскільки при тонкокишкової діареї в патологічний процес не втягнута товста кишка, випорожнення неболючі. Така діарея має переважно осмотичний характер. У просвіті тонкого кишечника накопичуються осмотичноактивні неперетравлені нутрієнти. За градієнтом концентрації виходить вода в просвіт кишки, збільшується маса рідкого хімусу, внаслідок чого виникає діарея. Під дією бактеріальних ентеротоксинів іноді приєднується і секреторний компонент, що посилює діарею. При цьому діарея зазвичай супроводжується стеатореєю, що зумовлена або дефіцитом панкреатичної ліпази, або зниженням її активності, пов'язаної з передчасною декон'югацією жовчних кислот.

Позакишкові симптоми пов'язані з порушенням обміну речовин в організмі внаслідок порушення всмоктування в кишечнику (див. клініку мальабсорбції). При пальпації живота виявляють болючість у точці Пергеса (зліва на 2 см вище пупка) і в навколупупкової ділянці (симптом Штернберга). Лабораторні дані: анемія, гіпокальціємія, гіпокаліємія, гіпо- і диспротеїнемія, порушення складу мікробної флори кишечника, можуть виявлятися антигени інфекційних збудників.

Медикаментозне лікування

Перспективним напрямом у лікуванні ХЕ потрібно вважати препарати, які стимулюють перетравлювальну і всмоктувальну функції тонкої кишки (еуфілін, фенобарбітал).

Додаткове введення електролітних сумішей і прийом всередину глюкозо-сольових розчинів допомагає відновленню водно-сольового балансу:

При метаболічному ацидозі	рекомендують бікарбонат натрію, панангін, ізотонічні розчини глюкози і натрію хлориду, глюконат кальцію.
При метаболічному алкалозі	показано введення хлористого калію, хлористого кальцію і хлористого натрію.
При нормальних показниках кислотно-лужної рівноваги	вводять панангін, глюконат кальцію, ізотонічні розчини глюкози і хлористого натрію.

Лікування хворих на ентерит з вираженими моторно-евакуаторними порушеннями проводиться диференційовано, залежно від характеру

порушень моторної активності. Для зниження швидкості евакуації призначають атропін, платифілін, метацин протягом 2 тижнів у звичайних дозах. При переважанні гіпермоторного компонента, вираженому больовому синдромі ефективні міотропні спазмолітики - но-шпа, папаверин, галідор. Препарати, які діють на центральну нервову систему - фенобарбітал, седуксен і гангліоблокатори також мають гальмівну дію на моторику. Для стимуляції рухової активності рекомендують церукал (метоклопрамід), ізобарин. Для лікування ентериту, який асоційований із харчовою алергією, успішно використовують антигістамінні препарати - димедрол, супрастин, піпольфен, тавегіл. Ефективним є також інтал (хромоглікат натрію, налкрон) й ін. Він стабілізує мембрани опасистих клітин. Інтал призначають по 100 мг 2 капсули 4 рази на добу з подальшим зниженням дози до 200-300 мг/добу на термін від 2-3 тижнів до 2-3 місяців.

Хворим із II ступенем тяжкості ентериту і вторинним імунodefіцитом та вираженим синдромом мальабсорбції, що резистентний до терапії, показані кортикостероїдні препарати - преднізолон 15-20 мг/добу (дексаметазон, триамцинолон, урбазон) протягом 2 тижнів з поступовим зниженням дози аж до повної відміни препарату. При лікуванні преднізолоном більше ніж у три рази зростає рівень лужної фосфатази в дуоденальному соці, але активність амілази й ліпази знижується.

При лікуванні хворих на ХЕ потрібно звертати особливу увагу на функціональний стан інших органів системи травлення, враховувати складні метаболічні порушення:

1. При секреторній недостатності шлунка призначають ацидин-пепсин, бетацид, абомін, натуральний шлунковий сік.

2. Зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози компенсується прийманням ферментних препаратів: панкреатин, фестал, панзинорм, панкурмен, дигестал, креон тощо.

3. Тривала діарея викликається подразненням нижнього відділу товстої кишки внаслідок зміни рН фекалій, дисбактеріозу, моторних порушень. У зв'язку з цим хворі нерідко скаржаться на печію, свербіння й інші неприємні відчуття в аноректальній зоні. Для усунення їх рекомендують ректальні процедури, місцеву терапію. У пряму і сигмоподібну кишку вводять в'язучі адсорбуючі речовини (коларгол, протаргол, розчин фурациліну), масляні

мікроклізми з рослинної олії (соняшникової, оливкової), бальзам Шостаковського наполовину з рослинною олією у теплому вигляді після очисної клізми на ніч. Масляні клізми рекомендується поєднувати з 0,1 % розчином протарголу і 1 % розчином коларголу.

4. Для покращання регенерації слизової оболонки кишки за допомогою лікувальних клізм вводиться метилурацил (1-2 г). Лікувальні клізми призначають по 10-20 на курс лікування залежно від переносимості, з температурою 30-40^oС і об'ємом 50 мл.

ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ – це запально-дистрофічне, морфологічно підтвержене ураження всього товстого кишечника чи окремих його частин.

Етіологія

- Важливу роль відіграють перенесені в минулому гострі кишкові інфекції, дизентерія, сальмонельоз, тиф, харчові токсикоінфекції.
- Паразитарні та глистні інвазії.
- Аліментарний фактор - нерегулярний прийом їжі, зловживання гострою їжею, алкоголем, недостатнє вживання вітамінів, грубоволокнистих продуктів.
- Інтоксикація промисловими отрутами (свинець, миш'як, вісмут).
- Іонізуюча радіація.
- Довготривалий прийом лікарських препаратів (серцеві глікозиди, саліцилати).
- Ендогенні інтоксикації (при печінковій, нирковій недостатності).
- Харчова, побутова, медикаментозна алергія.
- Ішемія стінки товстої кишки (при недостатності кровообігу, атеросклерозі мезентеріальних артерій).
- Запальні захворювання інших органів травного тракту.

Патогенез

- Порушення нервової та гуморальної регуляції функції товстого кишечника.
- Порушення секреції гастроінтестинальних гормонів, біогенних амінів, простогландинів.
- Порушення секреторної, екскреторної та всмоктувальної функції товстої кишки.

- Розвиток дисбактеріозу.
- Порухення функції імунної системи, зокрема зниження функції Т-лімфоцитів, які сприяють розвитку аутоімунних реакцій, аутосенсibiliзації.

Клінічна картина

Клініка дискінезії кишечника, особливо закрепи, призводять до розвитку дисбактеріозу у 50-97% хворих. Дискінезії товстого кишечника зумовлюють основні клінічні прояви коліту – біль, порушення випорожнення (закрепи і діарея, іноді кривава), здуття живота, тенезми, хибна діарея (калові кульки з великою кількістю слизу). Загальні скарги хворих на коліт здебільшого зумовлені психовегетативними порушеннями (стан тривоги, депресія, дратівливість, порушення сну) та іншими позакишковими проявами хвороби (виразкові ураження слизової рота, вузликова еритема, артралгії).

Медикаментозне лікування

Антибактеріальні засоби. Їх вибір залежить від результатів бактеріологічного дослідження калу. Використовуються з біологічними препаратами.

Реімплантація нормальної кишкової флори у разі розвитку дисбактеріозу кишечника.

Спазмолітики, регулятори кишкової моторики, антидіарейні, ферментні засоби. Місцеве лікування проктосигмоїдиту.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ – це хронічне прогресуюче запалення і звизракування слизової оболонки товстої кишки (пряма й ободова кишки).

Етіологія

До теперішнього часу не існує єдиної думки про причини виникнення і механізми розвитку НВК. Припускають існування можливих факторів ризику: етнічна приналежність, генетична схильність (10-15% випадків при першого та другого ступеня споріднення); високий соціально-економічний статус, порушення дієти, харчова алергія (непереносимість рафінованого цукру, деяких харчових добавок, гідратованих жирів, чужорідних протеїнів), куріння; прийом оральних контрацептивів, інфекційні агенти, психологічні чинники (НВК нерідко виникає після виражених стресових факторів),

апендектомія (до 20 років - протективний фактор для НВК), раннє штучне вигодовування, порушення імунітету. Згідно з сучасними поглядами, НВК слід розглядати як системний аутоімунний процес з частими позакишковими проявами.

Патогенез

Вплив факторів навколишнього середовища і генетична схильність призводять до порушення імунної відповіді, яка виражається в селективній активації різних субпопуляцій Т-лімфоцитів і зміною функції макрофагів, що призводить до виділення медіаторів запалення і деструкції тканин. Цьому ж процесу сприяє утворення імунних комплексів, фіксованих в осередку ураження. Пошкодження епітелію, викликане цими факторами, супроводжується утворенням нових антигенів вже епітеліального походження. Міграція в осередок пошкодження мононуклеарних клітин і нейтрофілів з судинного русла підсилює запальну інфільтрацію слизової оболонки і призводить до вивільнення нових порцій медіаторів запалення. Персистенція колишніх антигенів і поява нових замикає порочне коло.

Клінічна картина

Кривавий пронос, у тяжких випадках – гарячка і схуднення, біль у животі малотиповий. Позакишкові прояви: ураження шкіри, суглобів, очей, хребта. Найнадійніший метод діагностики й оцінки ефективності лікування – ректоскопія з біопсією слизової і бактеріологічне дослідження калу для відкидання інфекційного ураження. Перебіг і ускладнення: у 5-10% випадків зустрічається блискавичний перебіг, для якого характерні профузна діарея із кров'ю, біль у животі, гіпоальбумінемія, гарячка, електролітні порушення, дегідратація, можливий перитоніт. У 1-2% випадків розвивається найтяжче ускладнення – токсичний мегаколон: атонія і дилатація товстої кишки до 6 см і більше (вимірюється в середині поперечної ободової кишки) на оглядовій рентгенограмі в положенні лежачи.

Медикаментозне лікування

Лікування хворих на НВК передбачає застосування головним чином таких препаратів, як месалазин, ГК, імунодепресивні препарати та моноклональні антитіла TNF-а, і має відповідати ступеню тяжкості захворювання та розповсюдженості патологічного процесу в товстому кишечнику (проктит, лівобічний коліт або панколіт)

Тактика лікування НВК різних ступенів тяжкості наведена в алгоритмі нижче:

I. Легкий ступінь тяжкості

Крок 1. При дистальному та лівосторонньому коліті призначають месалазин (1–4 г/добу місцево); при розповсюдженому коліті – месалазин (2,4–4,8 г/добу перорально).

Крок 2. За наявності позитивного ефекту продовжують застосовувати месалазин місцево або перорально. У разі відсутності клінічного ефекту – ГК (40–60 мг/добу).

II ступінь тяжкості

Крок 1. Месалазин перорально 2,4–4,8 г/добу або місцево.

Крок 2. За наявності ефекту месалазин продовжують застосовувати в тій самій дозі. У разі відсутності клінічного ефекту додатково призначають ГК (40–60 мг/добу перорально).

Крок 3. За відсутності клінічного ефекту додатково призначають азатиоприн 2,5 мг/кг або/та інфліксимаб 65 мг/кг (1-, 2-, 6-й тижні) або адаліумаб 160–80 мг п/ш.

III ступінь тяжкості

Крок 1

- Госпіталізація хворих для в/в введення ГК;
- відновне введення рідини та електролітів;
- гепарин п/ш;
- не призначати антихолінергічні та наркотичні препарати;
- сигмоїдоскопія з біопсією (для виключення цитомегаловірусу).

Крок 2

- Інфліксимаб по 5 мг/кг (1-, 2-, 6-й тижні);
- циклоспорин 2 мг/кг в/в, перорально по 200–400 нг/мл протягом 2–3 діб;
- за неефективності терапії – оперативне лікування.

Крок 3. У разі позитивної реакції застосовують азатиоприн (2,5 мг/кг) або/та месалазин. За відсутності клінічного ефекту – інфліксимаб.

ХВОРОБА КРОНА – хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується неспецифічним запаленням будь-яких відділів шлунково-

кишкового тракту (від порожнини рота до ануса) з утворенням гранульом, тріщин, виразок або з трансмуральним пошкодженням стінки.

Етіологія

Не з'ясована. Можливі фактори ризику - генетична схильність (у родичів першої лінії ризик виникнення ХК майже в 10 разів вище, ніж у популяції; якщо хворі обоє батьків - в 50% випадків клінічні прояви хвороби виникають у дітей раніше 20 років), куріння (підвищує ризик ХК більше, ніж в 2 рази), дія інфекційних агентів (мікобактерій паратуберкульозу, мікоплазм, лістерій, хелікобактеру), порушення імунітету, апендектомія.

Патогенез

Досі не вивчений. Основна теорія патогенезу - порушення імунної відповіді у відповідь на зміну властивостей кишкової мікрофлори (підвищення агресивних властивостей) у генетично схильних до цього пацієнтів. Найчастіше вражаються одночасно тонка і товста кишки (40-55%) і аноректальна область (30-40%). Верхні відділи шлунково-кишкового тракту (стравохід, шлунок і ДПК) вражаються лише в 3-5% випадків.

Медикаментозне лікування

При загостренні:

- 5-аміносаліцилати: сульфасалазин - 2-4 г/добу, месалазин - 2-4 г/добу, і/або
- топічні стероїди: будесонід - до 18 мг/добу 2 міс., і/або
- системні стероїди: преднізолон - до 400 мг/добу, гідрокортизон - до 400 мг/добу, метилпреднізолон - 60 мг/добу, 2 міс.,
- антибіотики: метронідазол - 500 мг 2 рази на добу, ципрофлоксацин - 500 мг 2-3 рази на добу,
- імуносупресори: азатиоприн - 2-2,5 мг/кг/добу,
- антицитокінові препарати: інфліксимаб за схемою (найбільш ефективні при норицевих формах).

Симптоматичне лікування - застосування протидіарейних засобів (застосовують при важкому перебігу та загрозі токсичної дилатації кишки), спазмолітиків, антибіотиків, препаратів заліза (при анемії), електролітних розчинів і повного парентерального харчування (при стенозі або тяжкому перебігу).

У ремісію:

- 5-аміносаліцилати (тривалість підтримуючого лікування не обмежена);
- холестирамін;
- протидіарейні засоби;
- при необхідності - компенсація втрат цинку, вітамінів, заліза.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Дієтотерапія при *хронічному ентериті* будується з урахуванням періоду, ступеня тяжкості та особливостей перебігу захворювання, а також функціонального стану інших органів травлення. Основним її принципом є механічне, хімічне і термічне щадіння кишок.

При загостренні хронічного ентериту показано короточасне функціональне розвантаження тонкої кишки. Для цього обмежується енергетична цінність раціону. Застосовують продукти, які мають зменшений подразнюючий вплив, мають обволікаючу і закріплючу дію.

З моменту погіршення самопочуття на 1-2 дня рекомендуються рисовий або вівсяний відвари, чорничний кисіль, гарячий відвар шипшини, чорної смородини. Після цього раціон розширюють, призначаючи на 2-4 дня дієту № 4. За умови дотримання постільного режиму цей лікувальний стіл не викликає негативних явищ, забезпечує достатню енергетичну цінність раціону за рахунок нормальної кількості білків і кілька обмеженої кількості жирів і вуглеводів. Жир в період загострення захворювання шкідливий, оскільки він сприяє спорожненню кишок і важко перетравлюється в шлунково-кишковому тракті. При вираженій бродильній диспепсії прийом вуглеводів обмежують 150-200 грамами на добу.

З метою поповнення недостатності білка збільшують надходження цього нутриєнта з їжею. Передбачається обмеження солі (8 г), що надає протизапальну дію за рахунок поліпшення фіксації кальцію в тканинах. Необхідність в підвищених дозах вітамінів пов'язана з збіднінням ними організму на тлі зниження всмоктувальної функції тонкої кишки.

Забороняються: овочі та фрукти в сирому і вареному вигляді, бобові, горіхи, родзинки, молоко, прянощі, смажені страви, житній хліб, вироби із здобного тіста, консервовані продукти, гострі і солоні страви і приправи,

газовані напої, жирні сорти м'яса і риби, холодні страви і напої, квас, буряковий сік.

Варену або приготовану на пару їжу слід вживати в протертому або подрібненому вигляді.

З урахуванням низької енергетичної цінності дієти №4, не рекомендується тривалий час дотримуватися її.

При тяжкому перебігу захворювання, коли кишкові порушення поєднуються зі змінами загального стану організму (гіповітаміноз, трофічні порушення, остеопороз, набряки та ін.) через білкову, вітамінну та мінеральну недостатність показано призначення ентеритної дієти. Ентеритна дієта має підвищену енергетичну цінність (3020-3190 ккал) за рахунок надмірної кількості білка (130-150 г), вмісту жиру на верхній межі (100-110 г) і вуглеводів на нижній межі (400 г) фізіологічної норми.

Більше половини (до 60%) загальної кількості білка в раціоні повинні мати тваринне походження (м'ясо, риба, сир, яйця). Вводиться багато вітамінів і мінеральних речовин.

Для хронічного ентериту характерна непереносимість молока, обумовлена недостатнім виробленням слизовою оболонкою тонкої кишки лактази або повною відсутністю в ній цього ферменту, який розщеплює молочний цукор. Необхідно виключити з раціону відповідні продукти. Складаючи меню, слід пам'ятати, що при непереносимості молока в ряді випадків непогано переносяться невеликі кількості молочнокислих продуктів.

Для збагачення раціону мінеральними речовинами і вітамінами використовують овочеві і фруктові гомогенізовані продукти і соки. Перевагу віддають тим з них, які містять дубильні речовини і сприяють закріпленню стільця (чорниця, чорна смородина, айва, гранат, кизил, груша). У зв'язку з зневодненням організму прийом рідини не обмежують.

Щоб уникнути функціонального перевантаження кишечника при всіх дієтах, що застосовуються при хронічному ентериті, передбачають дробовий (5-6-разовий) прийом їжі в теплом вигляді. Для досягнення максимального ефекту від лікувального харчування хворим рекомендують тривалий час перебувати на ентеритній або колітно-протертій (№ 4б) дієті (4-8 тижнів). При супутньому ураженні печінки і жовчних шляхів виключаються продукти, що містять екстрактивні речовини, смажені страви, продукти, багаті на

холестерин.

Харчування пацієнтів з хворобою Крона і виразковим колітом.

Загальна характеристика дієти в фазі *вираженого загострення захворювання*. Обмежується вміст жирів і вуглеводів; вміст білків нормальний або кілька підвищений. Дієта зі зниженим вмістом кухонної солі, з різким обмеженням механічних і хімічних подразників слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. Виключаються продукти і страви, які посилюють процеси бродіння і гниття в кишечнику; зокрема, молоко, груба клітковина, прянощі і всі страви, що стимулюють жовчовиділення, секрецію шлунка і підшлункової залози. Режим харчування дробовий - 5 - 6 разів на день.

Хімічний склад та енергетична цінність дієти. Білки – 70- 85 г (з них тваринних 40-45 г), жири - 70-80 г (з них рослинних 10 г), вуглеводи - 250-300 г (з них простих 50 г). Енергетична цінність - 1900-2200 ккал. Кухонна сіль - 6 г Вільна рідина - 1,5-2 л.

Кулінарна обробка. Всі страви протерті, готуються у вареному вигляді або на пару. Температура гарячих страв - 55-60⁰ С, холодних - не нижче 15⁰ С.

Забороняються: свіжий хліб, овочі, зелень, бобові, фрукти, ягоди в натуральному вигляді, гриби, незбиране молоко, соуси, прянощі, закуски, яйця в натуральному вигляді, солодощі, кондитерські вироби, мед, варення, газовані напої, холодні страви.

У фазу *стихаючого загострення* переходять на фізіологічно повноцінну дієту з нормальним вмістом білків і жирів, зниженням вмісту вуглеводів при помірному обмеженню кухонної солі, механічних і хімічних подразників слизової оболонки кишечника. Виключаються продукти і страви, які посилюють процеси бродіння і гниття в кишечнику, активні стимулятори шлункової секреції. Режим харчування дробовий - 5-6 разів на день.

Кулінарна обробка. Страви протерті, готуються у вареному вигляді або на пару. Супи протерті або з дрібно нашинкованими овочами і добре розвареною крупою. Окремі страви можна запікати, але без грубої кірки. Температура гарячих страв - 55-60⁰ С, холодних - не нижче 15⁰ С.

Хімічний склад та енергетична цінність. Білки 70-85 г (з них 45-50 г тваринних), жири - 80-100 г (з них 10-15 г рослинних), вуглеводи - 350-450 г (з них 50-60 г простих). Енергетична цінність - 2400-2900 ккал. Кухонна сіль - 6 г.

Забороняються: хліб чорний, здоба і вироби із здобного тіста; капуста

білокачанна, огірки, горох, квасоля, сочевиця, м'ясні, рибні, овочеві консерви; жирні сорти м'яса і риби; смажені страви; міцна кава, цільні овочеві соки; газовані і холодні напої; морозиво, незбиране молоко, вершки, сметана в натуральному вигляді; шоколад і шоколадні цукерки.

В *період одужання* призначають ту ж дієту, розширюючи раціон шляхом вживання тих же страв, але не в протертому вигляді, що дозволяє відновити порушені функції органів травлення.

Загальна характеристика. Дієта фізіологічно повноцінна, з нормальним вмістом білків, жирів, вуглеводів і обмеженням кухонної солі, з деяким обмеженням механічних і хімічних подразників слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, з виключенням продуктів і блюд, що підсилюють процеси бродіння і гниття в кишечнику, а також сильних стимуляторів жовчовиділення, секретії шлунка і підшлункової залози, речовин, дратуючих печінку. Режим харчування дробовий - 5-6 разів на день.

Забороняються: чорний хліб; пшоно, перловка; капуста білокачанна, квасоля, горох, сочевиця, гриби, жирні сорти м'яса і риби, смажені страви; огірки, ріпа, редька, редиска, щавель, шпинат, цибуля, часник; свіжі дині, абрикоси, кавуни, сливи; виноградний сік; нерозбавлені овочеві соки; капустяний сік; м'ясні, рибні, овочеві консерви; шоколад, какао, мед.

При гарній переносимості дозволяється додавання в супи капусти білокачанної, зеленого горошку, молоді квасолі, буряків, в раціон вводиться незбиране молоко, молода дрібно нашаткована зелень, мандарини і апельсини, мармелад, пастила, зефір.

У разі збереження *стійкої ремісії* у пацієнта значущих обмежень по тим чи іншим продуктам не потрібно. Кулінарна обробка включає крім варення також запікання, і навіть смаження. У цей період рекомендовано вживати в їжу по можливості найбільш натуральні та свіжі продукти. Незважаючи на ремісію бажано виключити з раціону насіння, горіхи, гриби, оцет і ряд інших травмуючих і дратівливих кишку продуктів.

Руховий режим

У **лікарняний період реабілітації** застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів коліту. Вона *протипоказана* при виразковому коліті з кровотечами,

вираженій діареї, різкому загостренні хронічного ентериту та коліту.

Завдання ЛФК: зменшення і ліквідація запального процесу; нормалізація моторно-евакуаторної, секреторної і всмоктувальної функції товстого кишечника, внутрішньочеревного тиску; покращання крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини і малого таза; зміцнення м'язів живота і промежини; нормалізація функцій вегетативної нервової системи і покращання психоемоційного стану.

ЛФК призначають диференційовано з урахуванням найбільш характерного прояву хронічних колітів – порушення моторно-евакуаторної функції. Тому добір фізичних вправ і вихідних положень визначають патологічними явищами у кишках, що переважають: спастичні чи атонічні.

При хронічних колітах, що супроводжуються спастичними закрепками у I період ЛФК у ліжковому режимі застосовують вихідні положення лежачи на спині із зігнутими у колінах ногами, упор стоячи на колінах, на боці. Вони сприяють розслабленню м'язів живота та зниженню внутрішнього кишкового тиску. Виключають вправи, що спричиняють напруження м'язів живота, і ведуть до підвищення тону м'язів кишечника та підсилення в ньому спастичних явищ. Комплекси складають з простих вправ для кінцівок, на розслаблення і дихальних з підняттям рук не вище рівня плечей. Їх виконують у повільному темпі, з неповною амплітудою, по 30-60 с з паузами для відпочинку. Окрім лікувальної гімнастики, що триває 10-12 хв використовують самостійні заняття по 5-6 разів на день. Загальне навантаження порівняно з хворими на хронічний коліт з атонічними закрепками нижче і у цей, і у наступний періоди ЛФК.

У II період загальнорозвиваючі та спеціальні вправи виконують з різних вихідних положень у повільному і середньому темпі з повною амплітудою рухів наприкінці періоду. Вправи для тулуба і живота виконують без натужування, продовжують застосовувати вправи на розслаблення, зменшують паузи для відпочинку, не рекомендуються силові вправи, підскоки, стрибки. Тривалість заняття лікувальною гімнастикою збільшується до 20-25 хв. До форм ЛФК додають ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу.

При хронічних колітах, що супроводжуються атонічними закрепками, у I період ЛФК вправи виконують у повільному і середньому темпі, з повною

амплітудою, із різних вихідних положень, з поступовим підвищенням навантаження, силовими елементами. У II період використовують часті зміни вихідних положень, вправи для м'язів живота і такі, що викликають сотрясіння кишечника, сприяють підвищенню тонусу та перистальтики кишечника.

Лікувальний масаж призначають при стиханні загострення для нормалізації діяльності вегетативної нервової системи; стимуляції тонусу кишечника при атонічних закрепах і ліквідації спазму – при спастичних; нормалізації моторно-евакуаторної функції кишок. Застосовують сегментарно-рефлекторний, класичний і точковий масаж. Масажують паравертебральні зони спинномозкових сегментів L2-L1, D12-D5, C4-C5, рефлексогенні зони тулуба, шлунок і товсту кишку. У разі спастичного запору діють м'яко, застосовуючи легкі погладження, розтирання, ніжні вібрації. У випадках атонічного закрепу, навпаки, енергійно, використовуючи всі прийоми, включаючи вібрацію: безперервну та уривчасту, стрясання і підштовхування окремих частин товстої кишки, стрясання живота і таза.

Методика масажу при хронічному коліті і дискінезії кишечника

Масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів (L2-L1, D12-D5, C4-C3): площинне поверхнєве і глибоке погладження, поперечне розтирання кінчиками пальців (поздовжнє, циркулярне, штрихування, пиляння), розминка (поздовжнє, зрушення, натискання), непереривиста вібрація долонею, переривчаста вібрація кінчиками пальців, поплескування, рубання. Погладження, розтирання і розминання найширших м'язів спини і трапецієвидних м'язів.

