

## ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТОДАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДИСКІНЕЗІЙ ЖОВЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

*Дискінезії желчного пузыря и сфинктеров желчных протоков требуют дифференцированного патогенетического подхода к лечению с учетом типа дискінезії и состояния органов гастродуоденальной зоны. Современная система реабилитации при хронических заболеваниях реализуется через формирование здорового образа жизни и двигательной активности. Систематические занятия лечебной физкультурой дают возможность как влиять на состояние всего организма, поднимая общую работоспособность, так и на патологический очаг, уменьшая его активность.*

\*\*\*

У загальному комплексі соціально-генетичних заходів, спрямованих на поліпшення показників здоров'я населення, поряд з удосконаленням профілактики і лікування гострих і хронічних захворювань, провідне місце належить питанням реабілітації, яка включає не тільки патогенез, але і відновлення функціональних можливостей основних життєво важливих систем (серцево-судинної і дихальної) і фізичної працездатності [1].

Останнє десятиліття відзначилося значними змінами структури захворюваності. При різкому зниженні інфекційних захворювань відзначений ріст хронічних видів патології органів травлення з рецидивуючим перебігом. При цьому нерідко малоефективною виявляється загальноприйнята комплексна терапія, а прогресування патологічного процесу може привести до важкої патології. У цьому полягає не тільки медичний, але і соціальний аспект проблеми в цілому. Хронічні види патології і пов'язана з нею дезорганізація фізіологічних процесів, розумові перевантаження, порушення загального і харчового режиму (переїдання, гіподинамія) сприяють зміні функціонального стану органів і систем, негативно позначаються на індексі здоров'я населення, його фізичному розвитку і фізичній працездатності, формуванні гармонічно розвинутої особистості [29].

В останні роки широке застосування одержали методи реабілітації [35]. Тим часом реабілітаційні заходи можуть бути ефективними тільки за умови їхнього призначення в адекватних дозах, з урахуванням функціональних можливостей організму. Однак у доступній літературі ці питання освітлені недостатньо, особливо щодо хворих, які страждають холецистоангіохолітом.

**1. Дискінезії жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів.** Захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів відноситься до найбільш розповсюджених захворювань органів травлення, особливо це стосується дискінезій жовчного міхура і сфінктерів жовчних проток. Дискінезії часто виникають ще в дитячому і підлітковому віці і надалі сприяють розвитку органічних захворювань жовчного міхура, тому їхня рання діагностика і лікування мають велике профілактичне значення [7, 12, 25, 29, 40].

Дискінезія жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів – це несвоєчасне, неповне чи занадто виражене скорочення жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів. Діагностика дискінезій жовчного міхура часто являє значну проблему, що обумовлено особливостями функціонування позапечінкових шляхів. Широке впровадження в медичну практику ультразвукового методу діагностики (УЗД) органів шлункового простору, при якому жовчний міхур досліджується одноразово, без обліку динаміки його діяльності в умовах введення подразників, що викликають скорочення жовчного міхура, привело, на наш погляд, до гіпердіагностики дискінезій. Оцінюючи функціональний стан жовчовидільної системи, варто враховувати анатомо-фізіологічні особливості діяльності жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів.

Функціонування жовчного міхура тісно пов'язано з печінкою і дванадцятипалою кишкою. Відомо, що печінка виділяє жовч при секреторному тиску 240-300 мм. водн. ст. Тиск у просторі жовчного міхура після його скорочення, тобто після їжі і звільнення від більшої частини жовчі, складає 100 мм. водн. ст. За градієнтом жовч надходить у простір жовчного міхура до того, поки тиск у ньому і секреторний тиск у печінці не зрівняються. Заповнення жовчного міхура печінковою жовчю відбувається в проміжках між прийомами їжі. Сфінктер Одді в цей період закритий (звичайно він витримує тиск від 90 до 250 мм. водн. ст.), що сприяє нагромадженню жовчі в міхурі.

Ці механізми мають велике значення для підготовки жовчі до травлення.

Жовчний міхур містить 50 мл. жовчі. У період між прийомами їжі стінки жовчного міхура роблять періодичні неглибокі рухи, що сприяють перемішуванню жовчі. Під час прийому їжі тонус жовчного міхура збільшується, скорочення стають більш енергійними і глибокими, що призводить до надходження міхурової рідини в загальну жовчну протоку, підвищення тиску в ньому, закриття сфінктера Одді і виділення жовчі в дванадцятипалу кишку.

Першорядне значення для нормальної моторики жовчного міхура має стан слизової оболонки дванадцятипалої кишки і характер їжі. Основним гормоном, що викликає скорочення жовчного міхура й ослаблення сфінктера Одді є панкреозимін-холецистокінін, що звільняється клітинами слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Звільнення панкреозимін-холецистокініна здійснюється в основному під впливом компонентів, що містяться в їжі – жирів, білків, у меншій мірі – органічних кислот [28].

У залежності від походження виділяють два основних види дискінезії жовчного міхура і сфінктерів жовчних проток:

- первинну дискінезію;
- вторинну дискінезію.

Розвиток первинної дискінезії жовчного міхура пов'язаний з порушенням нейрогуморальної регуляції його діяльності внаслідок загальних змін з боку нервової і ендокринної систем, тому первинні дискінезії можуть супроводжуватися неврозами, нейроендокринними захворюваннями, захворювання щитовидної залози. Вони досить поширені в період статевого дозрівання і клімактеричний період. У клінічних проявах цього захворювання має місце вегетосудинна дистонія, психоневрологічні порушення, порушення сну, лабільність настрою, що утруднює лікування. Такі терапевтичні методи, як дієта, прийняття жовчогінних засобів, спазмолітиків дають нестійкий і тимчасовий ефект.

Розвиток вторинної дискінезії жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів пов'язаний з наявністю патологічних рефлексів з інших органів шлункового простору. Вторинні дискінезії розвиваються на фоні хронічних гастритів, дуоденітів, захворювань кишківника. Особливе значення в розвитку вторинних дискінезій має стан 12-палої кишки. Присутність запального процесу слизової оболонки 12-палої кишки, чи її гіпертрофія призводять до порушень секреції панкреозимін-холестокініна. Часто вторинні дискінезії супроводжуються захворюваннями жовчного міхура – хронічним некам'яним холециститом і жовчнокам'яною хворобою.

У залежності від характеру порушень рухової функції жовчного міхура і тонусу сфінктера Одді виділяють такі види дискінезій:

- гіпертонічно-гіперкінетичну;
- гіпотонічно-гіпокінетичну;
- змішану дискінезію.

**2. Гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія.** Гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія жовчного міхура найчастіше зустрічається в осіб з підвищеним тонусом парасимпатичного відділу нервової системи, астеничної статури, легко збудливих. Цей вид дискінезії частіше спостерігається в молодому віці. У більшості це первинна дискінезія, що поєднується з неврозами, вегето-судинної дискінезією. Вторинна дискінезія за гіпертонічно-гіперкінетичним типом може виникати в хворих з пептичною виразкою 12-палої кишки чи хронічним первинним гастродуоденітом з підвищеною секреторною функцією шлунка, що пов'язано з підвищеним тонусом парасимпатичної нервової системи. Відомо, що гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія зустрічається значно рідше, ніж гіпотонічно-гіпокінетична дискінезія жовчного міхура.

