



Фізична терапія, ерготерапія в клініці внутрішніх хвороб при захворюваннях травної системи

Методичні рекомендації
для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання з дисципліни
«Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)»

Електронний ресурс

Рецензенти:

О. В. Більченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії № 1 ННІ післядипломної освіти ХНМУ, професор кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Л. Л. Шерстюк – кандидат медичних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри загальної практики – сімейної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 7 від 19.04.2023 р.)*

Ф 50 **Фізична** терапія, ерготерапія в клініці внутрішніх хвороб при захворюваннях травної системи : методичні рекомендації для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання з дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)» [Електронний ресурс] / уклад. В. А. Колесніченко, М. С. Бринза, Е. В. Карнаух. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. – (PDF 56 с.)

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Курс присвячений питанням медичної реабілітації у клініці внутрішніх хвороб і складається з семи послідовних тем, в яких розглядається історія становлення фізичної реабілітації у світі і в Україні, викладені сучасні погляди на фізичну реабілітацію, наведені основні методи та їхня доцільність у лікарняному і післялікарняному періодах реабілітації відповідно до вимог ВООЗ, висвітлені мета, завдання, терміни, показання та протипоказання, методики їхнього застосування. Надані питання для самоконтролю та рекомендована література.

УДК 615.83:616.3-085(076)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2023

© Колесніченко В. А., Бринза М. С., Карнаух Е. В., уклад., 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	4
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ	7
СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ	51
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	53
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА	54

ВСТУП

Основу сучасної реабілітації, під якою розуміють комплекс медичних та соціальних заходів, спрямованих на максимальне відновлення і компенсацію втрачених функцій індивідуума для досягнення його незалежності та адаптації в соціумі, складає системний підхід, що полягає в інтеграції певних ланок реабілітації які розробляються в межах окремих клінічних дисциплін. Одним із важливих розділів реабілітації є її використання при патології серцево-судинної, дихальної, травної, видільної системи та порушеннях обміну речовин.

Отже, метою вивчення курсу є формування у здобувачів цілісної системи знань щодо застосування фізичної реабілітації при захворюваннях внутрішніх органів.

Методи навчання:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| – пояснювально-ілюстративний, | – проекти, творчі завдання, |
| – репродуктивний, | – робота в малих групах, |
| – проблемного викладу, | – семінари-дискусії, мозкові атаки, |
| – дослідницький, | – презентації, |
| – аналітичний, | – рольові ігри, |
| – індуктивний, | – web-орієнтовані і |
| – дедуктивний, | мультимедійні технології. |

Обґрунтування теми. Хвороби травної системи досить поширені серед населення України. Фізична реабілітація дозволяє значно покращити результати лікування при цих захворюваннях.

Мета заняття. Ознайомлення з принципами фізичної реабілітації хворих із захворюваннями травної системи.

Конкретні цілі і програмні результати навчання (ПРН):

Знати:

1. Особливості іннервації та функції органів травлення.

2. Особливості призначення фізичних вправ при захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ).
3. Будову та функції печінки, жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

Вміти:

1. Призначати комплекси фізичних вправ при різних захворюваннях органів ШКТ.
2. Добирати спеціальні вправи для відновлення функції різних відділів ШКТ.
3. Обирати вихідні положення для виконання фізичних вправ при захворюваннях печінки та жовчовивідних шляхів.
4. Складати комплекс лікувальних вправ при дискінезіях жовчовивідних шляхів та холециститі.

Навчально-матеріальне забезпечення заняття. Конспект лекції, підручники та навчальні посібники, технічні приладдя та обладнання, реабілітаційні тренажери, нові дані з періодичних видань, ІТ-ресурсів.

Компетентності:

загальні:

- Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності.
- Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
- Навички міжособистісної взаємодії.
- Здатність працювати в команді.
- Здатність мотивувати людей та рухатися до спільної мети.

фахові:

- Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я.
- Здатність аналізувати будову, нормальний та індивідуальний розвиток людського організму та його рухові функції.
- Здатність трактувати патологічні процеси та порушення і застосовувати для їх корекції придатні засоби фізичної терапії, ерготерапії.

- Здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії.
- Здатність провадити безпечну для пацієнта/клієнта та практикуючого фахівця практичну діяльність з фізичної терапії, ерготерапії у травматології та ортопедії, неврології та нейрохірургії, кардіології та пульмонології, а також інших областях медицини.
- Здатність виконувати базові компоненти обстеження у фізичній терапії та/або ерготерапії: спостереження, опитування, вимірювання та тестування, документувати їх результати.
- Здатність допомогти пацієнту/клієнту зрозуміти власні потреби, обговорювати та пояснювати зміст і необхідність виконання програми фізичної терапії та ерготерапії.
- Здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії.
- Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.
- Здатність проводити оперативний, поточний та етапний контроль стану пацієнта/клієнта відповідними засобами й методами та документувати отримані результати.
- Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов.
- Здатність надавати долікарську допомогу під час виникнення невідкладних станів.
- Здатність навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці захворювань, травм, ускладнень та неповносправності, здоровому способу життя.
- Здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії.

Пререквізити: теоретичною базою вивчення дисципліни є знання з медико-біологічних, гуманітарних, спортивно-педагогічних дисциплін, зокрема з функціональної анатомії, психології, педагогіки, біомеханіки, фізіології

людини та рухової активності, пропедевтики внутрішніх хвороб, теорії і методики фізичного виховання, біохімії, біології та основ генетики, біологічних основ рухової активності, фахових дисциплін: вступ у фізичну терапію, основи фізичної терапії, ерготерапії, основи медичної та соціальної реабілітації.

Постреквізити: передбачається можливість застосування отриманих знань у процесі проходження клінічних практик з фізичної терапії та ерготерапії, а також під час вивчення навчальних курсів професійного спрямування: «Курортологія та фізіотерапія», «Догляд за хворими з елементами фізичної реабілітації», «Обстеження, методи оцінки та контролю при порушенні діяльності нервової системи», «Фізична терапія та ерготерапія у педіатрії».

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

До захворювань органів травлення відносять гастрит, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, коліти, холецистит, спланхноптоз (опущення нутрощів) тощо.

Основні симптоми при захворюваннях органів травлення

При розпитуванні перш за все з'ясовують *стан апетиту*: його зниження – ранній симптом багатьох захворювань ПКТ, у тому числі і пухлинних. Різке підвищення апетиту (аж до булімії - вовчого голоду) властиве хронічному панкреатиту. Повна відсутність апетиту (анорексія) - симптом токсикозу, нервово-психічної патології. Відраза до м'яса - відомий симптом пухлини шлунку, підшлункової залози; відраза до жирної їжі - ознака холецистопатії; непереносимість жирів і алкогольних напоїв може свідчити про хронічний панкреатит.

Порушення ковтання (дисфагія) - симптом езофагіту (запалення стравоходу), спазму кардіального відділу шлунку, пухлини стравоходу. Відчуття повноти в животі після прийому невеликої кількості їжі вказує на хронічний гастрит.

Печією називають відчуття печіння в надчеревній ділянці, за грудиною і в роті; воно характерне для гастритів (всі варіанти), виразки дванадцятипалої кишки, грижі стравохідного отвору діафрагми. У генезі печії має значення і недостатність сфінктера кардіальної частини стравоходу.

Відрижка тухлим - ознака гіпосекреторного гастриту, поганої евакуації харчової кашки з шлунку. Відрижка повітрям спостерігається у осіб, що кvapливо приймають пищу, а також при неврозах (аерофагія).

Нудота - відчуття спазмів, переливання і важкості в надчерев'ї і за грудиною - обумовлена подразненням сонячного сплетіння і спостерігається при всіх запальних процесах в черевній порожнині. *Блювота* нерідко слідує за нудотою і патогенетично близька до неї. Спостерігається практично в тих же випадках, що і нудота. Велике значення має візуальна оцінка блювотних мас.

Загальна слабкість, стомлюваність можуть бути найранішими симптомами активного гепатиту, пухлини шлунково-кишкового тракту. Шкірне свербіння типове для механічної жовтяниці.

Больовий абдомінальний синдром відрізняється великою різноманітністю. Болі в епігастрії, що виникають відразу після їди (особливо гострої, холодної, грубої) типові для виразки кардіального (початкового) відділу шлунку і для хронічного гастриту. Пізні («голодні») болі в епігастрії (через 2 год і більш після їжі), зокрема нічні болі, що знімаються прийомом молока, хліба, м'яса, соди, характерні для виразки дванадцятипалої кишки. Болів надчеревній ділянці можуть бути зв'язані і з захворюванням жовчного міхура, панкреатитом. Біль, що починається в надчерев'ї і «обручем» охоплює тулуб, іррадіює в поперек, характерна для панкреатиту. Болі і важкість в правому підребер'ї вказують на патологію печінки і жовчних шляхів; вони виникають після їжі, посилюються при швидкій ходьбі, трясінні, після прийому жирної, смаженої їжі, алкоголю. Болі поєднуються з характерним гірким присмаком в роті, нерідко приєднуються помірно підвищення температури тіла і субіктиричність склер - симптоми застою жовчі.

Неоформлений стілець, кашкоподібний або рідкий, як правило, прискорений - неспецифічний симптом при захворюваннях кишечника, а також при гострій патології органів черевної порожнини. Кашкоподібний стілець - симптом розладу рухової активності кишечника, недостатності секреції шлунку і кишкових ферментів, харчової алергії, лямбліозу, панкреатиту. Неоформлений дьогтеподібний кал (мелена) - ознака шлунково-кишкової кровотечі; у хворих найчастіше різка слабкість, болів в животі при цьому немає.

Стеаторея - це підвищений вміст в калі жирних кислот, мил і нейтрального жиру внаслідок дефіциту активності панкреатичної ліпази, порушення всмоктування жирів в кишечнику, надлишку жирів в їжі.

Запором називають відсутність стільця протягом 48 год. Справжній запор характеризується зниженням змісту води в калі. Запори властиві колітам, можуть бути обумовлені анорексією, прийомом легкозасвоюваної їжі (молочна дієта).

Гастрити – запалення слизової оболонки шлунка. Гастрити бувають гострі і хронічні.

Хронічний гастрит характеризується не тільки запаленням, а й дистрофічними змінами слизової оболонки шлунка, порушенням його функцій. Він виникає внаслідок порушення режиму харчування, якості і складу їжі, постійного зловживання алкоголем, гострими приправами, палінням. До цього захворювання можуть призвести хвороби печінки, підшлункової залози, інфекції, часті стреси, порушення нервової ендокринної системи.

Розрізняють хронічний гастрит із секреторною недостатністю, нормальною та підвищеною секрецією.

При гастритах з нормальною і підвищеною секрецією шлункової секреції лікувальну гімнастику проводять перед прийманням їжі, що пригнічує шлункову секрецію. 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 приймання їжі, що стимулює шлункову секрецію.

Комплекси складаються із загальнорозвиваючих вправ з невеликою кількістю повторень і обмеженою амплітудою рухів. Спеціальні вправи для м'язів живота виконують обмежено.

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

У лікарняний період реабілітації використовують ЛФК, фізіотерапію. ЛФК призначають після стихання гострих проявів захворювання. Завдання ЛФК: нормалізація тону центральної нервової системи та кірково-вісцеральних взаємодій, поліпшення психоемоційного стану, стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки, зменшення спазм м'язів, попередження застійних явищ.

Під час постільного режиму застосовують лікувальну гімнастику, що проводиться переважно лежачи на спині. Тривалість лікувальної гімнастики – 10–15 хв. Рекомендується самостійно виконувати статичні ди-хальні вправи і вправи на розслаблення.

Серед захворювань кишок найчастіше спостерігається запалення слизової оболонки товстих кишок – **коліт**, тонких кишок – **ентерит**, одночасне запалення тонких і товстих кишок – **ентероколіт**. За своїм перебігом вони поділяються на гострі та хронічні.

Завдання ЛФК: зменшення і ліквідація запального процесу; нормалізація моторно-евакуаторної, секреторної і всмоктувальної функції товстих кишок, 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.

При хронічних колітах, що супроводжуються спастичними запорами, у постільному режимі застосовують вихідні положення лежачи на спині зігнутими у колінах ногами, упор стоячи на колінах, на боці. Вони сприяють розслабленню м'язів живота та зниженню внутрішнього кишкового тиску.

Окрім лікувальної гімнастики, що триває 10–12 хв, використовують самостійні заняття по 5–6 разів на день. Загальне навантаження порівняно зостаннім у хворих на хронічний коліт з атонічними запорами нижче і уцей, і у наступний періоди ЛФК.