Масаж лопатки зліва: розтирання, вібрація, погладження і розтирання хребетного краю і кута лопатки, ребрових дуг і гребенів клубових кісток.

Масаж живота. Площинне поверхнєве і глибоке кругове погладження справа наліво в пупковій області; погладження в напрямку до пахвових і пахових лімфатичних вузлів. Розтирання тканин передньої черевної стінки: штрихування, пиляння, перетирання, перетинання. Поздовжнє розминання прямих м'язів живота в напрямку від лобкового симфізу до мечоподібного відростка. Погладження і розминання косих м'язів живота. Вібрація у вигляді прийомів пунктирування, ніжного

поплескування долонею, стьобання і вібраційного погладжування. Струс живота в поздовжньому і поперечному напрямках. Струс таза.

Масаж області чревного сплетіння – кругове погладжування, розтирання і ніжна вібрація від мечоподібного відростка до пупкової області.

Масаж області шлунка: площинне кругове погладжування в області шлунка; ніжне розтирання кінчиками пальців шкіри, підшкірної основи та м'язів лівої підреберної області; легкий струс надчеревної області зліва кінчиками пальців, поставлених граблеподібно; підштовхування шлунка; вібраційне погладжування області шлунка.

Масаж кишок: чергуючи з прийомами кругового погладжування передньої стінки живота, проводять переривчасту вібрацію кінчиками пальців і почергове натискання на черевну стінку, по всій поверхні живота. Масаж товстої кишки проводять за годинниковою стрілкою, спочатку впливають на висхідний відділ ободової кишки, потім на поперечний, а потім на спадний. Застосовують погладжування кінчиками пальців за ходом кишок і погладжування (поверхнєве і глибоке); кругове розтирання кінчиками пальців і обтяженою кистю, штрихування; вібрацію (непереривисту і переривчасту, кінчиками пальців, ніжне натискання, струс і підштовхування окремих ділянок товстої кишки); ніжну вібрацію області сліпої кишки. Закінчують масаж прийомами ніжного поплескування і струшування живота, кругового площинного погладжування. Дихальні вправи. Рухи для зміцнення м'язів черевного преса.

Тривалість процедури: 12-15 хв. Курс лікування 12 процедур, через день.

Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні. Її завдання: усунення болю, ліквідація загострення запального процесу, покращання кровообігу і трофічних процесів у кишкової стінці; нормалізація тону вегетативної нервової системи, моторно-евакуаторної, секреторної та всмоктувальної функцій кишечника. Застосовують зігріваючі компреси, сидячі ванни, медикаментозний електрофорез, сольокс, УВЧ-терапію, ультразвук, мікрохвильову терапію, індуктотермію, парафінові та озокеритні аплікації, пиття мінеральної води і кишкові промивання, ультрафіолетові опромінювання живота.

Наведені засоби фізичної реабілітації, терміни, принципи і методи їх

використання при хронічних колітах застосовують, приблизно, у тому самому обсязі і при хронічних ентеритах, дискінезіях (розлад рухової функції) кишечника, у зв'язку зі схожими проявами захворювань, головними серед яких є спастичні чи атонічні процеси у кишках.



Рис.11. Електросон

У післялікарняний період реабілітації застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Лікувальну фізичну культуру використовують під час неповної або повної ремісії за III періодом. Її завдання: нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції травної системи; підтримання досягнутого рівня функціонування кишечника, попередження загострення захворювання та максимальне продовження ремісії; зміцнення м'язів живота і тазового дна, загальне зміцнення організму, адаптація серцево-судинної та інших систем організму до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезіотерапію, теренкур, прогулянки пішки, катання на лижах, велосипеді, ковзанах, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри.

У комплексах лікувальної гімнастики зберігаються принципи добору вправ, вихідних положень та побудови занять залежно від порушення моторно-евакуаторної функції кишечника. Застосовують загальнорозвиваючі вправи, дихальні і вправи на розслаблення. Використовують вправи для кінцівок, згинання, повороти, нахили тулуба, присідання, стрибки; вправи для зміцнення м'язів тазового дна; з предметами

і снарядами. Акцентують увагу пацієнтів на правильне поєднання рухів з диханням, оптимальне вихідне положення. Вправи виконують, переважно, у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою рухів. Тривалість заняття лікувальної гімнастики 35-40 хв. Загальне навантаження у занятті залежить не лише від особливостей функцій травної системи, а й від наявності та важкості супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність.



Рис. 12. Перлинні ванни

Лікувальний масаж застосовують, в основному, з тією самою метою, що у попередньому періоді реабілітації. У цей період, окрім сегментарно-рефлекторного, класичного, точкового масажу, при спастичних закрепах використовують ще й гідромасаж у вигляді підводного душ-масажу. Останнє здійснюють таким чином: спочатку масажують паравертебральні зони поперекових і нижньогрудних спинномозкових сегментів, потім м'язи живота, товсту кишку (масажують за годинниковою стрілкою) при тиску 1,5-2 атм. Застосовують ніжне погладування при зазорі між шкірою і наконечником шланга 25,0 см, циркулярні розтирання при зазорі не менше 10 см і вібрації при зазорі 3 см.

Добрим доповненням рефлекторного впливу на кишечник при хронічних колітах є загальний масаж всієї стопи. При цьому особливо ретельно масажують проєкційні зони кишечника. Рекомендується проводити

самомасаж живота.

Фізіотерапію застосовують для врівноваження процесів збудження і гальмування у ЦНС, підвищення її регулюючої функції; підтримання досягнутого рівня функцій травної системи; загального зміцнення і загартовування організму. Рекомендують електросон, діадинамотерапію, грілку або зігріваючий компрес, грязьові і парафіно-озокеритні аплікації, ультразвукову терапію за ходом товстої кишки, електростимуляцію м'язів живота, загальні вологі укутування, прісні, хвойні, радонові, перлинні ванни, душ Шарко і циркулярний, пиття мінеральної води, кишкові промивання, кліматоліку-вання.

Трудотерапію застосовують для підтримання загальної фізичної і професійної працездатності та нервово-психічного тону пацієнтів. Рекомендують роботу на свіжому повітрі, у садку, на присадибній ділянці.

Санаторно-курортне лікування

В період ремісії показано санаторно-курортне лікування на бальнеопиттєвих і кліматичних курортах.

Основні етапи санаторно-курортного лікування *ентериту*:

- Дієтичне харчування, яке складається лікарем дієтологом санаторію.
- Відновлення рухової активності за допомогою гімнастики, лікувальної фізкультури, плавання.
- Лікування мінеральною водою.
- Грязелікування.
- Водні процедури (душ, ванна).
- Фізіотерапія.

Хороший заспокійливий ефект дають мінеральні ванни з температурою води 37-38°C і тривалістю 8-10 хвилин. На курс лікування призначають 8-10 ванн.

Сприятлива дія на хворого має аплікація озокериту на живіт. Методика застосування озокериту і мінеральних ванн, природно, узгоджується із загальним станом хворого. Зазвичай озокерит при температурі 42-50°C на 25-40 хвилин накладають тільки на живіт або у вигляді трусів. Починають з більш низьких температур і 20-25 хвилинної тривалості. При гарній переносимості температура озокериту і тривалість процедури поступово підвищуються. Цього ж принципу дотримуються і при застосуванні ванн.

Лікування озокеритовими аплікаціями проводять через день, чергуючи його зазвичай з ваннами. Курс лікування включає в себе 8-10 аплікацій озокериту.

Замість мінеральних ванн можуть бути призначені сірчано-соляні або вуглекислі ванни або душ.

При ентероколіті може бути проведений курс (3-6) промивань кишечника мінеральною водою, настоєм ромашки або кишковий душ.

Основні цілі санаторно-курортного лікування *хвороби Крона* - поліпшення морфофункціонального стану кишечника і його рухової активності, попередження виникнення ускладнень, профілактика рецидивів і поліпшення якості життя пацієнта.

Пацієнти з хворобою Крона можуть відвідувати бальнеологічні або кліматолікувальні курорти протягом всього року в разі, якщо захворювання протікає без стриктур, знаходиться в стадії клінічної ремісії, але не раніше, ніж через 3 місяці після останнього загострення, а також у разі відсутності змін в проксимальних відділах слизової оболонки товстого кишечника.

Протипоказано лікування на курорті при великих ерозивно-виразкових ураженнях кишечника, туберкульозі кишечника, кровоточивому геморої, стенозуючому коліті різного походження, поліпозі кишечника (при наявності двох і більше поліпів), наявності одиночних аденоматозних кровоточивих поліпів (більше 1 см від підстави) і поліпів, що мають тенденцію до зростання протягом останнього року.

Пацієнтам призначається інфрачервона лазеротерапія, низькочастотна магнітотерапія, ендоскопічне ультрафіолетове лазерне опромінення. Для нормалізації тонуусу кишечника застосовуються такі міорелаксуючі методи, як гідротерапія у вигляді теплих ванн на основі прісної води і міостимулюючий метод - електростимуляція; з метою відновлення зовнішньої мікрофлори кишечника застосовуються гідрокарбонатно-хлоридні кальцієво-натрієві мінеральні води, які призначаються в залежності від секреторної активності шлунка пацієнта. Питний курс лікування мінеральними водами рекомендується проходити протягом 3-4 тижнів. Виражену спазмолітичну дію має інтерференцтерапія, яка проводиться в області кишечника.

Для пацієнтів з хворобою Крона, звичайно ж, важливі фізичні вправи:

спочатку призначається щадний режим, поступово переходять в щадно-тренуючий, і містить вправи, які показані пацієнтові. Таким пацієнтам призначається і дихальна гімнастика, тобто вправи для м'язів передньої черевної порожнини. Протипоказані фізичні вправи при захворюванні Крона в стадії його загострення, при наявності великих ерозивно-виразкових ураженнях тонкої і товстої кишки, при кровоточивому геморої і наявності поліпів у прямій і сигмовидної кишки.

Джерела, використані для написання даного розділу [1- 5, 9, 10, 13, 18-20].

ХОЛЕЦИСТИТ І ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА

Холецистит – запалення жовчного міхура. Захворювання виникає внаслідок проникнення інфекції у жовчні шляхи і жовчний міхур, дискінезії жовчовивідних шляхів і пов'язаних з нею порушень відтоку і застою жовчі, змін її складу, утворення жовчних каменів, гастриту, коліту та інших патологічних процесів в органах травлення.

Хронічний безкам'яний (некалькульозний) холецистит - це запальне захворювання жовчного міхура при відсутності ЖКХ, пов'язане з хронічним запаленням стінки жовчного міхура і моторної дисфункцією жовчних шляхів.

Код за МКХ-10

К81. Холецистит.

К81.0. Гострий холецистит.

К81.1. Хронічний холецистит.

Епідеміологія

З захворюваннями жовчовидільної системи реєструється 294 людини на 100000 населення, вони становлять понад 25% (до 50%) хворих з патологією органів травлення. Приблизно в 5-10% випадків патологія жовчного міхура реєструється у хворих загальноотерапевтичного стаціонару. Хронічному холециститу належить центральне місце серед хвороб біліарної системи. За даними хірургів, в 60-80% у хворих з холециститом виявлені камені жовчного міхура. Дискінезія жовчного міхура і сфінктерного апарату супроводжують майже в 100% захворювання верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Етіологія

До основних етіологічних факторів хронічного холециститу відносять інфекцію (стафілокок, протей, клостридії, кишкова паличка). Додатковими етіологічними факторами є нервово-м'язове перенапруження, гіподинамія, гіпотонія і атонія жовчного міхура внаслідок функціональних порушень нервово-м'язового апарату жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, паразитарні захворювання (лямбліоз, опісторхоз, аскаридоз, амебіаз), ендокринні порушення (ожиріння, дисменорея, прийом пероральних контрацептивів).

Патогенез

Інфекція потрапляє в організм трьома шляхами:

- низхідним (з кишечника) внаслідок гіпо- та ахлоргідрії, дисфункції сфінктера Одді, гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура, дуоденостаза;
- низхідним (гематогенним) - з великого кола кровообігу по печінковій артерії або з кишечника по ворітній вені;
- лімфогенним - при апендициті, запальних захворюваннях органів малого таза, при запальних захворюваннях в легенях.

Розвитку і прогресуванню хронічного холециститу сприяють порушення моторики жовчного міхура внаслідок нейроендокринних порушень, застій жовчі в жовчному міхурі, порушення складу і властивостей жовчі.

Клінічна картина

Перебіг захворювання, переважно, хронічний з періодами загострення. Хворіють частіше жінки. Спостерігається сімейна схильність. Скарги характеризуються типовими болями у правому підребер'ї після смаженої, жирної їжі, у зв'язку з психоемоційним напруженням, які іррадіюють у праву лопатку, праву половину грудної клітки. Іноді біль має характер жовчної кольки, що проявляється різким раптовим больовим відчуттям у правому підребер'ї, або у верхній половині живота після їжі, супроводжується підвищенням температури тіла, ознобом, нудотою, блюванням. Біль посилюється під час рухів, глибокого дихання. Іноді біль має ниючий характер, триває багато годин, днів, інколи тижнів.



Рис. 13. Гострий флегмонозний холецистит

Диспепсичний синдром проявляється відчуттям дискомфорту після жирної їжі, гострих соусів, приправ, алкоголю, а також появою нудоти, «порожньої» відрижки, гіркоти в роті та кишкової диспепсії – метеоризму, відчуття «переливання», бурчання в животі. Блювання не є обов'язковим симптомом холециститу і поряд із нудотою та відрижкою може бути пов'язане не тільки з основною хворобою, а й із супутніми гастритом, панкреатитом, перидуоденітом, гепатитом. Часто в блювоті наявні домішки жовчі зеленого або жовто-зеленого кольору.



Рис. 14. Симптоми холециститу

Спостерігаються загальна слабкість, в'ялість, підвищена дратівливість, збудливість, порушення сну, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр і вище. Під час огляду хворого особливих змін не виявляють. Жовтяниці зазвичай немає. Вона розвивається при вторинному ураженні печінки. Під час пальпації ділянки печінки виявляють незначну болючість, особливо при перкусії. Результати дослідження больових точок – міхурової, холедохової, лопаткової (біля нижнього кута лопатки) і френікус-симптому – позитивні. Печінка зазвичай збільшена й ущільнена. Жовчний міхур не

пальпується. У встановленні діагнозу холециститу важливу роль відіграє дуоденальне зондування. Порція В (міхурова жовч) – каламутна, в ній багато слизу, лейкоцитів, епітеліальних клітин.

До ультразвукових ознак холециститу належать потовщення й ущільнення стінки жовчного міхура, нерівномірність і деформація його контуру, негомогенність вмісту, збільшення або зменшення його розмірів. У периферичній крові хворих виявляють помірний лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. Хворих госпіталізують і призначають жовчогінні, болезаспокійливі, протизапальні медикаменти, дуоденальні зондування, дієтотерапію, пиття мінеральної води, тепло.

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – утворення каменів у жовчному міхурі чи жовчних протоках. Причинами захворювання можуть бути застій жовчі, порушення обміну речовин і нормального складу жовчі, інфекція, нераціональне харчування, гіпокінезія, ожиріння, спадковість. Виникненню каменів сприяє холецистит, а запалення жовчного міхура зумовлюється жовчнокам'яною хворобою. В обох хворобах симптоми схожі, як і перебіг захворювань.

Код за МКХ-10

K80. Жовчнокам'яна хвороба (холелітіаз).

Епідеміологія

ЖКХ - одна з вельми поширених захворювань. Так тільки в США налічується 15000000 таких хворих. Європі, США у віці старше 50 років страждають ЖКХ близько 1/3 жінок і близько 1/4 чоловіків. Вимальовується явна зв'язок поширеності з полом. Існують досі незрозумілі відмінності частоти ЖКБ: в Ірландії ЖКБ страждають 5%, а в Швеції - 38% жителів.

Етіологія

Існує досить багато чинників ризику, що призводить до каменеутворення. До них належать:

- ожиріння і гіподинамія;
- висококалорійна, багата холестерином і бідна харчовими волокнами дієта;
- спадкова схильність;
- цукровий діабет;
- аномалії розвитку жовчного міхура;

- хвороби тонкої кишки, її резекції (в результаті зниження пулу жовчних кислот);
- хронічні інфекції жовчних шляхів.

Патогенез

Основними патогенетичними моментами каменеутворення є перенасичення міхурової жовчі холестерином, зниження її колоїдної стійкості внаслідок зменшення вмісту жовчних кислот, гіпомоторна дисфункція ЖМ, що сприяє застою жовчі, утворення центрів нуклеації холестерину з подальшою його кристалізацією і поступовою трансформацією в мікро- і макроліт.

Клінічна картина

Клінічні прояви спостерігаються лише в частини хворих. Скарги на біль у правому підребер'ї, непереносимість жирної їжі, знебарвлення калу і потемніння сечі. Іноді при загостренні раптово виникає інтенсивний больовий синдром – печінкова колька. Провокують її жирна їжа, гострі страви, різке фізичне перевантаження, а також інфекція і негативні емоції. Біль локалізується переважно в правому підребер'ї, іррадіює вправо і вгору (в праву лопатку, плече), за інтенсивністю і характером – сильний, ріжучий.

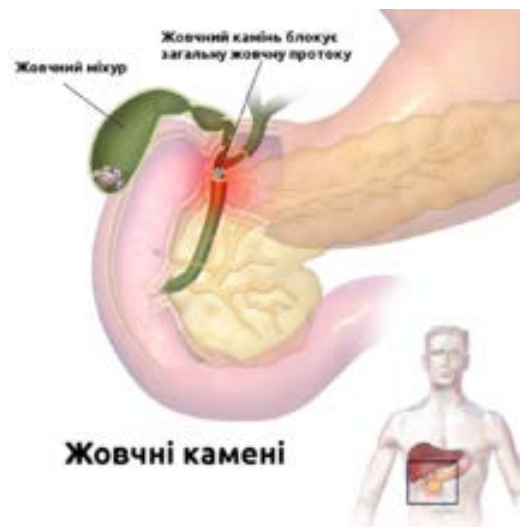


Рис. 15. Жовчнокам'яна хвороба

Часто приєднуються нудота і блювання, яке не приносить полегшення. Ультразвукове дослідження дозволяє виявити камені в жовчному міхурі чи протоках, іноді у вигляді випадкової знахідки, без клінічних проявів.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Хронічний безкам'яний холецистит

Дієта - стіл №5. Відомо, що сам факт прийому їжі є хорошим стимулятором надходження жовчі в 12-палу кишку, тому харчування має бути регулярним, невеликими порціями, до 5-6 разів на день, бажано в один і той же час. Дієта повинна бути фізіологічною за віком, легко засвоюваною, з оптимальним введенням білка і вуглеводів, вітамінів і мікроелементів.

Мета дієтотерапії при патології печінки та жовчних шляхів:

- поліпшення відтоку жовчі;
- відновлення функції печінки і жовчних шляхів;
- ліквідація запалення;
- поліпшення функцій інших органів травлення, залучених в патологічний процес.

Дієта №5 включає в себе їжу механічно і хімічно щадну (їжа готується на пару, або у відварному вигляді, типу пюре).

Хронічний кам'яний холецистит

Дієта №5а. Виключення із раціону жирної та смаженої їжі, газованих і алкогольних напоїв, яєчних жовтків, свіжої випічки, горіхів, сирих овочів та фруктів, а також будь-яких холодних продуктів.

Всі страви мають бути у вареному вигляді, приготовлені на пару чи запечені. Харчування роздрібнене, 4-6 разів у день.

Жовчнокам'яна хвороба

Дієта - один з дуже важливих способів профілактики жовчнокам'яної хвороби, її лікування та заход уникнення ускладнень. Головне, мінімізувати вживання жирних, смажених і кислих страв, менше вживати солоні і гострі продукти. Не рекомендується вживання гарячої і холодної їжі. У меню повинні бути легкозасвоювані рослинні, м'ясні і молочні продукти.

Харчуватися при каменях жовчі бажано часто, але невеликими порціями. Дробове харчування в п'ять-шість прийомів їжі допоможе знизити навантаження на шлунково-кишковий тракт.

Дієта №5 з виключенням жирної, висококалорійної їжі, з високим вмістом холестерин. Важливим чинником є регулярний прийом їжі. Зменшенню застою жовчі сприяє рослинна дієта – вживання до їжі 100-150 г

свіжих овочів та фруктів.

Рекомендовані продукти: нежирні сорти м'яса і риби, каші (рис, вівсянка, гречка, знежирена молочна продукція (молоко, сметана, кефір, сир), яйця (1 в день), хліб (краще вчорашній або позавчорашній), оливкова олія, будь-які овочі і фрукти (все, крім кислих), чай, неміцний кава з молоком, компоти, соки.

Забороняється: жирна, гостра, пряна, смажена і копчена їжа, ковбаси, консерви, жирні сорти м'яса і риби (свинина, домашня качка, сом, карась, короп, лящ), сало, жири тваринного походження, мариновані овочі, шпинат, часник, бобові, алкоголь, міцну каву, газовану воду, виноградний сік, здобу, шоколад.

Медикаментозне лікування

Хронічний холецистит

1) Зняття больового синдрому:

- М-холінолітики (атропін, метацин, платифілін)
- При неефективності використовують селективні М-холінолітики (гастроцепін, мебеверин)
- Міотропні спазмолітики (но-шпа, папаверин)
- Ненаркотичні анальгетики (анальгін).

NB! Морфін не можна застосовувати, тому що він викликає спазм сфінктера Одді.

2) При загостренні хронічного холециститу з гіпотонічною дискінезією жовчного міхура показані холінокінетики: сорбіт, ксиліт, магнію сульфат

NB! Холінокінетики протипоказані при калькульозному холециститі.

3) У період загострення показані антибіотики широкого спектру дії – макроліти (klarитроміцин, еритроміцин протягом 7 днів)

4) Порушення відтоку жовчі регулюють жовчогінними препаратами:

- холеритичної дії (стимулює утворення та виділенням жовчі печінкою – хофітол, гербіон, гепабене)
- холекінетичної дії (посилення скорочення жовчного міхура і знаходження жовчі в 12-палу кишку – сорбіт, ксиліт тощо).

Жовчнокам'яна хвороба

Основний терапевтичний підхід – це медикаментозний літоліз жовчних каменів за допомогою препаратів уродезоксихолевої кислоти

(медикаментозному літо- лізу піддаються тільки холестеринові камені).

Однак процес цей не швидкий; тривалість лікування до 12-18 місяців. Показання до «розчинення каменів»: наявність поодиноких каменів не більше 10 мм, хороша скорочувальна функція жовчного міхура. Таким чином, медикаментозне лікування може бути рекомендовано тільки хворим з дрібними (менше 1 см) камінням і з важкими супутніми захворюваннями, при яких проведення хірургічного лікування пов'язано з високим ризиком для життя.

Руховий режим

У лікарняний період реабілітації застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію.

Лікувальну фізичну культуру призначають після стихання гострих проявів захворювання у ліжковому чи напівліжковому режимі за I періодом, а у подальшому – II періодом. ЛФК *протипоказана* при значних болях, частих нападах жовчнокам'яної хвороби, загостренні супутніх захворювань травної системи.

Завдання ЛФК: зменшення і ліквідація запального процесу; усунення застою і порушень відтоку жовчі, сприяння виведенню дрібних каменів; покращання крово- та лімфообігу і трофічних процесів у печінці та інших органах травлення; зміцнення м'язів живота, активізація функцій травної системи; нормалізація діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи, підвищення загального тону організму.

Методику ЛФК будують з урахуванням анатомо-топографічного розташування печінки, жовчного міхура і протоки, форми дискінезії жовчовивідних шляхів та інших чинників. Насамперед це стосується вихідних положень, що найбільш вигідні для відтоку жовчі. Найкращими є положення на лівому боці, в упорі стоячи на колінах, при яких жовч у міхурі вільно переміщується під впливом сили ваги в сторону вивідного протоку і дванадцятипалої кишки. Випорожнити жовчний міхур можна і з положення лежачи на животі за рахунок пресорної дії на нього, що є наслідком підвищення тиску в черевній порожнині. Такого результату можна досягнути і в положеннях сидячи та стоячи, застосовуючи нахили, повороти тулуба у сполученні з рухами кінцівками, а також використовуючи вправи для м'язів живота і дихальні. Останні у сполученні з уповільненням дихальних рухів на

вдиху і видиху допомагають зменшити диспептичні явища (нудота, відрижка) та больові відчуття. Застосовують вихідне положення лежачи на правому боці, що сприяє посиленню масуючої дії діафрагми на печінку та покращанню кровообігу в ній.

Наявність та характер дискінезії жовчних шляхів теж впливає на побудову методики занять лікувальною гімнастикою. Розрізняють гіпокінетичну (атонічну) форму порушення скоротливості жовчного міхура і гіперкінетичну (спастичну). Це визначає добір і особливості виконання вправ та навантаження у заняттях лікувальною гімнастикою, що, в основному, ідентичні тим, які застосовуються у хворих на хронічний коліт з атонічними і спастичними закрепамі у I та II періоди ЛФК. Однак у хворих з дискінезією жовчних шляхів тривалість занять дещо більша за рахунок збільшення часу для відпочинку (2-3 хв), що сприяє виділенню жовчі з жовчного міхура. Перед проведенням лікувальної гімнастики хворим слід надавати пасивний відпочинок 5-7 хв, рекомендується прогрівати ділянку печінки, що стимулює випорожнення жовчного міхура під час занять фізичними вправами.

Лікувальний масаж призначають при стиханні загострення процесу для нормалізації діяльності вегетативної нервової системи; ліквідації застою жовчі і для попередження утворення жовчних каменів, стимуляції тону жовчного міхура при гіпотонічній формі дискінезії і усунення спазму при гіперкінетичній; покращання крово- та лімфообігу у печінці та інших органах травлення, для активізації моторно-евакуаторної функції кишок. Застосовують сегментарно-рефлекторний і класичний масаж. Масажують паравертебральні зони спинномозкових сегментів С3—С4, D6—D10, рефлексогенні зони правої половини грудної клітини, ділянку сонячного сплетення, живота, печінки і жовчного міхура. Масаж печінки роблять кінчиками пальців і долонею, виконуючи ніжні погладження в ділянці органу знизу, ліворуч і праворуч догори; розтирання пальцями під реберним краєм і ніжну вібрацію, підштовхування, стрясування печінки. Масаж ділянки жовчного міхура при атонії його стінок: ніжні циркулярні погладження, розтирання і безперервна вібрація пальцями, ритмічні неглибокі натискування. Масаж печінки і жовчного міхура у лікарняний період реабілітації має щадний характер.