Основним клінічним проявом гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура є біль, що локалізується в ділянці підребер'я епігастрії з характерною іррадіацією в праву половину грудної клітки. Біль виникає раптово, його виникнення можуть спровокувати психоемоційні напруження, вживання смаженої, жирної їжі, переїдання. Іноді, визначити причину приступу гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії важко, тому що в одних умовах біль, пов'язаний з певним подразником, може виникнути, а в інших не виникати.

Біль при гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура буває різної інтенсивності, іноді він нагадує приступ жовчної кольки, що може стати причиною необґрунтованої холецистектомії. Серед інших клінічних проявів характерно блювота жовчу, що обумовлено дискінезом 12-палої кишки і шлунку. Приступ гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура може тривати від 20-30 хвилин до декількох годин. У цей період хворі неспокійні, часто їх хвилює серцебиття, головний біль, почуття оніміння кінцівок. У період між приступами хворих

хвилює порушення сну, підвищене збудження, частий головний біль. Гіпертонічно-гіперкінетичну дискінезію жовчного міхура варто диференціювати від жовчнокам'яної хвороби, тому що клінічні прояви дискінезії нагадують неускладнену жовчну кольку. При цьому варто пам'ятати, що приступ жовчної кольки часто ускладнюється розвитком холециститу; у цих випадках спостерігається підвищення температури тіла, у крові виявляється лейкоцитоз, з'являються симптоми інтоксикації, іноді розвивається механічна жовтяниця. Докладний перебіг легко дозволяє виключити гіпертонічно-гіперкінетичну дискінезію. Найбільш складним є диференційний діагноз неускладненої печінкової кольки і гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії [12].

**3. Гіпотонічно-гіпокінетична дискінезія.** Клінічна симптоматика її мало виражена. Цей вид дискінезії жовчного міхура частіше спостерігається в осіб з перевагою тону симпатичної нервової системи, а також у тих, хто веде пасивний спосіб життя, має підвищену масу тіла чи страждає ожирінням. Частою причиною вторинної гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура є хронічні захворювання органів травного каналу, особливо атрофічні зміни в слизовій оболонці 12-палої кишки. Частота гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура збільшується з віком, що можна також пояснити збільшенням частоти атрофічних форм хронічного гастродуоденіту. Атрофія слизової оболонки 12-палої кишки призводить до порушення секретії панкреозимін-холецистокініну. Розвитку гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії жовчного міхура сприяє також тривалий прийом холанолітиків і седативних препаратів.

Хронічний некам'яний холецистит і жовчнокам'яна хвороба часто супроводжуються гіпотонією жовчного міхура. Ці захворювання настільки тісно пов'язані між собою, що іноді складно провести диференційний діагноз і встановити первинну причину захворювання, тому що тривала гіпотонія жовчного міхура сама може стати причиною виникнення холециститу чи жовчнокам'яної хвороби. У цей час відновлення жовчного міхура може призвести до дистрофічних змін м'язового апарату і зниження його скорочувальної здатності.

У хворих з гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією жовчного міхура рідше виявляються психоневрологічні прояви, ніж у пацієнтів з гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією, але частіше спостерігаються побічні порушення обміну речовин – ожиріння, цукровий діабет, жирова інфільтрація нирки, сечокислий діатез, сечокам'яна хвороба та ін.

Клінічні прояви гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії і сфінктерів жовчних проток залежить від ступеня порушень моторики жовчного міхура. У залежності від виразності зниження моторно-евакуаторної функції виділяють три ступені гіпотонії [2]:

- компенсовану гіпотонію жовчного міхура;
- субкомпенсовану;
- декомпенсовану (атонія жовчного міхура).

Розроблені клініко-рентгенологічні критерії різних ступеней гіпотонії жовчного міхура.

Компенсована гіпотонія жовчного міхура є найбільш розповсюдженою. Для цього виду дискінезії характерне підвищення резервуарної функції жовчного міхура зі збереженням скороченості. Клінічні прояви компенсованої гіпотонії жовчного міхура мінімальні, тому її часто знаходять під час комплексного обстеження хворих, що звертаються за медичною допомогою з приводу інших захворювань органів травлення – хронічного гастриту, дуоденіту, захворювань кишківника й ін.

УЗД жовчного міхура в хворих з компенсованою гіпотонією дозволяє знайти збільшений у розмірах жовчний міхур. Найбільш інформативною є холецистографія, при цьому дослідженні визначають опущення збільшеного в розмірах жовчного міхура. Особливістю рентгенологічних вимірів при компенсованій гіпотонії жовчного міхура є те, що на фоні збільшених розмірів зберігається нормальна концентраційна функція органа, тінь його чітка. Після сніданку, що складається з жовчогінних страв, період скорочення жовчного міхура збільшується, що пов'язано зі збільшенням його резервуарної функції і нагромадження великого об'єму жовчі. Великий за розмірами жовчний міхур скорочується довше, ніж міхур невеликого розміру; але через якийсь час після сніданку тінь жовчного міхура зменшується, у порівнянні з його розмірами до сніданку. Усе це свідчить про те, що на початкових стадіях гіпотонії жовчного міхура значні порушення скорочувальної функції відсутні, а збільшення органа за обсягом – напевно є компенсаторною реакцією біліарної системи внаслідок вживання великої кількості їжі, особливо жирів.

При дуоденальному зондуванні хворих з гіпотонічно-гіпокінетичною дискінезією жовчного міхура на початкових стадіях спостерігається збільшення обсягу міхурцевої жовчі до 80-120 мл, а іноді і більше. Під час мікроскопічного дослідження частіше спостерігається підвищена кількість елементів осадів таких як, білірубінату кальцію, кристалів холестерину, жовчних солей, іноді

мікролітів.

Субкомпенсована гіпотонія жовчного міхура зустрічається рідше, ніж компенсована і має більш чітку клінічну картину. Слід зазначити, що цей тип дискінезії жовчного міхура часто супроводжується хронічним холециститом чи жовчнокам'яною хворобою, тобто субкомпенсована гіпотонія жовчного міхура частіше є вторинною. При такій дискінезії виявляється хронічний дисгастроуденіт зі зниженою секреторною функцією шлунка й атрофічними змінами в гастродуоденальній зоні. Хворі із субкомпенсованою гіпотонією жовчного міхура скаржаться на почуття важкості в правому підребер'ї, що підсилюється після їжі; нудоту, що частіше виникає після вживання смажених і жирних страв; метеоризм, порушення опорожнення, нестійкі опорожнення, гіпохолічну діарею. При УЗД можна виявити збільшення розмірів жовчного міхура, іноді розширення внутрішньо печінкових проток, помірне розширення загальної жовчної протоки. Ці зміни, мабуть, пов'язані зі збільшенням навантаження на жовчні протоки внаслідок зниження функціональної здатності міхура.

