

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини,
фізичного виховання і здоров'я

Терапевтичні вправи

Тема 12. ВИКОРИСТАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Методичні рекомендації для самостійної роботи
студентів II курсу медичних факультетів
спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»

Запоріжжя

Актуальність. Захворювання органів травлення мають широке розповсюдження та велике соціальне значення. У зв'язку з нераціональним харчуванням, шкідливими звичками та екологією, захворювання органів травлення на сьогоднішній день стають одними з найпоширеніших недуг. По поширеності, як і по смертності, вони займають третє місце серед хвороб. Тільки за останні роки в Україні кількість людей, які страждають різними захворюваннями шлунку та кишечника, зросла в кілька разів. На захворювання органів травлення хворіють як діти так і люди працездатного віку. І все частіше пацієнти звертаються за медичною допомогою із запущеними випадками, що в подальшому може призвести до інвалідизації.

Зміст

1. Клініко-фізіологічне обґрунтування використання фізичних вправ при захворюваннях органів травлення.
2. ТВ при гастриті.
3. ТВ при виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки.
4. ТВ при хворобі кишечника.
5. ТВ при холециститі та жовчнокам'яної хворобі.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Козубенко Ю.Л. Лікувальна фізична культура: навч.-метод. посіб. / Ю.Л. Козубенко, М.А. Буц. – Переяслав-Хмельницький (Київ. обл.), 2017. - 170 с. – С. 52-65.

Допоміжна:

1. Основи фізичної реабілітації / А. Магльований, В. Мухін, Г. Магльована. – Львів, 2006. – 150 с.
2. Соколовський В.С. Лікувальна фізична культура: підручник / В.С. Соколовський, Н.О. Романова, О.Г. Юшковська. – Одеса, 2005. – 234 с. – С. 84-98.

1. Клініко-фізіологічне обґрунтування використання фізичних вправ при захворюваннях органів травлення.

Захворювання органів травлення займають одне з перших місць у структурі загальної захворюваності.

Вони часто виникають у людей найбільш працездатного віку, викликають тривалу тимчасову непрацездатність, нерідко призводять до інвалідності.

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

Причиною захворювань може бути:

- ✓ порушення регулюючої функції ЦНС;
- ✓ часті стреси;
- ✓ нерегулярне і неякісне харчування;
- ✓ інтоксикація;
- ✓ паління, зловживання алкоголем;
- ✓ інфекція;
- ✓ слабкість м'язів живота.

Загальними проявами захворювань органів травлення є біль, печія, відрижка, нудота, блювота, пронос, закріп, зміни апетиту, підвищена дратливість.

Захворювання мають *хронічний перебіг із загостреннями і ремісіями*.

Захворювання органів травлення лікують комплексно:

- ✓ медикаментозно;
- ✓ дієтотерапією;
- ✓ вживанням мінеральних вод;
- ✓ психотерапією;
- ✓ застосовують фізичну реабілітацію.

2. ТВ при гастриті.

Гастрит проявляється у вигляді запального процесу, під час якого головним чином уражається слизова оболонка шлунку.

Залежно від особливостей перебігу розрізняють *гастрити*:

- *гострий*;
- *хронічний*.

Гострий гастрит може мати різне походження.

Численні етіологічні *фактори гострого гастриту можна поділити* на:

- *екзогенні*;
- *ендогенні*.

До екзогенних факторів належать:

- ✓ вживання дуже гарячої, грубої їжі з великою кількістю спецій;
- ✓ вживання великої кількості алкоголю;
- ✓ недоброякісної їжі, інфікованої мікроорганізмами;
- ✓ ліків(ацетилсаліцилової кислоти, кортикостероїдних гормонів тощо).

До ендогенних факторів належать:

- ✓ алергічна схильність організму;
- ✓ інфекційні захворювання – грип, кір, хронічна ниркова недостатність;
- ✓ опікова хвороба.

Наслідками хвороби є ушкодження поверхневого шару епітелію та залозистого апарату слизової оболонки шлунку і розвитку в них запальних процесів.