Методика масажу при хронічних захворюваннях жовчного міхура і жовчовивідних шляхів.

Масаж паравертебральних зон спинномозкових сегментів (D6-D10, C4-C3): площинне і охоплююче погладження, вібраційне погладження; циркулярне розтирання кінчиками пальців, штрихування, гребнеподібне розтирання, пиляння, поздовжнє розминання, зрушення, розтягування; вібрація (пунктація, поплескування, лупцювання поперечно кулаком, рублення). Погладження, розтирання, розминка і вібрація трапецієподібних м'язів; погладження і розтирання ділянки правої лопатки, кута і внутрішнього її краю; граблеподібне погладження і розтирання міжреберних м'язів в області VII-IX ребер справа і в області правої пахвовій ямки.



Рис. 16. Масаж живота при застої жовчі

Масаж ший: поперечне розминання, розтирання і погладження; щипцеподібне погладження і розминання грудино-ключично-соскоподібних м'язів.

Масаж грудної клітини: погладження площинне і охоплююче від білої лінії живота до пахвових ямок; розтирання і розминання великих грудних м'язів; погладження і розтирання над- і підключичних зон праворуч і області грудини; вібраційне погладження грудної клітини. Погладження і розтирання реберних дуг. Масаж області чревного сплетіння – колоподібне погладження, розтирання і переривчаста вібрація від мечоподібного відростка до пупка. Струс грудної клітки.

Масаж живота: площинне поверхнєве погладжування в напрямку справа наліво навколо пупка, ніжне кругове розтирання і штрихування кінчиками пальців шкіри, підшкірної основи та м'язів правої підреберної області. Розминка передньої черевної стінки – поздовжнє і поперечне, зрушення і розтягування. Масаж правого прямого м'яза живота – розтирання, розминка, вібрація. Ніжні малої амплітуди струшення живота в поздовжньому і поперечному напрямках.

При атонії стінок жовчного міхура – масаж жовчного міхура: ніжне площинне циркулярне погладжування, розтирання і непереривиста вібрація кінчиками пальців, ритмічні легкі неглибокі натискання. Закінчують масаж погладжуванням живота і грудної клітини, дихальними вправами.

Тривалість процедури: 12-15 хв. Курс лікування 12 процедур, через день.

Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні. Її завдання: усунення болю і спазмів, ліквідація запального процесу; створення глибокої гіперемії, покращання дренажної функції жовчного міхура і жовчних шляхів, усунення застою і попередження утворення жовчних каменів, нормалізація фізико-хімічних властивостей жовчі. Застосовують солюкс, грілку, УВЧ-терапію, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, індуктотермію, медикаментозний електрофорез, ультразвук, ванни за Гауффе для верхніх кінцівок, УФО. При гіпокінетичній формі дискінезії жовчного міхура призначають електростимуляцію його ділянки та правого грудочеревного нерва. Цим хворим рекомендують пити мінеральну воду середньої та високої мінералізації (Смирновська, Слов'янівська, Єсентуки 17 та ін.), а з гіперкінетичною дискінезією – малої і середньої мінералізації (Нафтуса, Березівська, Кримський нарзан та ін.).

Післялікарняний період реабілітації проводиться в поліклініці, санаторії. Застосовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію, працетерапію.

Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом. Її завдання: нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції функцій печінки та жовчовивідної системи; попередження дискінезій і загострення захворювання, максимальне подовження ремісії; стимулювання обміну речовин, крово- та лімфообігу у черевній порожнині, моторно-екскреторної

функції шлунка і кишечника; зміцнення м'язів живота та тазового дна, загальне зміцнення організму; адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезіотерапію, теренкур, піші прогулянки, лижні, катання на велосипеді, ковзанах, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри.

Комплекси лікувальної гімнастики складають із загальнорозвиваючих і спеціальних вправ – дихальних, на розслаблення, дренажних і для м'язів живота. У методиці занять зберігаються особливості виконання вправ та навантаження, як і у попередні періоди ЛФК. В іншому вона, практично, мало чим відрізняється від тієї, що використовують при хронічних колітах з відповідними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечника.

Лікувальний масаж застосовують у вигляді сегментарно-рефлекторного і класичного масажу з тією самою метою, що у попередній період реабілітації. Однак інтенсивність його у цей період вища.

Фізіотерапію призначають для нормалізації функціонального стану нервової системи, жовчоутворювальної функції печінки та фізико-хімічних властивостей жовчі; стимуляції дренажної функції жовчного міхура і жовчних шляхів; покращання обмінних процесів і крово- та лімфообігу в черевній порожнині; загального зміцнення організму. Застосовують парафіно-озокеритні та грязьові аплікації, солюкс, мікрохвильову терапію, індуктотермію, ультразвук, ванни прісні, хвойні, радонові, пиття мінеральної води, кишкові промивання, кліматолікування. Використовують електростимуляцію правого грудочеревного нерва для рефлекторної стимуляції випорожнення жовчного міхура, а також його ділянки при атонії стінок жовчного міхура.

Трудотерапію застосовують для підтримання загальної фізичної і професійної здатності та нервово-психічного тону пацієнтів. Корисні роботи на свіжому повітрі, у садку, на присадибній ділянці.

Санаторно-курортне лікування

Пацієнтам показано санаторно-курортне лікування на бальнеопиттєвих і кліматичних курортах.

Для зняття запалень в жовчному міхурі і жовчних протоках призначаються низькоінтенсивна УВЧ-терапія і локальна повітряна кріотерапія в області печінки, з метою зменшення запальних процесів в

жовчному міхурі і жовчних протоках в підгострій і хронічній стадіях захворювання - інфрачервона лазеротерапія в області жовчного міхура, для купірування болювого синдрому - імпульсна електротерапія, а в деяких санаторіях - акупунктура. Пацієнтам з холециститом також призначаються лазерне опромінення крові, трансскраніальна електроанальгезія і низькочастотна магнітотерапія, хвойні ванни і вегетокоригуючі методи.

Призначаються і фізичні вправи, що включають ряд дренажних дихальних вправ, спрямованих на згинання та розгинання ніг, нахили. Варто зазначити, що такі вправи не повинні викликати дискомфорту в правому підребер'ї і, тим більше, хворобливих відчуттів. Пацієнти можуть також грати в малорухливі ігри. Протипоказані фізичні вправи при важких формах холециститу з частими загостреннями, наявності активної інфекції, ускладнення і загостреннях холангіту, стенозі великого сосочка дванадцятипалої кишки, а також при захворюваннях печінки, що знаходяться в активній фазі.

З метою поліпшення моторної функції жовчного міхура та жовчних проток, фізико-хімічних властивостей жовчі пацієнтам призначається питне лікування гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатно-натрієво-кальцієво-магнієвими водами. Для полегшення відходу жовчі, зміни її реології застосовуються в основному сульфатно-натрієві, сульфатно-магнієві, гідрокарбонатні і кальцієві води, такі як «Єсентуки № 4», «Єсентуки-Нова», «Смирновская», «Боржомі», «Нарзан» і карловарская термальна вода. При порушенні моторики жовчного міхура за гіпотонічним типом в основному застосовуються води високої мінералізації в охолоджену вигляді: сульфідні або соляні води, такі як, наприклад, «Єсентуки № 17». При дискінетичних порушеннях по гіперкінетичному типу, навпаки, п'ється вода малої та середньої мінералізації в теплом або гарячому вигляді: «Єсентуки-Нова», «Боржомі», «Смирновская». Приймається така вода 3-4 рази на день за 30-40 хвилин до прийому їжі, тривалість питного курсу становить 3-4 тижні.

Ще одним холікінетичним методом, крім питного лікування, є беззондовий тюбаж (або сліпе зондування), який проводиться для очищення жовчного міхура від вмісту. Цей метод лікування хороший при гіпомоторній дискінезії і проводиться таким чином: спочатку пацієнт натщесерце випиває

200-300 мл води малої або середньої мінералізації (45-50° С), потім лягає на правий бік, під який йому кладеться тепла грілка і знаходиться в такому положенні протягом 45-60 хвилин. В курс лікування входить 10-12 таких процедур і проводяться вони 1 раз в 5-7 днів. Проведення беззондового тюбажа протипоказано пацієнтам з жовчнокам'яної хворобою, холестазом, гострим гепатитом, загостреним холециститом, ерозивно-виразковими змінами шлунка і дванадцятипалої кишки.

Протипоказаннями до лікування холециститу на курорті є жовчнокам'яна хвороба, що супроводжується частими тривалими нападами з порушенням відтоку жовчі і явним проявом інфекції, а також емпієма жовчного міхура.

Санаторно-курортне лікування *жовчнокам'яної хвороби* та супутніх захворювань показано при наступних формах: з невеликими каменями в жовчовивідних шляхах; з неоперабельним камінням в жовчному міхурі; при наявності каменів в жовчовивідних шляхах з метою підготовки до операції або доліковування в післяопераційному періоді, а також стан після самостійного виходу або оперативного видалення каменів.

В карту санаторного лікування при жовчнокам'яній хворобі входять такі процедури:

- промивання і зрошення кишечника мінеральною водою;
- мікроклізми з настоями трав;
- фіточай;
- бальнеолікування (перлинні ванни з хвойним екстрактом, пароуглекислі ванни);
- грязелікування;
- кліматотерапія;
- ЛФК;
- масаж.

Рекомендований період оздоровлення – 18-21 день.

Джерела, використані для написання даного розділу [1- 5, 7, 12, 14, 18, 19, 22].

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронічний панкреатит (ХП) – це запальний, зазвичай прогресуючий процес у підшлунковій залозі з вогнищевою чи дифузною деструкцією тканини залози і поступовим заміщенням її сполучною тканиною.

Кодза МКХ-10

K86.0. Хронічний панкреатит алкогольної етіології.

K86.1. Інші хронічні панкреатити (хронічний панкреатит неуточненої етіології, інфекційний, рецидивуючий).

Епідеміологія

На 1000 випадків госпіталізації ХП зустрічається у середньому у 3,1-4,9 випадках. Чоловіки хворіють удвічі частіше (6,7 і 3,2 на 100 тис. населення відповідно). У чоловіків переважно відмічається ХП, індукований алкоголем, у жінок – ідіопатичний або гіперліпідемічний ХП. Середній вік дебюту захворювання 46 ± 13 років, ідіопатичний частіше починається у середньому в осіб віком 19,2 років. Хронічний панкреатит є одним з основних факторів ризику розвитку раку ПЗ. Екзокринна недостатність ПЗ у пацієнтів із ХП асоціюється з високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень.

Етіологія

Хронічний алкоголізм – найбільш часта причина хронічного панкреатиту; інші: гіпертригліцеридемія, гіперкальціємія, спадковий панкреатит, гемохроматоз і муковісцидоз. У 25% дорослих етіологія невідома.

До доведених причин ХП відносяться хронічна ниркова недостатність і гіперпаратиреоз, ішемічне ураження при атеросклерозі мезентеріальних судин, тоді як точна роль лікарських засобів і токсичних речовин залишається не доведеною.

Патогенез

1-а фаза патогенезу (ферментативна). Активований трипсин впливає на інтерстицій, пошкоджуються судини, виникає гемостаз, крововиливи, утворення тромбів і набряк залози. Тривалість – до трьох діб.

2-а фаза патогенезу (реактивна). Основний судинний ефект викликає калікреїн. Кініни мають вазоактивну дію (розширення судин і підвищення їх

проникності). Активована еластаза руйнує стінку капілярів. Як наслідок – геморагічний некроз залози, тромбофлебіти, кровотечі з травного тракту. Тривалість – другий тиждень хвороби.

3-я фаза патогенезу (розплавлення і секвестрації). Жировий некроз тканини підшлункової залози, печінки, серозних оболонок, брижі, нирок. Як правило виникає інфікування некрозів, тобто розвиток гнійно-некротичного панкреатиту.

Схематичне зображення патогенезу хронічного панкреатиту наведено на рис. нижче.

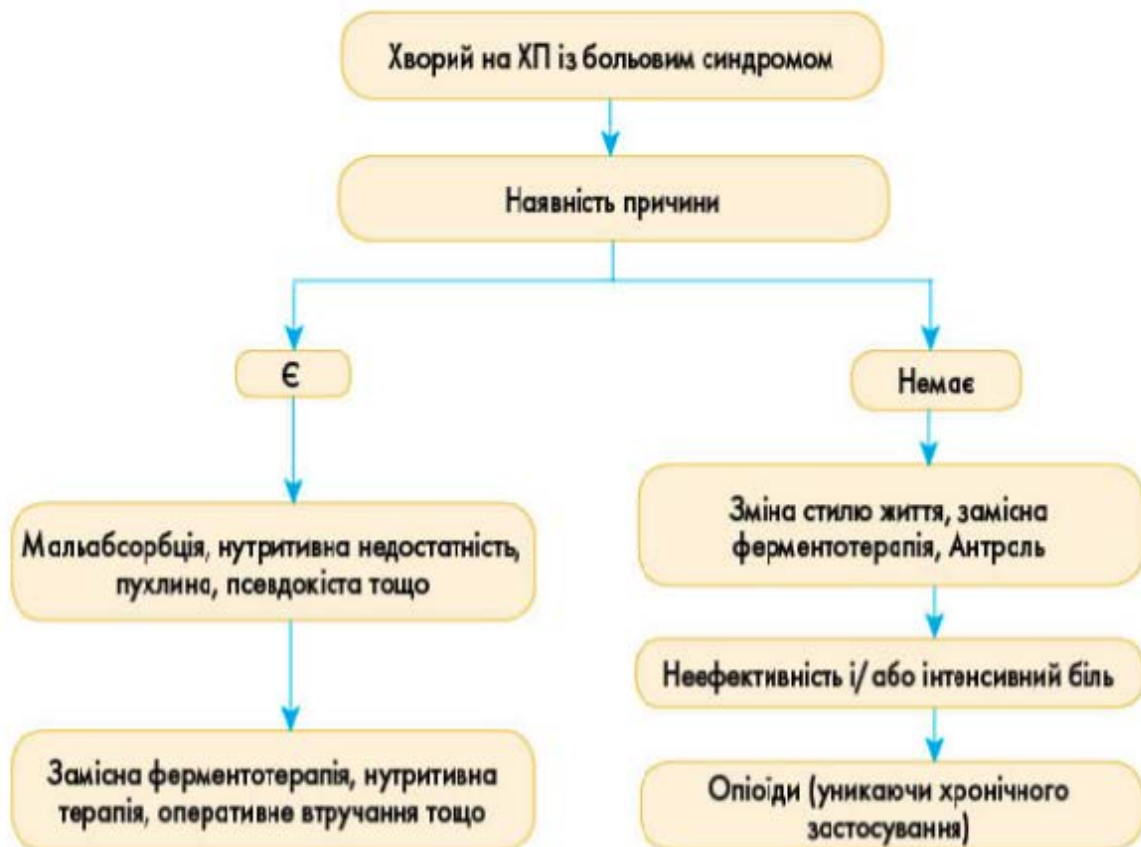


Рис. 17. Патогенез хронічного панкреатиту

Клінічна картина

Для всіх форм хронічного панкреатиту провідним клінічним синдромом є абдомінальний біль. Виділяють кілька варіантів абдомінальних болів: виразкоподібні (голодні чи ранні болі, нічні болі); за типом лівосторонньої ниркової кольки; синдром правого підребер'я (у 30-40% випадків - із жовтяницею); дисмоторні (у поєднанні з відчуттям важкості

після їди і блюванням); розповсюджені (без чіткої локалізації). Біль може бути переймистий і постійний, оперізуючий, іррадіювати під ліву лопатку, в спину, посилюватися після переїдання, вживання жирної, гострої і смаженої їжі, алкоголю. Тепло може посилювати больові відчуття, холод трохи послаблює. Біль слабшає також у деяких вимушених положеннях хворого – колінно-ліктьовому, сидячи, зігнувшись уперед, лежачи на боці з підігнутими до грудей колінами. Біль при хронічному панкреатиті має різне походження: він може бути пов'язаний із порушенням відтоку панкреатичного соку, збільшенням об'єму секретії підшлункової залози, її ішемією, запаленням перипанкреатичної клітковини, зміною нервових закінчень, стисненням навколишніх органів (жовчна протока, дванадцятипала кишка).

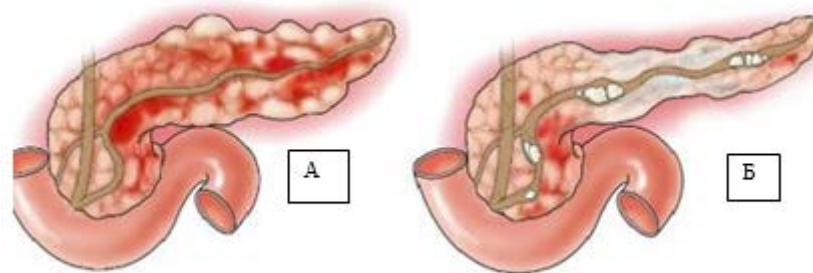


Рис. 18. Панкреатит: А - гострий, Б - хронічний

Установлюючи діагноз, необхідно виключити іншу патологію гастродуоденальної зони, яка може мати подібні симптоми перебігу. Розгорнута клінічна картина хронічного панкреатиту знаменується також синдромом мальдигестії (зовнішньосекреторною недостатністю), що проявляється втратою маси тіла, симптомами кишкової диспепсії та порушеннями випорожнення. Хворі скаржаться на здуття і бурчання в животі, закрепи і діарею. Випорожнення при діареї рясні, рідкі, пінисті, ясно-жовтого кольору через велику кількість жиру (стеаторея). Характерні також ознаки шлункової диспепсії – нудота і блювання, яке не приносить полегшення. Ендокринна недостатність виявляється ознаками цукрового діабету. У латентному вигляді діабет буває часто, виражені ознаки виявляють у давніших випадках хронічного панкреатиту. Об'єктивне дослідження: у хворих із загостренням хронічного панкреатиту при значній

інтенсивності та тривалості болів виявляється дуже помірна болючість при глибокій і поверхневій пальпації живота. У таких випадках використовують пальпацію залози за Гроттом – глибока пальпація в трьох позиціях (на спині, лівому боці та стоячи з нахилом уперед і вліво).

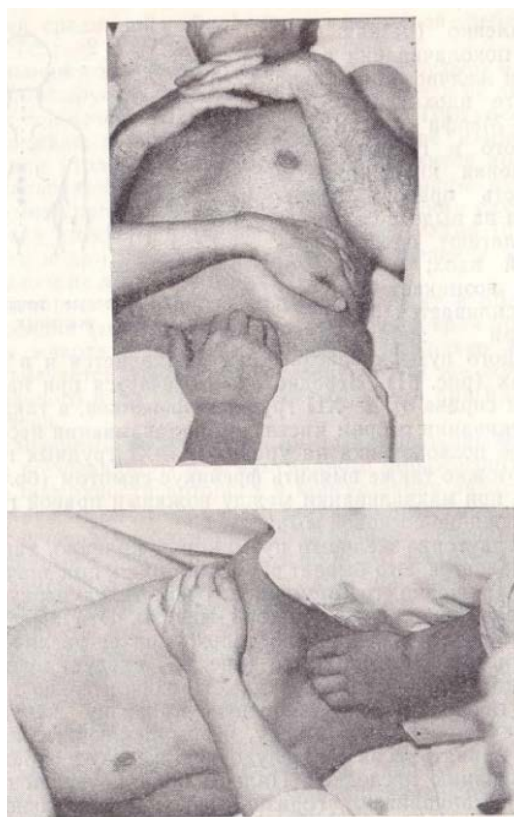


Рис. 19. Пальпація підшлункової залози

При цьому можна пропальпувати збільшену, щільну і болючу підшлункову залозу. Діагностичне значення має виявлення сильного болю у всіх трьох позиціях.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Дотримувати призначений режим харчування при хронічному панкреатиті доводиться протягом усього життя. Будь-які погрішності в їжі загострюють захворювання. Це погіршує якість життя і подальший прогноз. Пов'язано це з тим, що при панкреатиті зовнішньосекреторної функція підшлункової залози не відновлюється.

Дієта №5п з виключенням продуктів, що стимулюють панкреатичну секрецію, зменшення животних жирів (40-60 г на добу), часте дробне харчування. При ЗСН ПЗ – додатково зменшують свіжі овочі та фрукти, холодні блюда, збільшують вміст білку у раціоні. Збагачення їжі

антиоксидантами (вітаміни А, С, Е, селен, метіонин) сприяє зменшенню больового синдрому.

До особливостей дієти при панкреатиті відноситься створення щадного режиму для органів травлення:

хімічний – виключення деяких страв або значне обмеження в харчуванні. Будь-жирний, смажений, гострий, копчений продукт може викликати біль і загострити гастрит, що призведе до погіршення панкреатиту – з'явиться набряклий симптом, почнеться загострення;

механічний – їжа повинна бути ретельно подрібнена і протерта до пюре або кашкоподібної консистенції. Подразнення слизової шлунка грубою їжею призводить до її запалення, виробленню додаткової кількості шлункового соку, який стимулює секрецію ферментів підшлункової залози і призводить до загострення панкреатиту;

термічний – занадто гаряча або холодна їжа викликає подразнення слизових і опосередковано загострює процес, тому температура їжі робиться комфортної – теплою.

Правильний режим харчування: дробовий прийом їжі в один і той же час: 6-8 разів на день, маленькі порції: обсяг їжі грає роль у виробленні певної кількості панкреатичних ензимів (від нього залежить навантаження на орган), їжа готується паровим способом, в тушкованому, відварному вигляді або запечена у власному соку (смажені страви їсти не можна).

У зв'язку з труднощами переварювання жирів (необхідна велика кількість ферментів для розщеплення, що збільшує функціональне навантаження на уражений орган і загострює запалення), їх прийом різко обмежують. Дозволяється вершкове і рослинне масло в незначних кількостях. Виключаються сало, жирна риба, м'ясо.

Вводиться категорична заборона на алкоголь: він протипоказаний, навіть якщо форма хвороби неактивна.

В раціоні повинно бути достатньо білка (до 110-115 г щодня, з яких до 60% – тваринний білок). Білок міститься в нежирному м'ясі, рибі, яєчному білку, він покращує процеси відновлення підшлункової залози і запобігає прогресуванню хронічного панкреатиту.

Бажано харчуватися різноманітно, щоб забезпечити організм необхідними корисними речовинами.

Не можна зловживати солодощами. Надлишок вуглеводів, особливо легкозасвоюваних, виснажує інсулярний апарат підшлункової і підвищує ризик захворіти на цукровий діабет.

Дієта при загостренні панкреатиту

В перші дні після появи ознак загострення захворювання пацієнтові протипоказано вживання будь-якої їжі. Допускається тільки пити звичайну або мінеральну воду потроху. Якщо сечовиділення у пацієнта не порушено, йому можна випити не більше одного літра на добу. Повний голод показано дотримуватися протягом перших двох діб. У деяких випадках цей період можна збільшити до чотирьох днів. Разом з мінеральними водами можна вживати відвар шипшини в кількості не більш п'яти склянок.

Розширювати харчовий раціон починають приблизно з третього дня хвороби. Показано вживати низькокалорійні види їжі. Всі страви повинні бути приготовані на основі продуктів, в яких відсутні тваринні жири, в які не додана сіль і прянощі.

Потрібно забезпечити організм необхідною йому кількістю кальцію. Це сприяє зміцненню судинних стінок і зниження їх проникності. Рекомендується обмежити вживання солі. Це допоможе усунути набряклість органу. Відновити травну систему можна за допомогою біофлавоноїдів, а також вітамінів В,С,А.

Коли хвороба дає про себе знати, треба їсти ретельно протерту їжу, приготовану на пару. Харчування при загостренні панкреатиту виключає вживання приправ і спецій. Хворому можна харчуватися:

- Рідкими теплими супами.
- Манної, рисової, геркулесову кашами.
- Пюре з овочів.
- Збитим сиром.
- Пити краще всього німецький чай без цукру.

Через 7-10 днів дієта при панкреатиті в стадії загострення дозволяє їсти відварну річкову рибу, курятину, індичатину, яловичину.

Не можна допускати переїдання. Тому харчування при загостренні панкреатиту має бути дробовим. Важливо дотримуватися часовий інтервал між прийомами їжі. Він становить 2-3 ч.

Медикаментозне лікування

Лікування включає зміни поведінки (припинення вживання алкоголю і куріння, дотримання дієти), встановлення причини та корекцію абдомінального болю, діагностику та корекцію за необхідності екзокринної і/або ендокринної недостатності.

Етіотропне лікування: можливо при вторинних ХП, що розвинулись внаслідок інших захворювань, наприклад, лікування пептичних виразок.

Патогенетичне лікування:

- 1) Поліпшення відтоку панкреатичного секрету:
 - Міотропні спазмолітики:
 - дуспаталін 200 мг 2 рази в день
 - папаверину гідрохлорид 2% - 2 мл 2 рази в день
 - При дуоденостазі – прокінетики (мотиліум 10мг 3 рази в день)
- 2) Купірування больового синдрому:
 - Ненаркотичні анальгетики (анальгін)
 - Наркотичні анальгетики (трамадол)
- 3) Замісна терапія при зовнішньо секреторній недостатності ПЗ – переважно гіпоферментних панкреатитах (панкреатин, креон).
- 4) Метронідазол
- 5) Азитроміцин
- 6) Гальмування зовнішньої секреції ПЗ (при атаці гіперферментного панкреатиту):
 - Застосовують антисекреторні препарати:
 - ІПП (омепразол, езомепразол)
 - М – холінолітики (атропін, платифілін, гастроцепін)
 - Блокатори H_2 – гістамінових рецепторів (фамотидин)
- 7) Дезінтоксикаційна терапія (при гіперферментному панкреатиті).
Ізотонічний розчин 0,9% 500 – 1000мл на добу.

Руховий режим

Лікувальна фізична культура. Важливе місце в попередженні загострень хронічного панкреатиту займає лікувальна гімнастика.