При рентгенологічному дослідженні в хворих із субкомпенсованою гіпотонією спостерігається зміна форми органа, частіше у виді водяної краплі з великим розтягнутим дном. На холецистограмах тінь жовчного міхура розташована низько, відзначається зниження інтенсивності тині жовчного міхура, що свідчить про зниження його концентраційної здатності. Причиною цього при субкомпенсованій гіпотонії є значне порушення скорочувальної здатності жовчного міхура, що веде до нагромадження і концентрування йодистої жовчі. Після вживання жовчогінних страв час звільнення міхура від концентрованої жовчі значно збільшується, тінь міхура наприкінці дослідження зменшується недостатньо.

При дуоденальному зондуванні в хворих із субкомпенсованою гіпотонією спостерігається подовження інтервалу між введенням подразника в порожнину дванадцятипалої кишки і початком виділення міхурової рідини; у деяких пацієнтів міхуровий рефлекс на подразнення взагалі відсутній, а жовч із міхура починає виділятися тільки після повторних введень подразника. Збільшується також час витікання міхурової жовчі, характерним є її переривчасте виділення, тому що міхурова жовч домішується до печінкової. При мікроскопічному дослідженні жовчі можна знайти підвищений вміст злущеного епітелію, лейкоцитів, круглих клітин, осадових елементів-кристалів холецистину, білірубінату кальцію, жовчних солей, мила, мікролітів.

Декомпенсована гіпотонія жовчного міхура, чи як її прийнято ще називати, атонія жовчного міхура зустрічається рідше всього. Вона виникає в осіб, що перехворіли гострим катаральним холециститом, а також у випадках, коли є присутнім шийковий холецистит, тобто, коли запальний процес на ділянці шийки жовчного міхура створює умови для його "виключення". Декомпенсована гіпотонія жовчного міхура може ускладнюватися розвитком водянки чи хронічної емпієми, а надалі приводить до склерозу органа [28].

Гіпотонічно-гіпокінетичну дискінезію жовчного міхура варто диференціювати від хронічного некам'яного холециститу, особливо від форм із легким перебігом при не різко вираженому запальному процесі. При цьому має значення і те, що такі класичні прояви запалення, як гіпертермія і лейкоцитоз у більшості випадків легкого перебігу хронічного некам'яного холециститу відсутні. У принципі гіпотонічна дискінезія жовчного міхура і хронічний некам'яний холецистит настільки чітко взаємозалежні, що поділ їх не має істотного значення, тим більше, що методи їх лікування практично подібні. Диференційна діагностика хронічного некам'яного холециститу середнього і важкого ступеня складна: клінічно при цьому спостерігається підвищення температури тіла, явища інтоксикації, що проявляється головним болем, зниженням апетиту, помірним лейкоцитозом. Для холециститу на відміну від дискінезії жовчного міхура, характерна періодичність перебігу з чергуванням періодів загострення і ремісії, тоді як при дискінезії погіршення стану короткочасне (посилення болі може тривати 1-2 дні) і пов'язано з порушенням дієти, загальний стан хворого при цьому задовільний. Для диференційованої діагностики мають значення дані мікроскопічного дослідження жовчі. У випадку дискінезії не спостерігається великої кількості "пальних" елементів у жовчі, у той же час при холециститі знаходять велику кількість (покривають усе поле зору) лейкоцитів, багато слизу, а іноді висівається патогенна мікрофлора. Тиск жовчі при холециститі часто знижується. Діагностична цінність отриманих при дослідженні жовчі даних, збільшується на фоні таких клінічних проявів холециститу, як лихоманка, виражений болючий синдром.

Гіпотонічно-гіпокінетичну дискінезію жовчного міхура варто також диференціювати від захворювань правого відділу товстої кишки, так званого синдрому правого кута. Слід зазначити, що біль при синдромі правого кута локалізується трохи нижче в порівнянні з його локалізацією

при гіпотонії жовчного міхура; кишкова симптоматика при цьому більш виражена. Для діагностики мають значення дані, отримані при рентгенологічному дослідженні товстої кишки.

**4. Змішана дискінезія жовчного міхура.** Змішана дискінезія жовчного міхура зустрічається досить часто. Під цим видом дискінезії розуміють порушення функціонального стану жовчного міхура і сфінктерів жовчних шляхів, насамперед – сфінктера Одді. Найбільш частим є поєднання гіпотоній жовчного міхура з гіпотонією сфінктера Одді. Висока частота цього виду дискінезії пов'язана з функціональними особливостями діяльності позапечінкових жовчних проток, жовчного міхура і сфінктера Одді. Розкриття сфінктера Одді здійснюється під впливом підвищення тиску в дистальному відділі загальної жовчної протоки, що виникає внаслідок скорочення жовчного міхура. При гіпотонії жовчного міхура, унаслідок зниження його скорочувальної функції, цей механізм ослаблений, що може призвести до затримки розкриття сфінктера Одді.

Особливо несприятливим є поєднання гіпертонії сфінктера Одді з гіпертонією жовчного міхура. Розвитку такої дискінезії сприяє вживання алкоголю, посилена шлункова секреція, виражений дуоденіт на фоні гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура. При цьому виді дискінезії розвивається жовчна гіпертензія, приступ супроводжується вираженим болючим синдромом. Тривалий приступ може спровокувати розвиток чи загострення, навіть виникнення гострого панкреатиту, явища короткочасної жовтяниці. Такий клінічний перебіг дискінезії жовчного міхура вимагає термінового усунення спазму сфінктера Одді. Приступ гіпертонічно-гіперкінетичної дискінезії жовчного міхура з гіпертонією сфінктера Одді варто диференціювати від приступу не ускладненої, а іноді і тривалої жовчної кольки. При цьому велике значення мають дані УЗД, які можна виконати під час приступу, а також дані рентгенологічного обстеження, що проводять у період між приступами [3].

**5. Особливості лікування дискінезії жовчовивідних шляхів на курорті Трускавець.** Особи з захворюваннями жовчовивідних шляхів традиційно займають домінуюче (біля 70%) положення серед хворих, що знаходяться на курортному лікуванні в Трускавці. Це пояснюється тією обставиною, що вказані захворювання являються профільними для курорту, і при їх лікуванні курортними факторами досягається оптимальний терапевтичний ефект.

Курс санаторно-курортного лікування призначається індивідуально, з врахуванням характеру захворювання, ускладнень і супутніх захворювань інших органів та систем організму. Це лікування повинно поєднуватись з відпочинком і визначеним санаторним режимом, який враховує біоритми і чітко регламентує час прийому їжі, мінеральної води, лікувальних процедур. Оберігаючий режим будується за принципом посилення позитивних емоцій і усунення негативно впливаючих факторів. Для питного лікування використовується мінеральна вода Нафтуся – на курорті Трускавець і її аналог – вода джерела №10 – в Східниці. Прийом мінеральних вод покращує функцію печінки, нормалізує обмінні порушення, посилює утворення та виділення жовчі, розріджує її і стабілізує хімічний склад, послаблює спазм жовчовивідних шляхів. Це сприяє зменшенню болю, запальних та застійних явищ гепатобіліарної системи, вимиванню із жовчних шляхів продуктів запалення і піску. Необхідно індивідуально підбирати кількість мінеральної води, яка вживається. Оскільки її підвищені дози погано впливають на функції печінки.