Залежно від етіологічного фактору, запальний процес може обмежуватися поверхневим епітелієм слизової оболонки або поширюватись на всю товщу залозистого апарату і навіть м'язовий шар.

Гострий гастрит поділяють на:

- *катаральний*;
- *токсикоінфекційний*;

➤ **корозивний.**

Перші симптоми **гострого катарального гастриту** (нудота, блювання їжею з домішками слизу, жовчі, біль в епігастрії, субфебрильна температура) виникають через 6-8 год після дії на слизову шлунку патогенного фактору.

При захворюваннях, *спричинених інфекційними збудниками*, спостерігається виразна клінічна картина. У цих випадках спостерігається висока температура (до 39°C і вище) з ознобами, додаються явища інтоксикації, зростає зневоднення організму. Зменшується кількість сечі. Під час огляду шкіра та видимі слизові оболонки бліді, язик обкладений сіро-білим нальотом. Пульс, як правило, буває швидким, артеріальний тиск дещо знижений, у тяжких випадках може розвинутися колапс. Живіт втягнутий, під час пальпації виявляється болючість у надчревній ділянці. В аналізах крові спостерігається підвищення вмісту еритроцитів і гемоглобіну, іноді наявний нейтрофільний лейкоцитоз. У шлунковому вмісті багато слизу, секреторна та кислотоутворювальна функції можуть бути як пригніченими, так і посиленими. Моторні розлади проявляються спазмами, гіпотонією шлунку. Гострий період за умови своєчасно розпочатого лікування триває 23 дні.

Гострий токсикоінфекційний гастрит розвивається при деяких гострих інфекційних захворюваннях (грип, кір, висипний тиф, скарлатина, дифтерія, пневмонія), коли слизова оболонка шлунку ушкоджується гематогенним шляхом. У цьому випадку характерними симптомами є диспептичні явища (втрата апетиту, нудота, блювання), зниження секреторної функції шлунку.

При **гострому корозивному гастриті**, який виникає від потрапляння у шлунок сполук, здатних глибоко ушкоджувати його тканини (кислоти, луги (*щелочь*)), виникає біль у роті, вздовж усього стравоходу, в надчревній ділянці. Майже одночасно спостерігаються рясна салівація (надмірне виділення слини), блювання буруватою рідиною, іноді з домішкою ясно-червоної крові. Відповідно до запаху блювотних мас інколи можна

визначити, чим спричинене отруєння. Перебіг корозивного гастриту тяжкий, його несприятливий кінець може бути пов'язаний із розвитком шоку або прогресуванням явищ перитоніту.

Лікування. Терапію хворих на гастрит починають з промивання шлунку і кишечника (при алкогольній та іншій інтоксикаціях) і призначення антибактеріальної терапії (при підозрі на інфекційну природу захворювання) й абсорбуючих речовин (активоване вугілля, біла глина), спазмолітиків (ношпа). При зневодненні організму застосовують парентеральне введення ізотонічного розчину та 5%-го розчину глюкози. Під час проведення комплексної терапії важливе значення має лікувальне харчування. Протягом перших 12 днів хворим слід утримуватись від вживання їжі, але дозволяється пиття невеликими порціями, за потреби призначають парентеральне харчування. Починаючи з третього дня лікування, можна поступово розширити дієту і застосовувати обволікаючі, в'язучі препарати (препарати вісмуту та ін.).

Хронічний гастрит об'єднує різні за морфологією, етіологією та патогенезом запальні ураження слизової оболонки шлунку. Захворювання характеризується морфологічними змінами у слизовій оболонці шлунку – неспецифічним хронічним запаленням (дифузним або вогнищевим) і явищами дегенерації, структурної перебудови з прогресуючою атрофією оболонки. Морфологічні зміни супроводжуються різноманітними секреторними порушеннями й різними клінічними ознаками.