При хронічному панкреатиті поза періодом загострення завдання лікувальної гімнастики полягають у наступному:

1. Зміцнення нервової системи через загальнотонізуючу дію на

нервово-психічний стан хворого.

2. Нормалізація і поліпшення обміну речовин, а також стимуляція функціонального стану організму.

3. Посилення кровообігу в органах черевної порожнини.

4. Навчання діафрагмальному диханню, щоб діафрагма «масажувала» підшлункову залозу і сприяла тим самим її функціонуванню.

У лікувальну гімнастику включаються вправи з різних вихідних положень для кінцівок, тулуба, черевного преса з поступовим збільшенням навантаження. Особливо робляться дихальні вправи, що вимагають напруги і супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску, а також вправи, пов'язані з різкими рухами.

Темп виконання вправ – повільний і середній. Тривалість заняття – 15 - 20 хвилин. Вправи слід виконувати в зазначеній послідовності, дотримуючись зазначеного дозування, в будь-який час доби, але краще вранці, через 1–1,5 год після їжі.

Проводити заняття необхідно щоденно, в добре провітрюваному приміщенні. Важкоздійснювані вправи можна контролювати перед дзеркалом. Спортивний одяг не повинен утрудняти рухів.

При наявності супутніх захворювань зміни в комплекс вправ потрібно вносити, тільки проконсультувавшись з лікарем.

Після виконання вправ необхідно протягом 3-4 хвилин полежати на спині, витягнувши руки вздовж тулуба долонями вниз, ноги злегка розвести, очі прикрити і домогтися повного розслаблення. Потім бажано виконати водну процедуру (обтирання, душ, обливання). У комплекс тренувальних вправ, поряд з лікувальною гімнастикою, включається ходьба на свіжому повітрі на відстань 1-2 км в темпі, звичному для хворого.

Ознаками сприятливої реакції організму на лікувальну гімнастику є: гарний настрій, бажання продовжувати заняття, відсутність неприємних відчуттів, почастищення пульсу, але лише на 15 ударів на хвилину в порівнянні з пульсом до початку вправ або зменшення частоти пульсу на 5-8 ударів на хвилину в порівнянні з пульсом до занять і повернення пульсу до початкових величин через 5 хвилин після завершення вправ. Ознаками позитивної реакції за частотою дихання служать: почастищення дихання на 5-8 вдихів-видихів на хвилину в порівнянні з диханням до вправ і повернення

частоти дихання до початкових величин через 3-5 хвилин після закінчення занять.



Рис. 20. Ходьба з високо піднятими колінами

При панкреатиті корисні вправи:

- 1) повільна ходьба на короткі дистанції;
- 2) руки за голову, виконати вправу «ходьба на носочках», протягом 30-50 секунд;
- 3) ходьба з високо піднятими колінами – 30-40 секунд;
- 4) лежачи на спині, виконати вправу «велосипед» - по черзі виконувати кругові рухи зігнутими в колінах ногами;
- 5) лежачи на твердій поверхні, виконати почергове підняття прямих ніг – протягом 30 секунд;
- 6) лягти на бік, нижню руку підкласти під голову, виконати підняття ноги вгору 4-5 раз, потім перевернутися і повторити аналогічні рухи;
- 7) повільно піднімати руки на вдиху і опускати – на видиху

протягом 30 секунд.

Лікувальний масаж можна вважати хорошою профілактикою загострення хронічного запалення підшлункової залози. Він сприяє поліпшенню кровообіга, перешкоджає розвитку застійних явищ, допомагає нормалізувати вироблення ферментів, знижує запалення.

Масаж при панкреатиті має кілька технік виконання. Крім «прямого» впливу в області проекції залози, хороший лікувальний результат має самостійне виконання дихальної гімнастики (додаток 9), постановка банок, тиск на точки.

При хронічній формі панкреатиту допускається застосування масажу за допомогою банок, які розташовуються в проекції підшлункової залози. Це внутрішній край лівої лопатки уздовж хребта. Для виконання сеансу буде потрібно 2-3 банки. Шкірний покрив в місці використання змащують за допомогою вазелінового масла або жирного дитячого крему.

На пінцет намотують невеликий шар вати, змочують в спиртовмісній рідині. «Факел» підпалюють на кілька секунд, після завадять в банку, щоб позбутися кисню. Потім швидко перевертають ємність і ставлять на зазначену точку. У процесі постановки банки потрібно уважно стежити за тим, щоб вата не потрапила всередину, оскільки це загрожує сильним опіком і болем.

Точковий масаж при панкреатиті здатний викликати певні труднощі, пов'язані з анатомією людини. У процесі маніпуляції вплив здійснюється на біологічно активні точки стопи і очеревини.

Методика точкового масажу:

- Перша точка називається «Та-ду». Розташовується перед першим суглобом стопи, її можна намацати у кореня великої фаланги перед пучком.
- Тай-бай. Локалізується на кордоні білого і червоного шкірного покриву на пучках стопи під великим пальцем у 10 мм від першої точки у напрямку до п'яти;
- Гунь-сунь. Точка розташована біля основи першої плеснової кістки із зони медіального краю.

Техніка точкового масажу полягає в легких надавлюючих рухах за годинниковою стрілкою. Не менш 30 секунд на кожну точку.

Фізіотерапія. Фізіотерапія застосовується тільки при стійкій ремісії

(УВЧ, індуктотермія, ультразвук на проєкцію ПЗ; вуглекислі, радонові ванни).

Показано призначення питних мінеральних вод малої і середньої мінералізації, що містять гідрокарбонати кальцію, магнію (Слав'янівська, Московська, Єсентуки № 4 ін.) Температура 37-38°C. Починають пиття води з невеликих кількостей – 1/4-1/2 склянки 1-2 рази на день і поступово при добрій переносимості доводять до 1 склянки 3 рази на день за 60 хв до їжі; курс лікування 21-24 дні.

З фізіотерапії широко використовують зовнішнє застосування мінеральних вод у вигляді ванн (вуглекислі, хлоридні натрієві, радонові, хвойні та ін.), Температура яких 36-37°C і тривалість 10-12 хв; на курс лікування 8-10 ванн.

Хворим з недостатньою ферментативною функцією підшлункової залози призначають грязелікування у вигляді широкого грязьового пояса на верхню частину живота і сегментарно; температура 37-38°C, тривалість процедури 15 хв; на курс лікування 8-10 процедур через день.

Хворим з вираженим астеновегетативним синдромом, супутньою патологією серцево-судинної системи доцільно призначати гальваногрязь на область епігастрію; щільність струму 0,05-0,08 мА/см², температура 38°C, тривалість процедури 15-20 хв; на курс лікування 6-12 процедур. Застосовують діатермогрязь на область проєкції підшлункової залози і сегментарно, сила струму 1,5-2 мА, тривалість впливу 15-20 хв; на курс лікування 8-12 процедур через день. Призначають аплікації озокериту температури 43-45°C.

Фізіотерапія, що володіє тепловою дією (е. п. УВЧ, індуктотермія та ін.), для лікування хворих на хронічний панкреатит повинна застосовуватися із обережністю. УВЧ призначають при слаботепловій інтенсивності. Конденсаторні пластини №2 або №3 розміщують: одну над областю лівого підребер'я, іншу – навпаки з боку спини з повітряним зазором під пластинами 2-3 см. Процедури призначають через день, їх тривалість 8-10 хв; на курс лікування 8-10 процедур.

ЗМП ВЧ: індуктор-диск розміщують над областю епігастрію із зазором 1,5-2 см, інтенсивність – до відчуття слабкого тепла або без відчуття тепла, тривалість процедури 10-15 хв; на курс лікування 8-10 процедур.

Також, з фізіотерапії застосовують ультразвук за лабільною методикою; впливають на область проекції підшлункової залози з інтенсивністю 0,4-0,6 Вт/см² і тривалістю 5 хв; на курс лікування 8-10 процедур через день.

Для зняття больового синдрому застосовують ДДТ з використанням ДВ струму за поперечною методикою, тривалість процедури 10 хв, сила струму 8-16 мА (до відчуття легкої або помірної вібрації); на курс лікування 8-10 процедур; СМТ на область епігастрію за поперечною методикою з глибиною модуляцій 25-50%, частотою 100 Гц, I і IV РР по 3 хв кожним; на курс лікування 10-12 процедур через день.

Для стимуляції панкреатичної секреції і збільшення ферментативної активності панкреатичного соку призначають ДМХ потужністю 40 Вт і тривалістю 10-12 хв; на курс 8-10 процедур через.

Застосовують електрофорез новокаїну, цинку, сульфату магнію; анод розташовують в епігастрії зліва, тривалість процедур 10-15 хв; на курс лікування 10-12 процедур.

Застосування фізіотерапії показано хворим хронічним рецидивуючим і латентним панкреатитом у фазі повної і неповної ремісії. Протипоказано хворим у фазі загострення, з важкою формою панкреатиту, порушенням прохідності панкреатичних проток.

Санаторно-курортне лікування

Під час стійкої ремісії хворим доцільно призначати санаторно-курортне лікування (Моршин, Трускавець, Свалява, Березовські Мінеральні Води, Кавказькі Мінеральні Води тощо). При зниженій шлунковій секреції ефективне лікування на курортах Миргород, Куяльник.

При важкій формі хронічного панкреатиту з вираженим больовим синдромом і порушеннями прохідності панкреатичних проток санаторно-курортне лікування строго протипоказано.

Реабілітаційне лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом проводиться в гастроентерологічних санаторіях.

Основним лікувальним фактором є мінеральні води. Для хворих на хронічний панкреатит підходять нейтральні або слаболужні і слабокислі мінеральні води. Мінералізація їх повинна бути слабкою або помірною. Питні мінеральні води з джерела сприяють зняттю больового синдрому,

поліпшенню прохідності панкреатичних проток за рахунок спазмолітичної дії, нейтралізують руйнівну дію панкреатичних ферментів на залозу і стінки шлунково-кишкового тракту. Зазвичай мінеральні води застосовуються в невеликих дозах, 1-2 рази на день по 1 / 4-1 / 2 склянки за 30-60 хв до їди.

Комплексне санаторно-курортне лікування панкреатиту включає такі водні процедури, як вуглекислі, сірководневі, хвойні, валеріанові ванни, антистресові ванни на основі відварів з різних трав і ванни з екстрактом каштана, які мають анагетичну дію і допомагають боротися із запальними процесами, а також циркулярний душ, підводний душ-масаж і душ Шарко. Перераховані процедури надають седативну дію, покращують нейроендокринну регуляцію і кровопостачання, викликають виражені шкірні реакції (розкриття пір, набухання шкірних покривів), стимулюють вироблення біологічно активних речовин - ацетилхоліну, серотоніну і гістаміну - внаслідок чого поліпшуються обмінні процеси та живлення шкіри.

Для зняття запалень і болю застосовується магнітотерапія, апаратна фізіотерапія, магнітолазерна терапія, а також електрофорез з використанням лікарських препаратів - ефективність впливу цих процедур особливо помітна при лікуванні пацієнтів з супутніми захворюваннями органів травлення та недостатністю секреторної залози. При супутніх захворюваннях травних органів пацієнтам призначають також і грязьові процедури, так як вони покращують функції підшлункової залози і імунологічну реактивність, стимулюють глюкокортикоидну функцію надниркових залоз, знімають болі і запалення, зменшують чутливість організму до алергенів.

Фізіотерапія, як правило, призначається при больовому синдромі і в фазі затихання загострення хронічного панкреатиту. Категорично протипоказано фізіолікування при важкій формі панкреатиту, загостренні захворювання, а також при порушенні прохідності панкреатичних ходів. У санаторіях є обладнані сучасною технікою кабінети для проведення ультразвукової терапії, індуктотермії, електрофорезу лікарських речовин (новокаїну, платифіліну). При больовому синдромі пацієнтам призначаються процедури з застосуванням діадинамічних струмів, синусоїдальних модульованих струмів, дециметрових хвиль. Із сучасних методів використовуються лазеротерапія, голковколювання. Крім того, в останні

роки в санаторіях широко застосовується електродренінг контрікала, коли препарат наноситься на шкіру.

Важливою частиною відновного лікування є психологічна реабілітація. Особливо її потребують особи з больовою формою хронічного панкреатиту, оскільки постійні больові відчуття приводять до стресу, емоційної нестійкості, депресії. Вже сама природа, свіже повітря і мальовничі пейзажі несуть в собі позитивний заряд емоцій. Допомагають відновити душевну рівновагу і професійні медичні психологи.

Джерела, використані для написання даного розділу [1-5, 10, 13, 14, 18, 19, 20, 25].

ГЕПАТИТИ

Хронічний гепатит – хронічний поліетіологічний запально-деструктивний процес в печінці тривалістю понад 6 місяців зі збереженням долькової структури печінки.

Код за МКХ-10

К 70.1. Алкогольний гепатит.

К 73. Хронічний гепатит, не класифікований в інших рубриках.

Епідеміологія

Щорічно в Україні реєструється 11-14 тис. нових випадків вірусних гепатитів. Станом на 2016 р. в Україні на обліку перебувало 67140 хворих. Хронічний перебіг хвороби розвивається у 80-90 % дітей грудного віку, інфікованих гепатитом В протягом першого року життя. У 20-30 % дорослих із хронічним гепатитом В розвивається цироз і/або ракпечінки. Приблизно 686 тис. осіб помирають щорічно від інфекції гепатиту В, включаючи цироз і рак печінки, внаслідок хронічної інфекції.

Гепатит А зустрічається в усьому світі, ендемічних в районі Середземномор'я, в країнах Східної Європи, а також в країнах, що розвиваються (з низьким гігієнічним стандартом). Захворювання носить спорадичний і груповий характер (викликано зараженою їжею або привезено з ендемічних регіонів, в основному з Єгипту); в даний час захворюваність невелика (в 2015 р 0,13 на 100 000 населення).

Гострий алкогольний гепатит частіше розвивається у віці 25-35 років після важкого запою на тлі 10 і більше років зловживання алкоголем. Віковий діапазон всіх форм алкогольного гепатиту може варіювати від 25 до 70 років. У США середній вік пацієнта з алкогольним гепатитом становить близько 50 років з початком споживання алкоголю у віці 17 років. За мінімальними оцінками кількість хворих в популяції західних країн близько 1-2%. У зв'язку з бессімптомним плином легких форм алкогольного гепатиту, у популяції пацієнтів, які помірно вживають алкоголь і зловживають ним, розповсюдженість (за даними біопсії) становить 25-30%. Співвідношення статей у різних країнах коливається. Вважається, що швидкість розвитку алкогольного гепатиту у жінок в 1,7 раз вище, ніж у чоловіків. Однак з урахуванням переважання чоловіків в групі тих, хто п'є, значення

співвідношення статей в групі хворих залишається невідомим. Європеоїдна аса має меншу швидкість розвитку алкогольного гепатиту, ніж негроїдна і монголоїдна.

Етіологія

До етіологічних чинників розвитку хронічних гепатитів відносять віруси гепатиту (В, С, D, G, цитомегаловірус, вірус простого герпесу та ін.), алкоголь, деякі лікарські засоби, токсичні та хімічні речовини. Причиною розвитку хронічних гепатитів можуть бути спадкові чинники і метаболічні порушення (гемохроматоз, хвороба Вільсона-Коновалова, дефіцит альфа-1-антитрипсину).



Рис. 21. Фактори ризику виникнення гепатитів

Патогенез

У патогенезі розвитку гепатитів має значення як безпосередня дія етіологічних чинників на печінкову паренхіму, що викликає дистрофію і некробіоз гепатоцитів і реактивну проліферацію мезенхіми, так і специфічні

імунологічні порушення, які є одним з найважливіших патогенетичних механізмів переходу гострого вірусного і токсичного гепатиту в хронічний і подальшого прогресування процесу.

Вірус гепатиту А

Вірус гепатиту А (ВГА) потрапляє в організм людини через слизову шлунково-кишкового тракту, розмножується в ендотелії тонкої кишки, мезентеріальних лімфатичних вузлах, гематогенно потрапляє в гепатоцити і пошкоджує їх, що призводить до порушення внутрішньоклітинних метаболічних процесів, в тому числі і в мембранах. При цьому обсяг некрозу практично завжди обмежений. Надалі збудник надходить з жовчю в кишечник, а потім виділяється з фекаліями з організму. ВГА має досить високу імуногенність, що індукує специфічну сенсibiliзацію лімфоцитів. Ключове значення в елімінації вірусу надається лізису інфікованих гепатоцитів натуральними кілерами. Анти-HAV разом з лімфоцитами-кілерами здійснюють антителозависимий цитоліз гепатоцитів. Наростання імунітету веде до звільнення організму від збудника, наступаючого, як правило, з появою жовтяниці.

Хронічний алкогольний гепатит

Хронічний персистуючий гепатит: характерні прояви алкогольного гепатиту поєднуються з помірним перичелюлярний і субсінусоїдальним фіброзом в третій зоні ацинарної печінкової часточки. У ряді випадків розширені портальні тракти і спостерігається портальний фіброз. Така картина може зберігатися протягом 5-10 років без прогресуючого фіброзу і переходу в цироз, навіть при тривалому вживанні алкоголю.

Хронічний активний гепатит: гістологічна картина алкогольного гепатиту в поєднанні з активним фіброгенез. Поряд із значним фіброзом в третій зоні часточки відзначається склерозуючий гіаліновий некроз. Після 3-5 місяців абстиненції морфологічні зміни нагадують картину хронічного агресивного неалкогольного гепатиту.

При хронічному алкогольному гепатиті прогресування процесу в окремих випадках спостерігається навіть при припиненні вживання спиртних напоїв в результаті приєднання аутоімунної деструктивної реакції.

Клінічна картина

Алкогольна хвороба печінки об'єднує різні за важкістю функціональні і структурні порушення печінки, викликані систематичним прийомом алкогольних напоїв.

Пошкодження печінки розвивається поетапно:

- 1) алкогольна жирова дистрофія печінки – хронічне пошкодження печінки з накопиченням крапельок жиру в гепатоцитах;
- 2) алкогольний гепатит – некротично-запальні зміни в печінці;
- 3) алкогольний цироз печінки.

Окремі стадії чітко не розмежовані одна від одної і деколи наявні одночасно. Суттєве значення має генетична предрисповиція. Жінки є більш чутливими до пошкодження печінки алкоголем – шкідлива доза менша, а прогресування хвороби відбувається швидше.

Алкогольна жирова дистрофія печінки: часто безсимптомна, деколи – незначний біль у правому підребер'ї або в епігастрії, печінка інколи збільшена, чутлива або неболюча при пальпації. Після припинення вживання алкоголю, як правило, повільно регресує (4–6 тиж.); в іншому випадку призводить (у $\approx 35\%$ хворих) до гепатиту і цирозу печінки.

Алкогольний гепатит: жовтяниця, втрата апетиту, слабкість, біль у ділянці правого підребер'я, і гарячка. При об'єктивному обстеженні: ознаки гіпотрофії й атрофія м'язів. Можуть бути симптоми тяжкого захворювання печінки, портальної гіпертензії й абстинентного алкогольного синдрому. Після абсолютного припинення вживання алкоголю симптоми минають у 70% хворих; подальше вживання алкоголю призводить до хронічного гепатиту і цирозу печінки.

Алкогольний цироз печінки: суттєво не відрізняється від цирозу іншого генезу. Сильно виражені симптоми гіпогонадизму і фемінізації. Часто супроводжується епізодами загострення, спричиненими алкогольним гепатитом.

Неалкогольний стеатогепатит – характеризується надмірним накопиченням ліпідів в печінці (стеатоз печінки) у осіб, які не зловживають алкоголем.

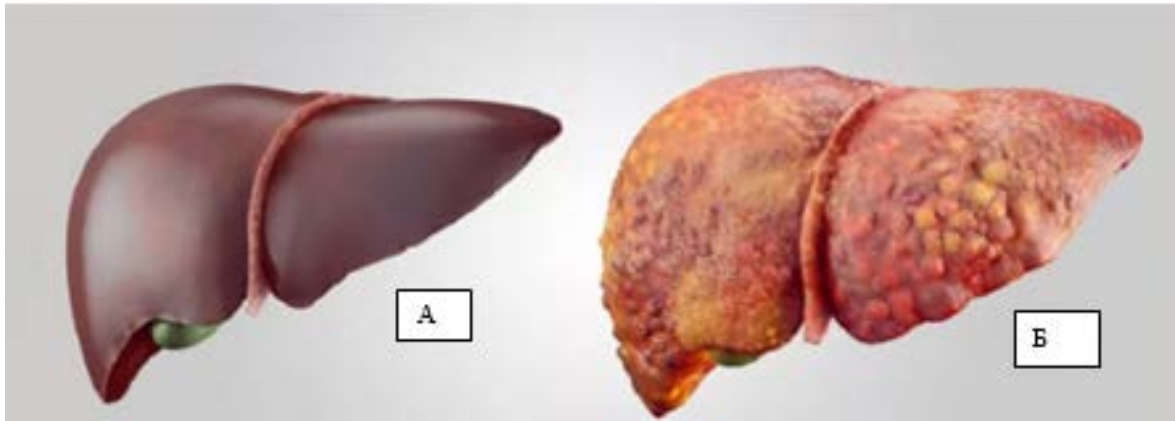


Рис. 22. А – печінка здорової людини, Б – печінка алкоголика

Суб'єктивні симптоми: зазвичай, без симптомів; може виникати втома, загальна слабкість, погане самопочуття, відчуття дискомфорту у правому верхньому квадранті живота. Захворювання часто діагностують випадково під час ультразвуграфічного обстеження, яке проводилось з іншого приводу, або після виявлення патологічної активності печінкових ферментів (АЛТ, АСТ) у сироватці крові.

Об'єктивні симптоми: ожиріння, гепатомегалія (<75% хворих) або спленомегалія (<25%), або інші ознаки портальної гіпертензії (рідко).

Хронічний вірусний гепатит В і С – хронічне (>6 міс.) захворювання печінки, що характеризується некротично-запальними змінами, викликане персистуючою інфекцією.

Симптоми: початок зазвичай безсимптомний, більшість хворих впродовж довгого часу не має жодних скарг. Суб'єктивні симптоми: найчастішим є відчуття втоми, досить часто – знижений настрій.

Об'єктивні симптоми:

1) часто — незначне збільшення печінки, в тяжчих випадках — помірна жовтяниця (постійно, або періодично);

2) у деяких пацієнтів перші симптоми пов'язані з:

а) вже розвинутим цирозом печінки та портальною гіпертензією (у т. ч. спленомегалія);

б) позапечінковими ускладненнями, спричиненими наявністю імунних комплексів: вузликовий періартеріт, лейкоцитокластичний васкуліт, гломерулонефрит.

Аутоімунний гепатит – хронічний, некротично-запальний процес печінкової тканини невідомої етіології, який не минає спонтанно, та

пов'язаний зі збільшеним рівнем γ -глобулінів у плазмі крові і наявністю циркулюючих тканинних аутоантитіл, які, ймовірно, є тільки маркерами захворювання і не беруть участі у його патогенезі.

Захворювання розвивається у будь-якому віці, найчастіше — у період статевої зрілості та між 40 і 60 р., у 4 рази частіше у жінок. Може мати абсолютно безсимптомний перебіг або симптоми гострого чи хронічного гепатиту. У $\approx 1/4$ хворих на момент постановки діагнозу наявні симптоми цирозу печінки і його ускладнень. Провідним і деколи єдиним симптомом є втома. У $\approx 2/3$ хворих наявна жовтяниця різної інтенсивності (деколи значна). Рідко – фульмінантний перебіг, із симптомами гострої печінкової недостатності. У дітей і молодих осіб перебіг – більш агресивний і в меншій мірі піддається лікуванню; у старших осіб перебіг – більш помірний, стероїдорезистентність зустрічається рідко. Нелікований аутоімунний гепатит впродовж 5 років веде до декомпенсованого цирозу печінки у $>80\%$ хворих. Може співіснувати з аутоімунними захворюваннями інших органів (хвороба Хашимото, хвороба Грейвса-Базедова, цукровий діабет 1 типу, гемолітична анемія, ідіопатична тромбоцитопенія, ревматоїдний артрит, синдром Шегрена та ін.) або з іншими аутоімунними захворюваннями печінки і жовчних шляхів.

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Навіть при задовільному стані пацієнтам з хронічним гепатитом призначається щадна дієта, спеціально розроблена для людей із захворюваннями печінки. При загостреннях (активному процесі запалення) харчування стає більш суворим. Дієта спрямована на усунення функціональних порушень печінки та жовчовидільної системи, процесу травлення і синхронності функціонування шлунково-кишкового тракту.

При хронічному гепатиті рекомендована дієта №5.

Дієта тривала - 1,5 - 2 роки. Харчування дробне 5-6 разів на добу, кожні 3-4 години.

При виражених явищах застою жовчі в раціон харчування вводять додатково овочі, фрукти, соки і рослинні масла.

При цирозі готують страви без солі, зменшують кількість вільної рідини і вводять продукти, багаті калієм.

При гострому холециститі або загостренні хронічного холециститу необхідно повне щадне харчування, перші 2 дні забороняють прийом їжі, призначають тільки тепле пиття. Потім можна в обмеженій кількості використовувати протерті супи, рідкі каші без вершкового масла і без солі.

Важливо приймати їжу в строго певні години і не переїдати, особливо перед сном. Не варто вживати продукти, які сильно дратують слизову шлунка, дванадцятипалої кишки і верхнього відділу тонкого кишечника, так як ці органи теж можуть бути залучені в патологічний процес.

До продуктів, прийом яких слід *обмежити*, відносять:

- приправи і прянощі,
- копченості та гострі страви,
- овочі, багаті ефірними маслами (цибуля, редис, часник).

Морозиво, холодні соки, мінеральні води також не рекомендовані, оскільки вони можуть викликати спазм ворота, сфінктера Одді і жовчовивідних шляхів.

Забороняється вживання алкоголю.

Кухонна сіль 8-10 г, при портальній гіпертензії та асциті - 4г на добу.

Кількість рідини до 3,0 л на добу, при асциті до 1,0 л (під контролем діурезу)

Способи приготування їжі - відварювання, приготування на пару, тушкування в воді або овочевому бульйоні з видаленням соку, запікання в духовій шафі при температурі не більше 180 градусів. М'ясні і рибні страви запікаються після відварювання. Борошно, сухарі і овочі не пасерують, кляр виключається. Вершкове і рослинне масла вводяться в готові страви. Хліб вчорашній. Яйця використовуються для приготування їжі, в основному білок. Протерта їжа за показаннями.