При гіперкінетичній (гіпертонічній) формі дискінезії жовчовивідних шляхів Нафтусю і її аналоги призначають в теплому вигляді (37-40 °С) по 150-200 мл 3 рази на день, а при гіпокінетичній (гіпотонічній) – більш низької температури (18-20 °С), бажано в поєднанні з мінеральними водами більш високої мінералізації (джерела №1 або №2 курорту Трускавець). Нафтусю в цьому випадку приймають за 1,5 год. до їди, а хлоридно-натрієві води вказаних джерел – за 20-30 хв до їди по 100-150 мл за прийом.

Різновидністю внутрішнього приймання мінеральної води при захворюваннях жовчовивідних шляхів є її введення через зону безпосередньо в дванадцятипалу кишку (трансдуоденальні зрошення) і так звані “сліпі зондування”, або тюбажі (беззондовий дренаж). Нафтусю або її аналог температури 37-40 °С за допомогою гумової трубки, з'єднаної з дуодентальним зондом, повільно вводять в дванадцятипалу кишку в кількості 400-600 мл. Процедура проводиться 1-2 рази в тиждень із збільшенням кількості води, яка вводиться до 1-1,5 л, курс лікування – 4-6 процедур. Для виконання тюбажу можна застосувати мінеральну сіль “Барбара” (2 ч. ложки на 100 мл підігрітої води “Нафтуся”). Приготований розчин випивають зранку натще, до правого підребер'я прикладають грілку, і хворий на 1 год лягає в ліжку, після чого приймає 200 мл теплої “Нафтусі” і ще через 1 год – снідає. Тюбаж проводять 2 р. тиждень, курс лікування – 6-7 процедур. Трансдуоденальні зрошення і беззондовий дренаж успішно застосовують при хронічному безкам'яному холециститі, лямбліозі, гіпокінетичній (гіпотонічній) формі дискінезії жовчо-

вивідних шляхів. Але при жовчокам'ній хворобі і гіперкінетичній (гіпертонічній) формі дискінезії їх застосовувати не слід у зв'язку з небезпекою міграції каменів і рефлекторного спазму гладкої мускулатури.

Мінеральні води застосовують також зовнішньо у вигляді ванн. Лікувальний ефект мінеральних ванн при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів обумовлений, передусім, регулюючим впливом на центральну нервову систему, що виражається у зменшенні невротичних розладів і спастичних явищ, покращенні обмінних процесів, протизапальній дії.

Ванни готуються на курорті шляхом розведення натуральної мінеральної ропи (високомінералізованої води розсольного типу) до концентрації 20-30 г/л, температури 36-37 °С, з середньою тривалістю 8-10 хв. Призначають на курс лікування 8-10 процедур.

Мінеральні хлоридно-натрієві ванни мають нормалізуючий вплив на центральну нервову систему, володіють спазмолітичною дією, що веде до послаблення болей і підвищення жовчовідтоку.

При гіпокінетичній (гіпотонічній) дискінезії замість мінеральних ванн краще застосовувати циркулярний душ, лікувальний басейн. Широко застосовують також озокеритолікування, благотворний вплив якого на хворих обумовлений його протизапальною, спазмолітичною і болезаспокійливою дією. Озокерит призначають у випадку гіперкінетичної (гіпертонічної) дискінезії жовчовивідних шляхів. Використовують аплікації озокериту на ділянку правого підребер'я або верхню половину живота (t 45 °С, тривалість процедури 20-30 хв, через день, курс лікування 8-10 процедур).

При гіпокінетичній дискінезії озокерит не призначають.

Лікарські рослини і лікувальні препарати рослинного походження займають важливе місце в лікуванні та профілактиці захворювань жовчовивідних шляхів. При цьому застосовують рослинні засоби, що стимулюють утворення (холеретики) і виділення (холікінетики) жовчі. Холеретики застосовуються при дискінезії за гіпертонічним типом. До них відносяться: кукурудзяні рильця у вигляді відвару (10 г на 200 мл води, по 1/4 стакана на прийом); м'ята перцева у вигляді настою (5 г на 200 мл води, по 1 ст. ложці на прийом); плоди шипшини у вигляді настою (10 г на 200 мл води, по 1/2 стакани за прийом), а також препарати конфлавін (із листя ландиша), і флакумін (з листя скумпії) по 2 табл. 3 рази в день.

При гіпокінетичній формі дискінезії необхідно приймати холекінетики рослинного походження: листя барбарису у вигляді спиртового настою (по 30-40 крапель 2-3 р. в день); препарати ефірних олій – оліметин, розанол (по 2 капсули 3 р. в день), холагол (по 5 крапель з цукром 3 р. в день до їди).

### **5. Застосування фізичних вправ при хронічних захворюваннях печінки і жовчного міхура.**

Печінка і жовчні шляхи – єдина функціональна система, тісно зв'язана як у фізіологічних, так і в патологічних станах з обміном речовин в організмі, кровообігом, диханням, травленням. Тому різні захворювання печінки і жовчних шляхів супроводжуються функціональними розладами обміну речовин, кровообігу, дихання, травлення. Порушення злагодженої діяльності цієї системи відбуваються внаслідок ослаблення координуючої ролі центральної нервової системи і зв'язаними з нею нейрогуморальними змінами в організмі.

З огляду на те, що систематичне фізичне навантаження сприяє удосконаленню функцій центральної нервової системи, лікування хворих передбачає використання засобів лікувальної фізкультури. У стадії загострення захворювання воно повинне бути спрямоване на зменшення запального процесу, поліпшення відтоку жовчі з печінки, жовчного міхура і проток, нормалізацію обмінних процесів. Ці основні патогенетичні фактори пов'язані між собою; запальний процес у жовчному міхурі сприяє порушенню розчинності холестерину, усмоктуванню жовчних пігментів, солей кальцію й утворенню жовчних каменів; дискінезія жовчних шляхів, застій жовчі – інфікуванню жовчі і метаболічним розладам. У свою чергу жовчні камені, що утворилися, збільшують дискінетичні розлади, активізують запальний процес, полегшують проникнення інфекцій [28].

За сучасними уявленнями, м'язова діяльність відіграє основну роль у керуванні і регуляції взаємодіючих у цілісному організмі систем. Застосування лікувальної фізкультури базується на потребі руху – кінезофільії. Фізичні вправи забезпечують тонізуючий вплив, вплив на трофічні процеси, формування компенсації, нормалізацію функцій [13].