Пізніше загальнорозвиваючі та спеціальні вправи виконують з різних вихідних положень у повільному і середньому темпі з повною амплітудою рухів наприкінці періоду. Тривалість заняття лікувальною гімнастикою збільшується до 20–25 хв.

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.

Велике значення у патогенезі хронічних захворювань печінки надається функціональним порушенням жовчних шляхів – жовчного міхура, проток, сфінктерів. Таким чином, в основі патогенезу хронічних захворювань печінки лежить виникнення дискінезії жовчних шляхів.

Головна перевага лікувальної фізкультури перед засобами медикаментозного впливу полягає у глибокій фізіологічності цього методу терапії. Крім тонізуючої дії на центральну нервову систему, гімнастичні вправи підвищують газообмін у легенях, поліпшують клітинний метаболізм, стимулюють перистальтику кишечника завдяки більш повному випорожненню жовчного міхура.

Лікувальна фізкультура застосовується при всіх хронічних захворюваннях жовчних шляхів у дітей, які супроводжуються порушеннями загального обміну речовин, функції травлення, застійними явищами в печінці і порушеннями рухової функції жовчного міхура.

Найкращий ефект лікувальної фізкультури при хворобах печінки, зокрема для відтоку жовчі, безсумнівно, досягається у вихідному положенні лежачи,

при цьому з чотирьохможливих положень кожне має свої особливості (лежачи на спині, животі, на правому боці, на лівому боці).

У комплекс повинні входити у певній послідовності гімнастичні вправи з різних вихідних положень, які впливають на різні відділи діяльності людського організму. При цьому особлива увага повинна бути приділена вправам специфічного характеру, необхідного саме для захворювань печінки. У питанні дозування немає загальних рекомендацій, воно повинне проводитися в кожному конкретному випадку індивідуально.

Холецистит – запалення жовчного міхура. **Дискінезія жовчних шляхів** – патологічний стан, що виникає в результаті порушень моторної функції жовчовивідних шляхів. Існує два типи дискінезії: при першому переважають зниження тонуусу жовчного міхура, при другому –спастичні явища у ньому. Дискінезія часто супроводжує жовчнокам'яну хворобу, холецистит, може бути самостійним захворюванням.

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

ЛФК призначають після стихання гострих проявів захворювання у постільному чи напівпостільному режимі.Завдання ЛФК: зменшення ілікування запального процесу; усунення порушень відтоку жовчі, виведення дрібних камінців; покращання кровообігу, току лімфи і трофічних процесів у печінці та інших органах травлення; зміцнення м'язів живота, активація функцій травної системи; підвищення загального тонуусу організму.

Найкращі з провідних положень є положення на лівому боці, в упорістоячи на колінах, при яких жовч у міхурі вільно переміщується під впливом сили масив сторону вивідної протоки дванадцятипалої кишки. Застосовують вихідне положення лежачи на правому боці,що сприяє посиленню масуючої дії діафрагми на печінкута покращення кровообігу в ній.

Комплекси лікувальної гімнастики складаються із загальнорозвиваючих вправ і спеціальних вправ – дихальних і на розслаблення, дренажних і для

м'язів живота. У методиці занять зберігаються особливості виконання вправ та навантажень, як і в попередній період реабілітації.

Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування засобів реабілітації

При захворюваннях органів ШКТ спостерігаються зміни рухової, секреторної та усмоктувальної функцій. Патологічні процеси в різних відділах травного апарату перебувають у найтіснішому взаємозв'язку між собою й зумовлені порушенням нервової регуляції.

Вплив фізичних вправ на травлення здійснюється за типом моторно-вісцеральних рефлексів. Під час виконання фізичних вправ аферентні імпульси надходять до кори великого мозку, створюючи новий осередок, домінанту, яка за законом негативної індукції сприяє загасанню «застійного осередку» і патологічної реакції на травну систему. Фізичні вправи змінюють взаємодію процесів збудження і гальмування в ЦНС, удосконалюють і збільшують їх рухливість, що приводить до кращого впливу ЦНС на травні функції.

Підвищується вплив кори великого мозку на підкіркові центри, внаслідок чого удосконалюється автономна регуляція травного апарату.

Зміна функціонального стану ЦНС і, зокрема, її вегетативного відділу під впливом фізичних вправ закономірно позначається на системі кровообігу. При цьому змінюється і кровопостачання органів черевної порожнини. Відомо, що при фізичному навантаженні помітно зростає кровопостачання скелетної мускулатури, а кількість крові, що припливає до органів черевної порожнини, зменшується. Проте при виконанні легкого фізичного навантаження це компенсується поліпшенням венозного кровообігу, посиленням кровотоку в артеріальних судинах і лімфотоку, підвищенням утилізації кисню і поживних речовин, що сприятливо позначається на процесах травлення.

Поліпшення функціонального стану органів ШКТ пов'язане також з активним впливом фізичних вправ на перебіг трофічних процесів і регенеративних потенцій тканини: ліквідується запальний процес, покращується живлення стінок шлунка і кишок, швидше загоюються виразки і

тріщини, підвищується функціональна здатність й опірність їх до механічних впливів та інфекції. Особливу роль у цьому механізмі відіграє підвищення адаптаційно-трофічних функцій симпатичної нервової системи.

Фізичне навантаження різного характеру й інтенсивності вибірково впливає на різноманітні функції травного апарату. Установлено, що інтенсивне м'язове навантаження різко сповільнює нервову фазу шлункової секреції: зменшується загальна кількість шлункового соку, знижується його кислотність та іноді змінюється тривалість соковиділення. Механізм цих явищ залежить від центральних гальмівних впливів і перерозподілу крові, що відбуваються в момент м'язової діяльності. Навпаки, помірна робота (наприклад, спокійна ходьба) стимулює соковиділення.

Вплив фізичних вправ позначається і на моторній діяльності травного апарату. Невелике фізичне напруження підсилює перистальтику шлунка, а сильне — сповільнює її. Подібна закономірність спостерігається і під час кишкової фази травлення. При застосуванні вправ із вираженим напруженням і різким підвищенням внутрішньочеревного тиску спостерігається пригнічення моторної функції. При виконанні фізичних вправ без зусилля, а також вправ у глибокому диханні рухова діяльність кишечника активізується. Помірного ступеня фізичні вправи стимулюють і процеси усмоктування.

Вплив фізичного навантаження залежить від періоду травного процесу й, отже, від стану травних центрів, який змінюється під час травлення. Так, протягом першої години після їди відбувається зниження умовних рухових рефлексів. Відновлення умовно-рефлекторної діяльності починається через годину і сягає максимуму лише на четверту годину після прийому їжі. Якщо взяти до уваги, що складнорефлекторна фаза (тривалість її сягає 1,5-2 год) здійснюється за участі головного рухового і секреторного нерва травної системи — блукаючого нерва, активність якого потребує зниження рухових реакцій, то стане зрозумілим, що виконання фізичного навантаження, особливо невдовзі після їди, порушуватиме природний хід травлення. У зв'язку з цим систематичне фізичне навантаження безпосередньо після їди може стати

причиною не тільки функціональних, але й органічних порушень травної системи. Дія блукаючого нерва починає помітно слабшати через 1,5-2 год після прийому їжі. Нейрогуморальна фаза, яка починається після того, визначається діяльністю автономної нервової системи шлунка, симпатико- адреналової та інших нейрогуморальних систем. Активізація симпатичної нервової системи, пов'язана з виконанням фізичного навантаження в цей період, не тільки не пригнічує, а навіть підсилює перебіг травного процесу. Це пояснює, чому фізичні навантаження (навіть дуже інтенсивні та тривалі) через 1,5-2 год після їди впливають на функції органів ШКТ.

Фізичні вправи сприяють оптимальному збалансуванню процесів збудження і гальмування, нормалізації регулюючої функції ЦНС і поліпшенню діяльності вегетативної нервової системи, що позитивно впливає на функції органів травлення.

Основа організації лікувального процесу при захворюваннях органів ШКТ – це **режим**, складовими частинами якого є **режим харчування** і **режим рухів**.

В етапно-відновному лікуванні хворих із захворюваннями ШКТ застосовують такі форми ЛФК: процедура лікувальної гімнастики, ранкова гігієнічна гімнастика, дозована ходьба і тренувально-оздоровчі заходи. Вибір форм і засобів ЛФК залежить від клінічної картини і періоду захворювання, функціональних можливостей організму хворого.

З метою розв'язання лікувальних завдань у заняття поряд із загальнорозвиваючими вправами, що впливають на весь організм, включають спеціальні вправи для м'язів черевного преса і тазового дна, дихальні та у розслабленні м'язів, ходьбу.

Вправи в розслабленні м'язів знижують тонус м'язів шлунка і кишечника, знімають спазми піло- руса шлунка і сфінктерів.

Вправи для м'язів черевного преса призначають з урахуванням фази захворювання. Вони показані за необхідності підсилити секреторну функцію шлунка, перистальтику кишечника і шлунка. У гострій і підгострій стадії, при больовому синдромі вони протипоказані. Під впливом вправ для м'язів, що

оточують черевну порожнину, покращуються процеси лімфо- і кровообігу в органах черевної порожнини. Це сприяє затиханню запальних процесів в органах травлення, активізації репаративних процесів. Вправи для м'язів тазового дна, перешкоджаючи застою крові у прямій кишці та у гемороїдальних венах, сприятливо впливають на перебіг хворобливих процесів у цій ділянці.

Широко використовують дихальні вправи діафрагмального типу. Діафрагмальне дихання, змінюючи внутрішньочеревний тиск і здійснюючи масажуючий вплив на органи черевної порожнини, покращує лімфо- і кровообіг, стимулює секреторну функцію травного тракту, активізує перистальтику кишків і запобігає розвитку запорів.

Важливе значення для терапевтичного впливу на органи черевної порожнини мають вихідні положення, що дозволяють регулювати внутрішньочеревний тиск. З метою механічного переміщення шлунка і петель кишкового тракту, а також для обмеження впливу на м'язи живота використовують вихідні положення стоячи на чотирьох кінцівках і стоячи на колінах.

При *спастичних явищах* слід використовувати в першу чергу ті вихідні положення, при яких м'язи живота найбільш розслаблені: стоячи на чотирьох кінцівках, лежачи на спині з зігнутими ногами. В останньому випадку раціонально застосовувати дихальні вправи, спрямовані на зміну внутрішньочеревного тиску.

Підвищена секреторна і рухова активність органів ШКТ знижується при виконанні фізичних вправ у повільному темпі, при монотонному характері рухів, а емоційно насичені фізичні навантаження стимулюють функцію шлунка.

Дуже важливим є правильне поєднання дихання з виконуваними силовими вправами. Слід уникати значного м'язового напруження, при якому спостерігається рефлекторне звуження кровоносних судин у черевній порожнині й кров відтікає з внутрішніх органів до активно працюючих скелетних м'язів, внаслідок чого шлунок гірше забезпечується кров'ю і киснем.

Із засобів ЛФК показані також дозована ходьба, плавання, їзда на велосипеді, повзання і лазіння, рухливі ігри, масаж.

Масаж у комплексному лікуванні хронічних захворювань ШКТ призначають для нормалізуючого впливу на нейрогуморальний апарат органів черевної порожнини, щоб сприяти поліпшенню функції гладкої мускулатури шлунка і кишечника, зміцненню м'язів черевного преса. У вихідному положенні лежачи здійснюють масаж черевного преса з використанням основних і допоміжних прийомів класичного лікувального масажу. Показаний сегментарно-рефлекторний масаж із впливом на паравертебральні й рефлексогенні зони спини, шиї та живота. Масаж протипоказаний при гострому запальному процесі в органах травлення, при захворюваннях ШКТ зі схильністю до кровотеч, новоутвореннях органів черевної порожнини.

Призначаючи ЛФК, слід враховувати, що виконання фізичного навантаження безпосередньо перед прийомом їжі гальмівно діє на секреторну і моторну функцію органів травлення, а фізичне навантаження невдовзі після прийому їди прискорює евакуацію зі шлунка і посилює перистальтику кишечника. Тому заняття ЛФК краще проводити за 1,5—2 год до прийому їжі або через 1,5—2 год після їди.

Лікувальний масаж застосовують на всіх етапах реабілітації хворих. Лікувальна дія його проявляється трьома основними механізмами, серед яких основним є нервово-рефлекторний.