У період одужання або між загостреннями пацієнтам зазвичай призначають основний варіант стандартної дієти. Вона збалансована за вмістом білків (85-90 г), жирів (80-90 г) і вуглеводів (300-330 г). Енергетична цінність дієти - 2200-2500 ккал.

Дієта при алкогольному гепатиті

Важливо дотримуватися харчового раціону, що містить достатні кількості білка і калорій, так як у людей, що зловживають алкоголем, часто

розвивається дефіцит білків, вітамінів і мікроелементів (особливо калію, магнію і фосфору).

Дефіцит фолієвої кислоти, вітаміну В6, вітаміну А і тіаміну є одними з найбільш часто зустрічаються.

Вміст мікроелементів (наприклад, селену, цинку, міді і магнію) часто змінено і, в деяких випадках, як вважається, бере участь в патогенезі всіх видів алкогольної хвороби.

Є дані про сприятливу дію (при введенні в раціон) амінокислот з розгалуженим ланцюгом (branched-chain amino acids - BCAA).

Докази ефективності введення в харчування поліненасичених жирних кислот поки сумнівні.

Як альтернативний шлях введення поживних речовин (при нудоті, блювоті, зміні психологічного статусу) може бути використаний ендоскопічно введений ентеральний зонд з програмованою помпою. Парентеральне харчування (часткове або додаткове) застосовується вкрай рідко.

Медикаментозне лікування

Вірусний гепатит А

Наразі не існує спеціального лікування проти ВГА. Основною умовою для одужання є уникнення прийому зайвих лікарських засобів, зокрема парацетамолу та протиблювотних препаратів (за рекомендацією ВООЗ). За відсутності гострої печінкової недостатності також немає потреби в госпіталізації. Основна терапія спрямована на детоксикацію та відновлення водно-електролітного балансу, що міг порушитися внаслідок частого блювання та діареї.

Вірусний гепатит В

На сьогодні відсутнє спеціальне лікування від гострого ВГВ. Рекомендовано дотримуватися щадного режиму і контролювати водно-електролітний баланс, що може порушуватися у результаті блювоти або діареї.

Рішення про початок терапії приймає лікар щодо кожного пацієнта індивідуально, з урахуванням результатів його обстежень. Частині хворих, що мають хронічний вірусний гепатит В, наразі може бути не показане лікування, проте всі пацієнти мають перебувати під наглядом лікаря і вчасно

проходити необхідні обстеження, щоб оперативно почати лікування за потреби.

Лікування від хронічного вірусного гепатиту В передбачає щоденний прийом противірусних лікарських засобів.

Оскільки від ВГВ неможливо повністю вилікувати (на відміну від ВГС), терапія зазвичай триває все життя. Вчасний початок і регулярний прийом призначених лікарем медикаментів, що пригнічують і стримують розвиток вірусу, запобігає таким серйозним захворюванням печінки, як цироз та гепатоцелюлярна карцинома (ГЦК).

Вірусний гепатит С

Зараз тривають дискусії щодо лікування від гострого ВГС, оскільки у деяких людей завдяки імунній відповіді відбувається спонтанне одужання після гострого гепатиту (таких людей близько 25%).

У випадках, коли ВГС стає хронічним, усім хворим рекомендовано лікування незалежно від стадії ураження печінки, наявності чи відсутності проявів захворювання. Що раніше почати лікування, то вищі шанси на повне одужання.

Для більшості хворих терапія передбачає прийом раз на добу однієї таблетки лікарського засобу. Зазвичай лікування триває 12 тижнів, проте може розтягнутися до 24 тижнів, якщо у хворого наявні серйозні порушення печінки (виражений фіброз або цироз).

Сьогодні є безпечні та ефективні лікарські засоби — препарати прямої противірусної дії, що дають змогу вилікувати близько 90% хворих. Сучасні препарати майже не спричиняють побічних реакцій, а ті, що виникають, здебільшого слабкі чи помірні (втома, головний біль, нудота тощо).

Впровадження нових лікарських засобів значно спрощує діагностику вірусного гепатиту С. Так, завдяки використанню пангенотипних препаратів (які підходять для лікування всіх генотипів вірусу) відсутня потреба робити недешеве обстеження та визначати генотип вірусу. Оскільки нові ліки майже не мають побічних ефектів, також значно спрощується моніторинг лікування. Якщо хворий не має вираженого фіброзу або цирозу печінки, йому достатньо приймати ліки протягом трьох місяців без додаткових обстежень за цей час і необхідно лише оцінити ефективність лікування через 12 або 24 тижні після його завершення.

Вірусний гепатит D

Спеціального лікування від гострого або хронічного вірусного гепатиту D немає. Єдиним препаратом для ефективного впливу на ВГD є пегільований інтерферон альфа. Оптимальна тривалість лікування не визначена, терапія може тривати до року. Після завершення лікування часто бувають рецидиви.

Алкогольний гепатит

Рекомендований підхід:

1. Системні ГКС (преднізолон) - 40 мг / сут., протягом 4 тижнів.
2. Адеметионин (гептрал).
3. Силімарин.
4. Есенціальні фосфоліпіди (при відсутності холестазу), наприклад, есенціале.
- 5 Урсодезоксихолева кислота.
6. Антибактеріальна терапія з профілактичною метою, коротким курсом (фторхіноли).
7. Колхицин.

Рекомендації США і Великобританії:

1. Системні ГКС (преднізолон, метилпреднізолон) - призначаються тільки при важких формах супутньої печінкової недостатності курсом до 4-х тижнів, по 40 мг / сут. (32 мг / сут. для метипреда), іноді з прогресивним зниженням дози в 2 рази протягом наступних 2-3 тижнів до повного скасування. Викликають побічні ефекти.
2. Пентоксифілін - 400 мг всередину 3 рази на день, при наявності протипоказань до системних ГКС.
3. Антиоксидантна терапія (вітамін С і Е і інші антиоксиданти) - не має на сьогоднішній день твердих доказів ефективності при лікуванні алкогольного гепатиту. Безумовно підлягає медикаментозної корекції виявлений при дослідженні сироватки крові дефіцит вітамінів, при неможливості коригувати його збалансованим харчуванням.
4. Антибактеріальна терапія проводиться тільки при розвитку інфекційних ускладнень.
5. Такі препарати, як талідамід, мізопростол, адипонектин і група пробіотиків показали в попередніх дослідженнях хороший ефект, але поки ще не є стандартною терапією.

Руховий режим

Лікувальна фізична культура є одним з основних засобів фізичної реабілітації, вправи ЛФК покращують відкладення глікогену в печінці, дуже добре збільшують кровообіг в черевній порожнині, набагато покращують рівень загального холестерину, ліпопротеїдів, лужної фосфатази.

Фізкультурні вправи з незначним навантаженням покращують усі види обміну речовин і зменшують залишкові запальні явища. Оскільки посилюється кровопостачання в черевній порожнині, ступінь васкуляризації печінкових часток значно змінюється. Набагато збільшується кількість жовчних капілярів, дуже сильно змінюється нуклеїновий синтез за рахунок концентрації РНК – це визначає основну функцію печінки. Якщо підсилено стимулювати екстракардіальні фактори кровообігу вправами лікувальної фізичної культури, це значно сприяє покращенню гемодинаміки.

Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів в жовчовивідній системі, сприяють усуненню в ній запального процесу і підвищенню його функціональної здатності.

Застосування різних гімнастичних і дихальних вправ, що викликають подальше збільшення і зниження внутрішньочеревного тиску, здійснює "масаж" всіх органів черевної порожнини. Безсумнівно, також активні фізичні вправи тонізують жовчний міхур, жовчний проток і сфінктер Одді. Тому регулярні вправи мають не тільки терапевтичну, але й важливу профілактичну цінність.

Під час фізичних вправ включені захисні та адаптивні механізми, а формування компенсацій виникає як прояв здатності організму функціонувати в умовах патології. Під впливом механічних факторів (абдомінальне м'язове скорочення, перистальтика кишечника, глибока екскурсія діафрагми), внаслідок здійснення фізичних вправ, жовчний міхур стискається і спорожняється, зникають явища метеоризму.

Фізичні вправи при деяких формах порушення вуглеводного обміну сприяють зменшенню утворення глікогену печінки за рахунок підвищення глікогеносинтетичної функції м'язів. Вправи на розслаблення м'язів знижують тонус центральної нервової системи, сприяють прискоренню відновлення, особливо після напруги м'язів. Ці вправи знижують тонус не

тільки м'язів, але і (рефлекторно) гладенької мускулатури внутрішніх органів. Вправи з розслаблення ефективні для зниження тону м'язів шлунка і кишечника, усунення спазмів ворота шлунка і сфінктера.

Дихальні вправи, крім своєї основної функції – поліпшення вентиляції і газообміну, безпосередньо впливають на дигестивні органи. Дихальні вправи з переважанням діафрагмального дихання, ритмічно змінюючи внутрішньочеревний тиск, чинять масажну дію на печінку, шлунок, кишечник. Внаслідок цього збільшується виведення жовчі з печінки, перистальтика шлунка і кишечника. Ці вправи також позитивно впливають на кровообіг в черевній порожнині, покращують венозний відтік і зменшують застійні явища в травній системі. При вдиханні кров досягає серця переважно з печінки, а при видиху – з верхньої порожнистої вени.

Одним з ефективних засобів фізичної реабілітації є лікувальний масаж, який при хронічному гепатиті призначають при загостренні процесу для нормалізації функцій вегетативної нервової системи, усунення застою жовчі і профілактики утворення жовчних каменів, стимуляції тону жовчних шляхів. Також масаж призначають при гіпокінетичній формі дискінезії і для усунення спазму при гіперкінетичній; поліпшення крово- і лімфообігу в печінці та інших органах травлення, активізації моторно-евакуаторної функції кишечника.

Забезпечуючи різнобічний вплив на організм, масаж, насамперед, нормалізує збудливо-гальмівні процеси центральної нервової системи, покращує профілактичні процеси в шкірі, надає загальне посилюючу дію на м'язову систему і сухожильно-зв'язковий апарат, стимулює кровообіг, лімфообіг, обмінні процеси в організмі. При хронічному гепатиті призначають класичний і сегментарно-рефлекторний масаж. Масаж печінки і жовчного міхура має стихійний характер.

Фізіотерапія є важливою складовою комплексної терапії та реабілітації хворих на хронічний гепатит. Обґрунтовано застосування фізіотерапії при хронічному гепатиті, оскільки фізичні фактори в рефлекторних і гуморальних шляхах змінюють функціональний стан регуляторних систем і трофічних тканин. Вони сприяють поліпшенню кровообігу і лімфи, регулюють секреторну функцію, стимулюють процеси регенерації.

Фізіотерапевтичні процедури мають спазмолітичну, седативну дію, підвищують жовчоутворення і виділення жовчі. Використовуючи фізичні фактори в умовах патогенетичної терапії, при виборі найбільш відповідного (адекватного) методу необхідно враховувати початковий стан пацієнта, який залежить від індивідуальної реактивності, стадії тяжкості каталітичного процесу, функціонального стану або органічних розладів з боку уражень тіла, наявності супутніх захворювань, вікового об'єму фізичної культури. Фізичні вправи не тільки сприяють відкладенню глікогену в печінці, але, посилюючи кровообіг в черевній порожнині, створюють кращі умови для його використання, фізична активність підсилює всі види обміну речовин, а також сприяє розсмоктуванню залишкових запальних явищ.

Внаслідок підвищеного кровопостачання, ступеня васкуляризації печінки змінюється кількість жовчних протоків в печінковій частці, спостерігається концентрація РНК в клітинах печінки, що свідчить про зміну рівня їх нуклеїнового синтезу, що визначає основну функцію печінки. Стимулюючи екстракардіальні фактори кровообігу (груди, діафрагму, ритмічні скорочення і розслаблення скелетних м'язів, рух в суглобах), лікувальна фізична культура сприяє поліпшенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів в жовчовивідній системі, сприяють усуненню в ній запального процесу і підвищенню її функціональної здатності.

Застосування різних гімнастичних і дихальних вправ, що викликають подальше збільшення і зниження внутрішньочеревного тиску, здійснює "масаж" всіх органів черевної порожнини. Безсумнівно, також активні фізичні вправи тонізують жовчний міхур, жовчний проток і сфінктер Одді. Тому регулярні вправи мають не тільки терапевтичну, але й важливу профілактичну цінність.

Під час фізичних вправ включені захисні та адаптивні механізми, а формування компенсацій виникає як прояв здатності організму функціонувати в умовах патології. Під впливом механічних факторів (абдомінальне м'язове скорочення, перистальтика кишечника, глибока екскурсія діафрагми), внаслідок здійснення фізичних вправ жовчний міхур стискається і спорожняється, зникають явища метеоризму.

Лікувальна фізична культура. Метою ЛФК є залучення пацієнта до активної участі в лікувально-реабілітаційному процесі – на відміну від інших лікувально-реабілітаційних методів, коли пацієнт зазвичай проходить, а медичні процедури виконують медичний персонал. Терапевтична фізична культура входить до числа терапевтичних методів, дія яких спрямована на активацію механізмів, які діють як фізіологічні заходи захисту організму від хвороб.

Основні завдання терапевтичної фізичної культури при хронічному гепатиті на поліклінічній стадії лікування:

- відновлення рівноваги вегетативної іннервації;
- поліпшення та нормалізація емоційного тону хворих, поліпшення їх нервово-психічної сфери;
- відновлення кровообігу в черевній порожнині, поліпшення надходження артеріальної крові до печінки;
- відновлення порушеної обмінно-ферментативної активності печінки, поліпшення синтезу глікогену в печінці і м'язах;
- нормалізація рухової функції жовчовивідних шляхів, жовчного міхура, кишечника і зниження печінкового холестазу;
- нормалізація діяльності серцево-судинної, дихальної систем;
- посилення впливу на все тіло.

Основні засоби фізіотерапії при хронічних гепатитах на поліклінічній стадії лікування:

- активні гімнастичні вправи – зазвичай розробляються без снарядів; спортивні та прикладні;
- ходьба, веслування, плавання тощо;
- ігри – бадмінтон, волейбол, теніс;
- лікувальний масаж;
- природні фактори природи – сонячна радіація, повітряна аерація приміщень, повітряні ванни; вода – розтирання, душ, купання в річці, озеро, море.

Основні форми фізичного виховання:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- лікувальна гімнастика;
- респіраторна гімнастика;

- дозована ходьба;
- прогулянка сходами;
- заняття на велотренажері.

Основними засобами лікувальної фізкультури є активні гімнастичні вправи – зазвичай розроблені без снарядів або на снарядах; із видів спорту застосовується – ходьба, веслування, плавання, ігри – бадмінтон, волейбол, теніс. Поряд з фізичними вправами використовуються природні чинники природи - золь радіація, повітряна аерація приміщень, повітряні ванни; вода - розтирання, душ, купання в річці, озеро, море. Серед різних форм лікувальної фізіотерапії пацієнтів з хронічним гепатитом в умовах стаціонару рекомендується призначити гігієнічну і лікувальну гімнастику, гідроколонотерапію, індивідуальні завдання для самостійних вправ, прогулянки; під час ремісії – ранкова гігієнічна гімнастика, гідроколонотерапія, ходьба, екскурсії, легка фізична робота.



Рис. 23. Заняття на велотренажері

Поряд із загальними вправами на розвиток використовуються спеціальні вправи, виконання яких допомагає нормалізувати функцію печінки. При виборі вправ рекомендується чергувати групи м'язів, що беруть

участь у фізичних вправах, включати паузи пасивного відпочинку, тривалість яких залежить від ступеня втоми пацієнта.

При призначенні ЛФК необхідно обов'язково враховувати всі особливості клінічного перебігу захворювання. При стійкому характері перебігу хронічного гепатиту після постановки діагнозу може бути призначена ЛФК. Режим рухової активності призначаються з урахуванням специфіки клінічного перебігу захворювання та етапів реабілітації. Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ з фізичної реабілітації, виділяють два періоди: лікарняний і післялікарняний, кожен з яких має певні етапи. Перший період включає перший етап реабілітації – стаціонарний (стаціонарний) і післялікарський період – II етап – поліклініка або реабілітація, санаторій і III етап – диспансер. При захворюваннях органів травлення, у тому числі і при патології печінки, виділяють сім режимів рухової активності: стаціонарне клінічне відділення – спальню, спальне ліжко, відділення, вільний; стаціонарне відділення реабілітації – вільне, щадне, доброякісне, навчене; клініка, профілактична клініка, санаторій – щадний, доброякісний, навчальний.

При призначенні фізичних вправ враховується форма хронічного гепатиту (активний або стійкий), його етіологія, оскільки різні форми гепатиту вимагають диференційованого лікування щодо питань методу лікувальної фізичної культури.

Пацієнтам з персистируючим гепатитом призначають вправи з поступовим збільшенням амплітуди руху, збільшенням навантаження на м'язи передньої черевної стінки, швидкістю – середньою, число повторень поступово збільшується, інтенсивність навантаження – середня і субмаксимальна.

Пацієнтам з активним гепатитом призначають вправи, пов'язані з розслабленням м'язів черевного преса, амплітуда руху обмежена, темп повільний, інтенсивність навантаження – мінімальна або середня. Не показані цим хворим вправи з вираженою м'язовою напругою. Необхідно звернути увагу на вправи для релаксації, використовувати музичний супровід занять для усунення психоемоційного стресу.

На клінічній стадії виділяють три режими рухової активності: щадний, доброякісний, навчальний.

У спонтанному режимі пацієнти займаються ранковою гігієнічною гімнастикою, виконуючи тільки ті вправи, які не викликають болю і втоми. Після виконання комплексу вправ необхідно протягом декількох хвилин спокійно лежати до повного відновлення пульсу.

При поліпшенні стану хворих з 3-4 дня заняття гімнастикою проводять за програмою ніжно-тренувального режиму. Завдання лікувальної гімнастики на режим лагідного тренування: підвищення тонусу центральної нервової системи та посилення її регуляторного впливу на вищі вегетативні центри; поліпшення кровообігу і лімфообігу, трофічні процеси в печінці та інших органах травлення, боротьба з застійними явищами в жовчному міхурі і стимуляція жовчовиділення; навчання для регульованих дихальних вправ; поступова адаптація серцево-судинної системи і всього організму до фізичної активності, включаючи навчання екстракардіальних факторів кровотворення і лімфотворення.

Початкові позиції – лежачи, сидячи і стоячи. Хворі виконують загальнорозвиваючі вправи і спеціальні вправи для м'язів живота – нахил тулуба вперед, назад, в боки, обертання тулуба. Вони змінюють внутрішньочеревний тиск і покращують відтік жовчі з жовчних шляхів.

Обов'язковим є включення дихальних вправ – діафрагмальне і регульоване дихання. Щільність занять – 5:4:1, тривалість – від 20 до 25 хвилин, темп вправ – повільний і середній.

Поліпшується загальний стан, зростає рухова активність пацієнтів і пацієнти переводяться в тренувальний режим.

Завданням режиму тренування є нормалізація діяльності центральної та вегетативної нервової системи; поліпшення виведення жовчі шляхом зміни (збільшення і зменшення) інтраабдомінального тиску; зміцнення м'язів живота, активація функцій травної системи; усунення невротичних розладів; підвищення загального тонусу організму; розвиток адаптації серцево-судинної системи та апарату кровообігу до фізичної активності; підготовка пацієнта до майбутнього працевлаштування.

Лікувальний масаж при хронічному гепатиті є одним з ефективних засобів фізичної реабілітації, який при хронічному гепатиті посилює процес нормалізації вегетативної нервової системи, усуває застій жовчі і запобігає утворенню жовчних каменів, стимулює жовчний міхур; нормалізує тону

міхура з гіпокінетичною формою дискінезії і усуває спазм з гіперкінетичною; поліпшує метаболізм крові та лімфи в печінці та інших органах травлення, активує рухову та евакуаторну функції кишечника.

Маючи різноманітний вплив на організм, масаж, насамперед, нормалізує збуджуючі та гальмівні процеси центральної нервової системи, покращує профілактичні процеси в шкірі, надає загальний посилюючий вплив на м'язову систему і сухожильно-зв'язковий апарат, стимулює кровообіг і лімфообіг, обмінні процеси в організмі.

Масаж печінки: кінчиками пальців і долонею ніжне погладження в області печінки від низу до верху зліва направо у напрямку до воріт печінки; розтирання кінчиками пальців в циркулярних напрямках справа під реберним краєм; ніжна переривчаста вібрація кінчиками пальців краю печінки під реберною дугою, переривчаста і непереривиста ніжна вібрація області печінки долонею, підштовхування печінки, струшення.

Фізіотерапевтичні методи

Основними напрямками застосування фізичних методів немедикаментозного фізичного впливу на етіопатогенетичні ланки процесу лікування в гепатології, спільно з традиційним лікуванням, на етапах реабілітації хворих на гепатити є:

- купірування запального, больового синдромів, стимуляцію регенерації (протизапальні, аналгетичні та репаративної-регенеративні методи);
- зниження диспепсичних проявів, стимуляцію функціональної активності гепатоцитів (спазмолітичні і жовчогінні методи);
- корекція метаболічних порушень (пластичні методи);
- корекція імунної дисфункції (імуномодулюючі методи);
- зниження проявів інтоксикації й астенизація (антигіпоксичні, тонізуючі та седативні методи).

При запаленні з подальшим розвитком набряку з великим успіхом застосовують магнітотерапію, УВЧ, гальванізацію, при цьому охоплення пацієнтів повинно бути до 100%.



Рис. 24. Багатофункціональний фізіотерапевтичний апарат INTELLECT advanced

При виникненні больового синдрому необхідно впливати на вісцеро-вісцеральні рефлекси. Для цього використовують електрофорез, гальванізацію. Охоплення пацієнтів – до 12-18%. З метою поліпшення мікроциркуляції на внутрішньоклітинному рівні застосовують інтерференційну терапію, охоплюючи 100% пацієнтів. Вплив на репаративні процеси в печінці надає гальванізація, електрофорез і струми Траберта, охоплення хворих повинно бути – 100%.

Основним апаратом для фізичної терапії є багатофункціональний фізіотерапевтичний апарат INTELLECT advanced (виробництво США). Він включає в себе всі сучасні методи електро-, ультразвукової та комбінованої терапії, які дозволяють реалізувати різні фізичні впливи на модульній платформі.

На цьому апараті застосовується імпульсна терапія за програмою «Біль». Характеристики інтерференціальних струмів: несуча частота 2500 Гц,

режим безперервний; діапазон частот 5-120 Гц; експозиція 30 хвилин; курс 8-12 процедур. Використовується також імпульсна терапія за програмою «Набряк хронічний». Характеристики впливу: хвильова форма струму – VMS; режим каналу одиночний; час циклу – безперервне; частота – 5 Гц; наростання струму – 2 сек. (0,5 сек., 2 сек., 5 сек.); тривалість фази 150 мкс (20-1000 мкс); експозиція 30 хвилин; курс 5-7 процедур.

Для впливу на мікроциркуляцію використовується імпульсна терапія за програмою «Поліпшення мікроциркуляції». Характеристики сигналів: хвильова форма - ток високовольтний; час циклу - 5/5, 4/12, 10/10, 10/20, 10/30, 10/50, де 5/5 – активна фаза/пауза відпочинку; частота 100 Гц; полярність негативна; наростання струму – 2 секунди; вимірювання струму – Вольти; експозиція – 15 хвилин; курс – 10-12 процедур.

Також використовуються і фізичні методи магнітотерапії із застосуванням апарату BTL-5000. Характеристики програми: «Великий соляноїд» на область печінки і прилеглих органів 60-90 мТл, 30 хвилин, курс 5-8 процедур. «Прямокутні індуктори» 5-10 хвилин, експозиція 20-30 хвилин, курс 8-12 процедур.

Фізичні методи механотерапії із застосуванням апарату SONOPULS 992 передбачають наступні програми:

1. «Ультразвукову терапію» - мікромасаж тканин на клітинному рівні. Частота 880-1000 кГц; інтенсивність 0,4-0,8 Вт/см² до 15 хвилин.
2. «Фонофорез» - поєднує вплив УЗ і лікарських препаратів.
3. «Гідрофорез» - поєднує вплив УЗ, імпульсних струмів низької частоти (інтерференція-терапія, струми Траберта, синусоїдально-модульовані струми), лікарських препаратів у середовищі фізіогеля.
4. «Гальванізацію» - напруга 30-80 В, експозиція до 40 хвилин, сила струму - 5-50 мА, де А – поперечна методика, а В – сегментарно рефлекторна.

Санаторно-курортне лікування

Санаторно-курортне лікування реконвалесцентів гострих вірусних гепатитів А та В при відсутності активності або з мінімальними ознаками запального процесу в печінці

Санаторний режим: II-III. Дієта: 5 (раціон №2), дрібне харчування.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Мінеральні води: призначають питні мінеральні води малої та середньої мінералізації гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-сульфатні, гідрокарбонатно-хлоридні, сульфатно-гідрокарбонатні натрієво-кальцієво-магнієві води (Березовські мінеральні води, Лужанська, Куяльник, Миргородська, Моршинська ропа розведення 9,5 г/л, Одеська №1 та ін.). Воду слід пити у теплом вигляді температурою 40-45° С у кількості від 100 до 250 мл на прийом, тричі на добу, перед вживанням їжі. При підвищеному кислотоутворенні мінеральна вода призначається за 90-60 хв перед вживанням їжі, іноді й за 40 хв після вживання їжі на висоті травлення. При зниженій кислотоутворювальній функції шлунка воду призначають за 30 хв перед вживанням їжі.

При залученні до патологічного процесу кишечника показані мікроклізми з мінеральною водою, відвару трав, жирові мікроклізми.

Пелоїдо- та бальнеотерапія: лікувальна грязь вважається одним з дійових чинників при хронічних захворюваннях печінки за рахунок протизапальної дії грязі, поліпшення кровообігу в органі, підвищення обмінних та енергетичних процесів у гепатоцитах, нормалізації холерезу та холекінезу, імунного статусу.

Грязьові коржики застосовують на ділянку правого підребер'я (площа коржика 200 см², товщина шару 3 см, температура 36° С, експозиція 15 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування).