При різних захворюваннях, у тому числі печінки і жовчних шляхів, знижується загальний тонус організму, що виявляється погіршенням процесів життєдіяльності, тобто зниженням рівня перебігання нейрогуморальної регуляції фізіологічних функцій. Рухова пасивність хворого

призводить до різкого зменшення потоку імпульсів від периферичної ланки рухового й іншого аналізаторів до головного мозку. У результаті ще більше знижується тонус вищого відділу центральної нервової системи і порушується злагоджена діяльність організму на всіх рівнях. При цьому змінюється рівень кірково-підкіркових співвідношень, підвищується збудливість підкіркових вегетативних відділів, що відображається на функції внутрішніх органів. Унаслідок зниженого тону організму погіршується опірність шкідливо діючим факторам, послаблюється здатність тканин до регенерації [10].

Фізичні вправи підвищують тонус кори головного мозку, упорядковують кірково-підкіркові співвідношення, удосконалюють рефлекторну регуляцію діяльності внутрішніх органів [13] і тим самим стимулюють саногенні сили організму. У цьому полягає тонізуючий вплив фізичних вправ на організм. Вплив фізичних вправ на трофічні процеси виявляється в поліпшенні обміну і харчуванні тканин. У м'язах підвищується вміст фосфоркреатину, глікогену, гексозофосфату й інших речовин, що беруть участь в анаеробних реакціях, збільшується кількість міоглобіну, глутатіону, аскорбінової кислоти, холестерину, необхідних для окисних процесів і посилення тканинного дихання. Аналогічні біохімічні зміни відбуваються в нервовій, кістковій і іншій тканинах, у тому числі в печінці. Фізичні вправи не тільки сприяють відкладенню глікогену в печінці, але, підсилюючи кровообіг у черевній порожнині, створюють кращі умови для її живлення, фізичне навантаження підвищує усі види обміну, а також сприяє розсмоктуванню залишкових запальних явищ.

Стимулюючи екстракардіальні фактори кровообігу (екскурсія грудної клітки, діафрагми, ритмічне скорочення її і розслаблення кісткових м'язів, руху в суглобах), лікувальна фізкультура сприяє поліпшенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів у жовчовивідній системі сприяють ліквідації запального процесу в ній і підвищують її функціональну здатність.

За рахунок 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, що визначає основну функцію печінки. При заняттях фізичними вправами включаються захисно-приспосувальні механізми і відбувається формування компенсацій, як прояв здатності організму до функціонування в умовах патології [19].

Фізичні вправи при деяких формах розладу вуглеводного обміну сприяють формуванню компенсації зниженого глікогенутворення в печінці за рахунок підвищення глікогенсинтетичної функції м'язів [13].

Під впливом фізичних вправ поліпшується загальний стан хворих, нормалізується сон, підвищуються настрої, працездатність, знижується реактивність нервової системи [26], зникають ознаки вегетативної лабільності в хворих з явно вираженими симптомами неврастенії. Комплекс фізичних вправ, проведений перед дуоденальним зондуванням, збільшує в 1,5-2 рази кількість виділеної міхурової і печінкової жовчі, скорочує тривалість дуоденального зондування [38]. Фізико-хімічні властивості отриманої жовчі (підвищений в'язкість, відносна щільність, підвищений вміст білірубіну, значне зниження змісту холестерину) свідчать про ослаблення концентраційної функції жовчного міхура і застої жовчі в ньому. Тому поліпшення моторної функції жовчного міхура і зменшення застою жовчі в результаті занять фізичними вправами дуже важливо при загостренні хронічних захворювань печінки і жовчних шляхів [28].

Нерідко в хворих із захворюваннями печінки і жовчних шляхів функціональні порушення в діяльності серцево-судинної системи (артеріальна гіпотензія) зникають у результаті систематичних занять фізичними вправами. Будь-яка фізична вправа при її виконанні впливає на весь організм при регулюючій ролі кори великого мозку.

Засоби лікувальної фізкультури використовують у комплексі як з лікувальним режимом, складовою частиною якого є руховий режим, так і з медикаментозною терапією, лікувальним харчуванням, природними і переформованими фізичними факторами.

При загостренні хронічних захворювань печінки і жовчних шляхів хворим в умовах стаціонару звичайно призначають постільний, напівпостільний (палатний) і вільний (тренуючий) режим, у період ремісії – режим з малим, середнім і великим м'язовим навантаженням.

При постільному і напівпостільному режимах застосовують ранкову гігієнічну і лікувальну гімнастику. Вільний режим включає ранкову гігієнічну, лікувальну гімнастику, лікувальну ходьбу, спортивні вправи

Лікувальну фізкультуру при хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів поєднують з лікувальним харчуванням. При цьому варто враховувати, що виконання великих фізичних навантажень безпосередньо перед прийомом їжі має гальмівну дію на секреторну функцію шлунка і кишок, а фізичне навантаження після прийому їжі прискорять “евакуацію” зі шлунка і підсилять перистальтику кишок. Тому заняття лікувальною фізкультурою краще проводити за 1-1,5 год. до прийому їжі через 1-1,5 год. після її прийому.

Необхідно враховувати позитивний вплив на організм комплексу лікувальної фізкультури з використанням природних факторів. Застосування фізичних вправ і засобів загартовування відновлює адаптацію до навантажень і підвищує стійкість організму до несприятливих факторів середовища.

У результаті експериментальних досліджень встановлено, що фізичні вправи підсилюють дію жовчогінних препаратів і спазмолітичних засобів [6]. Здійснюючи комплексне лікування хворих, лікувальну фізкультуру доцільно поєднати з різними фізичними методами лікування: індуктотермією, грязелікуванням, парафіно- і озокеритолікуванням, масажем і ін. Фізіотерапевтичні процедури мають теплову, спазмолітичну, знеболюючу та седативну дію.

**7. Засоби, форми і методи лікувальної фізкультури, які застосовуються при хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів.** Лікування захворювань печінки і жовчних шляхів ефективно при використанні, поряд з основними, додаткових засобів лікувальної фізкультури. До основних засобів лікувальної фізкультури відносяться активні гімнастичні вправи – загально розвиваючі, без снарядів, зі снарядами, на снарядах; спортивно-прикладні, ходьба; ходьба на лижах, веслування, плавання й ін., ігри – бадмінтон, волейбол, теніс. Поряд з фізичними вправами використовують природні фактори сонячну радіацію, повітря, повітряні ванни; воду – обтирання, душі, купання в ріці, озері, морі. Поряд із зазначеними засобами лікувальної фізкультури при лікуванні хворих із хронічними захворюваннями печінки і жовчних шляхів необхідний раціонально організований режим відпочинку, харчування, сну, дотримання правил особистої гігієни й ін. З додаткових засобів лікувальної фізкультури застосовують масаж, теренкур, працетерапію.

Серед різних форм лікувальної фізкультури хворим із захворюваннями печінки і жовчних шляхів в умовах стаціонару призначають гігієнічну і лікувальну гімнастику, індивідуальні завдання для самостійного виконання, прогулянки; у період ремісії – ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, пішохідні прогулянки, екскурсії, легку фізичну працю [6].