ТВ при гастриті призначається з метою:

- ✓ відновлення нервово-гуморальної регуляції травлення;
- ✓ нормалізації секреторної та рухової функції шлунку;
- ✓ поліпшення кровообігу в черевній порожнині;
- ✓ зміцнення м'язів черевного пресу.

Під час інтенсивної м'язової роботи протікають різні біохімічні реакції, що сприяють *прискоренню обміну речовин, енергії і кисню в клітинах*. Завдяки цьому *пошкоджені клітини активно замінюються на нові*, процес

одужання проходить швидше, *знижується ризик переходу гастриту в хронічну форму*. Заняття ТВ також сприятливо впливають на серцево-судинну і дихальну системи.

Як правило, ***перші заняття*** призначаються *після закінчення 10 днів* від початку захворювання.

Комплекс вправ, їх інтенсивність і навантаження призначається з *урахуванням особливостей перебігу гастриту*. Загально відомо, що виділення шлункового соку знижується зі збільшенням навантаження і тривалості занять.

ТВ при гастриті зі зниженою кислотністю:

- комплекс складається з нескладних вправ, які потрібно виконувати в помірному темпі;
- кількість вправ збільшується поступово;
- основний акцент робиться на вправах для зміцнення черевного пресу і вироблення черевного дихання;
- тривалість занять становить близько 30 хвилин.

ТВ при гастриті з підвищеною кислотністю:

- комплекс відрізняється більш складними з координації вправами з поступово зростаючим навантаженням;
- вправи для черевного пресу зводяться до мінімуму!

Рекомендуються заняття з плавання, катання на ковзанах і лижах. Корисні також спортивні рухливі ігри з м'ячем і різні естафети. Вони забезпечують не тільки повну фізичне навантаження на організм, але і покращують психоемоційний стан.

Рекомендується виконувати наступні вправи:

Вихідне положення (В.П.)	Виконання вправ	Дозування	Завдання і методичні рекомендації
стоячи	В.п. – о.с.: 1-2 – ліва в сторону на носок, нахил тулубу назад, руки за голову, вдих; 3-4 – в.п., видих; 5-8 – теж правою.	8-10 раз	Темп повільний, амплітуда руху максимальна, коліна прямі, голови не закидати назад.
стоячи	В.п. – стійка ноги нарізно: нахил, руки вперед, розслабити плечі та руки, рухи вправо-вліво.	1 хв.	Темп повільний, амплітуда руху максимальна, коліна прямі, м'язи рук і плечей розслаблені, дихання довільне.
сидячи	В.п. – упор сидя позаду: 1-2 – сид зігнув ноги, з захопленням руками, видих; 3-4 – в.п., вдих.		Темп повільний, амплітуда руху максимальна, дихання не затримувати.
стоячи на колінах	В.п. – упор стоячи на колінах: 1 – ліву випрямити назад, праву руку вгору, вдих; 2 – в.п., видих; 3-4 – теж іншою ногою та рукою.	4-6 раз	Темп повільний, не прогинатися у попереку, нога й рука утворюють паралельну лінію до підлоги.
лежачи	В.п. – лежачи на спині: 1-2 – правую підняти, руки вперед, вдих; 3-4 – зігнуту праву, руками прижати до животу, нахил голови, видих; 5-6 – правую випрямити, руки вперед, вдих; 7-8 – в.п.; 9-16 – теж лівою.	4-6 раз	Темп повільний, амплітуда руху максимальна, дихання не затримувати., вільна від вправи нога – пряма, таз та попереки від підлоги не відривати.

3. ТВ при виразковій хворобі шлунку та дванадцятипалої кишки.

Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки – це хронічне захворювання, характерною ознакою якого є утворення виразок у ділянках травного тракту (шлунок, проксимальна частина дванадцятипалої кишки), що контактують з активним шлунковим соком.

Причини. Серед етіологічних факторів, які призводять до розвитку виразкової хвороби, виділяють фактори:

- *екзогенні;*
- *ендогенні.*

До екзогенних факторів належать:

- ✓ погане харчування;
- ✓ шкідливі звички (паління, вживання алкоголю);
- ✓ нервовопсихічні перевтоми;
- ✓ професійні фактори;
- ✓ лікарські впливи.