Гальваногрязь застосовують температурою 38° С на ділянку правого підребер'я впродовж 15-20 хв, через день (на курс 8-10 процедур). Застосування гальваногрязі сприяє ліквідації або зменшенню виразності синдромів холестазу, цитолізу і мезенхімального запалення, нормалізації функціонального стану сфінктерного апарату біліарної системи та жовчного міхура.

Електрофорез пелоїдину чи пелоїдодистиляту на ділянку правого підребер'я проводять за поперечною методикою при щільності струму 0,03 мА/см², тривалість 20 хв, препарат вводять з обох полюсів, на курс 12-15 процедур, щодня. Призначається хворим за наявності астено-вегетативного,

больового та диспептичного синдромів, гіпербілірубінемії, дисбалансу загального імунітету та зниження неспецифічної резистентності організму.

У комплексі відновлювального лікування обов'язково використовуються ванни різного хімічного складу.

Мінеральні, кисневі, хвойні та йодо-бромні ванни зменшують прояви астеничного синдрому, поліпшують обмінні процеси та кровообіг у печінці. Значне поліпшення печінкової гемодинаміки спостерігається під впливом радонових ванн.

Апаратна фізіотерапія: із методів фізіотерапії застосовують синусоїдальні модульовані струми (СМС), що володіють анальгезуючим, протизапальним та трофічним ефектами. Застосовують апарат „Ампліпульс-4”, змінний режим роботи, електроди прикладаються до ділянки печінки, II та III рід роботи, по 3 хв кожний, глибина модуляцій від 25 до 100 %, 8-10 процедур на курс лікування.

Застосовують магнітотерапію. Положення пацієнта – сидячи, циліндричні індуктори встановлюють контактено, поперечно, один – спереду над проекцією печінки з центру по сосковій лінії, а інший – ззаду в ділянці сегментів D7-D11. Сила магнітної індукції на рівні I положення перемикача, форма магнітного поля синусоїдальна, режим безперервний. Тривалість процедури 20 хв, щодня або через день, на курс лікування 10 процедур.

Хвилі дециметрового діапазону (ДМХ) надають трофічного ефекту, поліпшують кровопостачання, відновлюють функціональний стан печінки. ДМХ-терапію здійснюють так. Прямокутний опромінювач апарату „Ромашка” розміром 5x30 см² розташовують контактено над проекцією печінки вздовж правого краю. Положення пацієнта – лежачи на спині. Потужність впливу 5 Вт. У разі використання стаціонарного апарату „Волна-2” довгастий опромінювач розміром 16x35 см² встановлюють над тією ж ділянкою, але з зазором 3-5 см. Потужність на рівні I положення перемикача дозування (10 Вт). Експозиція 15 хв, на курс 8-10 процедур.

Застосовують електросон. Струми низької частоти сприяють поліпшенню перебігу захворювання, позитивним зрушенням при низці обмінних порушень нейрогуморальної регуляції за рахунок впливу на підкорково-стовбурову ділянку мозку, гіпоталамус, ретикулярну формацію стовбура мозку. Процедури проводять за допомогою апарату „Електросон-3”.

Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 15 до 30 хв, двічі-тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

З методів лікарського електрофорезу використовують електрофорез магнію (10 % розчин сірчаноокислої магnezії), 2 % розчин папаверину гідрохлориду за поперечною методикою, щільність струму 0,05-0,08 мА/см², тривалість впливу до 20 хв, через день, на курс 8-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Протипоказання: гострий гепатит А; гострий гепатит В.

Санаторно-курортне лікування хронічного вірусного гепатиту В та хронічного вірусного гепатиту С при відсутності активності або з мінімальними ознаками запального процесу в печінці

Санаторний режим: II – III. Дієта: 5 (раціон №2), дрібне харчування.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Мінеральні води: призначають питні мінеральні води малої та середньої мінералізації із вмістом гідрокарбонатів, сульфатів, хлору, магнію.

Гідрокарбонатні води поліпшують вуглеводний та білковий обмін, чинять протизапальну дію. Враховуючи, що гідрокарбонати знижують рівень кислотоутворення у шлунку, вони показані при сполученій патології печінки та гастродуоденальної системи.

Сульфатні води, крім виразного посилення холерезу та холекінетичного ефекту, сприяють поліпшенню фізико-хімічних властивостей жовчі. Сірчаноокислі солі магнію та натрію справляють сприятливий вплив на функціональний стан печінки, передусім за рахунок відновлення функції гепатоцитів, підвищують окисно-відновні процеси, посилюють обмін речовин.

Мінеральну воду слід пити у теплом вигляді температурою 40-45° С у кількості від 100 до 250 мл на прийом, тричі на добу, перед вживанням їжі. При підвищеному кислоутворенні мінеральна вода призначається за 90-60 хв перед вживанням їжі, іноді й за 40 хв після вживання їжі на висоті травлення. При зниженій кислотоутворювальній функції шлунку воду призначають за 30 хв перед вживанням їжі.

Слід зауважити, що у хворих, які тривалий час приймають інтерферонотерапію, внутрішній прийом мінеральних вод сприяє значно кращій переносності α -інтерферону, зменшує вираженість побічних реакцій цього препарату.

Бальнеотерапія: у комплексі відновлювального лікування обов'язково використовуються ванни різного хімічного складу. Кисневі, хвойні, морські, йодобромні, мінеральні ванни чинять сприятливу дію на вищі регуляторні механізми, які зумовлюють нормалізацію функціонального стану органів травлення. Значне поліпшення печінкової гемодинаміки спостерігається під впливом радонових ванн.

Апаратна фізіотерапія: застосовують електросон. Струми низької частоти сприяють поліпшенню перебігу захворювання, позитивним зрушенням при низці обмінних порушень нейрогуморальної регуляції за рахунок впливу на підкорково-стовбурову ділянку мозку, гіпоталамус, ретикулярну формацію стовбура мозку.

Процедури проводять за допомогою апарату «Електросон-3». Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 15 до 30 хв, двічі – тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Протипоказання: хронічний гепатит С у стадії вираженої активності; хронічний гепатит В у стадії вираженої активності.

Санаторно-курортне лікування хронічного алкогольного гепатиту

Санаторний режим: II - III. Дієта: 5 (раціон №2), дрібне харчування.

Кліматотерапія: загальна.

Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура.

Мінеральні води: призначають питні мінеральні води малої та середньої мінералізації гідрокарбонатні, гідрокарбонатно-сульфатні, гідрокарбонатно-хлоридні, сульфатно-гідрокарбонатні, натрієво-кальцієво-магнієві води (Березовські мінеральні води, Лужанська, Куяльник, Миргородська, Моршинська ропа розведення 9,5 г/л, Одеська №1 та ін.). Воду слід пити у теплому вигляді, час прийому води залежить від стану

кислотоутворюючої функції шлунка, по 200-250 мл на прийом, тричі на день. Пляшковані води попередньо дегазують.

Бальнеотерапія: використовують ванни різного хімічного складу. Мінеральні, кисневі, хвойні та йодо-бромні ванни чинять сприятливу дію на вищі регуляторні механізми, які зумовлюють нормалізацію функціонального стану органів травлення.

Апаратна фізіотерапія: Застосовують електросон. Процедури проводять за допомогою апарата «Електросон-3». Розташування електродів повинно бути очно-завушним або завушно-лобним. Частота імпульсів 3-5 Гц, тривалість процедури 6-10 хв, надалі – від 15 до 30 хв, двічі – тричі на тиждень, 8-10 процедур на курс лікування.

Хвилі дециметрового діапазону (ДМХ) поліпшують функціональний стан печінки. Процедури проводять від апарату «Ранет». Подовжний опромінювач розташовують на ділянку правого підребер'я, зазор 3-4 см, потужність 25 Вт, експозиція 15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Магнітотерапія. Положення хворого – сидячи. Циліндричні індуктори встановлюють контактено, попереку, один попереду на ділянку печінки, другий – позаду в межах сегментів D7-D11, величина магнітної індукції 27 мТл, 10-15 хв, через день, на курс 10-12 процедур.

Термін санаторно-курортного лікування: 21-24 днів.

Протипоказання: гострий алкогольний гепатит, гостре токсичне ураження печінки.

Джерела, використані для написання даного розділу [1-3, 5, 6, 12, 14, 22, 24].

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Цироз печінки (ЦП) – хронічна прогресуюча хвороба з дифузним фіброзом, перебудовою архітекtonіки печінки і глибоким порушенням її структури та функції. Ці зміни супроводжуються порушенням печінкового кровообігу, обміну речовин і дезінтоксикаційної функції печінки. Цироз печінки – це остання стадія багатьох хвороб печінки, насамперед алкогольних, вірусних, токсичних гепатитів.

Код за МКХ-10

K74 Фібрози та цирози печінки

K70.3 Цироз печінки алкогольний

K71.7 Цироз печінки з токсичним ураженням печінки

K74.3 Первинний біліарний цироз

K74.4 Вторинний біліарний цироз

K74.6 Інші або неуточнені цирози

K74.6 Портальна гіпертензія

Епідеміологія

За даними ВООЗ, вживання алкоголю в Європі зросло і в середньому склало 9,24 літра чистого спирту на душу населення. Вживання алкоголю є провідною причиною захворювань печінки, в т. ч. ЦП. Смертність від ЦП виявилася найвищою і продовжує рости в Білорусії, Росії, на Україні, в Естонії, Латвії, склавши приблизно 60,5 на 100 тис. чоловічого населення і 40 на 100 тис. - жіночого. У країнах західної Європи, а також в Болгарії, Польщі, Сербії, Туреччині показники смертності від ЦП нижче і залишаються стабільними (20-40 на 100 тис. чоловічого населення і 6-17 на 100 тис. - жіночого). Середній вік осіб, які померли від ЦП, склав 57,8 років.

Етіологія

За даними літератури, більше половини всіх випадків цирозу печінки в Європі, а також в країнах колишнього СНД пов'язані з вживанням алкоголю. Однак у чверті цих хворих є вказівки на перенесений в анамнезі гепатит.

Поряд з алкоголем, вірусними гепатитами В, С, Д (роль вірусів TTV- і SEN в патології печінки вивчається) в етіології цирозів також мають значення метаболічні порушення (гемохроматоз, хвороба Вільсона-Коновалова, дефіцит α_1 -антитрипсину, хвороби накопичення), захворювання судин (синдром Бадда-Кіарі), імунологічні фактори (аутоімунний гепатит) і лікарські препарати. Незважаючи на великі діагностичні можливості, навіть у країнах Західної Європи і США в 20% випадків етіологія цирозів печінки залишається нез'ясованою (криптогенний цироз).

Патогенез

Патогенез цирозу печінки тісно пов'язаний з його етіологією, що накладає особливий відбиток і на характер морфологічних змін у печінці. Етіологічні фактори (алкоголь, вірусна інфекція, дефекти метаболізму і ін.) Викликають некроз гепатоцитів. Певне значення при цьому мають аутоімунні реакції до печінкового ліпопротеїду. При масивних, субмасивних некрозах, а також при поширенні некрозу від центру часточки до портального тракту (мостовидний порто-центральный некроз) під дією внутрішньопечінкового тиску настає колапс часточки - втрата простору, яке раніше займала паренхіма. Відновлення печінкової тканини при цьому стає неможливим. В результаті зближуються портальні тракти і центральні вени, починається розростання сполучної тканини. Уцілілі гепатоцити або фрагменти печінкових часточок регенерують і формують вузли-регенерати, які разом із залишками збереженої паренхіми утворюють псевдодолькі. Псевдодолькі представляють собою ділянки паренхіми, позбавлені звичайної радіальної орієнтації трабекул до центральної вени. У центрі псевдодольок на відміну від нормальних часточок не виявляється центральних вен, а по периферії не виявляється портальних трактів.

Вогнища паренхіми, яка регенерувала і розрослася сполучнотканинні тяжі здавлюють кровоносні судини, особливо тонкостінні печінкові вени, порушується мікроциркуляція, виникає облітерація венозних судин. Підвищується внутрішньопечінковий тиск (в 2-5 разів вище норми),

сповільнюється швидкість портального кровотоку, на 30-70% знижується об'ємний кровотік у печінці. Одночасно з цим сполучнотканинні тяжі, поступово врастаючи в глибокі паренхіми, з'єднують портальні тракти з центральною зоною часточки. В результаті печінкова часточка фрагментується, портальні судини з'єднуються з гілками печінкової вени, утворюючи артеріовенозні анастомози (шунти). За цими анастомозу кров з ворітної вени спрямовується безпосередньо в систему печінкової вени, минаючи паренхіму печінки, що різко порушує оксигенацію і живлення печінкових клітин і неминуче веде до появи нових некрозів. Таким чином, прогресування цирозу печінки йде за типом ланцюгової реакції: некроз-регенерація - перебудова судинного русла-ішемія паренхіми - некроз.

Розлади кровообігу в печінці викликають підвищення тиску в системі ворітної вени із розвитком синдрому портальної гіпертензії: варикозно розширені вени стравоходу, прямої кишки і пупкової вени (голова медузи), збільшення селезінки й асцит (вільна рідина в черевній порожнині). Порушення обміну речовин проявляється зниженням білковосинтезуючої функції зі зниженням рівня альбумінів, деяких ферментів і факторів згортання крові. Розлади метаболізму різних речовин, які утворюються в організмі або надходять з їжею, а також медикаментозних засобів призводять до порушення функцій інших органів, насамперед головного мозку, нирок, серця. Частим симптомом зниження незаражувальної функції печінки є жовтяниця.

Клінічна картина

Скарги типові для хронічних хвороб печінки – біль у правому підребер'ї, диспепсичні розлади, втрата маси тіла, свербіння шкіри, субфебрильна температура тіла. Об'єктивні ознаки: синдром жовтяниці, портальної гіпертензії, печінкові "шкірні знаки" – судинні зірочки (телеангіоектазії, долонна еритема, "лаковий" язик, деформація кінцевих фаланг пальців рук у вигляді барабанних паличок, гінекомастія в чоловіків.

Характерні зміна консистенції (щільніша), розміру (зменшується) і форми (горбистість) печінки і спленомегалія.

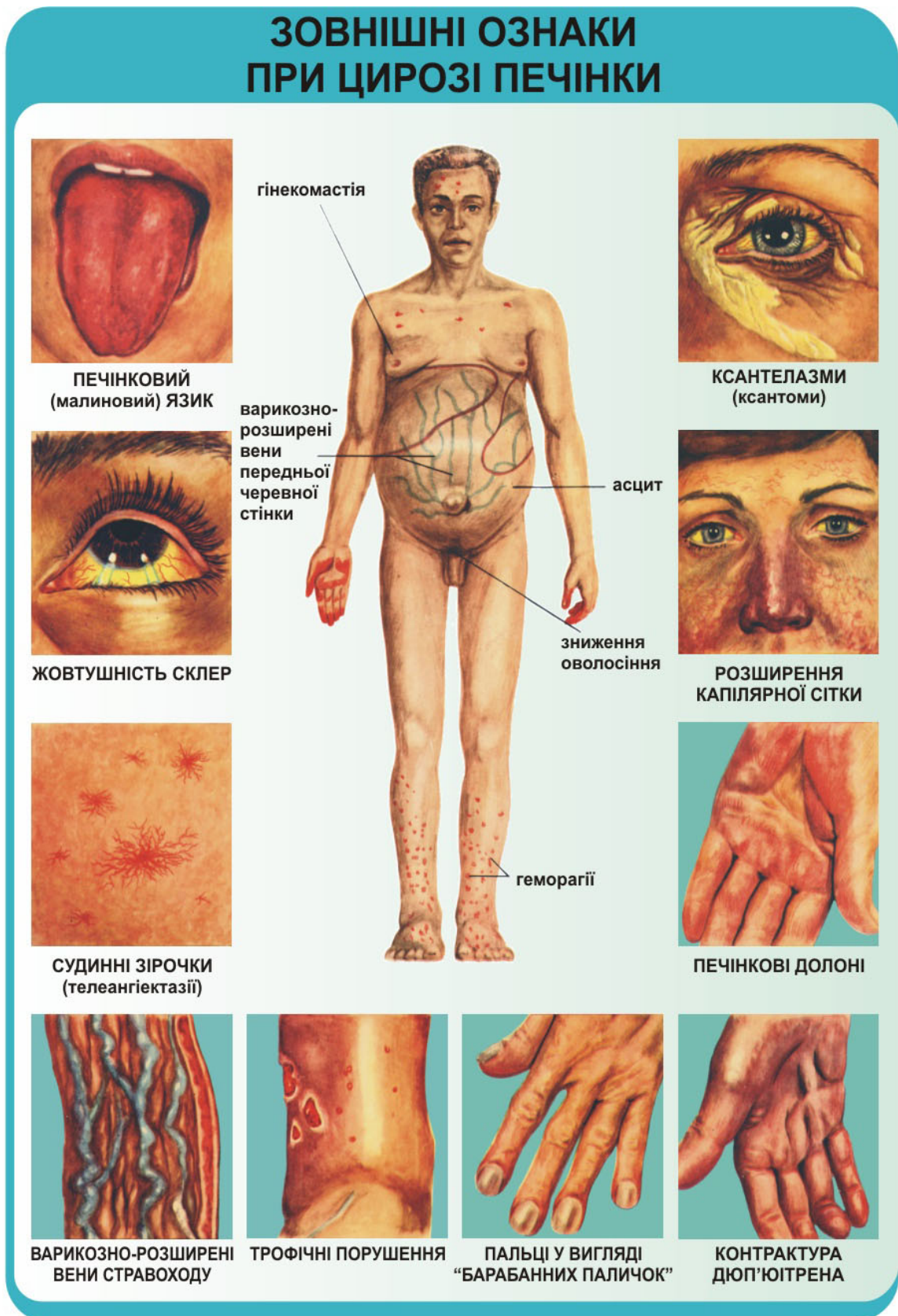


Рис. 25 – Зовнішні ознаки при цирозі печінки

На останній стадії цирозу розвивається тяжка печінковоклітинна недостатність із жовтяницею, асцитом, який стає постійним і погано піддається лікуванню, з набряками, геморагічним діатезом, часто зі шлунково-кишковими кровотечами, симптомами печінкової енцефалопатії, з приєднанням перитоніту, гепаторенального синдрому й інших ускладнень. Діагноз базується на даних анамнезу, огляду, пальпації (щільна печінка), ультразвукового дослідження (характерні зміни), змінах лабораторних показників, які вказують на зниження синтетичної функції печінки (подовження протромбінового часу, зниження рівня альбумінів і активності холінестерази), підвищенні активності печінкових ферментів (лужної фосфатази), рівня білірубину в крові та на результатах гістологічного дослідження.



А



Б

Рис. 26. А - телеангіоектазії; Б - долонна еритема при цирозі печінки

Реабілітація

Харчування, нутріціологічні поради

Дієтичний стіл № 5.

Підбираються відповідні продукти при цирозі печінки виходячи з тяжкості патологічного процесу, ступеня ураження тканини печінки, спираючись на загальний стан організму.

Дієта № 5 розроблена фахівцями, тому враховує все необхідне - добову потребу організму в калоріях, допустиме навантаження на хворий орган, а також набір вітамінів і мінералів для підтримки здоров'я і зміцнення

імунітету. Харчування при цирозі печінки має свої особливості, рецепти можуть відрізнятися, коригується список продуктів, однак принципи харчування для всіх пацієнтів будуть однаковими.

Забороняється вживати їжу прямо з холодильника або відразу після приготування. Важливо, щоб їжа була теплою, не нижче кімнатної температури.

В організм людини в добу має надходити щонайменше 2500 кілокалорій, але не більше 3000.

Харчування дроблять на 5 прийомів в день, порції повинні бути невеликими для більш легкого засвоєння.

Сіль є в необмеженій кількості можна. У добу її має потрапити в організм не більше 2 ч. л.

В період лікування збільшується споживання чистої води, в середньому її має бути випито не менше 2 літрів. Від кави і міцного чаю доведеться відмовитися.

Все тверде і сильно жорстке попередньо подрібнюється або перетирається.

Смажені на соняшниковій олії страви категорично заборонені, як і приготовані в мікрохвильовій печі або на мангалі. Навіть тушковані блюда можуть з'являтися в меню не частіше двох разів на тиждень. Практично вся їжа повинна бути приготовлена на пару або запечена в духовці.

Рекомендується також проводити періодично розвантажувальні дні, в які є тільки овочеві супи, фрукти або дозволені молочні продукти. Кількість тваринних жирів повинно бути максимально знижено, з обережністю вживати вершкове і рослинне масло. Зазвичай це позначається на смаку страв, але дозволяє захистити хворий орган від зайвого навантаження.

Вимоги до приготування їжі

Смажити овочі або смажити їх категорично заборонено, неважливо для супів це робиться або для інших страв.

Котлети готуються тільки на пару, омлет - на воді. Процес смаження виключається.

Рослинна олія додається в невеликій кількості прямо в суп, як і молоко або сметана. При цьому їх кількість не повинна перевищувати 15 мл на тарілку.

Практично всі дозволені страви варяться, винятком є процес приготування котлет на пару.

Не використовувати в процесі приготування сіль.

На першій стадії необхідне включення в діету продуктів, багатих повноцінними білками, в яких містяться також незамінні амінокислоти. Тому хворому необхідно частіше вживати в їжу свіже молоко і сир, нежирну рибу, яловичину, білок яйця, пшоно, гречку, вівсянку, соєве борошно.

Велику кількість білка потрібно вживати, якщо цироз викликаний зловживаннями алкоголю і низьким рівнем білка в крові.

При декомпенсованому цирозі, коли печінка не здатна нейтралізувати аміак, потрібно різко обмежити вживання білка до 20-30 г в день, а якщо поліпшення стану не настає, виключити продукти, що містять білок, з раціону.

Жирів може бути до 90 г в день. Їх кількість визначається станом хворого. Причому здебільшого вживати в їжу краще рослинні і молочні жири. Тваринні жири, особливо яловичий, баранячий, гусячий повністю виключаються. У тому випадку, якщо присутні такі симптоми, як блювання, пронос і жовтяниця, жири потрібно обмежити до 30 г в день.

Що стосується вуглеводів, то їх повинно бути в раціоні не більше 450 г в день, в тому числі простих вуглеводів (цукерок, цукру) - до 100 г.

Вуглеводи обмежуються тільки, якщо цироз супроводжується ожирінням.

При таких симптомах цирозу, як набряки і асцит, рідина і сіль обмежують (сіль до 2-5 г в день).

При нестачі калію в організмі, яка утворюється в результаті вживання сечогінних засобів, потрібно їсти продукти, що містять калій у великій кількості (овочі, фрукти, сухофрукти).

При виникненні запорів їдять буряк, морква, абрикоси, чорнослив, одноденний кефір, молоко, мед. Якщо спостерігається схильність до проносів, ці продукти навпаки необхідно виключити.

У важкому стані хворим призначають діету з легкозасвоюваних вуглеводів, вітамінів і рідини у великій кількості. Їжа вживається через кожні 2-3 години невеликими порціями.

Медикаментозне лікування

Хворим з компенсованими та неактивними формами цирозу печінки медикаментозне лікування не призначають.

При вірусному цирозі В, С проводять протівірусне лікування, з метою покращення біохімічних показників, стабілізації процесу.

При біліарному цирозі використовують препарати урсодезоксихолевої кислоти тривалий час.

1. Субкомпенсований та некомпенсований цироз печінки (клас В, С):

- призначають дієту з обмеженою кількістю білка та солі;
- проводиться базисна терапія із застосуванням : гепатопротекторів (рослинні препарати есенціальних фосфоліпідів протягом 2 місяців). При наявності асцитного синдрому використовують сечогінні препарати. При бактеріальному асциті-перитоніті : антибактеріальні препарати.

- при наявності холестазу застосовують препарати урсодезоксихолевої кислоти, жиророзчинні вітаміни А, D, Е, К.

При портальній гіпертензії застосовують β -адреноблокатори.

Руховий режим

Лікувальна фізична культура. Режим передбачає обмеження фізичних навантажень (виключаються вправи спортивного характеру, змагання, туризм), застосування курортних факторів за методикою слабого впливу. Надалі з урахуванням загального стану результатів динамічного, а також контрольних досліджень через 6-8 днів, як правило, режим розширюється.



Рис. 27. Прості вправи підійдуть навіть для тих, кому за 65

Складовою частиною базисного комплексу є ЛФК. При використанні ЛГ в щадному режимі всі вправи проводяться в положенні лежачи і сидячи, що сприяє найменшим функціональним зрушенням внутрішніх органів. Дозована ходьба призначається за маршрутом тривалістю 1,5-2 км при швидкості 80-90 кроків за хвилину. Перехід на щадно-тренуючий режим здійснюється поступово. При цьому режимі ранкова гімнастика проводиться протягом 15-20 хв з помірним фізичним навантаженням і включенням вправ з присіданням. Заняття лікувальної гімнастики проводяться не тільки в положенні лежачи і сидячи, але і стоячи, груповим методом зі збільшенням фізичних навантажень при виконанні загальнозміцнюючих вправ і більш активним включенням спеціальних вправ для діафрагми і черевного преса. Дозована ходьба призначається за маршрутом тривалістю 2-3 км при швидкості 90-100 кроків за хвилину. Можуть бути використані піші, морські та лижні прогулянки.

Лікувальний масаж. Лікування цирозу печінки масажем застосовується в першому періоді захворювання і складається з усіх прийомів масажу, що поліпшують черевний кровообіг. Масаж може застосовуватися при захворюваннях печінки і жовчного міхура у всіх хворих, яким показані різні види теплового лікування, і особливо тоді, коли останнє не може бути призначено зважаючи на наявність супутніх захворювань, зокрема захворювань серцево-судинної системи.

До завдань масажу входить зменшення болювого синдрому, поліпшення кровообігу.



Рис. 28. Масаж спини

Для впливу на печінку масажують спину в області сегментів С6-D10, праву половину грудної клітки спереду від D6 і епігастральної ділянки. Починають з масажу спини. Положення хворого: лежачи на животі, голова повернута вліво, руки витягнуті уздовж тіла, розслаблені. При цьому використовуються прийоми: погладжування, розтирання і розминання. Масаж в області між внутрішнім краєм лопатки і хребтом слід проводити з певною обережністю, особливо при наявності гіпертонусу м'язів. У цих випадках застосовуються погладжування, поверхневе розтирання і непереривиста вібрація в точках, де найбільш виражена напруга м'язів. У міру зменшення напруги збільшується інтенсивність масажу. Биття і рублення протипоказані в будь-якій стадії захворювання.