Масаж врівноважує основні нервові процеси в ЦНС, поліпшує нервово-гуморальну регуляцію травних процесів, покращує і нормалізує порушену хворобою функцію вегетативної нервової системи, діє знеболююче, заспокійливо, позитивно відбивається на нервово-психічному стані хворого. Він рефлекторно впливає на секреторну функцію органів травлення, змінює тонус м'язів порожнистих органів. Залежно від застосованих прийомів масаж може підсилювати або послаблювати перистальтику шлунка та кишок, діяти спазмолітично або стимулююче і таким чином сприяти нормалізації видільної, рухової та евакуаторної функцій. Отож масаж необхідно використовувати при

хронічних колітах, що супроводжуються спастичним і атонічним запором, порушеннях рухової функції шлунка і кишок, при хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів.

Масаж активізує крово- і лімфообіг у черевній порожнині, покращує мікроциркуляцію, обмінні і трофічні процеси в стінці шлунка і кишок, що зменшує запалення і позитивно впливає на процес загоєння виразок. Він ліквідує застійні явища у печінці і черевній порожнині, поліпшує приплив крові до серця, що забезпечує ефективну його діяльність.

Лікувальний масаж призначають у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації у вигляді сегментарно-рефлекторного, точкового і класичного масажу.

Фізіотерапію застосовують у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації. Основними механізмами лікувальної дії при захворюваннях органів травлення є нервово-рефлекторний і гуморальний.

Фізіотерапевтичні методи нормалізують функціональний стан ЦНС, вирівнюють діяльність вегетативної нервової системи і травлення; діють протизапально, знеболююче, антиспазматично і підвищують неспецифічну резистентність та імунологічні властивості організму.

Фізіотерапевтичні процедури, що викликають активну гіперемію та пов'язані з нею активізацію мікроциркуляції, обмінних і трофічних процесів в органах травної системи, сприяють загасанню загострення захворювання, загоєнню виразки, скорішому одужанню і подовженню ремісії.

Фізичні лікувальні чинники позитивно діють на секреторну, моторно-евакуаторну і всмоктувальну функції шлунка, перистальтику шлунково-кишкового тракту. Вони поліпшують дренажну функцію жовчного міхура і жовчних шляхів, зменшують застій жовчі, що запобігає утворенню каміння.

При **хронічних гастритах** ЛФК є частиною комплексної терапії. Призначаючи ЛФК хворим на хронічний гастрит, необхідно враховувати

секреторну і моторну функцію шлунка, функціональний стан інших органів травної системи, ступінь компенсації патологічного процесу.

Завдання ЛФК:

- Зменшення і ліквідація наявних запальних змін, створення сприятливих умов для репаративних процесів;
- стимуляція крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, поліпшення трофіки шлунково-кишкового тракту;
- поліпшення і нормалізація секреторної та моторної функції шлунка;
- нормалізація нейрогуморальної регуляції травлення;
- поліпшення психоемоційного стану хворого;
- підвищення неспецифічної опірності, нормалізація реактивності організму;
- адаптація до фізичних навантажень, відновлення рухової сфери.

Методика ЛФК при хронічних гастритах залежить від характеру секреторної діяльності. Заняття ЛФК можна починати при затуханні симптомів подразнення шлунка, після стихання болю, припинення блювання і нудоти. У перші дні використовують загальнозміцнювальні вправи (переважно для кінцівок) у поєднанні з дихальними. Не слід виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, щоб не спровокувати загострення.

При хронічних гастритах зі *зниженою секреторною функцією* навантаження має бути помірним. Застосовують загальнорозвиваючі вправи з невеликою кількістю повторень згідно з руховим режимом, а також ігри малої та середньої рухливості. Призначають і спеціальні вправи: для м'язів черевного преса (кількість цих вправ підвищують із настанням ремісії), вправи статичні та динамічні дихальні, ускладнені види ходьби. Вихідні положення важливі не тільки для регулювання навантаження, яке має залишатися помірним, але і для впливу на внутрішньочеревний тиск. При виражених клінічних явищах гастриту лікувальну гімнастику виконують у положенні лежачи на спині, напівлежачи, сидячи; при стиханні болів і зменшенні диспептичних розладів — лежачи на спині та на боці, сидячи, стоячи, у ходьбі.

На початку ремісії можна обережно включати вправи з підвищенням внутрішньочеревного тиску і використанням вихідного положення лежачи на животі. Крім процедури лікувальної гімнастики, рекомендуються прогулянки, пішохідні екскурсії, плавання, лижі, ковзани та ін.

Разом з фізичними вправами або як самостійну процедуру проводять масаж передньої черевної стінки за ходом годинникової стрілки, використовуючи прийоми погладжування, розтирання і розминання.

При хронічних гастритах з *нормальною або підвищеною секреторною функцією* вправи лікувальної гімнастики виконують у повільному темпі, ритмічно, обов'язково у поєднанні з дихальними вправами і вправами в розслабленні м'язів. Поступово включають вправи з більшим навантаженням: для середніх і великих м'язових груп із значною кількістю повторень, махові рухи, вправи з предметами. Протягом усього курсу лікування навантаження на м'язи черевного преса має бути обмеженим, щоб не стимулювати секрецію.

Процедуру лікувальної гімнастики при хронічних гастритах зі зниженою секреторною функцією здійснюють за 1,5-2 год до прийому їди і за 20-40 хв до пиття мінеральної води. Через 1,5-2 год після їди рекомендується ходьба. При хронічних гастритах із нормальною або підвищеною секреторною функцією процедуру лікувальної гімнастики слід проводити між денними прийомами мінеральної води (її п'ють за 45 хв до їди) і за 15-20 хв до прийому їжі, тому що при такій послідовності мінеральна вода впливає на секрецію шлунка, або через 2 год після прийому їжі.

Приблизний комплекс процедури лікувальної гімнастики при хронічному гастриті з секреторною недостатністю (у стадії ремісії)

Підготовча частина:

1. В. п. — стоячи, комбінована ходьба з прискоренням і уповільненням, з рухами верхніх і нижніх кінцівок, у поєднанні з дихальними вправами і з індивідуальним визначенням тривалості фаз та інтервалів між ними. Тривалість — 8-9 хв; чергувати із вправами для верхніх і нижніх кінцівок.

Основна частина:

2. В. п. — стоячи, гімнастична палиця внизу, підняти палицю вгору — вдих, завести її за спину — видих, те саме, опускаючи палицю донизу, вперед; темп середній.
3. В. п. — таке саме, палиця вперед, ноги на ширині плечей; повороти корпусом вправо (вліво) з поворотом голови. Повторити 3-4 рази в кожную сторону, дихання довільне.
4. В. п. — таке саме, палиця внизу, ноги на ширині плечей; підняти палицю вгору — вдих, три пружних нахили вниз — видих; 4-5 разів, темп середній.
5. В. п. — таке саме, палиця спереду, по чергове діставання палиці правою (лівою) ногою; 6-8 разів, темп швидкий, дихання довільне.
6. В. п. — таке саме, палиця внизу, підняти руки вгору — вдих, присісти, палиця вперед — видих; 5-6 разів, темп повільний.
7. В. п. — така саме, підняти палицю вперед — вдих протягом 5 с, з силою стиснути палицю, напружуючи м'язи тулуба, затримати дихання на 10 с, опустити палицю донизу, розслаблюючись — видих; 2-4 рази, після виконання довільне дихання.
8. В. п. — стоячи, палиця внизу; підняти палицю вгору, по 2 пружних нахили вліво, вправо, опустити палицю вниз; 6-7 разів, темп середній.
9. В. п. — стоячи на колінах, палиця внизу, підняти палицю вгору вдих, сісти на килимку вправо, палицю вліво — видих; так само — в іншу сторону; 4-6 разів, темп повільний.
10. В. п. — сидячи, ноги прямі вперед, палиця вгорі; опускаючи палицю вперед, перенести праву (ліву) ногу через палицю, повернутися у в. п.; 2-3 рази кожною ногою, темп середній.
11. В. п. — сидячи, ноги нарізно, підняти палицю вгору — вдих, опустити палицю — видих, розслабитися; 3-4 рази, темп середній.
12. В. п. — лежачи на животі, лікті розгорнуті, згинаючи праву ногу, дістати коліном правий лікоть, повернутися у в. п.; 4-5 разів кожною ногою,

темп середній.

13. В. п. — лежачи, руки під підборіддям, праву ногу завести схресно заліву ногу, торкаючись стопою килима, повернутися у в. п.; 4-5 разів кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

14. В. п. — лежачи на спині, руки під голову, глибоке діафрагмальне дихання — вдих протягом 5 с, затримати дихання на 10 с, видих — 7 с; 3-4 рази, після виконання вправи — вільне дихання.

15. В. п. — лежачи на спині, підняти праву (ліву) ногу вгору, повернутися у в. п.; 4-6 разів кожною ногою, дихання довільне.

16. В. п. — таке саме, розвести ноги нарізно, повернутися у в. п.; 6-8 разів, темп середній або повільний.

17. В. п. — таке саме, «ножиці» подовжньо і поперечно; 2-3 рази, темп середній.

18. В. п. — таке саме, підняти праву руку вгору — вдих, опустити розслаблену руку вниз — видих; 3-4 рази кожною рукою, темп повільний.

19. В. п. — стоячи на колінах, підняти руки вгору — вдих, сісти на п'яти — видих; 3-4 рази, темп повільний.

Заклучна частина:

20. В. п. — стоячи, повільна ходьба, піднявши кисті до плечей, протягом 6-7 хв, підняти руки вгору, опустити на плечі, опустити вниз; 2-3 рази, темп середній.

21. В. п. — стоячи, у ходьбі зігнути руки в ліктьових суглобах, кисті плавно рухаються упродовж грудної клітки до пахвових ямок — вдих, опустити руки донизу, розслабитися — видих; 3-4 рази.

22. В. п. — таке саме, дозована ходьба у повільному, середньому темпі: 4 кроки — вдих, 8 кроків — затримка дихання, 6 кроків — видих; 4-6 разів, після виконання вправи — довільне дихання.

23. В. п. — розслабитися і спокійно походити, порахувати частоту пульсу і дихання.

Залежно від типу секреції розрізняють 2 варіанти **лікувального харчування**: при гіпо- і ахлоргідрії в гострій фазі призначають діету № 1а, далі – дієта № 2, після закінчення курсу лікування – повноцінне харчування. При гіперацидних станах – тривала дієта № 1.

Фізіотерапія. Для нормалізації підвищеної секреторної й моторної функцій призначають теплові процедури – солюкс, зігріваючі компреси, індуктотермію на ділянку шлунка (тривалість 10-20 хв, на курс 10-12 процедур). Також застосовують СМХ-терапію (тривалість 10 хв, потужність 30 40 Вт, на курс – 10 -12 процедур) або дециметрову терапію.

Водолікування проводиться із врахуванням кислотоутворюючої функції шлунка. Так, при гастриті з підвищеною секреторною функцією шлунка у фазі субкомпенсації або компенсації проводиться питне лікування. Призначають гідрокарбонатно-натрієві, гідрокарбонатно-сульфатно-натрієві води малої й середньої мінералізації по 100-150 мл на прийом 3 рази в день за 1,5 години до їжі при підвищеній й за 45 хв при нормальній секреції (Боржомі, Березовська, Єсентуки № 4, Поляна Квасова, Смирновська, Свалява та ін.) Рекомендуються грязьові аплікації на надчеревну ділянку (при температурі 40°C тривалості 15-20 хв; на курс - 10-12 процедур).

При ХГ зі зниженою секреторною функцією шлунка у фазі загострення застосовують УФ-опромінення в еритемних дозах надчеревної ділянки (4-5 опромінь на поле через 1-2 дні). Використовують грязьові аплікації на надчеревну ділянку які чергують з мінеральними або газовими ваннами. У фазі субкомпенсації й компенсації застосовують гальванізацію ділянки шлунка, електрофорез кальцію; (тривалість 20 хв, через день, на курс - 10 процедур). Також можна використовувати електрофорез хлору на надчеревну ділянку або діадинамічні струми, струми високої й надвисокої частоти. Показані вітамінно-киснево-лікарські коктейлі, 1-3 рази в день за 1 годину до їжі, протягом 18-20 днів. Питне лікування включає призначення хлоридно-натрієвих або гідрокарбонатно-хлоридно-натрієвих вод - Миргородська, Єсентуки, Стара Русса.

Санаторно-курортне лікування проводиться поза загостренням хронічного гастриту не раніше ніж через 3 місяці після досягнення клінічної й гастроскопічної ремісії. При цьому при гастриті з підвищеною секреторною функцією шлунка показане лікування в санаторіях Єсентуків, Моршина, на Іжевських мінеральних водах, Желєзноводську, Кисловодську, у Трускавці або в санаторіях даної кліматичної зони.

При хронічному гастриті зі зниженою секреторною функцією шлунка рекомендується лікування, що включає призначення хлоридно-натрієвих або гідрокарбонатно-хлоридно-натрієвих вод - санаторії Миргорода, Єсентуків, Стара Русса.