Виникненню виразки сприяють досить гостра їжа, нерегулярне та поспішне її вживання.

Доведено, що паління спричинює зниження кровопостачання до внутрішніх органів та має прямий цитотоксичний ефект на слизову оболонку шлунка.

Досить тривалий час нервово-психічні розлади вважали провідними факторами виникнення захворювання, тобто виразкову хворобу визначали як своєрідну хворобу «негативних емоцій». Часто виразкова хвороба спостерігається в осіб, на яких впливають психоемоційні та фізичні перевантаження в сполученні з неповноцінним харчуванням.

Значення пошкодження слизової оболонки шлунку можливе деякими ліками (аспірин, кортикостероїди, антибактеріальні засоби та ін.).

Ендогенними факторами виникнення виразки є:

- ✓ спадковість;

- ✓ вік;
- ✓ хронічний гастрит, гіперпродукція соляної кислоти і пепсину, порушення шлунково-кишкової моторики.

У хворих на виразку спадковість є причиною хвороби у 40% випадків. Частіше виразкова хвороба буває у чоловіків, ніж у жінок (4:1), адже доведено, що жіночі статеві гормони захищають організм від виразкоутворення. Безумовно ці фактори відіграють важливу роль у формуванні виразкових уражень, однак вони не є провідними.

Нині у багатьох країнах світу провідними факторами виникнення виразки вважають гіперпродукцію хлороводневої кислоти та бактерію *Helicobacter pylori*. Усунення цих факторів приводить до найкращих результатів у клінічній практиці.

У лікарняний період ТВ призначають *після стихання гострих проявів* захворювання.

Протипоказані ТВ при значних болях, багаторазовому блюванні, постійній нудоті, кровотечі, підозрі на прободіння виразки.

Завдання ТВ:

- ✓ нормалізація тону ЦНС та кортико-вісцеральних взаємовідносин,
- ✓ поліпшення психоемоційного стану;
- ✓ активізації крово- і лімфообігу, обмінних і трофічних процесів шлунку, дванадцятипалій кишці та інших органах травлення;
- ✓ стимуляція регенеративних процесів і прискорення загоєння виразки;
- ✓ зменшення спазму м'язів шлунку;
- ✓ нормалізація секреторної і моторної функцій шлунку і кишечника;
- ✓ попередження застійних явищ та спайкових процесів у черевній порожнині.

Особливості використання ТВ у I період під час постільного режиму:

- комплекс вправ проводиться, переважно, у положенні лежачи на спині;

- комплекси складають з дихальних статичних і, у наступному, динамічних вправ, на розслаблення;
- простих гімнастичних вправ малої інтенсивності;
- *виключають* вправи для м'язів живота і ті, що підвищують внутрішньочеревний тиск і можуть викликати або підсилити біль у животі;
- рухи ногами виконуються у повільному темпі, повторюються по 4-8 разів;
- тривалість лікувальної гімнастики 10-15 хв.;
- рекомендується самостійно виконувати статичні дихальні вправи і вправи на розслаблення по кілька разів на день.

Із призначенням **напівпостільного режиму** до **ТВ** додаються:

- ранкова гігієнічна гімнастика,
- лікувальна ходьба, що поступово доходить до 1 км;
- ТВ проводиться у вихідних положеннях лежачи, сидячи, в упорі стоячи на колінах, стоячи;
- методика передбачає поступове навантаження на всі м'язи, за виключенням м'язів живота.
- *не застосовуються* також вправи, що можуть призвести до підвищення внутрішньочеревного тиску;
- зберігається повільний темп виконання вправ, ритмічні і плавні рухи;
- тривалість занять ТВ збільшується до 20 хв.

У **II період** під час **вільного режиму** до **ТВ** додаються:

- разом з подальшим ускладненням гімнастичних вправ із зростаючим зусиллям починають застосовувати вправи для живота без натужування;
- *уникати* підвищення внутрішньочеревного тиску;
- тривалість ТВ 20-25 хв.;
- дистанція лікувальної ходьби збільшується до 2-3 км рекомендується ходьба по східцях на 4-5 поверх.