Масаж спини проводять протягом 10-15 хвилин. Потім хворого повертають на спину і продовжують масаж на передній поверхні грудної клітки справа. Масаж передньої поверхні грудної клітки і особливо епігастральної ділянки проводять за більш делікатною методикою, ніж масаж спини. Спочатку масажують грудну клітку з використанням прийомів погладжування і розтирання. Особливу увагу приділяють масажу краю реберної дуги. Тривалість його 5-7 хвилин. Потім переходять до масажу епігастральної ділянки, де необхідно проявляти особливу обережність, в даному випадку достатнє застосування легкого погладжування і поверхневого розтирання. При невеликій хворобливості в епігастральній ділянці можна масажувати прямі м'язи живота від пупка вгору, для чого III і IV пальці обох рук ставлять (без особливого тиску) на зовнішні краї прямих м'язів і обережно зближують так, щоб обидві прямі м'язи здавлювалися між пальцями. При цьому потрібно строго стежити за тим, щоб не здійснювати тиск вниз на черевну порожнину. Тривалість масажу епігастральної ділянки 5-7 хвилин. Закінчують масаж погладжуванням грудної клітки справа, правої реберної дуги і епігастральної ділянки.

Під час масажу біль повинна зменшуватися або повністю зникати. При появі або посиленні болів необхідно зменшити інтенсивність масажу в областях, в яких визначаються рефлекторні зміни, і особливо епігастральній ділянці й уздовж краю реберної дуги.



Рис. 29. Фізіотерапія спрямована на щадне відновлення печінки

Фізіотерапія у хворих з цирозом печінки спрямована на купірування больового синдрому, стимуляцію регенерації, зниження диспепсичних проявів, стимуляцію функціональної активності гепатоцитів, корекцію метаболічних порушень, зменшення проявів інтоксикації й астенізацію. Фізіотерапевтичні методи застосовуються за загальноприйнятими схемами. Фізіотерапія протипоказана хворим на цироз печінки, який супроводжується асцитом.

Деякі різновиди фізіотерапії при цирозі печінки

Діатермія. Суть методики - прогрівання області проекції хворого органу на тілі струмами високої частоти. Має протизапальний ефект, покращує кровотік в печінці, прискорює відновлення гепатоцитів. Механізм полягає в прогріванні органу струмами. Великий електрод кладуть під спину хворого, другий - укладають на область печінки. Подається струм силою 0,8-2 А. Тривалість - 10-40 хв. Сеанси - щоденні або раз в 2 дня. Курс - до 40 процедур. Повтор - через 1-1,5 місяці.

Індуктотермія. Суть методу - лікування змінним електромагнітним полем високої частоти, що створює теплові струми Фуко. Вони здатні проникати в паренхіматозні тканини печінки на глибину 6-8 см. Додатково створюється осциляторний ефект (нетеплова дія), який призводить до позитивних функціональних змін у хворому органі. При поєднанні з гальванізацією зупиняється ріст пухлини.

Грязелікування. Зменшує біль в області печінки, знімає явища запалення, покращує жовчоутворення і відтік жовчі, відновлює роботу печінки.

УВЧ (лікування ультрависокими частотами). Прискорюється відновлення гепатоцитів, нормалізується кровообіг по судинах і лімфообіг, зменшуються процеси запалення.

Санаторно-курортне лікування

Свіже повітря, наявність у вільному доступі великої кількості мінеральних вод і ряд процедур в санаторіях дозволяє отримати пацієнтам максимальну реабілітацію, а також отримати профілактику розвитку подальших загострень. Санаторне лікування, має наступні переваги:

- постійне спостереження фахівців - 24/7;
- комплексний підхід;
- відсутність спокус - в санаторії діє суворий режим;
- спокійна атмосфера, яка сприяє розслабленню і зцілення;
- використання природних ресурсів: грязі, мінеральні води, ванни; клімат
- ідеально підібрана дієта;
- професійний масаж.

Санаторії захворювання печінки використовують такі групи мінеральних вод:

- Гідрокарбонатні натрієвого складу (лужні);
- Гідрокарбонатно-кальцієво-магнієві води;
- Хлоридно-кальцієві води;
- Хлоридно-сульфатні води;
- Гідрокарбонатно-сульфатні води.

Лікування цирозу печінки мінеральною водою в санаторії має цілу комплексну систему. Попередньо в лабораторіях проводяться аналізи сечі, крові, калу. Тільки тоді можна дати детальний діагноз в порушенні роботи печінки. До цих досліджень зазвичай додають УЗД печінки і жовчного міхура. Також мають значення зовнішні ознаки захворювання. Тільки після всіх цих досліджень встановлюється точна система лікування мінеральною водою.

Джерела, використані для написання даного розділу [1-5, 8, 10, 15, 17, 18, 19, 20].

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ СТУДЕНТІВ

1. Обґрунтуйте з клініко-фізіологічних позицій необхідність застосування ЛФК при хронічних захворюваннях гепатобіліарної системи.
2. Які засоби і форми ЛФК застосовуються при хронічних захворюваннях гепатобіліарної системи?
3. Які вправи належать до спеціальних при захворюваннях гепатобіліарної системи?
4. Яке значення має вибір вихідного положення при виконанні спеціальних вправ при захворюваннях гепатобіліарної системи?
5. Перелічіть завдання ЛФК при хронічному гепатиті.
6. Методика ЛФК при хронічному гепатиті залежно від режиму рухової активності хворого.
7. Які завдання розв'язує ЛФК при хронічному холециститі?
8. Методика ЛФК при хронічному холециститі залежно від режиму рухової активності хворого.
9. Завдання ЛФК при дискінезіях жовчовивідних шляхів.
10. Особливості методики ЛФК при гіперкінетичній і гіпокінетичній формах дискінезій жовчовивідних шляхів.
11. Обґрунтуйте з клініко-фізіологічних позицій необхідність застосування ЛФК при хронічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
12. Основи методики ЛФК при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
13. Перелічіть завдання ЛФК при хронічних гастритах. Які засоби ЛФК застосовуються для розв'язання цих завдань і в яких формах проводяться заняття з ЛФК?
14. Особливості методики ЛФК при хронічних гастритах залежно від секреторної функції шлунка.

15. Перелічіть завдання ЛФК при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки. У яких випадках протипоказане застосування ЛФК при даній патології?

16. Особливості методики ЛФК при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки залежно від режиму рухової активності хворого.

17. Завдання ЛФК при хронічних колітах. Особливості побудови занять із ЛФК при спастичних і атонічних гастритах.

18. Засоби медичної реабілітації в терапії хронічного гепатиту.

19. Засоби медичної реабілітації в терапії печінкової недостатності.

20. Причини цирозу печінки. Профілактика і лікування.

21. Клінічні ознаки алкогольної хвороби печінки.

22. Особливості медичної реабілітації при захворюваннях печінки.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. При гіперацидному гастриті в період ремісії вправи для черевного пресу
 - A. протипоказані
 - B. кількість та інтенсивність навантаження обмежена
 - C. призначаються обов'язково, як спеціальні

2. При гіперацидному гастриті ЛФК поєднується з іншими процедурами наступним чином
 - A. мінеральна вода, ЛФК, через 15-20 хвилин їжа
 - B. ЛФК, мінеральна вода, через 15-20 хвилин їжа
 - C. мінеральна вода, їжа, через 15-20 хвилин ЛФК

3. При гіперацидному гастриті на санаторному етапі загартування
 - A. протипоказане
 - B. призначається окремим хворим
 - C. рекомендується

4. При хронічному гастриті ЛФК протипоказана при
 - A. вираженому больовому синдромі
 - B. багаторазовій блювоті
 - C. нудоті
 - D. всьому вищезазначеному
 - E. жодному із вищезазначеного

5. При атрофічному гастриті глибоке черевне дихання
 - A. протипоказано
 - B. призначається індивідуально
 - C. є основною вправою

6. При атрофічному гастриті вправи для м'язів черевного пресу
 - A. протипоказані
 - B. призначають індивідуально
 - C. є основними вправами

7. При атрофічному гастриті ЛФК поєднується із наступними процедурами

- A. мінеральна вода, ЛФК, через 15-20 хвилин їжа
- B. ЛФК, мінеральна вода, через 15-20 хвилин їжа
- C. мінеральна вода, їжа, через 20-40 хвилин ЛФК

8. Масаж при хронічному атрофічному гастриті

- A. протипоказаний
- B. показаний масаж живота
- C. показаний масаж в ділянці наднирників
- D. показаний масаж поперекового відділу хребта

9. Масаж спини при хронічному гіперацидному гастриті

- A. протипоказаний
- B. показаний масаж нижньо-та середньогрудного відділу хребта
- C. показаний масаж поперекового відділу хребта
- D. показаний масаж комірцевої зони

10. Протипоказанням до ЛФК при виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки є

- A. виражений біль
- B. постійна нудота
- C. багаторазова блювота
- D. кровотеча
- E. все вище перелічене

11. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки при ліжковому режимі вправи для м'язів живота

- A. протипоказані
- B. призначаються тільки полегшеного типу
- C. призначаються обов'язково як спеціальні

12. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки при напівліжковому режимі діафрагмальне дихання

- A. протипоказано
- B. призначається індивідуально
- C. рекомендують до призначення

13. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки вправи на розслаблення

- A. протипоказані
- B. призначають індивідуально
- C. рекомендують до призначення

14. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки силові вправи

- A. протипоказані
- B. призначають індивідуально
- C. рекомендують до призначення

15. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки при вільному режимі вправи із підвищенням внутрішньочеревного тиску

- A. протипоказані
- B. призначають індивідуально
- C. рекомендують до призначення

16. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки на санаторному етапі не рекомендують наступні спортивні вправи та ігри

- A. волейбол
- B. бадмінтон
- C. елементи баскетболу
- D. лижі
- E. ковзани

17. При виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки в період ремісії сегментарно-рефлекторний масаж

- A. протипоказаний

- В. призначається індивідуально, обережно
- С. рекомендується до призначення

18. Масаж при виразковій хворобі шлунку та 12-палої кишки в період ремісії

- А. протипоказаний
- В. показаний окремим хворим
- С. показаний паравертебральний (С3-7, Д5-9) та живота
- Д. показаний ділянки наднирників

19. При спастичному коліті вправи для м'язів черевного пресу

- А. обмежують
- В. широко застосовують
- С. застосовують із зусиллям

20. Вихідне положення при спастичному коліті

- А. .лежачи на спині
- В. сидячи
- С. стоячи
- Д. колінно-долонне
- Е. стоячи на колінах

21. Вихідне положення при спастичному коліті

- А. лежачи на спині
- В. лежачи на спині із зігнутими в колінах ногами
- С. стоячи на колінах
- Д. лежачи на боціД.лежачи на животі

22. При спастичному коліті темп виконання вправ

- А. повільний
- В. середній
- С. швидкий

23. При спастичному коліті стрибки, підскоки

- A. протипоказані
- B. призначаються індивідуально
- C. призначаються обов'язково

24. При атонічному коліті вправи для м'язів черевного пресу

- A. протипоказані
- B. призначаються окремим хворим
- C. застосовуються обов'язково

25. При атонічному коліті стрибки, підскоки

- A. протипоказані
- B. призначаються індивідуально
- C. рекомендуються до призначення

26. При атонічному коліті вправи для м'язів черевного пресу виконують

- A. із полегшених вихідних положень
- B. із обмеженням числа повторень
- C. із силовими елементами

27. Масаж паравертебрально при хронічних колітах виконують в зоні

- A. L2-L1, D12-D5
- B. C4-C3
- C. жодній із зазначених зон

28. Основний прийом масажу при атонічному коліті

- A. погладжування
- B. розтирання
- C. розминання
- D. вібрація

29. ЛФК протипоказана при патології печінки та жовчовивідних шляхів при

- A. жовчно-кам'яній хворобі, що протікає без частих приступів
- B. дискінезії жовчевих шляхів

- C. хронічному холангіті
- D. гострому гепатиті
- E. хронічному безкам'яному холециститі
- F. постхолецистектомічному синдромі

30. При дискінезії жовчовивідних шляхів застосовують вихідне положення

- A. лежачи на правому боці
- B. лежачи на лівому боці
- C. лежачи на спині
- D. колінно-кистьове
- E. все вірно

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	A	C	E	C	C	B	B	B	E
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	C	A	A	C	C	C	A	D
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	A	A	C	C	C	A	D	D	E

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1

Хворий І, 37 років. Діагноз: Виразкова хвороба шлунка в стадії загострення. Поступив з болями в епігастральній ділянці, слабкістю, нудотою, блювотою. В даний час хворий скарж не пред'являє. Стан задовільний. У стаціонарі 5 днів.

1. Назовіть протипоказання для призначення ЛФК.
2. Складіть комплекс вправ.

Завдання 2

Хвора К., 32 роки. Діагноз: гастроптоз. Скарги на тягучі болі в животі, що посилюються після прийому їжі, нудоту.

1. Визначте завдання ЛФК
2. Назначіть комплекс ЛГ.

Завдання 3

Хворий І, 37 років. Діагноз: Дискінезія жовчовивідних шляхів. Гіпотонічний тип. Стадія ремісії.

1. Вкажіть протипоказання ЛГ
2. Складіть комплекс ЛГ

Завдання 4

Хворий У, 61 рік. Діагноз: Хронічний антацидний гастрит, колоноптоз, хронічний холецистит. Знаходиться в стаціонарі.

1. Які із засобів ЛФК показані хворому?
2. Які із засобів протипоказані.
3. Які вихідні положення слід використовувати в процедурі лікувальної гімнастики?

Відповіді до ситуаційних завдань

Завдання 1

1. Виражений больовий синдром, багаторазова блювота, нудота.
2. Комплекс

В.П. лежачи на спині.

1. Діафрагмальное дихання (5-6 разів).
2. Сгибання і розгинання стоп (5-7 разів).
3. Сгибання і розгинання в променезап'ясткових суглобах (5-7 разів)
4. Сгибання і розгинання в ліктьових суглобах (5-7 разів).
5. По черзі зігнути ноги в колінних суглобах і повернутися у в.п. (5-6 разів).
6. В.п. сидячи на стільці. Максимально прогнутися назад на вдиху і повернутися у в.п. на видиху (5-7 разів).
7. В.п. теж. Нахили в сторони ковзаючи руками по бічній поверхні грудної клітини.
8. В.п. стоячи. Повороти тулуба в сторони (5-7 разів).
9. В.п. те саме. Обертання руками в плечових суглобах.
10. В.п. лежачи. Дихальні вправи з подовженим видихом (4-6 разів).

Завдання 2

1. загальне зміцнення організму; підвищення нервово-психічного тону; поліпшення функції шлунка і кишечника; створення потужного корсета з м'язів передньої черевної стінки і промежини.
2. Комплекс.

В.П. лежачи на спині, одна рука на грудях, інша на животі.

1. Діафрагмальне дихання (4 рази)
2. По черзі піднімання прямих ніг (4 рази)
3. В.П лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінах. Підняти таз, спираючись на стопи, лікті, потилицю, утворюючи "напівміст" (4 рази)

4. Вдих. Зігнути праву ногу в коліні і притягнути руками до живота на видиху. Те саме лівою ногою (4-5 разів).

5. В.П. Упор стоячи на колінах. Не зрушуючи рук і ніг з місця, сісти на п'яти, опустити груди, просуваючись вперед, повернутися у в.п. (4-5 разів).

6. Вдих. Підняти ліву ногу і праву руку вгору, прогнувшись у попереку, вдих. Те саме іншою рукою і ногою (4 рази).

Завдання 3

1. Протипоказання: загострення захворювання, різкий больовий синдром, нудота.

2. Комплекс лікувальної гімнастики.

I. В.П. лежачи на спині, очі закриті.

1. Відпочинок, м'язове розслаблення при довільному положенні рук і ніг (3-7 хвилин)

2. Виконання елементів аутогенного тренування за командою інструктора. Команда типу "Я спокійний, мої м'язи рук, ніг, живота розслаблені, відчуваю приємне тепло у всьому тілі".

II. В.П. те саме, очі відкриті.

3. "Поступово напружуючи м'язи рук, ніг, живота, відчуваю приємну бадьорість у всьому тілі, хочеться рухатися, болю не відчуваю". В.П. лежачи на спині, руки вздовж тулуба.

4. По черзі згинання та розгинання в ліктьових і плечових суглобах, заведення рук вперед і за голову (3-5 разів).

5. Одночасне згинання ніг в колінних і тазостегнових суглобах (3-6 разів).

6. Те саме, але поперемінно то однією, то іншою ногою, допомагаючи руками привести стегно до живота (4-6 разів).

III. В.П. лежачи на спині руки на животі.

7. Легкі погладжуючі рухи за ходом кишечника. Розминаючі рухи. Легка вібрація при самомасажі області жовчного міхура. Легкі рухи, що

погладжують за ходом кишечника (1-2 хвилини).

IV. В.П. лежачи на животі.

8. Повзання "по-пластунськи" (1-3 хв.)

V. В.П. лежачи на спині, кисті на животі.

9. Спокійне ритмічне дихання із залученням м'язів живота (4-6 разів).

Завдання 4

1. Хворому показані полегшені гімнастичні вправи в поєднанні з дихальними вправами.

2. Оскільки у хворого колоноптоз, то йому протипоказані біг, стрибки, підскоки і підйом маси більш 5 кг.

3. Необхідне суворе дотримання вихідних положень; лежачи на спині з піднятим ножним кінцем, колінно-ліктьове, колінно-кистьове.

**Приблизний комплекс лікувальної фізкультури
при гастриті**



**Приблизний комплекс вправ при гастриті із секреторною недостатністю
(зниженій кислотності)**

1. В.П. – лежачи на спині, руки вниз (вздовж тулуба).

1 – руки зігнути в сторони (кисті до плечей).

2 – руки в сторони (вдих).

3 – руки зігнути в сторони, кисті до плечей (Видих).

4 – В.П.

Темп середній

2. В.П. – те саме що вправа № 1.

1 – праве коліно до живота (видих).

2 – В.П. (Вдих)

3 – ліве коліно до живота (видих).

4 – В.П. (Вдих)

Темп середній

3. В.П. – те саме, що вправа № 1.

1 – зігнути ноги в колінах.

2 – коліна нарізно.

3 – зімкнути коліна.

4 – В.П.

Коліна максимально в сторони

4. В.П. – лежачи на правому боці, упор на праве передпліччя.

1 – ліве коліно до живота, ліву руку відвести назад (видих).

2 – В.П. (Вдих).

Темп середній

5. В.П. – те саме, що вправа № 4, лежачи на лівому боці.

6. В.П. – упор стоячи на колінах.

1 – праву ногу випрямити і максимально відвести назад.

2 – В.П.

3 – те саме лівою ногою.

4 – В.П.

Руки і ноги перпендикулярні підлозі, голова злегка піднята

7. В.П. – те саме, що вправа № 6.

1 – нахил голови вперед (підборіддя до грудей) і округлити спину (вдих).

2 – нахил голови назад, прогнути спину (видих).

Руки в ліктях не згинати. На видиху звести лопатки.

8. В.П. – те саме, що вправа № 6.

1 – одночасно праву руку вгору і ліву ногу назад.

2 – В.П.

3 – одночасно ліву руку вгору і праву ногу назад.

4 – В.П.

Рука, голова, тулуб і нога на одній лінії

9. В.П. – стійка ноги нарізно, руки на пояс.

1 - 4 – кругові рухи тулуба вправо.

5 - 8 – те саме вліво.

Таз на місці

10. В. П – стійка ноги нарізно, руки вперед.

1 – мах вперед правою ногою.

2 – В.П.

3 – те саме лівою ногою.

4 – В.П.

Темп середній

11. В. П – те саме, що вправа № 10.

1 – мах назад правою ногою, ліва рука вгору.

2 – В.П.

3 – те саме лівою ногою, права рука вгору.

4 – В.П.

Темп середній

12. В. П – широка стійка ноги нарізно, руки в сторони.

1 – поворот тулуба вправо.

2 – В.П.

3 – те саме вліво.

4 – В.П.

Темп середній

13. В. П. – те саме, що вправа № 12.

1 – нахил вперед, правою рукою торкнуться носка лівої ноги.

2 – В.П.

3 – те саме, лівою рукою торкнуться носка правої ноги.

4 – В.П.

Ноги в колінах не згинати.

Оздоровчу гімнастику можна застосовувати у фазі затухаючого загострення цих захворювань і в фазі ремісії – для профілактики загострень.

Приблизний комплекс вправ при виразковій хворобі 12-типалої кишки і при гастриті з підвищеною секрецією.

1. В.П. – лежачи на спині, руки вниз, ноги зігнуті в колінах.

Діафрагмальне дихання:

1 - 2 вдих.

3 - 4 видих.

На вдиху черевна стінка піднімається, на видиху – втягується.

2. В. П – те саме, що вправа № 1.

1 – кисті в кулак, носки на себе.

2 – В.П.

Темп середній

3. В. П – те саме, що вправа № 1.

1 – зігнути праву ногу.

2 – В.П.

3 – зігнути ліву ногу.

4 – В.П.

Темп середній

4. В.П. – лежачи на спині, руки скрестно на грудях (кисті до плечей).

1 – руки в сторони (прямі).

2 – В.П.

Темп середній

5. В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті.

1 – коліна нарізно.

2 – В.П.

Ступні разом, коліна максимально в боки

6. В.П. – те саме, що вправа № 5.

1 – права нога вертикально.

2 – В.П.

3 – ліва нога вертикально.

4 – В.П.

Ноги прямі

7. В.П. – лежачи на правому боці, упор на передпліччя.

1 – ліву руку вгору, ліву ногу вертикально (вдих).

2 – В.П. (видих).

8. В.П. – то ж, що вправа № 7, на лівому боці. Темп середній.

9. В.П. – лежачи на спині, руки на пояс.

1 – праву ногу відвести вправо.

2 – В.П.

3 – ліву ногу вліво.

4 – В.П.

Темп середній

10. В.П. – лежачи на правому боці, права рука під головою.

1 – ліву ногу назад.

2 – В.П.

3 – коліно до живота.

4 – В.П.

11. В.П. – те саме, що вправа № 10, на лівому боці. Темп середній.

12. В.П. – лежачи на правому боці, ноги зігнуті. Діафрагмальне дихання.

13. В.П. – лежачи на спині, ноги зігнуті, стопи на підлозі, руки в сторони.

1 – коліна вправо.

2 – В.П.

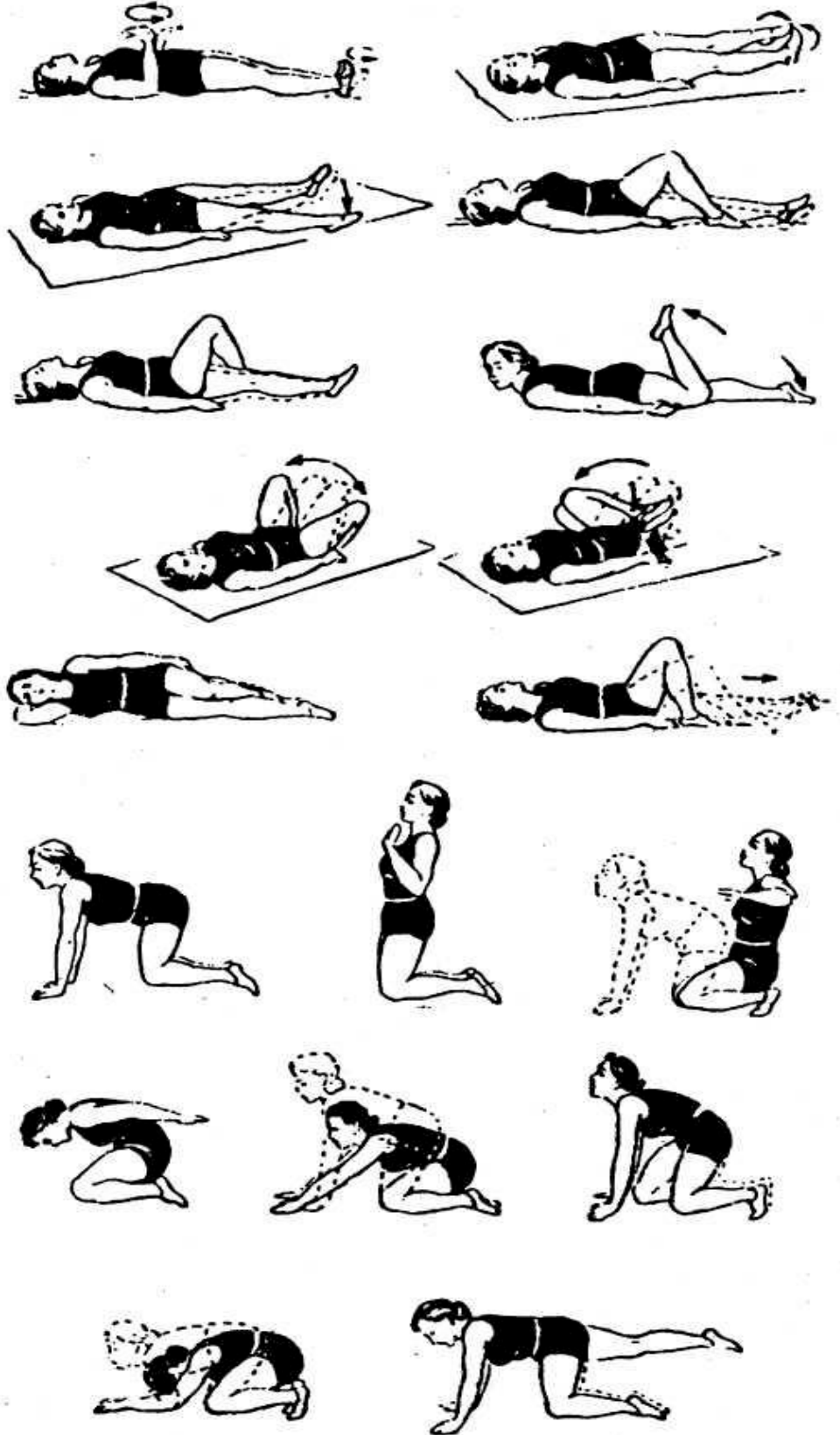
3 – коліна вліво.

4 – В.П.

Коліна не роз'єднувати

Оздоровчу гімнастику можна застосовувати у фазі затухаючого загострення цих захворювань і в фазі ремісії – для профілактики загострень.