Ранкову гігієнічну гімнастику проводять після сну з метою підвищення загального й емоційного тону організму хворого, найшвидшого переходу від стану сну до бадьорості. Вона сприяє нейтралізації в хворих так званого ранкового ацидозу – результату зниження окисних процесів і нагромадження кислих продуктів під час сну, а також усуненню застійних явищ завдяки посиленому кровотоку і лімфообігу.

Лікувальна гімнастика – основна форма занять лікувальною фізкультурою – передбачає 3 розділи – вступний, основний і заключний. Заняття лікувальною гімнастикою проводять індивідуально і груповим методом.

Індивідуально займаються при постільному режимі в підгострій стадії захворювання, коли особливо важливий індивідуальний підхід до хворого. Груповий метод заняття використовується при напівпостільному і вільному режимах у стадії неповної і повної ремісії захворювання. У групи підбирають хворих, функціональні можливості яких приблизно однакові.

У вступний розділ заняття лікувальною гімнастикою включають вимірювання пульсу, прості гімнастичні, дихальні вправи, ходьбу, вправи, що підготовляють організм хворого до майбутнього навантаження в основному розділі заняття. Вступний розділ короткочасний і складає 15-25% тривалості всього заняття.

В основному розділі вирішують головні лікувальні задачі, поставлені лікарем при призначенні лікувальної фізкультури. Вправи підбирають з урахуванням клінічної картини, перебігу і періоду захворювання, віку хворого, його функціональних можливостей.

Поряд із загальнозміцнюючими і дихальними вправами вводять спеціальні вправи, виконання яких сприяє нормалізації функції біліарної системи. При підборі вправ необхідно чергувати м'язові групи, що включаються у фізичні вправи, а в міру втоми хворого – включати паузи пасивного відпочинку, тривалість яких залежить від ступеня стомлення хворого. Тривалість основного розділу – 50-70 % усього заняття.

Ціль заключного розділу – привести організм після навантаження у відносно спокійний стан, знизити емоційне напруження, заспокоїти діяльність серцево-судинної системи, дихання. З цієї



метою рекомендують прості гімнастичні вправи з невеликим навантаженням, дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів і на увагу. Тривалість цього розділу – 15-25% усього заняття.

Заняття лікувальною гімнастикою поліпшують настрій хворого викликають почуття радості, бадьорості. Інструктор повинен поступово виховувати в хворих хоробрість, наполегливість у подоланні труднощів, дисциплінованість. Про правильність розподілу навантаження в занятті і про відповідність їй підготовки пацієнтів можна судити по фізіологічній кривій.

Фізіологічна крива заняття (графічне зображення ступеня напруги організму протягом усього заняття за даними частоти пульсу й артеріального тиску) повинна поступово підвищуватися у вступному розділі, досягати максимального рівня в основному і знижуватися в заключному розділі заняття.

Максимальне підвищення серцевих скорочень в основному розділі не повинне перевищувати 50-60 % вихідного рівня. Для індивідуальних занять підбирають спеціальні фізичні вправи, що поліпшують діафрагмальне дихання, що сприяють зміцненню м'язів черевного пресу і зменшенню застою жовчі в жовчних шляхах. Такі вправи хворі повторюють самостійно кілька разів у день.

При хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів у заняття включають гімнастичні вправи для верхніх, нижніх кінцівок, тулуба, м'язів черевного преса і тазового дна, вправи на розслабленні кісткової мускулатури зі снарядами і на снарядах, дихальні, порядкові, стройові й ін.

Вправи з предметами – палицями, гантелями, булавами, набивними м'ячами підсилюють лікувальну дію за рахунок маси предмету, подовження важеля переміщуваного сегмента тіла. Вправи на снарядах (на гімнастичній стінці, ослоні) можуть впливати на функцію органів черевної порожнини в залежності від способу їхнього виконання. Гімнастичні вправи для середніх і великих груп м'язів, верхніх, нижніх кінцівок, тулуба за участю м'язів черевного преса поліпшують кровообіг в органах черевної порожнини, активізують обмінні процеси в тканинах, зміцнюють м'язи черевного преса, нормалізують жовчовиділення, зменшують застій жовчі.

Лікувальне застосування дихальних вправ при захворюваннях печінки і жовчних шляхів може бути спрямовано не тільки на посилення вентиляції і газообміну в легенях, але і на зміцнення основних і допоміжних дихальних м'язів, нормалізацію й удосконалення механізму дихання. Діафрагмальне дихання поліпшує кровообіг в органах черевної порожнини, підсилює перистальтику кишок. Попереміне підвищення і зниження внутрішньочеревного тиску за рахунок глибокого дихання має масажуючий вплив на печінку, зменшує застій жовчі [5].

Широко використовуються вправи на розслаблення м'язів, що сприяють поліпшенню процесів відновлення в працюючих м'язах, нагромадженню енергії і підвищенню їхньої працездатності. Тривале загальне розслаблення супроводжується уповільненням частоти серцевих скорочень, дихання, поліпшенням загального стану. У зв'язку з цим необхідно чергувати динамічні вправи з вправами на розслаблення. Порядкові і стройові вправи у вигляді поворотів, ходьби необхідні для організації занять. Крім того, вони сприяють поліпшенню кровообігу.

Важливим питанням методики лікувальної гімнастики є підбір вихідного положення для найкращого відтоку жовчі. З огляду на анатомічні взаємодії печінки, жовчного міхура і жовчної протоки, мабуть, найбільш вигідним є положення лежачи на лівому боці.

У цьому вихідному положенні пересуванню жовчі з жовчного міхура до його шийки і по міхуревій протоці сприяє скорочення стінок жовчного міхура, проток і сила ваги жовчі. З вихідного положення лежачи на спині виконують спеціальні вправи для м'язів черевного преса і тазового дна за участю нижніх кінцівок і тулуба.

При вихідному положенні лежачи на животі спорожненню жовчного міхура сприяє підвищення внутрішньочеревного тиску.

При хронічних захворюваннях печінки і жовчних шляхів масаж, як додатковий засіб лікувальної фізкультури, можна застосовувати у всіх хворих, яким показані різні види теплового лікування [3]. Масаж живота впливає на нейрогуморальний апарат органів черевної порожнини, поліпшує моторну функцію жовчного міхура і зміцнює м'язи черевної стінки.

Прогулянки на свіжому повітрі рекомендовані видужуючим, як помірний вид фізичного навантаження. Вони добре впливають на нервово-емоційну сферу хворого, впливають на процеси кровообігу, дихання, травлення, обміну, підвищують працездатність. Темп і тривалість прогулянок хворий регулює самостійно.

З огляду на те, що в основі лікувальної дії фізичних вправ лежить процес дозованого тренування, фізичне навантаження хворим необхідно постійно підвищувати. Але це варто робити поступово, оскільки навантаження повинне бути адекватне стану хворого, не підсилювати болю, не викликати втоми і погіршення самопочуття.

Введення ЛФК у комплекс лікування можна здійснити одразу після встановлення діагнозу. Наявність диспептичних явищ у вигляді відчуття важкості в шлунку, відрижки, а також слабкий біль у підребер'я не є протипоказаннями до її застосування.