У післялікарняний період реабілітації ТВ використовують за III періодом. **Завдання ТВ:**

- ✓ стабілізація нормальної діяльності ЦНС та вегетативної нервової системи;
- ✓ підтримання досягнутого рівня моторної і секреторної діяльності шлунку, дванадцятипалої кишки та інших відділів шлунково-кишкового тракту;
- ✓ зміцнення м'язів живота та промежини, адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру;
- ✓ загальне зміцнення організму, попередження загострень та максимальне подовження фази ремісії.

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

Комплекси ТВ складаються:

- з вправ для всіх м'язових груп;
- з предметами;
- з невеликими обтяженнями;
- на координацію;
- рухи виконують у повільному і середньому темпі, з повною амплітудою; дозволяються вправи для живота з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з дихальними і наступним розслабленням;
- тривалість заняття 30-40 хв.

При виконанні ТВ можна коригувати вправи.

Також рекомендується виконувати вправи через 2 години після їжі, не забуваючи про те, що навантаження повинне бути посильним для хворого.

Фізичні вправи необхідно виконувати в добре провітрюваному приміщенні, по можливості з відкритою кватиркою, але не на протязі. Приплив свіжого повітря в легені збільшить постачання крові киснем, що,

безсумнівно, відіб'ється на поліпшенні обміну речовин, зміцненні емоційного стану та буде дієвим чинником у боротьбі з недугою.

4. ТВ при хворобі кишечника.

Серед захворювань кишечника частіше всього зустрічаються:

- **коліт** – запалення слизової оболонки товстого кишечника;
- **ентерит** – запалення слизової оболонки тонкого кишечника;
- **ентероколіт** – запалення слизової оболонки всього кишечника.

Ці запальні процеси можуть мати *гострий та хронічний* характер.

Причини їх виникнення різноманітні. Головна причина – попадання в шлунково-кишковий тракт хвороботворних мікроорганізмів (дизентерійної палички, сальмонели, лямблій).

Важливе значення в розвитку **хронічного коліту** має секреторна недостатність шлунку, підшлункової залози та тонкого кишечника. Іноді в основі розвитку коліту лежить нервово-рефлекторний механізм. При цьому різні захворювання шлунку, жовчних шляхів та органів малого тазу можуть рефлекторно викликати спазми, сприяти застою кишкового вмісту і запаленню слизової оболонки кишечника.

Виникненню коліту можуть сприяти порушення режиму харчування та малорухливий спосіб життя.

Характерними ознаками коліту є біль переймоподібного характеру, проноси, рідше – запори.

Хворих колітом лікують дієтичним харчуванням, протизапальними препаратами, мінеральними водами, засобами лікувальної фізичної культури.

Важливу роль в успіху лікування фізичними вправами відіграє **правильний вибір вихідних положень!!!** – у залежності від періоду занять і рухового режиму.

При **спастичному коліті** (проявляється у вигляді спазмів) на **постільному режимі (I період)** занять застосовуються положення:

- *лежачи на спині з зігнутими ногами;*
- *стоячи на колінах.*

Такі положення *сприяють* розслабленню м'язів передньої черевної стінки і сприятливо впливають на внутрішньокишковий тиск.

Протипоказані фізичні вправи у В.П.:

- ❖ **стоячи**, так як навантаження в такому випадку сприяє підвищенню тонуsu кишкової мускулатури;
- ❖ **лежачи з підніманням і опусканням прямих ніг** та інші вправи для м'язів черевного преса, оскільки вони посилюють спастичні явища в кишечнику.

При поліпшенні загального стану хворого і загасання болю починається ***II період*** занять лікувальною фізичною культурою:

- ✓ загальнорозвивальні і спеціальні вправи виконуються в повільному і середньому темпі в усіх вихідних положеннях;
- ✓ акцент робиться на вправи для розслаблення;
- ✓ масаж.