Приблизний комплекс лікувальної фізкультури при виразковій
хворобі шлунка



Приблизний комплекс лікувальної гімнастики при виразковій хворобі шлунка і 12-палої кишки

1. В. П. – сидячи на стільці, руки перед грудьми. Повороти в сторони з розведенням рук. ТС. 6-8 разів.
2. В. П. – те саме. Почергове випрямлення ніг. ТС. 8-10 разів.
3. В. П. – те саме. Руки вгору, зігнути ліву ногу в коліні – вдих; повернутися у в. п. – видих. ТМ. 5-7 разів.
4. В. П. – сидячи на стільці. Низьке присідання – видих; повернутися у в. п. – вдих. ТС. 6-8 разів.
5. В. П. – сидячи, кисті рук на колінах. Розвести коліна в сторони – вдих; повернутися у в. п. – видих. ТМ. 6-8 разів.
6. В. П. – сидячи. По черзі згинання ніг в колінному і тазостегновому суглобах. ТС. 6-8 разів.
7. В. П. – стоячи біля стільця. По черзі випади лівою і правою ногою вперед. ТМ. 5-7 разів.
8. В. П. – те саме. Відвести праву ногу вперед, руки вперед – вдих; повернутися у в. п. – видих. Те саме з лівої ноги. ТС. 6-8 разів.
9. В. П. – стоячи. Крок з лівої ноги на стілець. Те саме з правої ноги. ТМ. 5-7 разів.
10. В. П. – лежачи. По черзі відведення правої і лівої ніг вгору. ТС. 6-8 разів.
11. В. П. – лежачи на правому боці, права рука над головою. Згинання лівої ноги і відведення руки вгору. Те саме – на лівому боці. ТС. 6-8 разів.
12. В. П. – на четвереньках. По черзі відведення ноги назад і руки вгору. ТС. 6-8 разів.
13. В. П. – лежачи. По черзі згинання та розгинання ніг. ТМ. 5-7 разів.
14. В. П. – стоячи. Руки вгору – вдих; руки вниз – видих, м'язи

розслабити. ТМ. 4-6 разів.

15. В. П. – стоячи, руки на поясі. Нахили вліво і вправо, при цьому одна рука йде вгору. ТС. 6-8 разів.

16. В. П. – стоячи. Руки вгору – вдих; нахил вперед – видих. ТМ. 5-7 разів.

17. В. П. – стоячи, руки до плечей. По черзі підйом рук вгору. ТС. 6-8 разів.

18. Ходьба на місці або кімнатою. Дихання рівномірне. 30-60 с.

**Приблизний комплекс лікувальної фізкультури при захворюваннях
кишечника**



1. Ходьба кімнатою 30-60 с, чергуючи її з дихальними вправами.
2. В. П. – лежачи на спині. Згинання та розгинання тулуба. ТМ. 6-8 разів. Дихання рівномірне.
3. В. П. – те саме. По черзі згинання ноги. ТС. 5-7 раз кожної ноги.
4. В. П. – те саме. По черзі підйом ноги вгору. ТС. 6-8 раз кожної ноги.
5. В. П. – сидячи, руки в упорі ззаду. Піднімання й опускання прямих

ніг. ТС. 5-7 разів.

6. В. П. – на четвереньках. Відведення ноги назад з наступним підтягуванням її до живота. Те саме з іншої ноги. ТС. 5-8 разів кожною ногою.

7. В. П. – лежачи на спині, ноги зігнуті. Повороти ніг вліво-вправо. ТМ. 6-8 раз в кожную сторону.

8. В. П. – лежачи на спині, прогнутися, руки ззаду. Сісти. Повернутися у в. п. ТЗ. 5-7 разів.

9. В. П. – те саме. «Велосипед». ТС. 15-20 с. Дихання вільне.

10. В. П. – сидячи на стільці, упор руками ззаду. Глибокі присідання вперед; повернутися у в. п. ТЗ. 6-8 разів.

11. В. П. – сидячи на стільці. Нахили вперед. ТМ. 5-7 разів. При нахилі – видих.

12. В. П. – те саме, тільки руки на поясі. Нахили вперед. ТС. 4-6 разів.

13. В. П. – сидячи, руки в сторони. Повороти вліво і вправо. ТС. 5-7 раз в кожную сторону.

14. В. П. – стоячи біля стільця. Крок лівою ногою – вдих; повернутися у в. п. – видих. Те саме з іншої ноги. ТС. 6-8 разів з кожною ногою.

15. В. П. – лежачи на спині. Прогнутися – вдих; повернутися у в. п. – видих. ТМ. 5-7 разів.

16. В. П. – лежачи, упор руками ззаду – прогнутися. Сісти – прогнутися. ТС. 6-8 разів.

17. В. П. – колінно-ліктьове. Підняти таз вгору – вдих; повернутися у в. п. – видих. ТС. 5-8 разів.

18. В. П. – стоячи, руки на поясі. Нахили вліво-вправо. ТМ. 6-8 раз в кожную сторону.

19. В. П. – стоячи. Обертання тулуба. ТС. 5-8 раз в кожную сторону.

20. В. П. – стоячи. Приседи. ТС. 5-8 разів.

21. В. П. – сидячи на стільці. Нахили назад-вперед. ТМ. 5-8 разів.

22. Ходьба кімнатою – 30-60 с.

Комплекс лікувальної гімнастики при холециститі

Гімнастичні заходи при холециститі сприяють кращому відтоку жовчі з жовчного міхура і печінки, а також насиченню клітин органу киснем, що допомагає зняти запалення і зменшити прояви клінічних симптомів.

Вправи лежачи

1) Руки уздовж тіла, ноги зігнуті в колінах: поступово легкими рухами випрямити по черзі обидві ноги, потім займіть вихідне положення – 5-10 разів.

2) Ноги зігнуті в колінах, коліна притиснуті один до одного. Поступово повертаючи корпус тіла, нахилийте коліна вправо і вліво – 5-10 разів.

3) Руки і ноги прямі, по черзі підніміть вгору обидві ноги, потім так само по черзі опустіть і займіть вихідне положення -5-10 разів.

4) Зігніть ноги в колінах, по черзі притискайте зігнуті ноги до живота, при цьому руки витягнуті уздовж тулуба. Вправу виконувати 3-7 разів для кожної ноги.

5) Ноги зігніть в колінах, руки за голову, підтягніть коліна вгору і постарайтеся ліктями торкнутися коліна. Виконати 4-5 разів.

Вправи сидячи

Вправи в положенні сидячи слід виконувати по 3-5 підходів, паралельно з виконанням дихальної гімнастики:

6) піднімаючи одну ногу, випрямлену в колінному суглобі, робимо глибокий вдих, опускаючи – видих;

7) зіпріться на кінчики пальців і затримайтеся в такій позі на кілька секунд, при цьому максимально напружуючи м'язи живота, потім займіть вихідне положення;

8) сидячи на стільці, дихайте, випинаючи живіт на вдиху і втягуючи – на видиху.

Гімнастика при панкреатиті і холециститі дозволить полегшити перебіг хвороби. Займатися лікувальною гімнастикою при панкреатиті і холециститі слід по 20-30 хвилин на день, виконуючи 2-3 підходи, поступово збільшуючи навантаження.

Комплекс лікувальної гімнастики при жовчокам'яній хворобі

Всі вправи поділяються на 3 розділа: вступний, основний, заключний.

Вступний:

- Ходьба по колу на носках, 30-60 секунд. Темп повільний.
- Ходьба по колу, але з високим підніманням колін. Тривалість 35-45 секунд.
- Початкове положення – руки на поясі. Ходьба по колу, поєднуйте з рухами тулуба вправо/вліво і вперед/назад. Темп повільний. Повторюйте 30-40 секунд.
- Початкове положення – стійте прямо, ноги на ширині плечей, руки на поясі, голова дивиться прямо. Робіть нахили голови в різні боки. Повторюйте 5-7 разів.
- Початкове положення – стійте прямо, ноги на ширині плечей. Руки підняті в сторони до рівня плечей. Робимо невеликі махи руками вгору-вниз. Опускаємо і піднімаємо руки не більше ніж на 10-15 см. Ці рухи нагадують коливання. Виконати 10 таких махів.
- Початкове положення – стійте прямо, ноги поставте на ширині плечей, руки опустіть вздовж тулуба. Зігніть ноги в колінах і виконайте присідання. При цьому відводите таз назад. Коліна не повинні виходити за межі лінії носочків, а стопи не повинні відриватися від підлоги. Повторіть 4-6 разів. Слідкуйте за диханням.

Основний:

- Початкове положення – сидячи на стільці, руки покладіть на поясі. При вдиху відведіть руки назад, а при видиху навпаки руки відведіть вперед. Темп повільний. Повторіть дану вправу 6-8 разів.
- Початкове положення – сидячи на стільці, руки опустіть і розслабте. Починайте дихати животом – діафрагмальне дихання.

Повторюйте 8-10 разів. Темп повільний.

- Початкове положення – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Підтягувати коліна до живота, згинаючи обидві ноги, виконуйте це все на вдиху. При видиху повертайтеся в початкове положення. Повторюйте 4-6 разів. Темп повільний. Слідкуйте за диханням.
- Початкове положення – те саме. Імітуйте їзду на велосипеді лежачи. Повторіть даний рух 8-10 разів.
- Початкове положення – лежачи на боці (без різниці на якому боці), руки вздовж тулуба. При вдиху піднімайте ногу вгору, а на видиху – опускайте. Повторіть на одній стороні 6 разів, потім перекиньтесь на інший бік, і продовжуйте робити те саме.
- Початкове положення – те саме. Відведіть ноги назад – згинайте вперед, підтягуйте коліно до живота. Повторюйте 4-6 разів.

Заключний:

- Початкове положення – стоячи, руки на стегнах. Зробіть тривалий, помірний глибокий вдих, при цьому втягніть живіт, не затримуючись, чітко і щосили видихніть. Повторіть дану дихальну вправу 6-8 разів.
- Початкове положення – стоячи, руки покладіть на пояс. Проводьте обертальні рухи тулубом. Повторюйте 6-8 разів на кожную сторону.
- Початкове положення – стоячи, повільна ходьба по колу 30-60 секунд.
- Початкове положення – стоячи, руки вздовж тулуба. Встаньте, руки витягніть до стелі при вдиху і повільно підніміться на шкарпетки, а на видиху опустіться на п'яти і опустіть руки. Повторюйте 8-10 разів.

Дихальна гімнастика при панкреатиті і холециститі

Дихальна гімнастика повинна виконуватися в сидячому положенні, для активізації роботи всіх м'язів живота. Дихання повинно бути повільним і рівномірним, щоб клітини поглинали повітря в найбільш активному темпі.

1. Зробити глибокий повільний вдих, при цьому максимально втягнути живіт в себе, затримати подих на кілька секунд, а потім поступово видихнути. Повторити 3-5 разів.
2. Під час глибокого вдиху максимально надути живіт, а при видиху – розслабити. Повторити 5-7 разів. При виконанні завдання бажано затримувати дихання на кілька секунд між вдихом і видихом.
3. Почати робити поступовий вдих, потім зупинитися і напружити м'язи преса, затримати подих на кілька секунд і продовжити вдих, потім зробити повільний глибокий видих. Зробити 3-5 повторень.
4. Зробити максимально швидкий вдих і напружити м'язи живота, потім також максимально видихнути, при цьому м'язи розслабити. Зробити 3-5 підходів.

Дані базові вправи універсальні і для лікування панкреатиту і для холециститу. Їх слід виконувати по кілька хвилин, близько 4 разів на день. Важливо звернути увагу на те, що якщо під час виконання завдань у хворого запаморочилося в голові або самопочуття погіршується, дихальні вправи слід припинити.

Комплекс вправ для стимуляції роботи печінки

1. Ходьба кімнатою. Спочатку ходьба в звичайному режимі, потім з високим підніманням стегна. Виконувати протягом 30-40 секунд. Дихання чергується: на 2-3 кроки – вдих, 3-6 кроків – видих.

2. Початкове положення (ПП) – стоячи, ноги ширше плечей. Підняти руки вгору – вдих; 2-4 пружинистих нахили вперед, намагаючись руками дістати підлогу, - видих. Повторити 6-8 разів.

3. ПП – стоячи, ноги на ширині стопи. Розвести руки в сторони – вдих; 2-4 (поклавши руки на коліна) пружинистих присідання – видих. Повторити 6-8 разів.

4. ПП – стоячи, ноги на ширині плечей. Зробити поворот корпусом вправо, відводячи і руки вправо, - вдих; випинаючи живіт, поворот корпусом вліво – видих, втягуючи живіт.

5. ПП – лежачи на спині, покласти руки вздовж тулуба. Підняти руки вгору – вдих; підтягнути ліве коліно до грудей руками – видих. Опустити ногу, а руки знову підняти вгору – вдих. Підтягнути праве коліно руками до живота – видих. Повторити 4-5 разів.

6. ПП – лежачи на спині, ноги зігнути. Піднявши голову, дістати руками коліна – видих. Повторити 6-8 разів.

7. Лягти на правий бік, покласти праву руку під голову, а ліву – на живіт, ноги зігнути. Виконати діафрагмальне дихання. При вдиху живіт випинати, злегка прогинаючись в попереку, при видиху живіт втягувати, роблячи спину круглою. Повторити 8-10 разів, потім лягти на інший бік і зробити те ж саме.

8. ПП – стоячи на колінах, кистями упираючись в підлогу. Сісти на праву п'яту, відвести ліву ногу назад – вдих (руки від підлоги не відривати). Ковзаючим рухом перевести ліве коліно між руками і лягти животом на ліве стегно – видих. Те ж саме зробити іншою ногою. Повторити 3-5 разів.

9. ПП – те саме, що і в попередній вправі. Спину прогнути, а потім вигнути, як це роблять кішки.

10. ПП – те саме, що і в попередній вправі. Праву руку підняти в сторону і вгору – вдих; обхопивши нею груди, нахилитися і правим плечем дістати підлогу, злегка повертаючи корпус вправо, - видих. Те саме й іншим плечем. Повторити 3-5 разів.

11. ПП – стоячи на колінах, розвести руки в сторони – вдих; випинаючи живіт, нахилити тулуб вперед, а руки відвести назад – видих, втягуючи живіт. Повторити 6-8 разів.

12. ПП – лежачи на спині, ноги зігнути, руки покласти на живіт, лікті опустити. Виконати діафрагмальне дихання, 8-12 рухів.

Програма медичної реабілітації при цирозі печінки

	<i>1 неділя</i>	<i>2 неділя</i>	<i>3 неділя</i>
Режим	Щадний	Щадно-тренуючий	Щадно-тренуючий
Дієта	№ 5	№ 5	№ 5
ЛФК	Ранкова гімнастика. Лікувальна гімнастика	Ранкова гімнастика. Лікувальна гімнастика, піші прогулянки, дихальна гімнастика в середньому темпі	Ранкова гігієнічна гімнастика, ЛГ, піші прогулянки, дозована ходьба в середньому темпі
Фізіотерапія	Транскраніальна електроаналгезія. Теплові процедури протипоказані. Інфітатерапія трансорбітальна, пиття мінеральної води	Транскраніальна електроаналгезія. Теплові процедури протипоказані. Інфітатерапія трансорбітальна, пиття мінеральної води	Транскраніальна електроаналгезія. Теплові процедури протипоказані. Інфітатерапія трансорбітальна, пиття мінеральної води
Гідротерапія	Пірісні ванни	Кисневі ванни	Кисневі ванни
Баротерапія	Протипоказана	Протипоказана	Протипоказана
Фармакотерапія та імуномодуляція	Анальгетики, спазмолітики, гепатопротектори, жовчогінні препарати, вітамінні препарати, седативні препарати, діуретики, венотоніки за потребою. Фітотерапія (седативний збір).	Анальгетики, спазмолітики, гепатопротектори, жовчогінні препарати, вітамінні препарати, седативні препарати, діуретики, венотоніки за потребою. Фітотерапія (седативний збір).	Анальгетики, спазмолітики, гепатопротектори, жовчогінні препарати, вітамінні препарати, седативні препарати, діуретики, венотоніки за потребою. Фітотерапія (седативний збір).
Природні лікувальні фактори	Недозована аеротерапія під час прогулянок	Недозована аеротерапія під час прогулянок	Недозовані аеротерапія під час прогулянок
Механічні фактори	Протипоказані	Протипоказані	Протипоказані
Рефлексотерапія	ІРТ	ІРТ	ІРТ
Психотерапія	Психотерапія (мала індивідуальна)	Психотерапія (мала індивідуальна, аутогенне, в складі групи).	Психотерапія (мала індивідуальна, аутогенне, в складі групи).

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Нормативно-законодавчі документи

1. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія": Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
2. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний гастрит. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
3. Наказ МОЗ України від 03.09.2014 р. № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки». Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140903_0613.html
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих». - Режим доступу: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20140903_0613_kn_dod.pdf
5. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
6. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
7. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит (ХП). [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html
8. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Алкогольний гепатит». - Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/docfiles/dod_ukp_dn_20140616_1.pdf
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цироз печінки та його ускладнення». - Режим доступу: https://ukrgastro.com.ua/wp-content/uploads/2017/10/2016_.pdf
10. Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при запальних захворюваннях кишечника». - Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160211_0090.html

11. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт). - Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_90_Krona/2016_90_YKPMO_Kron.pdf

Основна

1. Загальна практика – сімейна медицина: підручник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 714 с.

2. Профілактика, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Т.О. Кулинич, І.О. Стецюк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 222 с.

3. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях шлунково-кишкового тракту : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 179 с.

4. Михайловська Н. С. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб. для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова, О.О. Антипенко. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – 163 с.

5. Михайловська Н.С. Фізична терапія, ерготерапія при захворюваннях внутрішніх органів: навчально-методичний посібник для студентів III-IV курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини (за професійним спрямуванням)», спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія» / Н. С. Михайловська, Г.В. Грицай. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 165 с.

6. Актуальні питання медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих

та інвалідів : зб. наук.-практ. праць / МОЗ України, ДЗ "Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України"; ред. Л. Ю. Науменко, В. В. Чемирисов. – Дніпропетровськ : Вип. 3. – 2015. – 162 с. : табл.

7. Бебешко, П. С. Основи профілактичної медицини : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-II рівнів акредитації / П. С. Бебешко, Ю. С. Скоробреха, О. П. Коріняк. – 2-е вид., перероб. та доп. – Київ : Медицина, 2011. – 183 с.

8. Громадське здоров'я : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівня акредитації / В. Ф. Москаленко [та ін.] ; ред. В. Ф. Москаленко ; МОЗ України, Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – 3-е вид. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – 559 с. – (Національний підручник).

9. Лисенюк, В. П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівнів акредитації / В. П. Лисенюк. - Київ : Медицина, 2010. - 422 с. : іл.

10. Магльований, А. В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібн. / А. В. Магльований, В. М. Мухін, Г. М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147с. : іл.

11. Порада, А. М. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації / А. М. Порада, О. В. Порада. – Київ : Медицина, 2011. – 295 с.

12. Спортивна медицина і фізична реабілітація : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закладів освіти IV рівня акредитації / В. А. Шаповалова [та ін.]. – Київ : Медицина, 2008. – 246 с.

13. Степашко, М. В. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації / М. В. Степашко, Л. В. Сухостат. – Київ : Медицина, 2010. – 351 с. : іл.

14. Фізіотерапія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів / Я.-Р. М. Федорів [та ін.] ; ред. Я.-Р. М. Федорів ; Львів. нац. ун-т ім. Д. Галицького МОЗ України, ТзОВ "Львів. мед. ін-т". – Львів : Магнолія, 2015. – 558 с.

15. Фізична реабілітація, спортивна медицина : нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівня акредитації / В. В. Абрамов [та ін.] ; ред. В. В. Абрамов, О. Л. Смирнова. – Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. – 455 с. : іл

16. Марченко О. К. Основи фізичної реабілітації. – К.: Олімп. літ., 2012. – 511 с.

17. Мурза В. П., Щербакова Н. А. Фізична реабілітація (вступ до фаху): навч. посіб. – К.: 2014 – 102 с.

18. Мухін В.М. Фізична реабілітація підручник 3-тє вид., переробл. та доповн. – К.: Олімп. л-ра, 2010. – 488 с.: іл.

Додаткова

1. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І.Фісенко. – Київ. - 2005. – 402 с.

2. Назар П. С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2007. – 240 с.

3. Балота Н. В. Лікувальна фізична культура у комплексному лікуванні хворих на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки при середній важкості захворювання / Балота Н. В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2006. – № 4. – С. 8–10.

4. Бісмак О. В. Особливості застосування лікувальної фізичної культури у жінок молодого і середнього віку при патології жовчовивідної системи / Бісмак О. В. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Х., 2004. – Вип. 7. – С. 186–189.

5. Мелешков В. Значення лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки / В. Мелешков // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 143–147.

6. Ставенко А. В. Вплив лікувальної фізичної культури в комплексній реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки при хронічному перебізі / А. В. Ставенко // Проблеми фізичного здоров'я фахівців ХХІ століття : матеріали ІІІ Всеукр. наук.-практ. конф. – Кіровоград, 2009. – С. 183–186.

7. Пічурін В. В., Бачинська Н. В. Особливості застосування фізичних вправ студентами навчальної секції фізичної реабілітації із захворюваннями травної системи: метод. рек. / В. В. Пічурін, Н. В. Бачинська. - Дніпропетровськ, 2010. – 30 с.

8. Хайтович М.В.. Хронічний панкреатит: патогенетична фармакотерапія . –Здоровя України (Тематичний номер). – Травень, 2017. – С.45-46.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Михайловська Н.С. Загальна практика – сімейна медицина: підручник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай [та співавт.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 714 с.
2. Михайловська Н.С. Профілактика, реабілітація та санаторно-курортний відбір в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» напряму «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Т.О. Кулинич, І.О. Стецюк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. – 222 с.
3. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях шлунково-кишкового тракту : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 179 с.
4. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб. для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова, О.О. Антипенко. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2020. – 163 с.
5. Михайловська Н.С. Фізична терапія, ерготрапія при захворюваннях внутрішніх органів: навчально-методичний посібник для студентів III-IV курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини (за професійним спрямуванням)», спеціальність «Фізична терапія, ерготерапія» / Н. С. Михайловська, Г.В. Грицай. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 165 с.
6. Актуальні питання медико-соціальної експертизи і реабілітації хворих та інвалідів : зб. наук.-практ. праць / МОЗ України, ДЗ "Дніпропетр. мед. акад. МОЗ України"; ред. Л. Ю. Науменко, В. В. Чемирисов. – Дніпропетровськ : Вип. 3. – 2015. – 162 с. : табл.
7. Бебешко, П. С. Основи профілактичної медицини : підруч. для студ.

вищ. мед. навч. закладів I-II рівнів акредитації / П. С. Бебешко, Ю. С. Скоробреха, О. П. Коріняк. – 2-е вид., перероб. та доп. – Київ : Медицина, 2011. – 183 с.

8. Громадське здоров'я : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівня акредитації / В. Ф. Москаленко [та ін.] ; ред. В. Ф. Москаленко ; МОЗ України, Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – 3-е вид. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – 559 с. – (Національний підручник).

9. Лисенюк, В. П. Основи рефлексотерапії, фітотерапії та гомеопатії : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівнів акредитації / В. П. Лисенюк. - Київ : Медицина, 2010. - 422 с. : іл.

10. Магльований, А. В. Основи фізичної реабілітації : навч. посібн. / А. В. Магльований, В. М. Мухін, Г. М. Магльована. – Львів : Ліга-Прес, 2006. – 147с. : іл.

11. Порада, А. М. Медико-соціальна реабілітація і медичний контроль : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації / А. М. Порада, О. В. Порада. – Київ : Медицина, 2011. – 295 с.

12. Спортивна медицина і фізична реабілітація : навч. посіб. для студ. вищ. мед. закладів освіти IV рівня акредитації / В. А. Шаповалова [та ін.]. – Київ : Медицина, 2008. – 246 с.

13. Степашко, М. В. Масаж і лікувальна фізкультура в медицині : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації / М. В. Степашко, Л. В. Сухостат. – Київ : Медицина, 2010. – 351 с. : іл.

14. Фізіотерапія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів / Я.-Р. М. Федорів [та ін.] ; ред. Я.-Р. М. Федорів ; Львів. нац. ун-т ім. Д. Галицького МОЗ України, ТЗОВ "Львів. мед. ін-т". – Львів : Магнолія, 2015. – 558 с.

15. Фізична реабілітація, спортивна медицина : нац. підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів IV рівня акредитації / В. В. Абрамов [та ін.] ; ред. В. В. Абрамов, О. Л. Смирнова. – Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. – 455 с. : іл

16. Марченко О. К. Основи фізичної реабілітації. – К.: Олімп. літ., 2012. – 511 с.

17. Мурза В. П., Щербакова Н. А. Фізична реабілітація (вступ до фаху): навч. посіб. – К.: 2014 – 102 с.

18. Мухін В.М. Фізична реабілітація підручник 3-тє вид., переробл. та доповн. – К.: Олімп. л-ра, 2010. – 488 с.: іл.

19. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І.Фісенко. – Київ. - 2005. – 402 с.

20. Назар П. С. Загальний та спеціальний догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації / П. С. Назар, Л. Г. Шахліна. – К. : Олімпійська література, 2007. – 240 с.

21. Балота Н. В. Лікувальна фізична культура у комплексному лікуванні хворих на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки при середній важкості захворювання / Балота Н. В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2006. – № 4. – С. 8–10.

22. Бісмак О. В. Особливості застосування лікувальної фізичної культури у жінок молодого і середнього віку при патології жовчовивідної системи / Бісмак О. В. // Слобожанський науково-спортивний вісник. – Х., 2004. – Вип. 7. – С. 186–189.

23. Мелешков В. Значення лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки / В. Мелешков // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 143–147.

24. Ставенко А. В. Вплив лікувальної фізичної культури в комплексній реабілітації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки при хронічному перебізі / А. В. Ставенко // Проблеми фізичного здоров'я фахівців ХХІ століття : матеріали ІІІ Всеукр. наук.-практ. конф. – Кіровоград, 2009. – С. 183–186.

25. Хайтович М.В.. Хронічний панкреатит: патогенетична фармакотерапія. – Здоров'я України (Тематичний номер). – Травень, 2017. – С. 45-46.