Для хворих на **виразкову хворобу** ЛФК застосовують у період затишшя або при нерізкому загостренні. *Протипоказанням* до призначення ЛФК є свіжа виразка в гострому періоді, кровотеча, пенетруюча виразка, гострий перивісцерит, різке звуження пілоруса.

Завдання ЛФК:

- нормалізація діяльності ЦНС і відновлення порушених кортико-вісцеральних зв'язків;
- поліпшення кровообігу, окисно-відновних процесів, зменшення і ліквідація місцевих запальних явищ;
- стимуляція трофічних і репаративних процесів у шлунку і дванадцятипалій кишці;
- усунення порушень функції травного апарату, що виникає при виразковій хворобі;
- поліпшення психоемоційного стану хворого.

Слід пам'ятати, що скарги хворого не завжди відповідають анатомічним змінам слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки і прогресування виразки може відбуватися при повному суб'єктивному благополуччі. У зв'язку з цим відсутність або наявність болів, а також їх інтенсивність не дають можливості судити про глибину, величину виразки, тенденції її до збільшення,

проникнення в суміжні органи, процесу загоєння. При неускладненій виразковій хворобі больовий синдром є єдиним її клінічним проявом, що, проте, не може бути мірилом анатомічного стану виразки; і затихання болів, яке нерідко настає вже після короткочасного перебування хворого у стаціонарі, не є критерієм зменшення виразкового процесу. Така своєрідність клінічного перебігу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки утруднює використання ЛФК. Тому при лікуванні хворих на виразкову хворобу необхідно щадити ділянку живота і дуже обережно, поступово включати до занять ЛФК вправи для м'язів черевного преса. Однак варто поступово активізувати руховий режим хворого за рахунок зростаючого загального навантаження при виконанні більшості вправ, у тому числі у діафрагмальному диханні та для м'язів черевного преса.

Методика занять ЛФК залежить від форми захворювання (загострення, початок ремісії, ремісія). У гострому періоді захворювання за наявності болів призначають *суворий постільний* режим. Хворий уникає рухів навіть у постелі, щадить ділянку живота, дихання у нього переважно грудне. У період вираженого больового синдрому ЛФК протипоказана.

У комплексне лікування хворих на виразкову хворобу ЛФК включають тоді, коли починають стихати явища загострення, через 2-5 днів після припинення гострого болю.

У *розширеному постільному* режимі використовують легкі для виконання, прості гімнастичні вправи для малих і середніх м'язових груп із невеликою кількістю повторень у положенні лежачи і сидячи. Рухи у великих суглобах варто виконувати спочатку з укороченим важелем і невеликою амплітудою у полегшених вихідних положеннях. Показані статичні дихальні вправи, що підсилюють процеси гальмування в корі головного мозку. Виконувані у вихідному положенні лежачи на спині з розслабленням усіх м'язових груп, ці вправи можуть викликати у хворого дрімотний стан, сприяти зменшенню болів, усуненню диспептичних розладів, нормалізації сну. Виключаються вправи для м'язів черевного преса і будь-які вправи, що

призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску. Проте вже на перших заняттях необхідно навчати хворого черевного дихання при невеликій амплітуді коливань черевної стінки.

За поліпшення загального стану хворого і в разі наявності ознак загасання загострення (значне стихання болів, зникнення або значне зменшення ригідності черевної стінки) активізують руховий режим, збільшують загальне навантаження, призначають *палатний режим*. Усі вправи виконуються з поступово зростаючим зусиллям для всіх м'язових груп (за винятком м'язів черевного преса), з неповною амплітудою, у повільному і середньому темпі. Вихідні положення — лежачи, сидячи, стоячи в упорі на колінах. Вправи для корпусу, що викликають напруження м'язів передньої черевної стінки, слід використовувати з великою обережністю: допускаються короточасні легкі та неповні повороти тулуба, піднімання таза в положенні лежачи на спині при зігнутих ногах, піднімання грудної клітки з опорою на лікті та деякі інші. Поступово (під суворим контролем) поглиблюється діафрагмальне дихання. Хворого вчать вольовому керуванню дихальними рухами, спрямованими на збільшення тривалості дихальних фаз та інтервалів між ними, що сприяють активізації окисно- відновних процесів і підвищенню тонуусу всього організму. При уповільненій евакуаторній функції шлунка у процедуру лікувальної гімнастики необхідно включати вправи лежачи на правому боці, при помірній — на лівому боці.

Виключаються повні розгинання, різкі повороти і нахили тулуба в сторони, підняття і відведення прямих ніг, що призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску. У цей період хворим рекомендується масаж, малорухливі ігри, ходьба у повільному темпі. Моторна щільність процедури лікувальної гімнастики — середня, тривалість заняття — до 15 хв.

При зникненні болів та інших ознак загострення призначається *вільний руховий режим*. Загальнорозвиваючі вправи урізноманітнюються, збільшується кількість їх повторень. Вправи для всіх м'язових груп (щадять ділянку живота, крім різких рухів) зі зростаючим зусиллям виконують із різних вихідних

положень. У заняття включають вправи з невеликими обтяженнями (до 1-1,5 кг), більш складні координаційні вправи (поєднання рухів рук і ніг, рук і корпусу), дозована ходьба, вправи в киданні та ловлі м'ячів, рухливі ігри. Призначають більше вправ для м'язів черевного преса, що поєднуються з дихальними і вправами в розслабленні. Діафрагмальне дихання періодично здійснюється з максимальною глибиною. Інтенсивність навантаження — середня. Тривалість процедури лікувальної гімнастики – 20-25 хв. Щоб уникнути загострення, фізичне навантаження збільшують обережно, з урахуванням реакції хворого на попередні процедури лікувальної гімнастики. Поява болісності в ділянці живота потребує зниження навантаження. Важливу роль відіграють вправи прикладного характеру, їх включають у режим дня. Такі вправи дозволяють підвищити емоційний рівень хворих, відновити адаптацію до фізичного навантаження.

В умовах санаторіїв і курортів, де хворі на виразкову хворобу лікуються у період ремісії, обсяг та інтенсивність занять ЛФК збільшуються. Тривалість процедури лікувальної гімнастики доводять до 25-30 хв. У заняття включають вправи для всіх м'язових груп і суглобів, вправи з дозованим навантаженням для м'язів черевного преса (контроль за суб'єктивною реакцією хворого), рухливі ігри та елементи деяких спортивних ігор. Поява болісності в ділянці живота потребує заборони ігор. Неприпустимими є різкі рухи тулуба. Слід широко використовувати прогулянки, плавання, катання на велосипеді, ходьбу на лижах, теренкур. Маршрут повинен виключати підйоми і спуски з крутизною понад 15-20°.

Масаж показаний при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки у стадії ремісії за відсутності болючості при пальпації, нудоти, блювоти і інших симптомів загострення запального процесу. Метою його є дія на рефлекторні зони спини і грудної клітки, ділянку шийних симпатичних вузлів і шлунку. Проводять площинне глибоке погладжування, розтирання ліктьовим краєм долоні, пиляння, стругання, позовжне розминання, зрушення, натискання, рубання, вібраційне погладжування паравертебральних зон

спинномозкових сегментів T₉ - T₅, C₃ - C_у, погладжування, розтирання, розминання, вібрацію найширших і трапецієвидних м'язів; щипцеподібне погладжування і розминання грудино-ключично-соскоподібних м'язів; погладжування і розтирання міжлопаткової і лівої лопаткової ділянок, внутрішнього краю і кута лівої лопатки, V - IX міжреберних проміжків і реберних дуг; погладжування і розтирання грудних м'язів; розтирання кінчиками пальців лівої підреберної ділянки; розминання передньої черевної стінки - подовжнє, поперечне, зміщення, розтягування, накочування; ніжні, малої амплітуди струшування ділянки шлунку і товстої кишки від правої клубової ділянки вгору до правого реберного краю у напрямі до лівого підребер'я і вниз по низхідній ободовій кишці.

Закінчують масаж живота круговими площинними погладжуваннями. Проводячи стискання і розтягування грудної клітки, струшування грудної клітки і живота малої амплітуди в напрямі зліва направо і від низу доверху, а також струшування тазу; дихальні рухи. Час занять 15 хв.

На курс лікування призначають 12 процедур (щодня або через день). Протипоказання: гостра стадія захворювання внутрішніх органів,

захворювання шлунково-кишкового тракту з схильністю до кровотеч, туберкульозні ураження, новоутворення органів черевної порожнини, гострі запальні процеси жіночих статевих органів, вагітність.

Дієтотерапія. Особливе місце в лікуванні виразкової хвороби відводять лікувальному харчуванню (дієтотерапії), головний принцип якого полягає у фізіологічній взаємодії між окремими харчовими речовинами з урахуванням потреби організму. У харчовий раціон необхідно вводити жири тваринного (70%) і рослинного (30%) походження. Функція харчового каналу швидко нормалізується під впливом оливкового масла. Споживання якісно різних жирів приводить до швидшого рубцювання виразки. У лікувальному харчуванні хворих виразковою хворобою широко застосовують молочні продукти. Принцип лікувального харчування при виразковій хворобі полягає у високій якості їжі при одночасному щадінні шлунку. Лікувальне харчування

призначають строго індивідуально залежно від особливостей перебігу хвороби. Обов'язковою умовою є часте (5 - 6 разів на день) харчування. Великого поширення набули противиразкові дієти № 1а, 1б. На першому етапі відновного лікування призначають індивідуалізовану дієту № 1 , і лише при вираженому загостренні виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки -дієту №1б (7 - 10 днів). Механічно, хімічно і термічно щадна дієта № 1 передбачає поступове розширення раціону, тренування травної системи. Хворі добре переносять дієту № 1 без попереднього призначення дієти № 1а або 1б. Дієта № 1 фізіологічна, різноманітна, містить достатню кількість калорій, багата вітамінами, мінеральними речовинами, не дуже об'ємна, при ній обмежується вживання солі. В середньому дієта № 1 містить 100 г білків, 80 г жирів і 450 г вуглеводів; калорійність її всього 2200 - 3000 кал. У неї входять наступні продукти: м'ясо (яловиче, теляче, куряче, кроляче), риба (у вигляді парових котлет, суфле), варена ковбаса, яловичі сосиски, зрідка - нежирна шинка, вимочений оселедець, молоко і молочні продукти (молоко цілісне свіже, сухе, згущене, вершки, свіжа некисла сметана, некислий сир).

Хворим, у яких в період загострення був виражений біль і збереглися залишкові явища "подразненого" шлунку, доцільно випивати на ніч склянку молока. Це приводить до скріплення вільної хлористоводневої кислоти, заспокоює голодну перистальтику шлунку. У разі непереносимості молоко можна вживати в розбавленому вигляді і невеликими порціями.

Рекомендують вживати вершкове несолоне масло (50-70 г), оливкову або рафіновану соняшникову (30-40 г) олію. При виразковій хворобі можна з'їдати не більше 2 яєць в день (некруто), паровий омлет, омлет з 2-3 білків. Сирі яйця вживати не слід, оскільки вони містять речовину, подразнюючу слизову оболонку шлунку.

Супи радять вживати вегетаріанські з круп, овочів (окрім капусти), молочні - з вермішелью, локшиною, макаронами, овочі і зелень – у вигляді пюре, пудингів, запіканок, каш; солодкі сорти ягід і фруктів – відварені у вигляді пюре, желе, при переносимості - компоти, киселі; цукор, мед, варення.

Овочеві, фруктові і ягідні соки повинні бути некислими. Не слід вживати виноградний сік, особливо якщо при цьому виникає печія. При поганій переносимості соки додають до каш, киселю або розбавляють кип'яченою водою. До складу меню можуть входити соуси (молочний), закуски (сир нетертий, тертий).

У меню включають пшеничний білий хліб, випечений напередодні, булочки; печиво нездобне, бісквіт, при переносимості – чорні сухарі. Напої – солодкий чай, чай з молоком або вершками. Корисний відвар шипшини, багатий вітамінами, надає легку жовчогінну дію.

З їжі виключають свинину, баранину, гусятину, качатину, міцні бульйони, м'ясні супи, овочеві навари; смажене м'ясо, шинку, солону рибу, копченину, круто зварені яйця, яєчню, міцний чай, каву, какао, квас, пиво, газовану воду, перець, гірчицю, цибулю, хрін, часник, лавровий лист. Не рекомендуються вироби із здобного тіста, чорний хліб, продукти, що містять грубу клітковину. Заборонені алкогольні напої, дуже гарячі або холодні напої, морозиво.