При **атонічному коліті** (втрата тонуsu кишечника, наявність закрєпів) у ***I періоді*** занять рекомендується:

- ✓ виконувати вправи зрізних вихідних положень;
- ✓ зі значним навантаженням, силовими елементами;
- ✓ *слід дотримуватися* принципів поступового збільшення навантаження, диференційованого підходу до вибору гімнастичних вправ, враховувати реакції хворого на виконувані вправи.

У ***II періоді*** занять значно розширюється коло загальнозміцнюючих і спеціальних вправ. Рекомендується часта зміна вихідних положень.

У фазі ремісії (***III період***) включаються вправи зі снарядами, спеціальні вправи для черевного пресу, дозована ходьба.

Методика використання ТВ **при ентериті й ентероколіті** залежить від фази захворювання і будується аналогічно схожій методиці при *гастриті та коліті*.

Характерним *симптомом* багатьох захворювань кишечника є *закрепи* – тривала затримка випорожнення кишечника.

Розрізняють закрепи:

- ***атонічні*** (розвиваються в результаті ослаблення м'язового шару кишечника);
- ***спастичні*** (зумовлені тривалим скороченням циркулярних м'язових волокон).

Розвитку закрепів може сприяти:

- ✓ зниження фізичної активності,
- ✓ перенапруження нервової системи,
- ✓ одноманітна їжа,
- ✓ надходження в організм деяких токсичних речовин.

Закрепи слід розглядати як загальне захворювання цілого організму. При цьому хворі *скаржаться* на загальну слабкість, головні болі, зниження працездатності, ослаблення пам'яті.

Закрепи *сприяють* розвитку застійних явищ і розширенню вен прямої кишки, тому можуть бути однією з причин, що викликають геморой.

При ***закрепах спастичного характеру*** хворим, які перебувають на ***постільному режимі***, спочатку рекомендується використовувати щадний вплив фізичних вправ, що сприяють нормалізації рухової функції. На тлі загальнорозвиваючих вправ широко вводяться спеціальні вправи з діафрагмальним диханням (з рухами і без рухів), вправи на розслаблення.

При переведенні хворих на ***напівпостільний режим (II період)*** у заняття більш широко включаються вправи для м'язів черевного пресу, але без напруження.

У заняттях з хворими, що страждають ***атонічними закрепками***, при ***постільному режимі (I період)***, крім вправ загальнорозвиваючого характеру, застосовуються спеціальні вправи, що сприяють посиленню перистальтики кишечника: вправи для м'язів черевного пресу і тазового дна

в поєднанні з глибоким масажем живота. Тривалість занять лікувальною гімнастикою становить 15–20 хв.

У *II періоді* занять включається велика кількість вправ для м'язів черевного пресу і тазового дна з глибоким діафрагмальним диханням. Рекомендують часту зміну вихідних положень, нахили, повороти, стрибки, біг. Тривалість занять збільшується до 30 хв.

У *III періоді*, крім ТВ рекомендуються пішохідні і лижні прогулянки, гра у волейбол і теніс, плавання, веслування.

5. ТВ при холециститі та жовчнокам'яної хвороби.

Холецистит – запалення жовчного міхура.

Холецистит може протікати як гостро, так і хронічно.

Жовчні камені(жовчні конкременти) – це прояв жовчнокам'яної хвороби, в поняття якої входить весь комплекс хворобливих чинників і процесів, що протікають в організмі людини і викликають утворення каменів у жовчних шляхах.

Розміри каменів бувають різними – від піщинок (пісок) до декількох сантиметрів.

Конкременти можуть мати різну міцність – від дуже міцних до тендітних, які розсипаються при натисканні пальцем або можуть бути м'якими, просоченими жовчю у вигляді «глини», «замазки».

Поверхня каменів може бути рівною, полірованої або з тріщинами і шипами.

Найчастіше жовчні камені утворюються в жовчному міхурі – калькульоз жовчного міхура або холелітіаз, рідше – в жовчних протоках печінки – холедохолітіаз.