**Основними завданнями ЛФК при різних періодах хвороби є:**

1. Нормалізація функціонального стану центральної нервової системи і посилення її регулюючого впливу на вищі вегетативні центри.
2. Усунення дистонії вегетативної нервової системи, нормалізація кортико-вісцеральних і вісцеро-вісцеральних рефлекторних зв'язків, порушення в розвитку хвороби.
3. Удосконалення механізмів нейрогуморальної регуляції жовчовиділення.
4. Підвищення м'язового тону і ліквідація слабості м'язів жовчних шляхів.
5. Посилення кровообігу і трофічних процесів в органах у черевній порожнині, зменшення запальних змін у них і інтоксикації організму.
6. Усунення невротичних розладів.
7. Відновлення працездатності хворого.

ЛФК як метод патогенетичної терапії визнана одним з, найважливіших засобів лікування дискінезії жовчних шляхів. Вивчення індивідуальних особливостей хворого і відображення їх у методиці проведення занять дозволяють одержати гарний лікувальний ефект [38].

У підгострий період в умовах напівпостільного режиму рекомендують гімнастичні вправи для великих м'язових груп, кінцівок, полегшені вправи для тулуба, дихальні вправи для тулуба, дихальні вправи (грудного, діафрагмального і змішаного типів), вправи в м'язовому розслабленні, що виконують з різних вихідних положень, ритмічно, у повільному і середньому темпі. Інструктор повинен подавати команду чітко, спокійно і впевнено. Не потрібно вимагати від хворих з підвищеною збудливістю точного виконання завдання на початку занять. Фіксуючи увагу на допущених помилках, необхідно тактовно робити зауваження й одночасно відзначати найменший успіх в освоєнні завдання. Тривалість заняття – 15-20 хв. При використанні вправ для черевного пресу роблять паузи тривалістю 15-30 с.

У майбутньому в умовах вільного режиму, можна включати вправи з гімнастичною палицею, м'ячем в ігровій формі (м'яч у колі з різними способами перекидання естафетні ігри з передачею м'яча та ін). Вправи для кінцівок і тулуба виконують з повним-обсягом руху. Поступово зменшують кількість пауз, їхню тривалість і збільшують кількість повторень вправ. Тривалість занять – 25-30 хв.

Велике оздоровче і профілактичне значення мають щоденні пішохідні прогулянки. Вони можуть являти собою ходьбу (хоча б частина шляху) на роботу чи з роботи і короткі прогулянки перед сном.

Ходьба й оздоровчий біг – прості і природні фізичні вправи, якими можна займатися індивідуально, дотримуючись методичних рекомендацій і періодично проходячи медичний контроль у лікаря. Саме лікуючий лікар вирішує питання про доцільність заняття оздоровчою ходьбою чи бігом.

Ходьбу легко дозувати за швидкістю: дуже повільна – 60-70 кроків у 1 хв (2,5-3 км/год); повільна – 70-90 кроків (3-4 км/год); середня – 90-120 кроків (4-5,6 км/год); швидка – 120-140 кроків (5,6-6,4 км/год); дуже швидка – більше 140 кроків у 1 хв. Оздоровлює тільки досить швидка ходьба не менш 1 год. Якщо займатися тільки однією ходьбою, то оптимальною оздоровчою нормою вважають 1,5-2-годинні прогулянки зі швидкістю 4-5 до 6 км/год тобто в темпі, що викликає частішання пульсу в межах 30-40% резерву серця. Починати слід з повільної ходьби протягом 30 хв, виконуючи її протягом 1-2 тижнів, потім перейти до середнього темпу і збільшити час прогулянки до 45 хв і тільки після попередньої підготовки можна перейти до швидкої ходьби протягом 60 хв, щотижня додаючи до пройденої відстані 300-400 м. У перші 2 міс. не слід прагнути до прогулянок понад 3 км. Кожну прогулянку треба починати і закінчувати в спокійному темпі.

Заняття оздоровчим бігом абсолютно протипоказані при:

- частих загостреннях жовчнокам'яної і нирковокам'яної хвороби;
- гіпертонічної хвороби II-III стадії;
- ожирінні II-III ступеня;
- облітеруючому ендартеріїті;
- глаукомі і прогресуючій короткозорості;
- тотальному остеохондрозі, спондилоартрози, артритих нижніх кінцівок, що супроводжуються болем;
- цукровому діабеті, що не компенсується інсуліном.

При оздоровчому бігу дуже важливо навчитися правильно дихати. Дихання повинно бути як можна вільніше, з акцентом на подовження видиху в порівнянні з тривалістю вдиху. При бігу найважливішим фактором є дозування навантаження по тривалості й інтенсивності. При недостатній інтенсивності і тривалості бігу заняття малоефективні. Підвищення оптимальної інтенсивності і тривалості оздоровчого бігу може спровокувати загострення патологічного процесу.

Із вищенаведеного можна зробити такі висновки:

- виявлення клінічних форм дискінезії визначає диференційований підхід до побудови методики лікувальної фізкультури;

- застосування лікувальної фізичної культури передбачає дію на центральні і периферичні нервові механізми регуляції функцій жовчного міхура, поліпшення кровообігу в черевній порожнині, створення умов для полегшення відтоку жовчі з жовчного міхура (при гіпокінетичній формі), поліпшення функцій кишечника (боротьба з запорами), регрес суб'єктивних проявів захворювання, вплив на організм хворого з метою відновлення і збереження працездатності і підвищення рівня тренуваності;

- при загостренні захворювання навантаження повинне бути зменшене, запроваджений щадний руховий режим, при необхідності аж до напівпостільного, лікувальна гімнастика протипоказана. У фазі ремісії фізичне навантаження збільшується, руховий режим тренуючий;