Фізіотерапія. Фізіотерапевтичне лікування показане хворим на виразкову хворобу в активній і неактивній фазах захворювання. Основними принципами фізіотерапії є вибір м'яко діючих процедур, застосування невеликих доз, обережне, поступове підвищення інтенсивності дії фізичними чинниками і раціональне поєднання з іншими лікувальними заходами. У стадії загострення на першому етапі лікування перевагу надають таким процедурам, як грілка, зігріваючий компрес, солюкс, лампа інфрачервоних променів, УВЧ на ділянку шийних симпатичних вузлів, електрофорез лікарських речовин (гангліоблокаторів, папаверину, новокаїну, сірчанокислого цинку) при віддаленій по відношенню до шлунку локалізації прокладок і електродів. Такий метод неапаратної фізіотерапії, як зігріваючий компрес, особливо ефективний у хворих виразковою хворобою, що супроводжується колітом з вираженою дискінезією. Компрес призначається також на ніч амбулаторним хворим.

Фізичні методи лікування при виразковій хворобі відносяться до неспецифічних способів дії і застосовуються в період як загострення, так і ремісії при неускладнених виразках (відсутність у хворого кровотеч, виснаження, підозри на переродження).

Патогенетичне лікування фізичними чинниками включає перш за все дії з вираженим седативним ефектом, скерованим на регуляцію центральної нервової системи. До таких методів в першу чергу відноситься електросон – безпосередня і рефлекторна дія імпульсним струмом низької частоти і малої сили на центральну нервову систему. Хворим виразковою хворобою електросон проводять при частоті 5 - 10 - 20 імпульсів на секунду (форма імпульсів прямокутна, тривалість імпульсів 0,5 мс). Силу струму поступово збільшують від 2 до 6-8 мА. Частота імпульсів 3,5-5 Гц. Тривалість процедури 8-15 хв. Курс лікування 8-10 процедур (через день). Використовують апарати ЗС-2, ЗС-3.

Для посилення процесів гальмування хворим з виразковою хворобою призначається бром-електрофорез (5%-й розчин) по методиці загальної дії з розташуванням електродів по Вермелю, щодня або через день по 20-30 хв. Курс лікування 12 - 15 процедур. При виражених вегетативних розладах, стійкому больовому синдромі призначають електрофорез гангліоблокуючими препаратами: ганглероном (1 %-й розчин), гексонієм (1%-й розчин), новокаїном (5%-й розчин), піриленом (0,5%-й розчин) по методиці загальної дії, щодня або через день по 20 хв. Курс лікування 10-12 процедур. Електрофорез гангліоблокаторами зменшує больовий синдром. Процеси загоєння виразки прискорюються при застосуванні цинк- електрофорезу (0,5%-й розчин) на ділянку шлунку, по 20-30 хв щодня. Курс лікування 10-15 процедур. Добре зменшує вегетативні порушення при виразковій хворобі електрофорез новокаїном (2 %-й розчин; сила струму 1 - 3 мА; 10 хв через день; курс лікування 8-10 процедур).

Будь-яке тепло виявляє антиспастичну дію, покращує кровообіг, зменшує підвищену перистальтику, сприяє загоєнню виразки. Добре в цьому випадку

застосовувати лампу солюкс (88 % інфрачервоних променів і 12 % видимих) і лампу інфрачервоних променів (температура спіралі 600°C). Світлотепова ванна для тулуба містить 12 ламп, в яких повітря нагрівається до 70°C, і рефлектор Мініна. Опромінення проводять на відстані, яку визначають по відчутті хворим приємного тепла. Тривалість опромінювання 10-20 хв 1-2 рази на день з подальшим відпочинком на 20-30 хв щодня. Протипоказаннями є новоутворення, недостатність кровообігу II - III ступеня, кровотечі, гострі гнійні процеси.

Ультразвук в лікувальних дозах викликає тканинні механіко-фізико-хімічні зміни, що обумовлюють складні нервово-рефлекторно-гуморальні реакції з активним впливом на процес кроволімфообігу і обмін речовин. При цьому механічний компонент при дії ультразвуком на тканини складається з поперемінних, послідовних швидких стиснень і розтягувань типу "мікромасажу". При дії на відповідні вегетативні структури ультразвук надає гангліоблокуючу дію. Для хворих виразковою хворобою у фазі загострення рекомендують вплив ультразвуком на рефлекторно-сегментарні паравертебральні зони грудного відділу хребта (від T₇ до T₁₂) (інтенсивність 0,2 - 0,4 Вт см по 3 хв справа і зліва) і на епігастральну ділянку (інтенсивність 0,4 - 0,6 Вт см по 5 хв). Курс лікування 8 - 15 процедур (через день).

УВЧ-терапія (імпульсне електричне поле) нормалізує процеси нейрогуморальної регуляції, покращує трофіку, нормалізує функціональний стан органів травлення. Покращення перебігу виразкової хвороби настає у більшості хворих не тільки при легкій або середній важкості хвороби, але і у 45-50 % тяжкохворих. На першому етапі лікування УВЧ-терапію призначають на ділянку шийних симпатичних вузлів. Електроди № 1 розташовують біля бічних поверхонь шиї (потужність випромінювання 30-40 Вт, проміжок 1,5 см, по 5-10 хв). Курс лікування 8-10 процедур (через день). Апарати "Імпульс-2", "Імпульс-3".

Бальнеотерапія. Питні мінеральні води покращують кислото-нейтралізуючу функцію антрального відділу і дванадцятипалої кишки,

зменшують агресивні властивості шлункового соку, регулюють гастродуоденальну моторику, виявляють дію на нейрогуморальні механізми шлункової секреції. Тривалість і вираженість лікувального ефекту залежать від фізико-хімічних властивостей, рН і температури води. Широко використовують слабо- (2,8 - 3,0 г солей на 1 л) і середньомінералізовані (понад 5,0 г на 1 л) води: вуглекислі, гідрокарбонатні, сульфатні, натрієві, кальцієві (боржомі, смірновська, слов'янська, ессентуки № 4, джермук). Лужні мінеральні води хворим рекомендують з перших днів перебування в стаціонарному реабілітаційному центрі, спочатку в невеликих дозах (50 - 100 мл) теплі (38-40°C), а за умови хорошої переносимості до 3 - 5 дня перебування не менше 1 склянки (250 мл) на прийом. Призначають мінеральну воду відповідно до індивідуальної характеристики шлункового кислотоутворення. Традиційний принцип при збереженому кислотоутворенні одноразовий прийом мінеральної води за 1 год до основної їди. Проте при підвищеній кислотності прийом природних олузнюючих вод повинен бути приурочений до часу передбачуваної появи печії, "голодних" і "пізніх" болів, тобто через 1 год після їжі і пізніше. Це набагато збільшує "буферну" дію їжі по відношенню до кислого шлункового вмісту, створює тривалі періоди підвищення кислотності в порожнині шлунку. За наявності гіперсекреторно- гіпермоторних розладів температура вод, що приймаються, встановлюється на більш високому рівні (40-42°C), при виражених запорах показані непідігрті води.

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити лише в стадії стійкої ремісії при відсутності ускладнень. Хворі можуть бути скеровані на наступні курорти: Желєзноводськ, Боржомі, Єсентуки, Пятигорськ, Моршин, Стара Русса, Арзні, Джермук, Дарасун, Поляна Квасова й ін. У санаторно-курортних умовах об'єм і інтенсивність занять ЛФК збільшується, показані всі засоби і методи ЛФК. Рекомендуються РГГ у поєднанні з загартовуючими процедурами; групові заняття ЛГ (загальнорозвиваючі, дихальні вправи, вправи з предметами); дозована ходьба, прогулянки (до 4-5 км.); спортивні і рухливі ігри; лижні прогулянки; працетерапія. Використовується також лікувальний

масаж: заду сегментарний масаж в ділянці спини від С₄ до С₉ зліва, спереду – в епігастральній області, розташуванні реберних дуг. Масаж спочатку повинен бути щадним. Інтенсивність масажу і тривалість процедури поступово збільшується від 8-10 до 20-25 хв до кінця лікування.

Печінка і біліарна система – єдина функціональна система, тісно пов'язана як у фізіологічних, так і патологічних станах з обміном речовин в організмі, кровообігом, диханням, травленням. Тому захворювання печінки і жовчовивідних шляхів супроводжуються функціональними розладами обміну речовин, гемодинаміки, дихання і травлення.

Фізичні вправи завдяки активізації обмінних процесів і збільшення надходження імпульсів із пропріорецепторів рухового апарату в кору головного мозку підвищують тонус ЦНС, упорядковують кортико-підкоркові співвідношення, удосконалюють рефлекторну регуляцію гепатобіліарної системи. Під їх впливом знижується реактивність нервової системи, зникають ознаки вегетативної лабільності.

Стимулюючи екстракардіальні фактори кровообігу, ЛФК сприяє поліпшенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення об'єму циркулюючої крові забезпечують поліпшення окисно-відновних процесів у жовчовивідній системі, сприяють ліквідації запального процесу в ній і підвищують її функціональну здатність.

Внаслідок посилення кровопостачання змінюється ступінь васкуляризації печінкових часточок, збільшується кількість жовчних капілярів у печінковій часточці, відбувається концентрація РНК у печінкових клітинах, що свідчить про зміну в них рівня нуклеїнового синтезу, який визначає основну функцію печінки.

Спеціальні фізичні вправи, спричинюючи попереми́нне підвищення і зниження внутрішньочеревного тиску, тонізують гладку мускулатуру жовчного міхура, жовчовивідних проток і сфінктера Одді, прискорюють жовчовиділення,

запобігають застою жовчі. Лікувальна фізкультура підсилює дію жовчогінних препаратів і спазмолітичних засобів.

Застосування ЛФК при захворюваннях гепатобіліарної системи необхідно поєднувати з лікувальним режимом, складовою частиною якого є руховий режим.

При загостренні хронічних захворювань печінки і жовчних шляхів хворим в умовах стаціонару звичайно призначають суворий постільний, розширений постільний, палатний і вільний режим, а у періоді ремісії – тренувальний режим. Лікування захворювань гепатобіліарної системи є ефективним при використанні всіх засобів і форм ЛФК.

Для розв'язання лікувальних завдань найважливіше значення має правильний добір відповідних засобів ЛФК та їх сполучення.

У заняття включають загальнорозвиваючі гімнастичні вправи, спрямовані на розв'язання загальнотерапевтичних завдань і нормалізацію емоційної сфери, підвищення захисних сил, відновлення адаптації до фізичного навантаження.

На фоні загальнорозвиваючих вправ використовують спеціальні, до яких при захворюваннях гепатобіліарної системи належать: дихальні вправи, вправи для м'язів черевного преса, вправи у розслабленні, такі, що сприяють дренажу біліарної системи.

Вправи для м'язів черевного преса допомагають відновити тонус цих м'язів, створити умови для формування правильних анатомічних взаємовідношень у черевній порожнині. При виконанні цих вправ змінюється внутрішньочеревний тиск, а це дозволяє здійснити пресорну дію на жовчний міхур, зменшити застій жовчі в біліарній системі, урегулювати відтік жовчі. Кровопостачання печінки, жовчного міхура і жовчних проток має тісний зв'язок із кровопостачанням м'язів черевного преса, тому вправи для цих м'язів є ефективним засобом впливу на трофічні процеси у біліарній системі. Вправи для м'язів черевного преса сприяють зменшенню і ліквідації запальних змін як за рахунок зміни умов кровопостачання жовчного міхура і проток, так і стимулювальної дії фізичних вправ на кровообіг взагалі. Важливим наслідком

дії вправ для м'язів черевного преса є також нормалізація моторики шлунково-кишкового тракту.

Для м'язів живота корисними є спеціальні вправи з предметами (палицями, гантелями, набивними м'ячами), що підсилюють лікувальну дію за рахунок маси предмета, подовження важеля переміщуваного сегмента тіла, а також вправи на гімнастичній стінці (типу змішаних висів).

Дихальні вправи при певній методиці їх виконання дозволяють впливати на внутрішньочеревний тиск внаслідок рухів діафрагми. Поперемінне підвищення і зниження внутрішньочеревого тиску за рахунок глибокого дихання діє на печінку, масажуючи її, і зменшує застій жовчі. Крім того, діафрагмальне дихання сприяє поліпшенню кровопостачання і кровотоку в жовчовивідній системі як внаслідок рефлекторної дії, так і наявних анатомо-фізіологічних взаємовідношень кровопостачання діафрагми й органів черевної порожнини.