Кількість конкрементів у жовчних шляхах може бути теж різною – від одного до декількох десятків і навіть сотень. Але досить одного конкременту, щоб викликати важкі ускладнення цієї хвороби. Причому дрібні камені більш

небезпечні. Потрапляючи в фізіологічні звуження жовчних проток вони можуть застрягати, викликаючи механічні перешкоди.

Причина утворення каменів жовчного міхура. Немає єдиної теорії, яка повністю пояснює причини і механізми утворення жовчних каменів. Виокремлюють такі причини як:

- ✓ порушення обміну речовин;
- ✓ запальні зміни стінки жовчного міхура;
- ✓ застій жовчі в жовчних шляхах та ін.

Утворення жовчних каменів розглядають як ускладнення захворювань обміну речовин. Частіше на камені страждають жінки. Спосіб життя теж впливає на виникнення жовчнокам'яної хвороби: переїдання, мала рухливість, особливо при сидячій роботі, нерегулярне харчування, ожиріння; у жінок – вагітність, закрепи.

Найчастіше камені утворюються в жовчному міхурі, адже в ньому жовч затримується довше, ніж у печінкових протоках. Вони можуть знаходитися в ньому не порушуючи, або майже не порушуючи, його функції і не викликаючи суб'єктивних розладів тривалий час. Людина може взагалі не знати, що у неї є камені в жовчному міхурі.

Перебуваючи в жовчному міхурі камені можуть викликати його розширення або спазм. Дані явища супроводжуються короткочасними або тривалими нападами болю різної інтенсивності під правою реберною дугою.

Якщо в стінці жовчного міхура не розвивається запалення, то біль проходить без помітних наслідків. Такі порушення функцій жовчного міхура часто називають – **жовчними, печінковими коліками**. Однак, камені сприяють не тільки функціональним розладам, але можуть викликати і запальні зміни в жовчному міхурі та сусідніх органах. Зокрема, камені можуть травмувати стінки міхура, створюючи передумови до травматичного і мікробного запалення.

Якщо разом з потоком жовчі з жовчного міхура через його протоки проштовхуються камені, то останні в кращому випадку просто ускладнюють

відтік жовчі, а в гіршому застрягають в протоці, блокуючи вихід (і вхід) з міхура.

У будь-якому випадку створюються умови для застою жовчі, що веде до прогресування запалення, яке може розвиватися різними темпами (від кількох годин до кількох діб). У цьому випадку має місце гостре запалення жовчного міхура – **холецистит**.

Біль різної інтенсивності у правому підребер'ї часто віддає під праву лопатку, між лопаток, в праву ключицю і може навіть відчуватися там сильніше, ніж під ребром.

При жовчних, печінкових коліках, біль триває від декількох хвилин до декількох годин і потім повністю проходить.

При гострому запаленні жовчного міхура – від декількох годин і більше (доба, тиждень). Характерним, але не обов'язковим є підвищення температури вище 37⁰ С.

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

ТВ призначають після стихання гострих проявів захворювання у постільному чи напівпостільному режимі за **I періодом**, а у подальшому – **II періодом**.

ТВ **протипоказані** при:

- значних болях,
- частих нападах жовчнокам'яної хвороби,
- загостренні супутніх захворювань травної системи.

Завдання ТВ:

- ✓ зменшення і ліквідація запального процесу;
- ✓ усунення застою і порушень відтоку жовчі, сприяння виведенню дрібних камінців;
- ✓ покращання крово- та лімфообігу і трофічних процесів у печінці та інших органах травлення;
- ✓ зміцнення м'язів живота, активізація функцій травної системи;

- ✓ нормалізація діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи, підвищення загального тону організму.

Методику проведення ТВ будують з урахуванням анатомо-топографічного розташування печінки, жовчного міхура і протоку, форми дискінезії жовчовивідних шляхів та інших чинників. Насамперед це стосується *вихідних положень, що найбільш вигідні для відтоку жовчі.*

Найкращими є положення на лівому боці, в упорі стоячи на колінах, при яких жовч у міхурі вільно переміщується під впливом сили ваги в сторону вивідного протоку і дванадцятипалої кишки.