- в основі методики ЛФК при обох формах дискінезії лежить принцип поступового збільшення фізичного навантаження при дотриманні регулярності процедур.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии. – К.: Здоров'я, 1990. – 288 с.
2. Анохина Г.А. К вопросу о классификации хронических заболеваний желчного пузыря, в кн.: IV всесоюзный съезд гастроэнтерологов. Материалы конферен. – Т.2., Москва-Ленинград, 1990. – С.103.
3. Белая Н.А., Лебедева И.П. Дискінезія желчевыводящих путей // Лечебная физическая культура. – Г.: Медицина, 1998. – С. 157-165.
4. Братолобова Т.И. Психовегетативные нарушения в больных дискінезіей желчевыводящих путей // Клиническая медицина. – 1983. - № 11. – С.133-135.
5. Вардиміани Н.А., Машкова Л.Г. Лечебная физкультура при хронических заболеваниях печени и желчных путей. – Киев. Здоровье, 1985. –С.56.
6. Галкин В.А., Белая Н.А., Лебедева И.П. Роль физических упражнений в реабилитации больных дискінезіями желчных путей // Лечебная физкультура в клинике внутренних болезней в взрослых и детей. – Г., 1975. – С. 195.
7. Гребенев А.Л., Геня Л.П. Опыт проведения холелитической терапии в больных желчекаменной болезнью. Клини. Медицина. 1991. С. 96-99.
8. Григорьев П.С., Рыжиков В.Н. Лечение хронических холециститов и дискінезіи желчных путей. Актуальные вопросы терапии, клинко-инструментальной диагностики и реабилитации: Тезисы научно-практической конференции. – М., 1985, с.18-19.
9. Григорьев П.Я., Яковенко Э.Г. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварение. – Г.: Медицина, 1990 – С. 384.
10. Гриненко М.Ф. Двигательные режимы на разных этапах лечения и восстановление больных заболеваниями органов пищеварение // Межкурортная научно-практическая конференция по лечебной физической культуре / Тезиса докладов. Нальчик, 1979. – С.63-64.
11. Грязных В.А., Ионо В.Г., Кузнецов А.П. и др. Влияние мышечной нагрузки на функции пилорического сфинктера и эвакуацию содержимого желудка // Физиология и патология сфинктерных аппаратов травной системы / Тезиса доклада. Томск, 1984. – С. 66-67.
12. Дедерер Ю.М. Дискінезіи желчевыводящих путей и возможности их ранней диагностики и лечения. Клини. медицина. 1989. С.24-30.
13. Добровольский В.К. Лечебная физкультура в хирургии. – М.: Медицина, 1987. – 236 с.
14. Дружинина Э.И., Конопляник Н.И. Дискінезіи желчных путей у детей раннего века // Педиатрия. – 1983. - № 8. – С. 45-47.
15. Зернов Н.Г., Сашенкова Т.Т., Бокштейн М.Э. Дискінезія желчного пузыря у детей // Педиатрия. – 1983. - № 10. – С. 45-47.
16. Комаров Ф.И., Галкин В.А., Иванова А.И. Сочетанные заболевание органов дуоденохолодохо-панкреатической зоны. – Г.: Медицина, 1983. – С.255.
17. Корнев Н.Л., Корнева Л.Д. Функциональное состояние пилорического гиома при динамических погрузках // Физиология и патология сфинктерных аппаратов травной системы // Тезисов.докл. Томск., 1984. – С.127-129.
18. Куликова Г. и др., Налбандова Э.Б., Лаптев Н.С. Методика и эффективность лечебной физкультуры в бассейне в общем комплексе культурной терапии при гастритах и заболеваниях желчевыводящих путей // Предпатологические и патологические состояния в спорте / Материалы 17-ий Всесоюзной конференции по спортивной медицине. – Л., 26-30 октября, 1981 г. – М., 1981. – С.251-252.
19. Куничев Л.А. Лечебный массаж – Л.: Медицина, 1979. – 215 с.
20. Лобарева В.В., Котричев-Логонова Х.В. Функциональная патология органов пищеварения у детей // Вопрос охраны материнства и детства. – 1980. - № 10. – С.43-46.
21. Лукьянова Э.М. Заболевание желчевыводящих путей // Детская гастроэнтерология. – К.: Здоровье, 1978. – С. 127-189.
22. Ляликова В.Б., Осипова Э.К. Дискінезія желчевыводящих путей у детей. Образ// Педиатрия. – 1985. - № 11. – С. 72-76.
23. Мухін В.М. Фізична реабілітація. - Київ. : Олімпійська література, 2000 р. – 423 с.
24. Мазурин А.В., Запруднов А.М. Состояние сфинктерных аппаратов травной системы у детей с гастроэнтерологической патологией // Педиатрия. – 1987. № 4. – С. 97-102.
25. Мансуров Х.Х., Мансурова Ф.К. О распространении желчекаменной болезни. В кн. IV Всесоюзный съезд гастроэнтерологов // Материалы конферен. – Т.2. – Москва-Ленинград. – С. 172.
26. Мошков М.В. ЛФК в клинике внутренних болезней. –М., 1987. 295 с.
27. Нисевич Н.И. Болезни печени и желчевыводящих путей у детей. – Л.: Медицина. – С. 377.
28. Ногаллер А.М. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. – М.: Медицина, 1989. – 234 с.
29. Пелешук А.П., Передерий В.Г., Свиницкий А.С. Гастроэнтерология. – К.: Здоровье, 1995. – 301 с.

30. Пиманов С.И. Клиническая интерпретация результатов исследование сократимости желчного пузыря // Клиническая медицина. – 1990. – Т.68, № 5. – С.106-110.
31. Плешаков А.А., Перфилова Л.И. О влиянии дозированной нагрузки на работу сфинктера Одди // Физиология и патология сфинктерных аппаратов травной системы / Тезисов.докла. – Томск, 1984. – С.79-80.
32. Саратиков А.С. Желчеобразование и желчевыделение. – Г., 1976. – С.118.
33. Ситниченко Э.П. Эффект дифференцированного лечения при разных типах дискинезии // Современные вопросы диагностики состояния органов пищеварение / Работы Пермского мединститута. 1980. – Вып. 2. – С. 75-79.
34. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта / 3-й Всесоюзный съезд гастроэнтерологов. – Г.-Л., 1984. – Т.11. С.490.
35. Хрущев С.В., Фонарев М.И. Основные принципы лечебной физкультуры в педиатрии // Вопрос охраны материнства и детства. – 1984. – Т.29, № 12. С.3-6.
36. Щупкова С.И. Значение лечебной физкультуры при комплексной терапии больных холециститом / Работы молодых ученых медиков Узбекистана. – Т.1. – Ташкент, 1972. – С.41-43.
37. Ялмодинов Р.П., Мякишев Л.С. Факторы риска в развития заболеваний желчевыводящей системы у детей // Вопрос охраны материнства и детства. – 1988. - № 2. – С.75.
38. Яковлева Л.А. Лечебная физкультура при хронических заболеваниях органов брюшной полости. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – К.: Здоровье, 1975. – 94 с.: илл.
39. Nogaller A.M. Allergic syndrome in chronic cholecystitis and colitis, the efficiency of specific hypersensitivity with microbic allergen. Allergy in cholecystitis and colitis /A.M. Nogaler, A.G. Maligin, T.K. Averina.Dt.z. Verda. Stoffwechselkr., 1982, 42, 2/3, 70-78. Bibliogr.: 77-78.
40. Pauletzki J., Althaus R., Holl J., Sackman V., Paumgarther G. Galdlader Stones // Gastroenterology.- 1996.- 111.- P. 765-771.

**O.I. ALEKSEEV, V.M. FIL**

### **REDUCTION TREATMENT BY METHODS OF A PHYSICAL AFTERTREATMENT OF DYSKINESIAS BILE EXCRETORY OF A SYSTEM**

The dyskinesias of cholic bladder and sphincters of cholic passages demand the differentiated pathogenetic approach to treatment with allowance for such as a dyskinesia and condition of organs gastroroduodenal of a zone. The modern system of an aftertreatment at chronic diseases will be realised through formation of an able-bodied mode of life and motor performances. The systematic occupations by medical physical culture enable to influence a condition of all organism, raising general functionability, and on the pathological locus, reducing its activity.

Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка

Дата поступлення: 12.03. 2008 р.