Важливим питанням методики лікувальної гімнастики при захворюваннях гепатобіліарної системи є вибір вихідного положення для найкращого відтоку жовчі. При виборі вихідного положення, яке б сприяло відтоку жовчі, слід враховувати анатомічні взаємовідношення печінки, жовчного міхура і жовчної протоки. Жовчний міхур лежить між правою і квадратною частками печінки, його дно трохи виступає і промацується у правому підребер'ї у так званій «міхуровій» точці. Міхуро-ва протока є продовженням шийки жовчного міхура і зливається із загальною печінковою протокою, утворюючи загальну жовчну протоку, яка проходить позаду за горизонтальною частиною дванадцятипалої кишки і впадає у її спадну частину зверху вниз і зліва направо.

Анатомо-топографічні взаємовідношення печінки, жовчного міхура, загальної жовчної протоки і дванадцятипалої кишки дозволяють рекомендувати найкраще вихідне положення для відтоку жовчі – на лівому боці. У цьому вихідному положенні пересуванню жовчі з жовчного міхура до його шийки і по міхуровій протоці сприяє скорочення стінок жовчного міхура та проток і сила

ваги жовчі. Вигідним вихідним положенням для спорожнювання жовчного міхура є положення стоячи на чотирьох кінцівках. У цих вихідних положеннях рекомендуються дихальні вправи з участю діафрагми і вправи для м'язів черевного преса.

Щоб посилити вплив діафрагми на кровообіг у печінці, застосовують дихальні вправи з вихідного положення лежачи на правому боці: при цьому екскурсія правого купола діафрагми збільшується.

У деяких випадках для найкращого відтоку жовчі можна використовувати також інші вихідні положення – лежачи на спині, на животі, сидячи і стоячи. Вибір цих вихідних положень може диктуватися порушенням нормальних топографічних взаємовідношень органів черевної порожнини, коли відтік жовчі краще здійснювати з індивідуально обраного положення. Крім того, запальні зміни та спайки навколо жовчного міхура і жовчних проток можуть викликати біль у положенні на лівому боці та на чотирьох кінцівках, підсилити спазми сфінктерів. У таких випадках вибір дренажних вихідних положень визначається відсутністю болі та можливістю домогтися розслаблення.

З вихідного положення лежачи на животі спорожнюванню жовчного міхура сприяє підвищення внутрішньочеревного тиску.

Вихідні положення сидячи і стоячи хоча і менш вигідні, однак нахили тулуба в сторони, вперед, кругові рухи з цих вихідних положень мають пресорну дію на жовчний міхур, регулюють відтік жовчі.

Крім гімнастичних вправ, рекомендується використовувати ходьбу як помірний вид фізичного навантаження, що тривало діє на хворого. Особливо широко цей вид вправ можна застосувати в санаторно-курортних умовах. З інших засобів ЛФК доцільно застосовувати плавання, прогулянки, пішохідні екскурсії, рухливі ігри, елементи спортивних ігор.

Серед різних форм ЛФК хворим із захворюванням гепатобіліарної системи в умовах стаціонару призначають процедури лікувальної гімнастики, гігієнічну гімнастику, індивідуальні завдання для самостійного виконання,

прогулянки; у період ремісії – ранкову гігієнічну гімнастику, процедури лікувальної гімнастики, пішохідні прогулянки, екскурсії.

У зв'язку з різноманіттям клінічних проявів хронічного гепатиту питання про введення в комплексне лікування ЛФК необхідно вирішувати стосовно кожного хворого індивідуально. Критеріями для цього є задовільний загальний стан, зменшення болісних відчуттів у правому підребер'ї, відсутність ознак інтоксикації організму.

Протипоказання для призначення ЛФК: висока температура, наростання жовтяниці, виражені диспепсичні явища та інтоксикація, часті носові кровотечі.

Завдання ЛФК:

- відновлення рівноваги вегетативної іннервації;
- поліпшення і нормалізація емоційного тону хворих, оздоровлення їхньої нервово-психічної сфери;
- відновлення кровообігу в черевній порожнині, поліпшення припливу артеріальної крові до печінки;
- відновлення порушеної обмінно-ферментативної діяльності, сприяння поліпшенню синтезу глікогену в печінці та м'язах;
- нормалізація моторної функції жовчних шляхів, жовчного міхура, кишок і зменшення печінкового холестазу;
- нормалізація діяльності серцево-судинної та дихальної систем;
- загальнозміцнювальний вплив на весь організм.

При *суворому постільному* режимі показані статичні дихальні вправи, звичні рухи в постелі, за показаннями — пасивні вправи.

У *розширеному режимі* призначається процедура лікувальної гімнастики. Заняття проводять індивідуальним методом із вихідного положення лежачи на спині, на лівому і правому боці, стоячи на чотирьох кінцівках. Застосовують прості гімнастичні вправи для середніх і дрібних м'язових груп кінцівок, дихальні вправи і на розслаблення м'язів. Не слід застосовувати вправи на глибоке діафрагмальне дихання, розгинання тулуба, напруження м'язів

черевного преса. Виконуються вправи в середньому темпі, із середньою амплітудою, без зусилля і вольового напруження.

При подальшому ослабленні болю, поліпшенні загального стану хворого переводять на *палатний режим*. Дозволяють підніматися, ходити по палаті, відділенню. Вправи виконують із вихідного положення лежачи на спині, на лівому і правому боці, сидячи, а потім і стоячи, у середньому темпі. Рухи для верхніх кінцівок варто виконувати з повної амплітудою, для нижніх кінцівок – з обмеженою. Крім гімнастичних вправ для кінцівок, хворий може виконувати неповні повороти тулуба, спеціальні вправи, які покращують кровообіг, трофіку печінки й активізують відтік жовчі. Кількість повторень кожної вправи – 4-5 разів.

Хворим, що перебувають на *вільному режимі*, крім ранкової гігієнічної гімнастики і процедури лікувальної гімнастики призначають індивідуальні заняття у формі спеціальних вправ для м'язів черевного преса, дозовану ходьбу.

Процедуру лікувальної гімнастики проводять груповим методом у кабінеті ЛФК із різних вихідних положень. Використовують вправи для всіх м'язових груп кінцівок і тулуба, включаючи спеціальні вправи для зміцнення м'язів черевного преса і посилення жовчовиділення. Загальнорозвиваючі вправи поєднують зі статичними і динамічними (1:3; 1:4), включається дозована ходьба з високим підніманням стегна, малорухливі ігри.

Після вправ, що охоплюють великі м'язові групи і викликають неабиякі фізіологічні зміни в організмі, необхідно включати паузи відпочинку, використовувати статичні дихальні вправи, вправи на розслаблення. Виконують їх, як правило, з повною амплітудою, а для дрібних і середніх м'язових груп — у швидкому темпі. Кожна вправа повторюється 4-8 разів (залежно від складності).

Після занять доцільно відпочити, лежачи в постелі з напівзігнутими ногами. Це забезпечує спокій органам черевної порожнини і повний відпочинок хворому.

***Приблизний комплекс процедури лікувальної гімнастики при
хронічному гепатиті (розширений постільний режим)***

Підготовча частина:

1. В. п. — лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Спокійне статичне, змішане дихання. 3-4 рази.
2. В. п. — таке саме. Одночасне згинання і розгинання рук у ліктьових суглобах з одночасним стискуванням і розтискуванням пальців; 4-5 разів, темп повільний, дихання вільне.
3. В. п. — таке саме. Почергове тильне і підошовне згинання стоп; 5-10 разів кожною ногою, темп середній.

Основна частина:

4. В. п. — лежачи на спині, руки зігнуті до плечей. Розвести лікті в сторони — вдих, притиснути лікті до грудної клітки з нахилом голови вперед видих; 4-5 разів, темп повільний.
5. В. п. — лежачи на спині, руки на поясі. По черзі зігнути та розігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах, ковзаючи стопою по постелі; 4-5 разів кожною ногою, темп повільний.
6. В. п. — лежачи на спині, руки на грудях. Грудне дихання; 4-5 разів, темп повільний.
7. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Розвести руки в сторони — вдих, повернутися у в. п. — видих; 4-5 разів, темп повільний.
8. В. п. — лежачи на спині, руки на поясі. Одночасне розведення прямих ніг у сторони, ковзаючи стопами по постелі; 4-5 разів, дихання вільне, темп середній.
9. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Розвести руки в сторони — вдих, обхопити грудну клітку руками — видих; 3-4 рази, темп середній.
10. В. п. — лежачи на спині, руки розвести в сторони, ноги разом. Повороти тулуба в сторони з одночасним сплеском долонями; 2-3 рази в кожную сторону, темп середній.

11. В. п. — лежачи на лівому боці. Спокійне дихання протягом 30 с.

12. В. п. — лежачи на лівому боці, ліва рука під головою. Згинання правої ноги в колінному і тазостегновому суглобі — видих, повернення у в. п. — вдих; 3-4 рази, темп середній.

Заключна частина:

13. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Підняти прямі руки вгору — вдих, опустити руки з м'язовим розслабленням і потрушуванням — видих; 3-4 рази, темп повільний.

14. В. п. — таке саме. Повне м'язове розслаблення протягом 15-20 с.

Лікування **жовчнокам'яної хвороби** комплексне і нагадує консервативну терапію при холециститі. Однак, якщо таке лікування не має результатів, то застосовують хірургічне втручання. У комплексному лікуванні хворих на холецистит і жовчнокам'яну хворобу у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації призначають фізичну реабілітацію.

Хронічний холецистит характеризується монотонним перебігом із періодами загострення. Майже постійно наявний тупий ниючий біль у правому підребер'ї, який іррадіює у праве плече, лопатку. Внаслідок частого поєднання холециститу з ураженням інших органів травлення у хворих відзначаються особливо виражені диспепсичні явища. Хронічний холецистит рецидивного характеру часто призводить до виникнення спайок (зрощення стінки жовчного міхура із сальником, пілорусом шлунка, дванадцятипалою і поперечно-ободовою кишкою), що клінічно проявляється майже постійними болісними відчуттями у правому підребер'ї, які підсилюються під час руху, тряски. Усі ці особливості клінічного перебігу захворювання слід обов'язково враховувати при призначенні ЛФК, яку можна включати в комплексну терапію тільки після спаду загострення, при стійкому зниженні температури тіла до субфебрильної та задовільному загальному стані.

Не є протипоказаннями для проведення ЛФК підвищена ШОЕ, болісність під час пальпації жовчного міхура, запальні зміни жовчі при дуоденальному зондуванні.

Завдання ЛФК:

- підвищення тонуусу ЦНС і нормалізація кор- тико-вісцеральних зв'язків, порушених під час захворювання;
- поліпшення кровообігу в печінці та жовчному міхурі, зменшення запального процесу, стимуляція обмінних процесів;
- підвищення тонуусу гладкої мускулатури стінок жовчного міхура, зняття спазму сфінктерів;
- запобігання застою жовчі та нормалізація її відтоку;
- підвищення опірності організму;
- відновлення адаптації до фізичних навантажень.

При загостренні призначається *суворий постільний режим* (на 2-3 дні). Заняття в цьому режимі здійснюють індивідуально з кожним хворим з урахуванням клінічних особливостей перебігу захворювання, супровідної патології, фізичної підготовленості.

При *розширеному постільному режимі* процедуру лікувальної гімнастики здійснюють індивідуальним або малогруповим методом. Включають загальнорозвиваючі вправи для верхніх і нижніх кінцівок, рухи виконують спочатку в середніх, а потім у великих суглобах. Вправи слід виконувати у повільному або середньому темпі, плавно, ритмічно, без затримки дихання, з обмеженою амплітудою руху і невеликою кількістю повторень кожної вправи (4-5 разів). Вправи для тулуба слід включати з обережністю. За наявності болю у правому підребер'ї цілком виключаються статичні вправи для м'язів черевного преса, повороти тулуба, піднімання і відведення ніг. З-поміж спеціальних вправ застосовують діафрагмальне дихання, яке забезпечує відтік жовчі з жовчного міхура та поліпшує печінковий кровотік, і вправи на розслаблення. Використовують найбільш оптимальні вихідні положення:

лежачи на спині, на лівому боці, сидячи на стільці, стоячи на чотирьох кінцівках. При виконанні вправ рекомендуються часті паузи відпочинку.

У міру ліквідації підгострих явищ у жовчному міхурі, поліпшення загального стану та адаптації до навантаження, хворого переводять на *палатний режим*. Проводять лікувальну і гігієнічну гімнастику. До вихідних положень попереднього режиму додають вихідні положення стоячи, сидячи на гімнастичній лаві, лежачи на животі. На фоні гімнастичних вправ для верхніх і нижніх кінцівок і тулуба використовують вправи для м'язів черевного преса, дихальні рухи діафрагми. Як і раніше, за наявності болю у правому підребер'ї вправи слід виконувати з деяким щадінням органів черевної порожнини. Хворим рекомендують вільно пересуватися в межах палати, коридору, здійснювати прогулянки. Для зменшення застійних явищ і усунення спазму сфінктерів доцільно включити масаж (погладжування й елементи вібрації).