Випорожнити жовчний міхур можна і з положення лежачи на животі за рахунок пресорної дії на нього, що є наслідком підвищення тиску в черевній порожнині. Такого результату можна досягнути і в *положеннях сидючи та стоячи, застосовуючи нахили, повороти тулуба у сполученні з рухами кінціvkами, а також використовуючи вправи для м'язів живота і дихальні.*

Останні у сполученні з уповільненням дихальних рухів на вдиху і видиху допомагають зменшити диспептичні явища (нудота, відрижка) та больові відчуття.

Застосовують В.П. *лежачи на правому боці*, що сприяє посиленню масуючої дії діафрагми на печінку та покращенню кровообігу в ній.

Наявність та характер **дискінезії жовчних шляхів** теж впливає на побудову методики занять ТВ.

Дискінезію жовчних шляхів розрізняють:

- *гіпокінетичну* (атонічну) форму порушення скоротливості жовчного міхура;
- *гіперкінетичну* (спастичну).

Це визначає добір і особливості виконання вправ та навантаження у заняттях ТВ, що, в основному, ідентичні тим, які застосовуються у хворих на хронічний коліт з атонічними і спастичними запорами у I та II періоди ТВ.

Однак у хворих з дискінезією жовчних шляхів *тривалість занять* дещо більша за рахунок збільшення часу для відпочинку (2-3 хв), що сприяє виділенню жовчі з жовчного міхура.

Перед проведенням ТВ хворим слід:

- надавати пасивний відпочинок 5-7 хв;
- рекомендується *прогрівати ділянку печінки*, що стимулює випорожнення жовчного міхура під час занять фізичними вправами.

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

ТВ використовують за ***III періодом***. Їх ***завдання:***

- ✓ нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції функцій печінки та жовчовивідної системи;
- ✓ попередження дискінезій і загострення захворювання, максимальне подовження ремісії;
- ✓ стимулювання обміну речовин, крово- та лімфообігу у черевній порожнині, моторно-екскреторної функції шлунка і кишечника;
- ✓ зміцнення м'язів живота та тазового дна, загальне зміцнення організму;
- ✓ адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру.

Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезитерапію, теренкур, піші прогулянки, лижні, катання на велосипеді, ковзанах, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри.

Комплекси ТВ складають із:

- ✓ загальнорозвиваючих і спеціальних вправ – дихальних, на розслаблення, дренажних, для м'язів живота;
- ✓ у методиці занять зберігаються особливості виконання вправ та навантаження, як і у попередні періоди ТВ, в іншому вони, практично, мало чим відрізняється від тих, що використовують при хронічних колітах з відповідними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечника.

Питання для самоконтролю

1. Обґрунтуйте з клініко-фізіологічних позицій необхідність застосування терапевтичних вправ при захворюваннях органів травлення.
2. Назвіть причини та симптоми захворювань органів травлення.
3. Які вправи належать до спеціальних при захворюваннях органів травлення?
4. Яке значення має вибір вихідного положення при використанні терапевтичних вправ при захворюваннях органів травлення?
5. Охарактеризуйте особливості при складанні комплексів терапевтичних вправ при гострій та хронічній формі гастриту.
6. Особливості методики застосування терапевтичних вправ при хронічних гастритах залежно від секреторної функції шлунку.
7. Методика використання терапевтичних вправ при хронічному холециститі залежно від режиму рухової активності хворого.
8. У чому полягають відмінності занять терапевтичними вправами при різних хворобах кишечника?
9. Перелічіть завдання терапевтичних вправ при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки. У яких випадках протипоказане застосування терапевтичних вправ при даній патології?
10. Охарактеризуйте особливості методики занять терапевтичними вправами у лікарняному та після лікарняному періодах при холециститі та жовчнокам'яній хворобі.