З переходом хворого на *вільний режим*, крім занять лікувальною і гігієнічною гімнастикою, рекомендують індивідуальні завдання для самостійного виконання, лікувальну ходьбу, пішохідні прогулянки. Заняття лікувальною гімнастикою проводять груповим методом. Вправи виконують із різних вихідних положень: стоячи, стоячи біля гімнастичної стінки, у висі на гімнастичній стінці, сидячи на стільці та на гімнастичній лаві, лежачи на спині, на лівому і правому боці, на животі.

Загальнорозвиваючі гімнастичні вправи потрібно поєднувати зі спеціальними вправами, які сприяють зміцненню м'язів черевного преса, відтоку жовчі, тренуванню діафрагмального дихання. Темп виконання — середній, із повною амплітудою руху та з м'язовим напруженням. Кількість повторень вправи — 6-8 разів. Фізичне навантаження збільшують за рахунок включення вправ із набивними м'ячами, гантелями, гімнастичними палицями, на приладах. Паузи відпочинку між вправами зменшуються. Неприпустимими є натужування і різкі коливання внутрішньочеревного тиску. Поліпшення і нормалізація емоційного тону хворих, оздоровлення їх нервово-психічної сфери можна досягти за рахунок включення ігор середньої та малої рухливості,

ігрових елементів, приладів і предметів. Після занять рекомендується відпочинок у постелі протягом 30 хв, лежачи на спині або на лівому боці.

Самостійно протягом дня або перед зондуванням доцільно виконувати 5-6 спеціальних вправ, які б сприяли відтоку жовчі. Для поліпшення спорожнювання жовчного міхура перед заняттями лікувальною гімнастикою рекомендуються теплові процедури на ділянку правого підребер'я.

***Приблизний комплекс процедури лікувальної гімнастики при
хронічному холециститі (режим палатний)***

Підготовча частина:

1. В. п. — сидячи на стільці, ноги зігнуті в колінах, долоні на колінах. Підняти руки вгору, потягнутися — вдих, опустити руки через сторони — видих; 3-5 разів, темп середній.

2. В. п. — сидячи на стільці, ноги прямі, долоні на колінах. Підняти руки вгору — вдих, зігнути ногу в колінному суглобі, обхопити її руками і притиснути до живота — видих; 4-5 разів кожною ногою, темп повільний.

3. В. п. — таке саме. Підняти руки вгору, прогнутися — вдих, нахилити тулуб уперед, руки до носків — видих; 3-4 рази, темп середній.

4. В. п. — сидячи на стільці, руки опущені. Спокійне глибоке діафрагмальне дихання; 4-5 разів.

Основна частина:

5. В. п. — стоячи, руки на поясі. Ходьба на місці з високим підніманням колін. Тривалість 30-40 с. Дихання вільне, темп середній.

6. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки уздовж тулуба. Підняти руки через сторони вгору, потягнутися — вдих, опустити руки вниз із розслабленням — видих; 3-4 рази, темп повільний.

7. В. п. — лежачи на спині, ноги прямі, руки уздовж тулуба. Розвести руки в сторони — вдих, зігнути обидві ноги, обхопити руками коліна, підтягти до живота — видих; 3-4 рази, темп повільний.

8. В. п. — лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах з опорою на ступні, руки на поясі. Нахилити зігнуті ноги вліво — видих, повернути у в. п.

— вдих; 4-5 разів у кожную сторону, темп середній.

9. В. п. — лежачи на спині, руки на животі. Діафрагмальне дихання; 4-5 разів, темп повільний.

10. В. п. — лежачи на спині, ноги прямі, руки уздовж тулуба, одночасне розведення рук і ніг у сторони з прогинанням у хребті — вдих, повернутися у в.п. — видих; 4-5 разів, ноги плавно рухаються по постелі, темп повільний.

11. В. п. — лежачи на животі, долоні під підборіддям, лікті розведені в сторони. Зігнути ногу і підтягти коліно до ліктя — видих, повернутися у в. п. — вдих; 3-5 разів по черзі кожною ногою, темп повільний.

12. В. п. — лежачи на животі, спираючись на передпліччя, ноги прямі. Поперемінне відведення прямої ноги назад; 4-6 разів кожною ногою, темп середній, дихання довільне.

13. В. п. — стоячи на чотирьох кінцівках. Зігнути ногу, коліном торкнутися різнойменної кисті — видих, повернутися у в. п. — вдих; 3-4 рази кожною ногою, темп середній.

14. В. п. — таке саме. Підняти різнойменні руку і ногу вгору — вдих, повернутися у в. п. — видих; 4-5 разів кожною ногою і рукою, темп повільний.

15. В. п. — сидячи на стільці, ноги зігнути в колінах, руки на поясі. Нахили тулуба в сторони; 4-5 разів у кожную сторону, темп середній, дихання вільне.

16. В. п. — сидячи на стільці, ноги прямі разом, руки уздовж тулуба. Підняти руки вгору, прогнутися — вдих, нахилитися вперед, намагаючись дістати руками стопи — видих; 3-4 рази, темп середній.

Заключна частина:

17. В. п. — сидячи на стільці, одна рука на грудях, друга — на животі. Спокійне повне дихання; 4-5 разів, темп повільний.

18. В. п. — сидячи на стільці, руки за голову. Підняти руки вгору — вдих, розслабивши м'язи, «упустити» руки між колін — видих; 3-4 рази, темп повільний.

19. В. п. — стоячи. Спокійна ходьба по колу, потрушуючи ногами і руками. Тривалість 40-60 с.

***Приблизний комплекс процедури лікувальної гімнастики при
хронічному холециститі (режим вільний)***

Підготовча частина:

1. В. п. — стоячи. Ходьба звичайна з розведенням рук у сторони, з високим підніманням колін протягом 1-2 хв; темп середній.

2. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки опущені. Підняти руки вгору, потягнутися — вдих, руки через сторони вниз — видих; 6-8 разів, темп повільний.

3. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки на поясі. Розвести руки в сторони, прогнутися — вдих, повернутися у в. п. — видих; 3-4 рази, темп середній.

4. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки на поясі. Розвести руки в сторони, поворот вправо — вдих, нахилитися вперед, долонями дістати носок правої ноги — видих, в. п. — вдих; 2-4 рази в кожную сторону, темп середній.

Пауза для відпочинку — 30 с.

Основна частина:

5. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки уздовж тулуба. Нахилитися вправо, кисті плавно рухаються по тулубу («насос») — видих, повернутися у в. п. — вдих; 3-5 разів у кожную сторону, темп повільний.

6. В. п. — стоячи, ноги на ширині плечей, руки уздовж тулуба. Підняти руки вгору, піднятися на носки — вдих, присісти, відвести руки назад — видих; 4-5 разів, темп середній.

7. В. п. — лежачи на спині, ноги зігнуті, одна рука на животі, друга — на грудях. Діафрагмально-грудне глибоке дихання; 3-4 рази, темп повільний.

8. В. п. — лежачи на спині, руки на поясі. Поперемінне відведення прямої ноги вбік; 5-6 разів у кожную сторону, дихання довільне, темп повільний.

9. В. п. — таке саме. Почергове згинання ніг із відривом їх від підлоги (імітація їзди на велосипеді); 10-12 разів, темп середній, дихання довільне.

10. Пауза для відпочинку — 30 с.

11. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Підняти прямі ногивгору — видих, повернутися у в. п. — вдих; 4-6 разів, темп повільний.
12. В. п. — таке саме. Розвести руки в сторони — вдих, обхопити зігнутіноги, притиснути їх до живота — видих; 5-6 разів, темп середній.
13. В. п. — таке саме. Глибоке грудне і діафрагмальне дихання; 3-4 рази, темп повільний.
14. В. п. — лежачи на лівому боці, ліва рука під головою. Зігнути праву ногу, правою рукою обхопити праве коліно — видих; 3-4 рази, темп вільний.
15. В. п. — таке саме. Відведення правої прямої ноги назад і вперед, 6-8разів, темп середній, дихання довільне.
16. В. п. — лежачи на правому боці, права рука під головою, зігнути лівуногу, лівою рукою обхопити ліве коліно — видих; 3-4 рази, темп середній.
17. В. п. — таке саме. Відведення лівої прямої ноги назад і вперед; 6-8 разів, темп середній, дихання довільне.
18. В. п. — лежачи на спині, руки уздовж тулуба, ноги прямі. Глибоке діафрагмальне дихання; 3-4 рази, темп повільний.
19. В. п. — стоячи на чотирьох кінцівках. Сісти на п'яти — видих, повернутися у в. п. — вдих; 6-8 разів, темп середній.
20. В. п. — таке саме. Підняти пряму праву ногу вгору — вдих. Підтягтизігнуту ногу до різнойменної кисті — видих; 5-6 разів кожною ногою, темп середній.
21. В. п. — сидячи на стільці, обхопивши сидіння руками. Підняти зігнуті ноги, притиснути до живота
22. видих, повернутися у в. п. — вдих; 5-6 разів, темп середній.
23. В. п. — сидячи на стільці, руки уздовж тулуба. Підняти ліву ногу, пальцями кистей дістати носок ноги
24. видих, повернутися у в. п. — вдих; 5-6 разів кожною ногою, темп повільний.
25. В. п. — сидячи на стільці, одна рука на животі, друга — на грудях. Глибоке діафрагмальне і грудне дихання; 3-4 рази, темп повільний.

Заклучна частина:

26. В. п. — стоячи. Ходьба по колу з різними рухами рук (до плечей, уперед, у сторони); 1-2 хв, темп середній.
27. В. п. — стоячи. Руки уздовж тулуба. Підняти руки вгору, прогнутися — вдих, опустити руки — видих; 4-6 разів, темп середній.
28. В. п. — таке саме. Підняти руки вгору — вдих, опустити розслаблені руки, нахилитися вперед — видих.
29. В. п. — таке саме. Поперемінне потрушування розслаблених ніг; 4-6 разів, темп середній.

Дискінезії жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) – функціональні порушення тонуусу і моторики жовчного міхура і жовчних шляхів - складають до 70% захворювань жовчевидільної системи. Розрізняють ***гіпертонічно-гіперкінетичну форму***, що характеризується гіпертонічним станом жовчного міхура і сфінктерів, і ***гіпотонічно-гіпокінетичну***, для якої характерний гіпотонічний стан жовчного міхура і сфінктера Одді.

Для гіперкінетичної форми характерні приступоподібні болі (жовчні коліки) після сильної психоемоційної напруги, фізичного перевантаження, що нерідко супроводжуються диспептичними явищами (нудота, блювота, порушення стільця), а також дратівливістю, головним болем, погіршенням загального стану. Гіпокінетична дискінезія виявляється періодично виникаючими болями і відчуттям розпирання в правому підребер'ї, а також диспептичними явищами.

Залежно від функціонального порушення скоротності жовчного міхура дискінезії жовчовивідних шляхів підрозділяють на гіпертонічно-гіперкінетичну форму, що характеризується гіпертонічним станом жовчного міхура і сфінктера, і гіпотонічно-гіпокінетичну, для якої є характерним гіпотонічний стан жовчного міхура і сфінктера Одді.

Завдання ЛФК:

- нормалізація функціонального стану ЦНС і посилення її регулювального впливу на вищі вегетативні центри;
- усунення дисфункції вегетативної нервової системи, нормалізація кортико-

вісцеральних і вісцero-вісцеральних рефлекторних зв'язків, порушених внаслідок розвитку хвороби;

- удосконалення механізмів нейрогуморальної регуляції жовчовиділення;
- підвищення м'язового тону і ліквідація слабості м'язів жовчних шляхів;
- посилення кровообігу і трофічних процесів в органах черевної порожнини, зменшення запальних змін у них та інтоксикації організму;
- загальнозміцнювальний та оздоровчий вплив на організм хворого з метою повернення і збереження працездатності та підвищення рівня тренуваності.

Наявність диспептичних явищ (почуття тяжкості в животі, відрижка), а також слабкий біль у правому підребер'ї не є протипоказанням до застосування ЛФК у комплексному лікуванні ДЖВШ. Методика занять ЛФК будується залежно від форми дискінезії. Загальним у методиці є широке використання дихальних вправ, які належать до спеціальних при даній патології. За будь-якої форми дискінезії необхідні також спеціальні вправи, які б сприяли зміцненню м'язів черевного преса.

При гіпокінетичній формі ДЖВШ заняття будують за тонізуючою методикою, при гіперкінетичній — за щадною. Застосовують різноманітні вихідні положення: лежачи на спині, на правому і лівому боці, сидячи, на чотирьох кінцівках, на колінах, стоячи та ін. Положення лежачи на правому боці сприяє поліпшенню переміщення жовчі до шийки жовчного міхура і міхуровою протокою; положення на лівому боці використовують для полегшення відтікання жовчі у дванадцятипалу кишку.

При гіпокінетичній формі ДЖВШ загальне фізичне навантаження — середнє. Поряд із загальнорозвиваючими використовують спеціальні вправи для м'язів черевного преса, дихальні, в розслабленні. Вправи для м'язів живота (у тому числі у вихідному положенні на животі) з поступово зростаючим навантаженням і дихальні вправи сприяють кращому спорожнюванню жовчного міхура й активізації функції кишечника. При виконанні вправ для тулуба (нахили, повороти, оберти), потрібно стежити за станом хворого, тому що виникає можливість появи диспептичних явищ у вигляді нудоти і навіть

блювання. Тому ці рухи мають бути плавними, з поступово зростаючою амплітудою і їх слід чергувати з дихальними. Необхідно навчити хворого прийому розслаблення м'язів. Тільки правильне поєднання елементів зусилля і розслаблення забезпечить успіх процедури. Темп виконання — середній, з можливим переходом до швидкого, особливо при виконанні вправ із полегшених вихідних положень. У заняття слід включати різні види ходьби, у тому числі з високим підніманням стегон. Усі спеціальні вправи проводять на фоні загальнорозвиваючих. Застосовують рухливі ігри, які добирають з урахуванням ступеня фізичного навантаження і лікувального режиму. Фізичні вправи доцільно поєднувати з усіма прийомами масажу, які застосовують для передньої черевної стінки.

При гіперкінетичній формі ДЖВШ навантаження є щадним. Обмежено слід застосовувати вправи для м'язів черевного преса і для великих м'язових груп. Слід уникати вираженого статичного напруження м'язів, особливо м'язів живота. Показані переважно статичні й динамічні дихальні вправи та вправи в розслабленні м'язів. Використовують різноманітні вихідні положення, однак повинні переважати положення лежачи на боці та спині. Останнє є найбільш ефективним для м'язового розслаблення. Необхідно застосовувати вправи, що нормалізують функцію кишечника. Темп виконання вправ — повільний, із поступовим переходом до середнього. У заняття можна включати малорухливі ігри. З прийомів масажу рекомендується погладжування і вібрація передньої черевної стінки.

Масаж при захворюваннях жовчного міхура проводиться протягом 15 хв в наступній послідовності: спина, права половина грудної клітки, верхня половина живота, при дискінезії - комірцева зона. Використовувані прийоми: погладжування, розтирання, розминання; постукування і рубання протипоказані.

З фізичних чинників найбільше застосування знаходять різні ванни: радонові, хвойні, мінеральні. Ефективне призначення електрофорезу, гальванічного комірця, ультразвука. Рекомендується також прийом всередину

мінеральної води малої і середньої мінералізації («Єсентуки № 4», «Славяновська», «Смірновська», «Нарзан» і ін.).

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

1. Хвора скаржиться на розлитий біль в епігастральній ділянці незабаром після вживання їжі, нудоту, слабкість, запаморочення. Апетит збережений. В аналізі крові – кількість еритроцитів $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 116 г/л. Батько хворіє хронічним гастритом. Рентгенівське дослідження шлунка – без патології. Уреазний тест – негативний. Що додатково необхідно знати для правильного призначення засобів фізичної реабілітації?

Відповідь. При захворюваннях шлунка важливо знати тип секреції. Це буде впливати на час застосування засобів фізичної терапії з метою патогенетичного впливу на запальний процес у шлунку.

2. Хворий, 27 років, скаржиться на біль у епігастрії через 3 год після прийому їжі, печію. Симптоми з'явилися 2 тижтому після затяжної стресової ситуації. Об'єктивно: язикобкладений білим нальотом, при пальпації живота – болючість у пілородуоденальній зоні. Рентгенологічно: симптом "ніші" по передній стінці цибулини ДПК. Позитивний уреазний тест. Які засоби фізичної терапії можуть бути застосовані у цей період?

Відповідь. Хворий з такими симптомами може знаходитись на вільно-му руховому режимі. В цей період можна застосовувати вправи на розслаблення м'язів живота та дихальні вправи.

3. Хвора, 27 років, вчитель молодших класів, скаржиться на часті випорожнення (до 3 разів на добу), кал "грудкуватий" зі значною кількістю слизу, біль в животі, що поступово зникає після дефекації, дратівливість. Шкіра блідо-жовтяничного кольору. Рс – 74 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 115/70 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації помірно чутливий по ходу

товстої кишки. Колонофіброскопія: функціональна диспепсія. Доберіть комплекс вправ для ранкової гімнастики.

Відповідь. Комплекс ранкової гімнастики буде складатися зівправ, які покращують функцію жовчного міхура, шлунката зменшують спазм гладкої мускулатури кишечника. Вихідні положення – коліно-ліктьове, лежачи на лівому боці, на спині.

4. Хворий, 21 рок, програміст, скаржиться на періодичний біль у правому підребер'ї після їжі, нестійкі випорожнення. Симптоми вперше з'явилися близько року тому, після тривалого зловживання жирною їжею. Об'єктивно: маса тіла в нормі. При глибокій пальпації живота з'являється біль в правому підребер'ї в зоні проекції жовчного міхура. На УЗД органів черевної порожнини – жовчний міхур трохи збільшений, стінка його ущільнена, тіло трохи загнуте. Мають місце ознаки застою жовчі. Яких заходів фізичної терапії треба вжити для нормалізації функції жовчного міхура?

Відповідь. Зважаючи на сидячу роботу, малорухомий спосіб життя та при цьому нормальну масу тіла, анатомічну особливість жовчного міхура, доцільно використовувати вправи з вихідного положення на лівому боці та колінно-ліктьового.

5. Хвора, 34 роки, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, печію, відригування з гіркуватим присмаком, нудоту. Захворіла близько 5 років, під час другої вагітності. Одноразово пройшла курс лікування. У гастроентеролога не спостерігалась, дієти не дотримувалась. Об'єктивно: надмірна маса тіла. При глибокій пальпації живота з'являється біль в правому підребер'ї, в зоні проекції жовчного міхура. На УЗД органів черевної порожнини – товщина стінки жовчного міхура – 3,9 мм, стінка ущільнена. Конкрементів немає. Яка мета фізичної терапії для цієї хворої?

Відповідь. З урахуванням надмірної маси пацієнтки метою фізичної терапії буде нормалізація функції жовчного міхура та зменшення маси тіла.

6. Хвора, 43 роки, касир супермаркету, скаржиться на біль у правому підребер'ї, що з'являється після вживання жирної та смаженої їжі, гіркоту у роті, нестійкі випорожнення. Вважає себе хворою близько 6 років. Об'єктивно: гіперстенічної статури, шкіряні покрови звичайного кольору, під-вищене потовиділення. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги. Відмічається болючість у точці проекції жовчного міхура, позитивні симптоми Мерфі та Кера. Які вихідні положення будуть найкращими для виконання вправ лікувальної фізкультури у даної хворої?

Відповідь. Вихідні положення на початку фізичної терапії будуть полегшені, лежачи на спині або на лівому боці. Пізніше включають більш складні положення – колінно-ліктьове, а також стоячи.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Види захворювань органів травної системи.
2. Лікувальна фізична культура при захворюваннях травної системи.
3. Використання фізичної реабілітації у пацієнтів з цими патологіями.
4. Що включає в себе клінічна характеристика різних форм гастритів?
5. Які особливості застосування фізичної реабілітації у хворих на хронічний гастрит у лікарняний період?
6. Що із засобів фізичної реабілітації застосовують у хворих на хронічний гастрит у післялікарняний період?
7. Що включає в себе лікарняний період реабілітації хворих на ви-разкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки?
8. Як протікає післялікарняний період реабілітації у пацієнтів з ви-разковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки?
9. Як можна охарактеризувати клінічні прояви ентероколітів та дискінезії кишечника?
10. Що включає в себе лікарняний період реабілітації хворих на гострий ентероколіт та дискінезії кишечника?

11. Як протікає післялікарняний період реабілітації у пацієнтів згострим ентероколітом та дискінезією кишечника?
12. Як можна охарактеризувати клінічні прояви захворювань печінки?
13. Показання для занять лікувальною фізичною культурою.
14. Роль лікувальної фізичної культури при захворюваннях.
15. Які існують клінічні особливості та підходи до лікування хворих з холециститом і жовчнокам'яною хворобою?
16. Як протікає лікарняний період реабілітації у пацієнтів зіхворо-бами жовчних шляхів?
17. Що застосовується в процесі реабілітації хворих з ураженнями жовчного міхура у післялікарняний період?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Фізична та реабілітаційна медицина в клініці внутрішніх хвороб: керівництво / В. О. Малахов [та ін.] ; МОЗ України, Харк. Мед. Академія після диплом. освіти, Харк. держ. акад. фіз. культури. Харків: б.в. 2021. 323 с.
2. Фізична, реабілітаційна та спортивна медицина: підручник для студентів і лікарів / В. М. Сокрут [та ін.]; за заг. ред. В. М. Сокрут; Всеукр. Асоц. фізіотерапевтов та курортологів, Донец. нац. мед. ун-т, Терноп. нац. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. Краматорськ: Каштан, 2019. 478 с.
3. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навчальний посібн. для студ. вищ. навч. закл. / І. М. Григус. 3-ге вид., стереот. Львів : Новий Світ 2020. 170 с.
4. Мухін В. М. Фізична реабілітація підручник / В. М. Мухін. 3-тє вид., перероблене та доповн. Київ.: Олімп. л-ра, 2010. 488 с.
5. Пешкова О. В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів : [навч. посіб.] / О. В. Пешкова. Харків : Бровін О. В., 2011. 312 с.

6. Медична та соціальна реабілітація: навч.-метод. посібник для студентів та викладачів медичних (фармацевтичних) закладів вищої освіти, закладів (факультетів) післядипломної освіти, інструкторів з лікувальної фізкультури та масажу, практикуючих медичних сестер / С. С. Сапункова [та ін.]. Київ: Медицина, 2018. 278 с.

Додаткова:

1. Закаляк Н.Р., Матрошилін О.Г., Рогаля Ю.Л. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів : методичні матеріали до практичних занять (у 2-х частинах) / Н.Р. Закаляк, О.Г. Матрошилін, Ю.Л. Рогаля. Дрогобич : Видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2016. 124 с.
2. Абрамова В. В. Фізична реабілітація, спортивна медицина / В. В. Абрамова, О. Л. Смирнова. Дніпропетровськ : Журфонд, 2014. 456 с.
3. Воронін Д. М. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи: навч. посіб. / Воронін Д. М., Павлюк Є. О. Хмельницький, ХНУ, 2011. 143 с.
4. Порада А.М. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник / А .М. Порада, О .В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. 2-е вид. Київ.: Медицина, 2008. 248 с.
5. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації : навч. посіб. / Т. Бойчук, М. Голубєва, О. Левандовський [та ін.]. Львів : ЗУКЦ, 2010. 240 с.
6. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура / В. С. Соколовський, Н. О. Романова, О. Г. Юшковська. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. 236 с.
7. Білянський О. Ю. Методика фізичної реабілітації осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту: метод. посіб. / Білянський О. Ю., Куц О. С. Дрогобич : Відродження, 2007. 137 с.
8. Фізіотерапевтичні та фізіопунктурні методи і їх практичне застосування: Навчально-методичний посібник / Самосюк І.З., Парамончик В.М., Губенко В.П. та ін. Київ.: Альтерпрес, 2001. 316 с.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

**Бринза Марія Сергіївна
Карнаух Елла Володимирівна
Колесніченко Віра Анатоліївна**

**Фізична терапія,
ерготерапія в клініці внутрішніх хвороб
при захворюваннях травної системи**

Методичні рекомендації
для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання з дисципліни
«Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)»

В авторській редакції



Електронна публікація на офіційному веб-сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна – сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету, розділ «Документи та навчально-методичне забезпечення дисциплін кафедри» / Навчально-методичні комплекси дисциплін кафедри / Методичні розробки для студентів. URL:
https://drive.google.com/drive/u/1/folders/18kMARrBcSkMFGpuhmCVnUzW_QciP9faB

Підписано до розміщення 20.04.2023. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 2,23. Обсяг 1,147 Мб. Зам. № 76/23.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна