**ЗМІСТ**

Вступ

Розділ 1. Загальна характеристика хронічних гепатитів

.1 Етіологія і патогенез хронічних гепатитів

.2 Класифікація і клінічна характеристика хронічних гепатитів

.3 Основні підходи до медикаментозного і відновлювального лікування хронічних гепатитів

Розділ 2. Механізм лікувальної дії фізичних вправ при хронічних гепатитах

Розділ 3. Мета, завдання, засоби, методи і методики лікувальної фізичної культури при хронічних гепатитах на поліклінічному етапі фізичної реабілітації

Розділ 4. Охорона праці в роботі фахівців з фізичної реабілітації. Невідкладні стани

Висновки

Практичні рекомендації

Список використаних джерел

**ВСТУП**

Реабілітація хворих з хронічними запальними ураженнями печінки є складною і актуальною проблемою, вирішення якої можливе за участю фахівців різного профілю, в тому числі і фахівців в області лікувальної фізичної культури. Актуальність проблеми обумовлена значним зростанням захворюваності на хронічні гепатити, зумовленими значною поширеністю вірусних уражень печінки, згубним впливом хронічного впливу алкоголю, порушенням харчування і способу життя населення. Вони вражають осіб молодого і середнього віку, схильні до хронізації і тривалої втрати працездатності. У зв'язку з цим, проблема носить не тільки медичне значення, а й має виражені соціально-економічні наслідки.

Відомо, що одним з основних принципів лікування і реабілітації гепатологічних хворих є обмеження медикаментозного навантаження на печінку в зв'язку зі зниженням в ній активності основних метаболічних систем. Це положення поряд з загальновідомими ускладненнями медикаментозної терапії в значній мірі обмежує можливість її застосування і визначає актуальність пошуку немедикаментозних методів реабілітації хворих з захворюваннями печінки. Встановлено сприятливу дію природних і преформованих фізичних факторів на відновлювальні процеси в печінці, а також систему імунітету і природні механізми регуляції в цілому. Найбільш адекватними і біологічними подразниками, що стимулюють імунну та природні механізми регуляції організму хворих є фізичні вправи.

Відновлювальне лікування гепатологічних хворих повинно бути комплексним і включати раціональний руховий режим, збалансовану дієту, внутрішній і зовнішній прийом мінеральних вод малої мінералізації, кліматолікування, використання апаратної фізіотерапії. Подібний комплекс реабілітаційних заходів сприяє зменшенню активності запалення, залишкових проявів цитолізу і холестазу, відновленню функціонального стану печінки, зменшення клінічних проявів захворювання, відновленню жовчовиділення і желчеобразования, а також нормалізації імунного гомеостазу.

**Мета роботи** - охарактеризувати засоби фізичної реабілітації, які доцільно застосовувати в комплексі реабілітаційних заходів у хворих з хронічним гепатитом на поліклінічному етапі.

**Завдання роботи:**

1. Вивчити спеціальну сучасну літературу з фізичної реабілітації осіб, які страждають на хронічний гепатит.

. Дати етіопатогенетичну і клінічну характеристику хронічних гепатитів.

. Розглянути диференційний підхід до застосування засобів лікувальної фізичної культури та визначити її роль у фізичній реабілітації хворих, які страждають на хронічний гепатит.

. Розробити комплекси фізичних прав лікувальної гімнастики для пацієнтів з хронічними гепатитами на поліклінічному етапі у залежності від режимів руху.

**Практична і теоретична значущість.** Представлені в роботі методики лікувальної гімнастики для хворих з хронічним гепатитом можуть бути використані в лікувально-профілактичних закладах, а також в навчальному процесі для підготовки фахівців з фізичної реабілітації з дисципліни «Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів».

**Обсяг і структура роботи.** Робота написана на ??? сторінках комп'ютерної верстки і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (27). У роботі представлені комплекси лікувальної гімнастики (3), таблиці (4).

**РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ**

**.1 Етіологія і патогенез хронічних гепатитів**

гепатит лікувальний фізичний реабілітація

Хронічний гепатит - дифузне запально-дистрофічне ураження печінки, що виникає внаслідок перенесених інфекційних захворювань, інтоксикації організму різними отруйними і лікарськими речовинами, тривалого зловживання алкоголем та ін. Терміном хронічний гепатит позначають запальний процес в печінці, що триває більше 6 місяців. Профілактика хронічних гепатитів - це, перш за все, попередження і лікування гострих форм хвороби, диспансерне спостереження і працевлаштування хворих, попередження хронічних запальних захворювань жовчних шляхів [21].

**Етіологія.** Хронічний гепатит може бути викликаний наступними причинами:

віруси гепатиту А (HAV), гепатиту В (HBV), гепатиту С (HCV), гепатиту D (HDV), гепатиту Е (HEV), гепатиту G (HGV);

отрути, токсичні речовини і ліки (наприклад, гриби-поганки, передозування парацетамолу, алкоголь);

у низці випадків встановити причину не вдається, наприклад при аутоімунному гепатиті.

Багато вірусів викликають системне захворювання, що включає в себе гепатит. Специфічні віруси гепатиту (А, В, С, D, E, G) викликають пошкодження головного органу-мішені, тобто печінки, однак можуть страждати і інші органи і тканини [16].

**Хронічний персистуючий гепатит** характеризується розширенням портальних трактів і запальної клітинної інфільтрацією. Долькова архітектура збережена, фіброз відсутній або виражений слабо.

**Хронічний агресивний гепатит.** Запальний інфільтрат захоплює портальні тракти і поширюється в паренхіму, порушуючи цілісність граничної пластинки; видно ступінчасті некрози, які утворюють внутрішньодолькові септи. Запальна реакція від помірної до різко вираженою. Як правило, в інфільтраті багато лімфоцитів і плазматичних клітин. Фіброзні ураження більш великі, ніж при хронічному персистуючому гепатиті.

Архітектоніка дольок порушена, але чітко вираженої вузловий регенерації паренхіми немає. Ґрунтуючись на клініко-біохімічних даних і особливо морфологічних методах досліджень, хронічний агресивний гепатит поділяють на підгрупи: 1) з помірною активністю і 2) з вираженою активністю запального процесу; в подальшому, крім того, була виділена і некротизуюча форма з несприятливим перебігом [11].

У **патогенезі** вірусних уражень печінки важливі два фактори: вірусна реплікація і імунна відповідь хворого [16].

Безпосередню цитопатичну дію персистуючого в тканинах вірусу гепатиту В у даний час ставиться під сумнів. В результаті активної реплікації вірусу гепатиту В (HBV) з'являються вірусні антигени або вірусіндуковані неоантигени на клітинній поверхні інфікованого гепатоцита, які можуть постати як антигени-мішені для ефекторних клітин. Різниця імунної відповіді на антигени HBV в тканині печінки визначає результат інфекції і широкий спектр вірусних уражень печінки: від безсимптомного носійства, гострого вірусного гепатиту, хронічного активного гепатиту, цирозу печінки до гепатоцелюлярного раку [22].

**Хронічний активний вірусний гепатит**

Хронічний активний гепатит - це хронічне захворювання печінки, обумовлене впливом трьох типів гепатотропних вірусів і викликають хронічний гепатит типу В, хронічний гепатит типу А (дельта) і хронічний гепатит типу С.

**1.2 Класифікація хронічних гепатитів**

У новій Міжнародної класифікації хронічних захворювань печінки 1974 (Акапулько, Мексика) і 1978 року (ВООЗ) при поділі хронічного гепатиту збережений той же основний принцип [25]. Однак перевагу віддано терміну «хронічний активний гепатит» як більш прийнятного з точки зору деонтології. Нові дослідження значно розширили уявлення про хронічні гепатити. Додаткові морфологічні ознаки, які повинні враховуватися при визначенні особливостей захворювання (див.табл.1).

Таблиця 1. **Морфологічна класифікація хронічного гепатиту.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показник | Хронічний гепатит | | |
| Активність процесу | Персистируючий портальний гепатит | Персистируючий лобулярний гепатит | Агресивний гепатит |
| Некрози | Відсутні | Одиничні внутрішньодолькові | Ступінчаті мостовидні |
| Переважна локалізація | Портальна | Лобулярна | Портально-перипортально-лобулярна |

Крім двох морфологічних типів хронічного гепатиту (активного і персистуючого), включених в Міжнародну класифікацію, виділяють також хронічний лобулярний гепатит. Лобулярний гепатит характеризується дрібними некрозами в другій або третій зонах ацинусів і внутрішньодольковою лімфоїдно-клітинною інфільтрацією, яка виражена значно більше, ніж інфільтрація портальних трактів. Важливо підкреслити саме переважання внутрішньодолькових уражень над портальними і перипортальними. Термін «лобулярний гепатит» підкреслює переважну локалізацію запалення, але не дає інформації про активність процесу.

Виходячи з сучасного уявлення про хронічний гепатит як самостійне захворювання, що має своєрідну клінічну і морфологічну характеристики, а у низці випадків відомі етіологічні фактори, особливості патогенезу, розроблена наступна робоча класифікація хронічного гепатиту з урахуванням різних принципів.

**Етіологічна**: вірусний (В, С, D), лікарський, токсичний, алкогольний; метаболічний: при хворобі Вільсона-Коновалова, гемохроматозі, при недостатності а 1-антитрипсину; ідіопатичний (аутоімунний та ін.); неспецифічний реактивний гепатит; вторинний біліарний гепатит при внепеченочном холестазе.

**Морфологічна**: агресивний, персистуючий, глобулярний.

**Клінічна за активністю процесу:** активний (незначна, помірна, виражена, різко виражена ступінь активності); неактивний.

У представленій класифікації неспецифічний реактивний гепатит і вторинний біліарний гепатит не є самостійними нозологічними формами, і їх включення в класифікацію продиктовано частотою спостережень в клінічній практиці.

**.3 Медикаментозне лікування хронічних гепатитів**

Сучасне лікування хронічних гепатитів і цирозів печінки ґрунтується на таких основних напрямках: етіологічному (усунення або придушення причини захворювання); впливі на механізми, які обумовлюють прогресування патологічного процесу; корекції порушень, пов'язаних зі зміною функції печінки; послабленні хворобливих симптомів і терапії (профілактиці) ускладнень. При дифузних захворюваннях печінки, як і при будь-якому патологічному процесі, показаний ряд спільних заходів. Строгого постільного режиму більшість хворих не потребують, за винятком виражених ознак загострення (виразного холестазу, підвищення активності аланінтрансамінази більш ніж в 4-5 разів в сироватці крові в порівнянні з нормою). Склад дієти у хворих досить широкий. Повністю повинен бути виключений алкоголь, в період загострення обмежуються копченості, смажені страви, тугоплавкі жири (сало). Разом з тим, жири є природним жовчогінним засобом, і тому їх частка в добовому раціоні (масло, маргарини) повинна становити близько 35% від загальної калорійності. Кількість білка (рослинного і тваринного) рекомендується в межах фізіологічної норми (80-100 г/добу), а вуглеводів - 400-500 г/добу.

При прогресуючій печінковій недостатності добовий раціон білка зменшується до 40 г/добу. Кількість кухонної солі при затримці рідини (портальна гіпертензія) обмежується до 2 г/добу. Наявність холестазу істотно обмежує засвоєння жиророзчинних вітамінів (A, D, Е). Крім того, при дифузних захворюваннях печінки підвищена потреба у вітамінах С, В6, В12, що необхідно враховувати при розробці індивідуальної дієти.

Тривалий час етіотропна терапія хронічного гепатиту і цирозу печінки була утруднена [21]. Це було пов'язано з тим, що не було достатньо даних про причини розвитку цих захворювань. Тільки в 1994 році провідними гепатологами було запропоновано одним з основних класифікаційних принципів при дифузних захворюваннях печінки вважати етіологічний. В даний час встановлено, що провідним етіологічним фактором у розвитку хронічного гепатиту і цирозу печінки є гепатотропні віруси (В, С, D, G) з парентеральним шляхом їх передачі. Причина аутоімунного гепатиту як самостійного захворювання поки ще недостатньо ясна. Механізм його розвитку пов'язаний з реакціями в імунній системі, пов'язаними з утворенням аутоантитіл (проти мікросомальних антигенів клітин печінки, їх ядер і білків, специфічних для печінки). Зловживання алкоголем розглядається як можлива причина гострого гепатиту, жирової дистрофії печінки і цирозу печінки [13]. Наркотики і деякі лікарські речовини, якщо і можуть мати самостійне етіологічне значення в розвитку хронічних дифузних захворювань печінки, то порівняно рідко. Важливо відзначити, що алкоголь, наркотики і ряд ліків можуть сприяти розвитку вірусної інфекції та сприяти при цьому прогресуванню патологічного процесу в печінці.

Наявність маркерів вірусів в сироватці крові не завжди поєднується з проявами патологічних змін у печінці. Можливо так зване "носійство" вірусу, при якому клінічні ознаки і морфологічні зміни в печінці відсутні. У значної кількості хворих (їх близько 70%) на хронічний гепатит патологічний процес, пов'язаний з інфікуванням вірусом, як би "застигає" на тривалий термін (10 років і більше) на рівні мінімальної активності без тенденції до прогресування. У недавньому минулому такий сприятливий перебіг захворювання розцінювався як хронічний персистуючий гепатит. І нарешті, у низці хворих хвороба з самого початку набуває помірну і виражену активність процесу, порівняно швидко і неухильно прогресує і через кілька років трансформується в цироз печінки, а у частини з них переходить в гепатоцеллюлярную карциному. Раніше такий варіант захворювання з прогресуючим перебігом називався активним (агресивним) гепатитом.

Режим є найважливішим фактором, що дозволяє підтримувати компенсацію функції печінки. Необхідне своєчасне виключення гепатотоксичних шкідливостей: контакт з гепатотропними отрутами на виробництві, відсутність гігієнічних навичок, вживання алкоголю, незбалансоване харчування. Хворим хронічним активним гепатитом поза періодами загострення в стадії компенсації слід рекомендувати полегшений режим. Забороняється робота з фізичним та нервовим перевантаженням. В середині дня показаний короткочасний відпочинок. При загостренні процесу постільний режим створює більш сприятливі умови для функції печінки в результаті збільшення печінкового кровотоку в горизонтальному положенні хворого і усунення фізичних і психічних навантажень. Необхідно зняти лікарську обтяженість, не показані ліки, що повільно знешкоджуються печінкою - транквілізатори, седативні засоби, анальгетики, сильнодіючі проносні при запорах, протипоказані фізіотерапевтичні процедури на область печінки, бальнеотерапія. У період загострення хвороби хірургічні операції, щеплення можна робити тільки за життєвими показаннями.

Для хворих на хронічний гепатит прийнята дієта №5 за схемою М.І. Певзнера. Вона енергетично повноцінна, але з обмеженням багатих холестерином речовин (жирні сорти м'яса і риби, гострі закуски, смажені страви, солоні, копчені продукти). Кількість рослинної клітковини дещо збільшено. Добовий раціон містить білків 100 - 200 г, жирів 80 г, вуглеводів 450 - 600 г, що становить 3000 - 3500 ккал.

При загостренні процесу, а також при супутніх захворюваннях шлунково-кишкового тракту призначають дієту №5а, механічно і хімічно щадну. Овочі та зелень дають в протертому вигляді, м'ясо - у вигляді фрикаделей, кнелей, парових котлет. Грубу рослинну клітковину (житній хліб, капуста) і закуски виключають. Кількість жирів обмежена до 70 г, в тому числі рослинних 15 - 20 г. Важливо враховувати кількість жиру. Наприклад, вершкове масло у хворих захворюваннями печінки ніяких неприємних явищ не викликає. Свиняче, бараняче і гусяче сало забороняється.

Рясна їжа рефлекторно може викликати інтенсивне скорочення мускулатури жовчних шляхів і болю, тому хворі повинні їсти не менше 4-5 разів на день.\

Доцільне застосування лікувальних факторів, спрямованих на нормалізацію гідролізу і всмоктування, усунення дисбактеріозу кишечника. Дезінтоксикаційна терапія включає внутрішньовенне крапельне введення гемодезу (200 - 400 мл № 3 - 8); всередину - лактулозу по 30 - 60 мл 1 - 2 рази на день.

Лікування хворих з хронічним гепатитом С повинно проводитися в центрах, що забезпечують дотримання правил санепідрежиму, фахівцями-гепатологами (інфекціоністами та гастроентерологами). При наявності у хворих тяжких супутніх захворювань пацієнтам повинно проводитися лікування хронічного гепатиту С гепатологами спільно з фахівцями відповідно до профілю захворювання пацієнта (урологом, онкологом, кардіологом, ендокринологом, венерологом та ін.). У більшості випадків лікування ХГС може здійснюватися в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Інтерферонотерапія безумовно показана: дорослим хворим від 18 до 60 років, при постійному підвищенні рівнів АЛТ, при наявності РНК вірусного гепатиту С в крові, при наявності в біоптаті печінки помірно вираженого запального процесу або фіброзу.

У разі наявності вищезазначених показань до інтерферонотерапії, першорядним завданням клініциста є оцінка можливої ​​ефективності для конкретного пацієнта. Підставою для призначення монотерапії інтерфероном може служити наявність наступних факторів, що вказують з великою часткою ймовірності на кінцевий сприятливий лікувальний ефект: молодий вік на момент зараження (до 40 років), жіноча стать, відсутність надмірної ваги, підвищеного рівня заліза в сироватці крові, підвищені рівні АЛТ, наявність помірного ступеня активності процесу і мінімального фіброзу за даними біопсії печінки, невисокий рівень РНК вірусного гепатиту С і «не 1» генотип ВГС. Відсутність цих факторів може розглядатися як показання до призначення комбінованої терапії. Стандартною монотерапією альфа-інтерфероном є введення 3 млн. міжнародних одиниць препарату тричі на тиждень протягом 12 місяців, за умови зникнення РНК вірусного гепатиту С через 3 місяці від початку лікування. У випадках виявлення РНК вірусного гепатиту С після 3 місяців лікування продовжувати терапію за вказаною схемою недоцільно. При відсутності показань до інтерферонотерапії необхідне проведення динамічного спостереження і базисного, в основному симптоматичного, лікування (особливо при супутніх захворюваннях). Контрольні дослідження біохімічних показників крові доцільно досліджувати 1 раз в 3 місяці: РНК вірусного гепатиту С, білковий спектр крові, протромбін і альбумін - 1 раз в 6 місяців; УЗД і α-фетопротеїн - 1 раз на 12 міс. У випадках проведення лише базисної терапії при динамічному обстеженні рекомендується провести повторну біопсію печінки через 4-5 років. Протипоказання до призначення інтерферонотерапії представлені в інструкції по застосуванню комерційних препаратів інтреферону.

Можна також призначити лікарські засоби, які об'єднуються поняттям "гепатопротектори" (есенціале, силибинін, адеметіонін). Механізм їх захисної дії на печінку в основному обумовлений впливом на антиоксидантну систему. Ессенціале і адеметіонін призначаються перші 10-15 днів внутрішньовенно крапельно, а потім у вигляді капсул або таблеток на строк до 2-х місяців і більше. Адеметіонін більш ефективний у хворих, у яких хронічний гепатит поєднувався з більш-менш вираженим холестазом. Крім того, препарат має антидепресивну впливом, що особливо важливо для хворих, у яких вірусний гепатит поєднується зі зловживанням алкоголем (в теперішньому і минулому). Адеметіонін для внутрішньовенного або внутрішньом'язового застосування випускається у флаконах, в кожному з яких міститься 400 мг препарату (додаються ампули з розчинником - 5 мл). У кожній таблетці також міститься 400 мг катіону адеметіоніну. Зазвичай для внутрішньовенного (або внутрішньом'язового) введення призначається по одному флакону (рідше два) на добу, а після закінчення парентерального введення препарату лікування проводиться далі всередину по одній таблетці двічі на день.

Паралельно з інтерфероном можуть бути призначені інші препарати, зокрема, із запропонованих, найбільшим ефектом при хронічних вірусних гепатитах мають рибавирін (по 1000-1200 мг на добу в два прийоми) і урсодезоксихолева кислота (по 10 мг на кг ваги на добу в два прийоми ). Обидва препарати призначаються також на тривалий термін (6 місяців). Ефект урсодезоксихолевої кислоти пов'язаний з її імуномоделюючим впливом, що посилює дію інтерферону.

Тактика терапії хворих на цироз печінки залежить не тільки від етіології та активності процесу, а й від наявності і вираженості ускладнень. При встановленій вірусної етіології, наявності помірно вираженої активності і відсутності клінічно виражених ускладнень (портальної гіпертензії, енцефалопатії, гіперспленізму), можна провести терапію інтерфероном без попереднього призначення глюкокортикоїдів. Так само, як і при хронічних гепатитах, наявність ознак холестазу є підставою для додаткового призначення урсодезоксихолевої кислоти.

Диспансеризація хворих становить основу лікування даної форми. Лікарські огляди проводяться регулярно, не рідше 1 разу на півроку, з визначенням показників найбільш інформативних біохімічних проб печінки.

Поява слабкості, зниження працездатності навіть при відсутності істотних змін в біохімічних аналізах крові є показанням для госпіталізації і видачі листка непрацездатності. Хворі з високоактивної формою хронічного активного гепатиту вірусної етіології по суті є інвалідами Ш групи.

Необхідно працевлаштування з наданням роботи, не пов'язаної з важкими фізичними навантаженнями, частими і тривалими відрядженнями, водінням транспорту. Бажано надання роботи зі скороченим робочим днем.

**РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТАХ**

На даний момент поруч з питаннями етіології і патогенезу, патоморфології та патофізіології все більше уваги приділяється питанню консервативного лікування на початкових стадіях захворювання, особливо лікувальної фізичної культури.

Найбільш ефективна комплексна фізична реабілітація, складовими частинами якої є раціональний руховий режим, лікувальне харчування, природні та преформованих фізичні фактори, лікувальна фізична культура, лікувальний масаж [3].

Застосування лікувальної фізичної культури при хронічних гепатитах виправдано здатністю фізичних вправ впливати на функції печінки і жовчних проток і координувати їхню діяльність [13]. Лікувальна фізична культура включає хворого на активну участь у лікувальному і реабілітаційному процесі - на противагу іншим лікувальним і реабілітаційним методів, коли хворий зазвичай пасивний і лікувальні процедури виконує медичний персонал. Лікувальна фізична культура відноситься до числа лікувальних методів, дія яких спрямована на активізацію механізмів, виступають як фізіологічна міра захисту організму проти хвороби. Всяка хвороба передбачає наявність в тому ж організмі і протилежно спрямованих компенсаторно-пристосувальних явищ, які ілюструють так звану фізіологічну міру проти хвороби.

Численні експериментальні дослідження свідчать про те, що кора головного мозку у взаємодії з підкорковими утвореннями і нервовими центрами довгастого і спинного мозку здійснюють контроль за функціями печінки як натщесерце, так і під час травлення. Наявність складної системи нервово-гуморальної регуляції функцій печінки свідчить, з одного боку, про високу пристосованість до мінливих умов, з іншого - про можливість порушень функцій цієї системи при розладах тих чи інших ланок регуляції.

Враховуючи те, що систематичне фізичне навантаження сприяє вдосконаленню функції центральної нервової системи, лікування хворих з патологією печінки передбачає застосування сучасних засобів фізичної реабілітації [13].

Вивчаючи сучасний стан питання про механізми розвитку органічних і функціональних порушень печінки та беручи до уваги той факт, що вона тісно пов'язана як у фізіологічних, так і патологічних станах з обміном речовин в організмі, кровообігом, диханням, травленням, виявлено, що захворювання печінки супроводжуються функціональними розладами серцево-судинної, дихальної, вегетативної нервової системи та органів травлення [23]. При заняттях фізичними вправами, безумовно - і умовно-рефлекторним шляхом активізуються фізіологічні функції, поліпшується кореляція фізіологічних механізмів, відбувається пристосування організму до зростання навантаження, забезпечується функціональна адаптація хворого [24].

При хронічному гепатиті знижується загальний тонус організму, що проявляється погіршенням процесів життєдіяльності, тобто зниження рівня нейрогуморальної регуляції фізіологічних функцій. Рухова пасивність хворого призводить до різкого зменшення потоку імпульсів від периферичного ланки рухового та інших аналізаторів до головного мозку. В результаті ще більше знижується тонус вищого відділу центральної нервової системи і порушується злагоджена діяльність організму на всіх рівнях. При цьому змінюється рівень корково-підкіркових співвідношень, підвищується збудливість підкіркових вегетативних відділів, позначається на функції внутрішніх органів. Внаслідок зниженого тонусу організму погіршується опірність шкідливо діючих факторів, послаблюється здатність тканин до регенерації [19].

Фізичні вправи не тільки сприяють відкладенню глікогену в печінці, але, посилюючи кровообіг в черевній порожнині, створюють кращі умови для її харчування, фізичне навантаження підвищує всі види обміну, а також сприяє розсмоктуванню залишкових запальних явищ [1].

Стимулюючи екстракардіальні фактори кровообігу (екскурсія грудної клітки, діафрагми, ритмічне скорочення та розслаблення скелетних м'язів, руху в суглобах), лікувальна фізична культура сприяє поліпшенню гемодинаміки. Прискорення артеріального і венозного кровотоку, збільшення кількості циркулюючої крові забезпечують поліпшення окислювально-відновних процесів в жовчовивідної системі, сприяють ліквідації запального процесу в ній і підвищують її функціональну здатність [18].

За рахунок посилення кровопостачання змінюється ступінь васкуляризації печінкових часточок, збільшується кількість жовчних капілярів в печінковій часточці, відбувається концентрація РНК в печінкових клітинах, що свідчить про зміну в них рівня нуклеїнового синтезу, що визначає основну функцію печінки. При заняттях фізичними вправами включаються захисно-пристосувальні механізми, і відбувається формування компенсацій - як прояв здатності організму до функціонування в умовах патології. Під впливом механічних факторів (скорочення м'язів черевного преса, перистальтики кишок, глибокої екскурсії діафрагми), обумовлених виконанням фізичних вправ, жовчний міхур здавлюється і спорожняється, зникають явища метеоризму. Застосування різних гімнастичних і дихальних вправ, викликаючи поперемінне підвищення і зниження внутрішньочеревного тиску, здійснює "масаж" всіх органів черевної порожнини. Поза сумнівом також, що активні фізичні вправи тонізують жовчний міхур, жовчовивідний проток і сфінктер Одді. Тому регулярні фізичні вправи мають не тільки лікувальне, але і важливе профілактичне значення [19].

Фізичні вправи при деяких формах розлади вуглеводного обміну сприяють формуванню компенсації зниженого гликогенообразования в печінці за рахунок підвищення гликогеносинтетической функції м'язів. Вправи в розслабленні м'язів знижують збудливий тонус центральної нервової системи, сприяють прискоренню процесів відновлення, особливо після напруження м'язів. Ці вправи знижують тонус не тільки беруть участь у розслабленні м'язів, але (рефлекторно) і гладкої мускулатури внутрішніх органів. Вправи в розслабленні ефективні для зниження підвищеного тонусу м'язів шлунку і кишечника, зняття спазмів воротаря шлунка і сфінктерів [28].

Дихальні вправи, крім своєї основної функції - поліпшення вентиляції і газообміну, що безпосередньо впливають на органи травлення. Дихальні вправи з переважанням діафрагмального дихання, ритмічно змінюючи внутрішньочеревний тиск, надають як би масажну дію на печінку, шлунок, кишечник. У результаті посилюється виділення жовчі з печінки, перистальтика шлунку і кишечника. Ці ж вправи сприятливо діють і на кровообіг в черевній порожнині, поліпшують венозний відтік і знижують застійні явища в органах травлення. При вдиху кров надходить до серця переважно з печінки, а при видиху - з верхньої порожнистої вени.

Одним з ефективних засобів фізичної реабілітації є лікувальний масаж, який при хронічному гепатиті призначають при стиханні загострення процесу для нормалізації діяльності вегетативної нервової системи, ліквідації застою жовчі і запобігання утворення жовчних каменів, стимуляції тонусу жовчного міхура при гіпокінетичним формі дискінезії і видалення спазму при гіперкінетичній; поліпшення крово - і лімфообміну в печінці та інших органах травлення, активізація моторно-евакуаторної функції кишок.

Здійснюючи різнобічний вплив на організм, масаж, насамперед, нормалізує возбудительно-гальмівні процеси центральної нервової системи, покращує профілактичні процеси в шкірі, надає загальнозміцнюючу дію на м'язову систему і сухожильно-зв'язковий апарат, стимулює крово - і лімфообіг, обмінні процеси в організмі. При хронічному гепатиті призначають класичний, сегментарно-рефлекторний масаж. Масаж печінки і жовчного міхура має щадний характер. Фізіотерапія є важливим компонентом комплексної терапії і реабілітації хворих з хронічним гепатитом. Застосування фізіотерапії при хронічним гепатитом обґрунтовано, так як фізичні фактори рефлекторним і гуморальним шляхами змінюють функціональний стан систем регуляції і трофіку тканин. Вони сприяють поліпшенню крово - і лімфообігу, регулюють секреторну функцію, стимулюють процеси регенерації. Фізіотерапевтичні процедури мають спазмолітичну, седативну дію, посилює жовчоутворення і жовчовиділення. Використовуючи фізичні чинники в плані патогенетичної терапії, при виборі найбільш відповідного (адекватного) методу необхідно враховувати вихідний стан хворого, що залежить від індивідуальної реактивності, стадії тяжкості каталітичного процесу, функціональних або органічних порушень з боку ураження органів, наявності супутніх захворювань, вікових особливостей. При хронічному перебігу захворювання систематичне комплексне лікування з включенням фізичних факторів сприяє відновленню зміненої тривалим перебігом хвороби імунологічної реактивності та відновленню порушених функцій органів.

**РОЗДІЛ 3. МЕТА, ЗАВДАННЯ, ЗАСОБИ, МЕТОДИ І МЕТОДИКИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТАХ НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

**Метою** лікувальної фізичної культури є задіяння хворого в активну участь у лікувальному і реабілітаційному процесі - на противагу іншим лікувальним та реабілітаційним методам, коли хворий звичайно пасивний і лікувальні процедури виконує медичний персонал. Лікувальна фізична культура відноситься до числа лікувальних методів, дія яких спрямована на активізацію механізмів, що виступають як фізіологічна міра захисту організму проти хвороби.

Основные задачи лечебной физической культуры при хроническом гепатите на поликлиническом этапе лечения:

- восстановление равновесия вегетативной иннервации;

улучшение и нормализация эмоционального тонуса больных, оздоровление их нервно-психической сферы;

восстановление кровообращения в брюшной полости, улучшение притока артериальной крови к печени;

- восстановление нарушенной обменно-ферментативной деятельности печени, улучшение синтеза гликогена в печени и мышцах;

- нормализация моторной функции желчных путей, желчного пузыря, кишок и уменьшение печеночного холестаза;

нормализация деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем;

общеукрепляющее воздействие на весь организм.

Основные средства лечебной физической культуры при хроническом гепатите на поликлиническом этапе лечения:

активные гимнастические упражнения - общеразвивающие без снарядов, со снарядами, на снарядах; спортивно-прикладные;

ходьба, ходьба на лыжах, гребля, плавание и др.;

игры - бадминтон, волейбол, теннис;

лечебный массаж,

естественные факторы природы - солнечную радиацию, воздух - аэрация помещений, воздушные ванны; воду - обтирания, души, купание в реке, озере, море.

Основные формы лечебной физкультуры:

Утренняя гигиеническая гимнастика;

Лечебная гимнастика;

Дыхательная гимнастика;

Дозированная ходьба;

Дозированная ходьба по ступенькам лестницы;

Занятия на велотренажере.

До основних **засобів** лікувальної фізичної культури відносяться активні гімнастичні вправи - загальнорозвиваючі без снарядів, з снарядами, на снарядах; спортивно-прикладні - ходьба, ходьба на лижах, веслування, плавання, ігри - бадмінтон, волейбол, теніс. Поряд з фізичним вправами використовують природні фактори природи - сонячну радіацію, повітря - аерація приміщень, повітряні ванни; воду - обтирання, душі, купання в річці, озері, морі. Серед різних форм лікувальної фізичної культури хворим на хронічний гепатит в умовах стаціонару рекомендується призначати гігієнічну і лікувальну гімнастику, гідрокінезотерапію, індивідуальні завдання для самостійного виконання, прогулянки; в період ремісії - ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезотерапію, пішохідні прогулянки, екскурсії, легка фізична робота [19].

Поряд з загальнорозвиваючими вправами застосовують спеціальні вправи, виконання яких сприяє нормалізації функції печінки. При підборі вправ рекомендують чергувати м'язові групи, що втягуються в фізичні вправи, а в міру стомлення хворого - включати паузи пасивного відпочинку, тривалість яких залежить від ступеня втоми хворого [15, 27].

При призначенні ЛФК обов'язково враховуються всі особливості клінічного перебігу захворювання. При персистуючому характері перебігу хронічного гепатиту після встановлення діагнозу можна призначати ЛФК [19]. Режими рухової активності призначають з урахуванням особливостей клінічного перебігу хвороби та етапів відновного лікування. Згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ у фізичній реабілітації розрізняють два періоди: лікарняний і післялікарняний, у кожного з них є певні етапи. Перший період включає I етап реабілітації - лікарняний (стаціонарний), а післялікарняний період - II етап - поліклінічний або реабілітаційний, санаторний і III етап - диспансерний. При захворюваннях травної системи, в тому числі при патології печінки, виділяють сім режимів рухової активності: стаціонарне клінічне відділення - постільний щадний, постільний розширений, палатний, вільний; стаціонарне реабілітаційне відділення - вільний, щадний, щадно-тренуючий, тренуючий; поліклініка, профілакторій, санаторій - щадний, щадно-тренуючий, тренуючий [9].

При призначенні фізичних вправ враховується форма хронічного гепатиту (активний або персистуючий), його етіологія, так як різні форми гепатиту вимагають диференційованої трактування питань методики лікувальної фізичної культури [28].

Хворим з персистуючим гепатитом призначають вправи з поступовим збільшенням амплітуди руху, збільшенням навантаження на м'язи передньої черевної стінки, темп - середній, кількість повторень поступово збільшується, інтенсивність навантаження - середня і субмаксимальна.

Хворим з активним гепатитом призначаються вправи, пов'язані з розслабленням м'язів черевного преса, амплітуда рухів при цьому обмежена, темп повільний, інтенсивність навантаження - мінімальна або середня. Не показані цим хворим вправи зі снарядами, вираженої м'язової напругою. Необхідно приділяти увагу вправам на релаксацію, використовувати музичний супровід занять для зняття психоемоційної напруги.

На поліклінічному етапі виділяють три режими рухової активності: щадний, щадно-тренуючий, тренуючий.

На щадному режимі хворі займаються ранковою гігієнічною гімнастикою, виконуючи тільки ті вправи, які не викликають хворобливих відчуттів і стомлюваності. Після виконання комплексу вправ необхідно кілька хвилин полежати спокійно до повного відновлення пульсу.

У міру поліпшення стану хворих з 3-4 дня заняття лікувальною гімнастикою проводяться за програмою щадно-тренуючого режиму. Завдання лікувальної гімнастики на щадно-тренуючому режимі: підвищення тонусу центральної нервової системи і посилення її регулюючого впливу на вищі вегетативні центри; поліпшення крово- і лімфообігу, трофічних процесів в печінці та інших органах травлення; боротьба з застійними явищами в жовчному міхурі і стимуляція жовчовиділення; навчання регламентованим дихальним вправам; поступова адаптація серцево-судинної системи і всього організму до фізичного навантаження, включаючи тренування екстракардіальних факторів крово- і лімфотоку.

Застосовуються вихідні положення тіла лежачи, сидячи і стоячи. Хворі виконують загально-розвиваючі вправи і спеціальні вправи для м'язів живота - нахили тулуба вперед, назад, в сторони, обертання тулуба [9]. Це змінює внутрішньочеревний тиск і покращує відтік жовчі з жовчовивідних шляхів. Обов'язковою є включення дихальних вправ - діафрагмальне і регламентоване дихання. Щільність заняття - 54±1, 4%, тривалість - від 20 до 25 хвилин, темп виконання вправ - повільний і середній.

У міру поліпшення загального стану підвищується рухова активність хворих і хворих переводять на тренуючий режим.

Завдання тренуючого режиму - нормалізація діяльності центральної і вегетативної нервової системи; поліпшення жовчовиділення шляхом зміни (підвищення і зниження) внутрішньочеревного тиску; зміцнення м'язів живота, активізація функцій травної системи; усунення невротичних розладів; підвищення загального тонусу організму; розвиток адаптації серцево-судинної системи і апарату кровообігу до фізичних навантажень; підготовка хворого до майбутньої трудової діяльності.

**РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ В РОБОТІ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ**

Охорона праці - це наукова дисципліна, яка вивчає теоретичні і практичні основи створення на виробництві будь-якої форми власності здорових і безпечних умов праці при максимальній її продуктивності. До того ж, ця сфера діяльності повинна бути дозволена в єдиному контексті із заходами безпечної життєдіяльності населення, яке проживає на підвідомчій місцевим Радам території. У створенні безпечних умов праці, крім визначальної ролі технічного прогресу, надзвичайно велике значення має правильна поведінка безпосередніх учасників праці - виробничників, дотримання ними встановлених законодавством, нормативними актами та галузевими інструкціями вимог і правил техніки безпеки, відповідний психологічний клімат в колективі, який формується шляхом програмного навчання. Це навчання - оріентувати як на засвоєння безпосередніх правил безпечної праці, так і основних положень чинного законодавства України в сфері охорони праці [10].

З даних позицій охорона праці виступає в суспільстві і державі як об'єкт управління. Охорона праці як складна багатокомпонентна система вимагає системного рішення в рамках Закону держави. Система управління охороною праці має відповідну ціль і завдання, які вирішуються в рамках певної структурно-функціональної схеми управління.

Система управління охороною праці - це регламентована нормативними та організаційно-методичними документами діяльність по здійсненню організаційних, технічних, санітарно-гігієнічних, лікувально-профілактичних та санітарно-побутових заходів, спрямованих на гарантування безпеки, збереження здоров'я і високої працездатності людини у виробничому процесі.

Законодавство України про охорону праці складається з Закону України «Про охорону праці», Кодексу законів про працю України та інших нормативних актів, які регулюють взаємовідносини між різними суб'єктами права в цій сфері [6].

Закон України «Про охорону праці» прийнятий Верховною Радою України 14 жовтня 1992 року і введений в дію з 24 жовтня 1992 року. Цей Закон визначає основні положення щодо реалізації конституційного права громадян на охорону життя і здоров'я в процесі трудової діяльності, регулює відносини між власником підприємства, установи та організації і працівником з питань безпеки, гігієни праці та виробничого середовища. Він (Закон) встановлює єдиний порядок організації охорони праці в Україні.

Закон України «Про охорону праці» складається з 8 розділів:

Розділ I. Загальні положення (ст.1-5).

Розділ ІІ. Гарантії прав громадян на охорону праці (Ст.6-16).

Розділ ІІІ. Організація охорони праці на виробництві (Ст.17-28).

Розділ ІV. Стимулювання охорони праці (Ст.29-32).

Розділ V. Державні міжгалузеві та галузеві нормативні акти про охорону праці (Ст.33-36).

Розділ VІ. Державне управління охороною праці (Ст.37-43).

Розділ VІІ. Державний нагляд і громадський контроль за охороною праці (Ст.44-48).

Розділ VІІІ. Відповідальність працівників за порушення законодавства про охорону праці (ст.49).

Відповідно до Закону «Про охорону праці» до органів державного управління охороною праці належать: Кабінет Міністрів України; Державний комітет з нагляду за охороною праці (Держнаглядохоронпраці - гноти);

Міністерства та інші центральні органи державної виконавчої влади;

Місцева державна адміністрація, місцеві Ради народних депутатів.

Наукові дослідження з проблем охорони праці проводяться Національним науково-дослідним інститутом охорони праці, а також інститутами Національної академії наук, іншими науково-дослідними (НДІ) і проектно-конструкторськими (ПКО) організаціями.

Громадський контроль за дотриманням законодавства про охорону праці здійснюють: трудові колективи через обраних ними уповноважених; професійні спілки - в особі своїх виборних органів і представників.

Для реалізації стратегії державного управління охороною праці при КМ створений Національна рада з питань безпечної життєдіяльності населення, яку очолює віце-прем'єр-міністр України. При місцевих органах державної виконавчої влади створені обласні, міські і районні ради з питань безпечної життєдіяльності населення [17].

Міністерства, державні комітети, концерни, корпорації та інші об'єднання підприємств, утворені за галузевим принципом, спрямовують свою діяльність на підвідомчі підприємства. Взаємодія між територіальними управліннями Держнаглядохоронпраці (гноти) і місцевими органами державної виконавчої влади відбувається на територіальному рівні.

Основні принципи державної політики в галузі охорони праці викладені в ст. 4 Закону.

Державна політика базується на принципах:

пріоритету життя та здоров'я працівників по відношенню до результатів виробничої діяльності, повної відповідальності власника за створення безпечних і нешкідливих умов праці;

комплексного розв'язання завдань охорони праці на основі національних програм з цих питань;

соціального захисту працівників, повного відшкодування шкоди особам, які постраждали від нещасних випадків на виробництві та профзахворювань;

встановлення єдиних нормативів з охорони праці для всіх підприємств незалежно від форм власності та видів діяльності;

використання економічних методів управління охороною праці, проведення політики пільгового оподаткування, що сприяє створенню безпечних і нешкідливих умов праці;

здійснення навчання населення, професійної підготовки та підвищення кваліфікації працівників з питань охорони праці;

забезпечення координації діяльності державних органів, установ, організацій та об'єднань громадян, які вирішують різні проблеми охорони здоров'я, гігієни та безпеки праці, а також співробітництва і проведення консультацій між власниками та працівниками, усіма соціальними групами про прийняття рішень з охорони праці;

міжнародного співробітництва в галузі охорони праці, використання світового досвіду організації роботи щодо поліпшення умов і підвищення безпеки праці.

Закон забезпечує права громадян на охорону праці (Ст.6). Згідно з чинним законодавством України про працю, регулювання взаємовідносин між працівником і власником підприємства здійснює трудовий договір - трудова угода. Змістом трудового договору є умови, які визначають права і обов'язки сторін. Багато таких умов не формуються сторонами, а визначаються законодавством і колективним договором (зокрема, тривалість щорічних відпусток, правила охорони праці).

Умови трудового договору не можуть містити положень, які не відповідають законодавчим та іншим нормативним актам про охорону праці, що діють в Україні. При укладенні трудового договору громадянин повинен бути проінформований власником під розписку про умови праці на підприємстві, наявність на робочому місці, де він буде працювати, небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто, можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про його права на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до законодавства та колективного договору.

Забороняється укладання трудового договору з громадянином, якому за медичним висновком протипоказана запропонована робота за станом здоров'я.

Права працівників на охорону праці під час роботи на підприємстві регламентуються ст.7 Закону. Усі працівники підлягають обов'язковому соціальному страхуванню власником від нещасних випадків і професійних захворювань (стаття 8). Права працівників на пільги і компенсації за важкі та шкідливі умови праці закріплені статтею 9 Закону.

Працівники, зайняті на роботах з важкими та шкідливими умовами праці, безкоштовно забезпечуються лікувально-профілактичним харчуванням, молоком або рівноцінними харчовими продуктами, газованою солоною водою, мають право на оплачувані перерви санітарно-оздоровчого призначення, скорочення тривалості робочого часу, додаткову оплачувану відпустку, пільгову пенсію, оплату праці в підвищеному розмірі та інші пільги і компенсації.

Власник може за свої кошти додатково встановлювати за колективним договором (трудовим договорами, угодами) працівникам пільги і компенсації, не передбачені чинним законодавством. Протягом дії трудового договору власник повинен своєчасно інформувати працівника про зміни у виробничих умовах та в розмірах пільг і компенсацій, включаючи й ті, що надаються йому додатково.

На роботах із шкідливими і небезпечними умовами праці, а також роботах, пов'язаних із забрудненням або здійснюваних у несприятливих температурних умовах працівникам видаються безплатно за встановленими нормами спеціальний одяг, спеціальне взуття та інші засоби індивідуального захисту, а також миючі та знешкоджуючі засоби. Власник зобов'язаний організувати комплектування та утримання засобів індивідуального захисту відповідно до нормативних актів про охорону праці (Ст.10).

Власник зобов'язаний відшкодувати працівникові шкоду, заподіяну йому каліцтвом або іншим ушкодженням здоров'я, пов'язаним з виконанням трудових обов'язків у повному розмірі втраченого заробітку, а також сплати потерпілому (членам сім'ї та утриманцям померлого) одноразової допомоги (Ст.11). Розмір одноразової допомоги встановлюється колективним договором. У разі смерті потерпілого розмір одноразової допомоги повинен бути не менше п'ятирічного заробітку працівника на його сім'ю, крім того, не менше річного заробітку на кожного утриманця померлого, а також на його дитину, яка народилася після його смерті.

Відповідно до Закону МОЗ України видало Наказ № 4 від 31 березня 1994 р. і Наказ № 555 від 29 вересня 1989 «Про вдосконалення системи медичних оглядів працівників і водіїв індивідуальних транспортних засобів». Здійснення медоглядів згідно з цими Наказами покладається на медичні заклади, працівники яких несуть відповідальність згідно з законодавством за невідповідність медичного висновку фактичному стану здоров'я працівника. Наказами встановлений перелік професій, працівники яких підлягають медичному огляду, а також термін і порядок його проведення. Власник має право притягнути працівника, який ухиляється від проходження обов'язкового медичного огляду, до дисциплінарної відповідальності і зобов'язаний відсторонити його від роботи без збереження заробітної плати.

Праця медичних працівників бюджетних організацій і закладів виплачується на основі тарифних ставок (окладів), затверджених у централізованому порядку [8]. Віднесення виконуваних робіт до певних тарифних розрядів працівників здійснюється адміністрацією згідно відомчих наказів, в даному випадку МОЗ України. Законодавством передбачені доплати і надбавки за високу кваліфікацію та інтенсивність праці. У бюджетних організаціях і закладах - це система доплати і надбавок за категорії, вчені ступені, премії за результатами праці та за винахідництво і раціоналізаторство. В інших закладах - це доплати і надбавки у вигляді премій з прибутку ор-ганізації за результатами праці, як усього колективу, так і конкретного працівника.

Законодавством передбачені доплати також за роботу в надурочний час. Компенсація у вигляді відгулів, як правило, не дозволяється. (Понаднормові роботи - виконуються за розпорядженням або за згодою адміністрації у зв'язку з крайньою необхідністю, наприклад, в результаті аварії, стихійного лиха, і тому подібного [але не виробничого характеру]: не більш як 120 годин на рік і не більше як 4 години протягом 2-х днів). Тривалість робочого часу нормується Законом для всіх працівників і службовців. Згідно з Конституцією Україна робочий тиждень не може перевищувати 41 год. При скороченому робочому тижні для ряду працівників та умов праці - 36 і 24 години.

Щорічні відпустки надаються всім працівникам зі збереженням місця роботи і виплатою середньомісячної заробітної плати та додаткові відпустки (за винятком тимчасових і сезонних працівників). Тривалість основної щорічної відпустки становить не менше 15 днів. Відпустка за 1-й рік надається через 11 місяців роботи. До закінчення цього терміну щорічна відпустка на прохання працівника надається: жінкам перед відпусткою по вагітності, молодим працівникам, які не досягли 18 років, всім учням, військовослужбовцям, які звільнені в запас і прийняті на роботу по оргнабору - після 3-х місячної роботи, і ін, працівникам, які працюють з перекладу, але за умови 11-ти місячної сумарної тривалості праці. Черговість відпусток встановлюється при погодженні з профспілками, а для осіб, які не досягли 18 років, відпустка надається за їх бажанням в будь-який час року. Заміна відпустки грошовою компенсацією не допускається, крім випадків звільнення від роботи осіб, які не використали відпустку.

Багатьом категоріям працівників надається додаткова відпустка: 1) за роботу зі шкідливими речовинами, 2) за тривалий стаж праці, 3) за роботу з ненормованим робочим днем (до 12 робочих днів), 4) жінкам, які мають двох і більше дітей у віці 12 років і ін

В умовах складності сучасного виробництва, особливо, з урахуванням кризових суспільно-політичних та економічних складнощів, які переживає суспільство нашої незалежної Україні, велике значення набули питання неухильного дотримання трудової дисципліни. Відповідно до чинного законодавства України про працю та охорону праці трудова дисципліна як одна з вирішальних умов подолання кризових явищ забезпечується, як шляхом формування у працівників усвідомленого ставлення до трудових обов'язків, до вимог внутрішнього трудового розпорядку, так і застосуванням методів економічного і морального заохочення за доброякісну і сумлінну працю, формування у працівників мотивації до високопродуктивної праці. І навпаки, при наявності систематичних порушень трудової дисципліни у вигляді прогулів, пияцтва, що призводять до травм на виробництві, створення аварійних ситуацій і нещасних випадків, до порушників трудової дисципліни застосовують заходи дисциплінарних стягнень. Серед них слід виділити такі: зауваження, догана, сувора догана, переведення на більш низ-кую заробітну плату (терміном до 3-х міс.) Або переведення на нижчу посада (оклад) з урахуванням спеціальності працівника або без такого обліку, звільнення з роботи [12].

Дисциплінарні стягнення застосовуються адміністрацією відразу після безпосереднього порушення трудової дисципліни, але не пізніше, ніж через один місяць з дня виявлення, але і не пізніше, ніж через 6 місяців після його вчинення. За кожне порушення трудової дисципліни може бути накладене лише одне стягнення. Дисциплінарні стягнення можуть бути оскаржені відповідно до чинного законодавства.

Адміністративна відповідальність - ще одна форма юридичної відповідальності громадян та посадових осіб за адміністративні правопорушення. До адміністративної відповідальності притягуються громадяни України та іноземці, які не мають статусу імунітету, з 16-ти річного віку за порушення правил поведінки в громадських місцях, правил користування громадським транспортом, санітарних, протипожежних та інших правил. Посадові особи притягаються до відповідальності за недотримання правил, встановлених у сфері охорони порядку управління, державного і громадського порядку, за порушення правил охорони і раціонального використання природи, санітарії та гігієни (у тому числі - за порушення техніки безпеки та охорони праці, перевитрата теплової та електричної енергії, за забруднення шкідливими і токсичними продуктами водойм і атмосферного повітря).

Відповідно до чинного законодавства України про працю та охорону праці матеріальна відповідальність - обов'язок працівника відшкодувати збитки, завдані підприємству (закладу) в розмірах і порядку, встановленому Законом. Метою встановлення матеріальної відповідальності є запобігання виникнення збитку і одночасно захист заробітної плати працівника від необгрунтованих утримань. Законодавством передбачено два види матеріальної відповідальності: обмежена (відшкодування збитку заздалегідь обмеженим лімітом), повна (збитки підлягають повному відшкодуванню). Остання встановлена для осіб, з якими було підписана угода про матеріальну відповідальність. Розмір збитку визначається, як правило, за фактичними втратами на основі даних бухгалтерського обліку, виходячи з балансової вартості матеріальних цінностей за вирахуванням зношеності за встановленими нормами. Особа, яка завдала шкоди, має право добровільно відшкодувати його частково чи повністю, а також за згодою адміністрації передати підприємству аналогічне втраченому (пошкодженому) майно. При відмові працівника від добровільного відшкодування, збитки відшкодовуються в примусовому порядку згідно з чинним законодавством (при збитках, розмір якого не перевищує 1/3 його місячної зарплати, його відшкодовують із зарплати, але розпорядження про відшкодування повинно бути зроблено не пізніше 2 тижнів з дня виявлення збитку та прийнято до виконання не раніше 7 днів після повідомлення працівникові).

**Роль першої долікарської допомоги та загальні принципи її надання.** За даними ВО3, близько 30% осіб, які загинули в результаті нещасних випадків, могли б бути врятовані, якби їм своєчасно і правильно надали першу долікарську допомогу, провели заходи з пожвавлення або своєчасно забезпечили доставку до лікувальної установи. Своєчасно надана та правильно проведена перша долікарська допомога не лише рятує життя потерпілому, а й забезпечує подальше успішне лікування, запобігає розвитку важких ускладнень, а після завершення лікування зменшує втрату працездатності або ступінь каліцтва. Перша долікарська допомога - це комплекс простих термінових дій, спрямованих на збереження здоров'я і життя потерпілого. При наданні першої долікарської допомоги треба керуватися такими принципами: правильність, доцільність, швидкість, продуманість, рішучість, спокій, дотримуючись, як правило, наступної послідовності:

усунути вплив на організм факторів, що загрожують здоров'ю та життю потерпілого (звільнити від дії електричного струму, винести із зараженої атмосфери чи з палаючого приміщення, погасити палаючий одяг, витягти з води);

оцінити стан потерпілого, визначити характер і тяжкість травми, яка є найбільшою загрозою для життя потерпілого, і послідовність заходів щодо його врятування;

виконати необхідні дії щодо порятунку постраждалого в порядку терміновості (забезпечити прохідність дихальних шляхів, зробити штучне дихання, закритий масаж серця, зупинити кровотечу, провести іммобілізацію місця перелому, накласти пов'язку тощо);

викликати швидку медичну допомогу або лікаря або провести заходи для транспортування потерпілого до найближчої медичної установи;

підтримувати основні життєві функції потерпілого до прибуття медичного працівника, пам'ятаючи, що зробити висновок про смерть потерпілого має право лише лікар.

Виконуючи перелічені вище дії, необхідно бути уважним і обережним, щоб не заподіяти шкоди собі і не завдати додаткової травми потерпілому.

Особливо це стосується тих випадків, коли потерпілого необхідно звільнити від дії електричного струму, з-під завалу, винести з палаючого приміщення, при рятуванні утопленика. Якщо допомогу надають кілька осіб, деякі з вище названих дій можна виконувати паралельно.

Людина, яка надає першу допомогу, повинна знати основні ознаки порушення життєво важливих функцій організму людини, загальні принципи надання першої долікарської допомоги та її прийоми відповідно до характеру отриманих потерпілим пошкоджень.

Людина, яка надає першу допомогу, повинна уміти:

оцінити стан потерпілого і визначити, яка допомога потрібна йому в першу чергу;

забезпечити вільну прохідність верхніх дихальних шляхів;

виконати штучне дихання «рот в рот» або «рот у ніс» і зовнішній масаж серця і оцінити їх ефективність;

зупинити кровотечу накладанням джгута, що давить, пов'язки або пальцевим притисненням судин;

накласти пов'язку при пошкодженні (пораненні, опіку, відмороженні, ударі);

провести іммобілізацію пошкодженої частини тіла при переломі кісток, важкому ударі, термічному ураженні;

надати допомогу при тепловому і сонячному ударі, утопленні, отруєнні, блюванні, втраті свідомості;

використовувати підручні засоби при перенесенні, навантаженні і транспортуванні потерпілого;

визначити необхідність вивезення потерпілого машиною швидкої допомоги чи попутним транспортом;

користуватися аптечкою першої допомоги.

Надання першої допомоги при порушенні діяльності мозку, зупинці дихання та серцевої діяльності. В результаті різного виду травм, сильного болю, втрати крові, нестачі кисню в організмі, при замерзанні і перегріванні тощо можливе ураження центру свідомості - мозку. Поразка мозку призводить до різного роду станів організму, починаючи від шоку, нудоти, непритомності і закінчуючи зупинкою серця і смертю, а ознаки такого ураження проявляються широким спектром симптомів. Також багато різного роду причин призводять до припинення надходження в легені повітря - асфіксії, в результаті чого дихання припиняється, людина втрачає свідомість, може зупинитися серце і наступити смерть. Оскільки характер допомоги, як правило, визначається станом потерпілого, спочатку розглянемо порядок і правила надання долікарської допомоги при загальних розладах організму, викликаних ураженням мозку, зупинкою дихання та зупинкою діяльності серця, а далі, розглядаючи окремі види ураження організму і допомогу при них.

**Короткочасні втрати свідомості.** Причини - раптово виникла недостатність кровонаповнення мозку під впливом психоемоційного збудження, страху, падіння тіла, болю, нестачі свіжого повітря тощо. Ці фактори викликають рефлекторне розширення судин м'язів, у результаті чого знекровлюється мозок. Короткочасні втрати свідомості - це перехідний стан до непритомності. Ознаками короткочасної втрати свідомості є блідість, дзвін у вухах, потемніння в очах, холодний піт, запаморочення, слабке наповнення пульсу, поверхневе дихання. Як правило, короткочасна втрата свідомості швидко проходить.

Допомога. Покласти потерпілого в горизонтальне положення, розстебнути комір, забезпечити доступ свіжого повітря. Можна дати понюхати нашатирний спирт на ваті. Потерпілому слід трохи полежати. Якщо потерпілий у свідомості, йому можна дати гарячий чай, каву. Людину, що втратила свідомість, не можна намагатися напоїти.

**Непритомність.** Причини - ті ж, що і при короткочасній втраті свідомості. Ознаки. Часто непритомність настає раптово, але інколи перед нею бувають напади нудоти, блювання, слабкість, позіхання, посилене потовиділення. При цьому пульс прискорюється, артеріальний тиск падає. Під час непритомності пульс уповільнюється до 50-40 ударів на хвилину. Велику небезпеку для життя потерпілого під час непритомності становить западання язика і потрапляння блювотних мас у дихальні шляхи, що призводить до їх закупорки. Допомога. При непритомності потерпілого потрібно покласти на спину, трохи підняти (на 15-20 см) нижні кінцівки для поліпшення кровообігу мозку. Потім звільнити шию і груди від одягу, який їх здавлює, поплескати по щокам, збризнути обличчя, груди холодною водою, дати понюхати нашатирний спирт.

**Асфіксія** - задуха, викликана кисневим голодуванням та надлишком вуглекислого газу в крові і тканинах, настає внаслідок припинення надходження повітря в легені протягом 2-3 хвилин. Людина, як правило, втрачає свідомість. Потім може зупинитися серце і наступити смерть. Причини асфіксії - спазм гортані і трахеї (задуха); заповнення гортані і трахеї водою (утоплення); заповнення їх слизовими або блювотними масами, землею; закриття входу в гортань стороннім тілом чи язиком; параліч дихального центру від отрути, вуглекислого газу, снодійних засобів; травми головного мозку; дифтерія, грип, ангіна. Ознака - відсутність дихання, наявність якого встановлюється за рухом грудної клітки або за зволоженням дзеркала, що прикладається до носа або рота потерпілого. Допомога полягає в тому, що потерпілому необхідно витягнути язик, якнайшвидше очистити порожнину рота від слизу, крові, харчових продуктів, землі тощо, розстебнути комір, пояс, верхній одяг - все, що може заважати диханню, і здійснювати штучне дихання. Іноді через набряк гортані виконувати штучне дихання стає неможливим. Щоб зменшити набряк, накладають холодний компрес на кадик, ноги ставлять у гарячу воду. При необхідності робиться трахеотомія - введення трубки в розсічену трахею.

Штучне дихання. Найефективнішим способом штучного дихання є дихання «із легень у легені», яке проводиться у вигляді дихання «рот в рот» або «рот у ніс».

Потерпілого кладуть на спину, на тверду рівну поверхню, відкинувши голову назад, для чого під плечі необхідно покласти валик або будь- який згорток. Для запобігання переохолодження організму потерпілого під його спину доцільно також покласти підстилку (ковдру, пальто). Особа, що надає допомогу, пальцями затискає потерпілому ніс, робить глибокий вдих, притискає свої губи до губ потерпілого, швидко робить різкий видих йому в рот і відхиляється назад. Під час вдування повітря в легені потерпілого спостерігається розширення його грудної клітки. Коли рятувальник відхиляється назад, грудна клітка потерпілого спадає, відбувається видих. Вдування повітря повторюють з частотою 8-12 разів на хвилину. З гігієнічною метою рекомендується рот потерпілого прикрити шматком чистої тонкої тканини (носовичок, поділ сорочки, бинт, косинка тощо).

Можна вдувати повітря в ніс потерпілого, затискаючи йому при цьому рот. Якщо пошкоджено обличчя і проводити штучне дихання «з легень в легені» неможливо, треба застосувати метод стиснення і розширення грудної клітки шляхом складання і притискання рук потерпілого до грудної клітки з їх наступним розведенням у боки. Штучне дихання необхідно проводити наполегливо (іноді кілька годин) до появи у потерпілого самостійного стійкого дихання.

**Допомога при ураженні електричним струмом**. Пошкодження організму, викликані протіканням через нього електричного струму, електричною дугою або блискавкою, називаються електричною травмою. Електричні травми умовно поділяються на два види: місцеві електротравми, коли виникає місцеве ушкодження організму, та загальні електротравми, так звані, електричні удари, коли уражається центральна нервова система або існує загроза ураження всього організму внаслідок порушення нормальної діяльності життєво важливих органів і систем, таких як головний мозок, серце, легені.

Місцеві електротравми - чітко окреслені місцеві порушення цілісності окремих ділянок та тканин тіла під впливом електричного струму або електричної дуги. Найчастіше - це поверхневі ушкодження, тобто ушкодження шкіри, іноді інших м'яких тканин, а також зв'язок і кісток. До місцевих електротравм відносять: електричні опіки, електричну ме-таллізацію шкіри, механічні пошкодження і електроофтальмію.

Загальні електричні травми (електричні удари) в залежності від наслідків ураження організму людини поділяють на чотири ступені:

I - судорожне скорочення м'язів, що супроводжується болем без втрати свідомості;

II - судорожне скорочення м'язів з втратою свідомості та / або зупинкою дихання;

III - втрата свідомості і порушення серцевої діяльності;

IV - клінічна смерть.

Електричний удар, навіть якщо він не закінчився смертю, може призвести до значного розладу функцій організму, яке проявляється відразу ж після удару або через декілька годин, днів і навіть місяців. У результаті удару електричним струмом можуть виникнути або загостритися серцево-судинні захворювання (аритмія серця, стенокардія, підвищення або зниження артеріального тиску), а також нервові захворювання (невроз), ендокринні порушення тощо. Можливо ослаблення пам'яті та уваги. Вважається, що електричні удари послаблюють стійкість організму до захворювань.

Для того, щоб звільнити потерпілого від дії електричного струму, необхідно швидко вимкнути ділянку електричної мережі або електрообладнання, до якого торкається людина. Якщо вимкнення неможливе, звільнити людину від дії електричного струму можна, відтягнувши його від джерела струму або ж відкинувши дріт від людини (якщо людина торкається проводу). При цьому людині, яка надає допомогу, необхідно дотримуватися правил безпеки, щоб самому не потрапити під дію електричного струму, звертаючи особливу увагу на напругу, під яку потрапив потерпілий.

**ВИСНОВКИ**

1. В останні роки спостерігаються значне зростання і поширення хвороб печінки. Надзвичайно широке поширення у всіх країнах світу отримали запальні захворювання печінки - хронічні гепатити.

. Одним з основних принципів лікування і реабілітації гепатологічних хворих є обмеження медикаментозного навантаження на печінку в зв'язку зі зниженням в ній активності основних метаболічних систем. Це визначає актуальність пошуку немедикаментозних методів реабілітації хворих з захворюваннями печінки.

. Рухова терапія (кінезетерапія), як метод патогенетичної терапії, є одним з найважливіших засобів відновного лікування хворих з різними формами хронічних гепатитів.

. Виходячи з характеру функціональних порушень, при хронічних гепатитах слід використовувати засоби фізичних вправ седативного дії, використання сприятливих методик рухової терапії.

. Основними засобами фізичної реабілітації при хронічному гепатиті є лікувальна фізична культура, гідрокінезетерапія і дихальні вправи, які надають стимулюючий вплив на імунну та природні механізми регуляції організму хворих.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

. Поліклінічний етап хворих з хронічними гепатитами повинен бути комплексним, індивідуально підібраним для кожного хворого, мати системний характер і впливати на загальні та специфічні реакції організму. З огляду на функціональний стан печінки, ЛФК передбачає поступову адаптацію до навантаження побутового характеру, а також подальшої тренуванні серцево-судинної системи.

. Основні форми ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), ЛГ, дозовані прогулянки (теренкур), рухливі ігри, заняття на різних тренажерах, гімнастика у воді. Кожна з форм ЛФК має свої особливості, що залежать від характеру складових її фізичних вправ і оответственно в різному ступені важлива при різних видах хронічних гепатитів.

. Лікувальну гімнастику в поліклініці, в основному, виконують груповим методом. У заняття включають вправи для всіх м'язових груп і суглобів в поєднанні з ритмічним диханням, вправи на рівновагу, увагу, координацію рухів.

. Отримані нами дані рекомендується використовувати в практичній роботі фахівців з фізичної реабілітації в лікувальних установах терапевтичного, гастроентерологічного і інфекційного профілів і в навчальному процесі для студентів вузів фізичної культури з дисципліни «Фізична реабілітація в клініці внутрішніх хвороб».

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Бабов К.Д., Беличенко Т.А. и др. Немедикаментозные технологии лечения в гепатологии // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. - 1999. - № 3. - С. 38 - 43.

2. Баранов В.М. Занятия в группах здоровья. - К.: Здоровья, 1983. - 120 с.

. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача. - СПб.: Фолиант, 2001. - 416 с.

. Бисмак Е.В. Характеристика средств физической реабилитации, применяемых при хроническом гепатите // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. Харьков. - 2007. - №3. - С. 3 - 8.

. Вардимиади Н. Д., Машкова Л. Г. Лечебная физическая культура при хронических заболеваниях печени и желчных путей. - К.: Здоровье, 1985. - 56 с.

. Васильчук М.В., Медвідь М.К., Сачков Л.С. Збірник нормативних документів з безпеки життєдіяльності. - К.: Фенікс, 2000. - 896 с.

. Выгоднер Е.Б. Физические факторы лечения и реабилитации органов пищеварения. - М., 1985. - 96 с.

. Гігієна та охорона праці медичних працівників: навчальний посібник / В.Ф. Москаленко, О.П. Яворовський, Д.О. Ластков та ін. / за ред. В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. - К.: Медицина, 2009. - 175 с.

. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура / Учебное пособие для вузов. − М.: Издат. дом "ГЭОТААМЕД", 2002. − 100 с.

. Єфіменко Н.П. Методичні вказівки до написання розділу «Охорона праці». - Харків, 2010.

. Жук И.А. Общая патология и тератология: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. − М.: Академия, 2003. − 176 с.

. Зеркалов Д.В. Охорона праці в медичних закладах: довідник. - К.: Основа, 2008. - С. 56−59.

. Ивашкин В.Т., Буеверов А.О. Токсический гепатит, вызванный отравлением суррогатами алкоголя // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. - № 1. - С. 4-8.

. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура: Новейший справочник / Под ред. Т.А. Евдокимовой. - СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2003. - С. 427 - 740.

. Мухин В.М. Физическая реабилитация. Учебник. − К.: Олимпийская литература, 2001. − 402 с.

. Назар П.С. Пропедевтика захворювань органiв травлення: Посiбник для лiкарiв. - К.: КИТ, 2005. - Т. 3. - 399 с.

. Основи охорони праці: навчальний посібник / Р.М. Івах, Я.І. Бедрін, Б.О. Білінський, М.М. Кобзар. - К.: Кондор, 2011. - 464 с.

. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. - К.: Олимпийская литература, 2003. - 223 с.

. Пархотик И.И., Сельтов Я. Н., Чорний В. В. Физические упражнения в программе восстановительного лечения больных с дисфункцией билиарного тракта // Педагогіка, психологiя та медико-бiологiчнi проблеми фізичного виховання і спорту. - Харків. - 2011. - N6. - С. 102 - 106.

. Триняк Н.Г. Управление дыханием и здоровье. - Киев.: Здоровье, 1991. - 160 с.

. Харченко Н. В. Хронические гепатиты: достижения, нерешённые проблемы // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. - 2009. - №1. - С. 50-53.

. Хендерсон Д.М. Патофизиология органов пищеварения: Пер. с англ. - М.: Бином, 2005. - 3-е изд., испр. - 272 с.

. Шарафанов А.А. Лечебная гимнастика при заболеваниях органов пищеварения, мочеполовой системы и ожирении. - Ставрополь: Кн. Изд-во, 1988. - 3-е изд., перераб. и доп.- 169 с.

. Шашель В.А., Холопов А.П., Талапов И.В. Восстановительное лечение хронических заболеваний органов пищеварения. - Краснодар: Периодика Кубани, 2003. - 360 с.

. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 859 с.

. Шматова О.О., Назар П.С. Вплив методів фізичної реабілітації на стан якості життя у хворих з токсичними гепатитами // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - 2013. - № 11 - С. 104-108. doi:10.6084/m9.figshare.817937

. Яблонская В.Б. Медицинская реабилитация больных с функциональными отклонениями желчевыделительной системы // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия, 2007. - № 3. - С. 20 - 24.ПСИ

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

Комплекс А.1.

Зразковий комплекс фізичних вправ лікувальної гімнастики для пацієнтів з хронічним гепатитом на поліклінічному етапі (щадний руховий режим)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вихідне положення | Зміст вправи | Кількість повторень | Темп виконання | Методичні вказівки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Вступна частина. Вимірювання пульсу і А.Т. | | | | | |
| 1. | Лежачи на спині, очі закриті | Відпочинок, м'язове розслаблення при довільному положенні рук і ніг | 3-5 хв |  | При необхідності відпочинок може бути подовжений |
| 2. | Лежачи на спині | Згинання і розгинання в променезап'ясткових і гомілковостопних суглобах | 4-5 разів | Повільний |  |
| 3. | Лежачи на спині | Підняти руки вгору - вдих, опустити - видих | 5-7 разів | Повільний |  |
| Основний | | | | | |
| 4. | Лежачи на спині, долоні на животі | Дихальні вправи із залученням м'язів черевного преса | 4-6 разів | Повільний |  |
| 5. | Лежачи на спині, долоні на животі | Легке погладжування по ходу кишечника | 1-3 хв | Повільний | Не посилюючи больових відчуттів |
| 6. | Лежачи на правому боці, права нога напівзігнута в коліні | Згинання і розгинання в колінних і тазостегнових суглобах лівої ноги, ведучи її по правій. Те ж на лівому боці | 3-6 разів | Повільний | Прагне привести стегно до живота |
| 7. | Лежачи на правому боці, права нога напівзігнутих в коліні | Одночасне згинання та розгинання в ліктьових, плечових, колінних і тазостегнових суглобах. Те ж на лівому боці | 3-4 рази | Повільний |  |
| 8. | Лежачи на правому боці, права нога напівзігнутих в коліні | Одночасне відведення рук і ніг вгору, в сторону, суворо поєднуючи з дихальними рухами. Те ж на лівому боці | 3-4 рази | Повільний |  |
| 9. | Лежачи на спині | Відпочинок в стані розслаблення | 1-2 хв |  | Виконувати без особливого м'язового напруги |
| 10. | Сидячи на краю стільця, спираючись областю лопаток об спинку, ноги разом, руками триматися за сидіння | Одночасне згинання в гомілковостопних, розгинання в колінних суглобах у поєднанні з поступателен-ним рухом обома стопами вперед | 2-4 рази |  | Виконувати без особливого м'язового напруги |
| 11. | Сидячи на стільці, спираючись про стілець | Дихальні вправи в поєднанні з поворотами тулуба в сторони і рухом рук | 3-4 рази | Повільний |  |
| 12. | Стоячи, тримаючись за спинку стільця | Поперемінно піднімати витягнуту ногу до прямого кута | 4-5 разів | Середній |  |
| 14. | Стоячи | Нахили тулуба в сторони | 3-4 рази |  | При появі болю або нудоти припинити вправи |
| 15. | Стоячи | Ходьба по залу з високим підніманням стегон | 3-5 хвилин | Повільний |  |
| 16. | Стоячи | Дихальні вправи при ходьбі по колу в поєднанні з рухами рук і тулуба | 3-5 хвилин | Повільний |  |
| 17. | Стоячи, руки на плечі | 1-4 - колові Рухи в Плечових суглобу назад; 5-8 - вперед | 4-5 разів | Середній | Дихання вільне |
| 18. | Стоячи, руки зігнуті в ліктьових суглобах | 1 - колові Рухи в ліктьовіх суглобу до себе; 5-8 - від себе | 4-5 разів | Середній | Дихання вільне |
| 19. | Стоячи | руки в замок колові Рухи в кістьовіх суглоб вправо / вліво | 30 с | Швидкий |  |
| 20. | Стоячи, руки на пояс | 1 - поворот Тулуба вправо; 2 - в.п.; 3-4 - ті самє вправо | 4-5 разів | Повільний | Дихання вільне |
| 21. | Стоячи, ноги разом, руки вздовж тулуба | 1 - піднятися на носки; 2 - плечі відтягнуті назад, долоні повернені від себе; 3 - добре прогнутися, вдих | 4-5 разів | Повільний | Стежити за диханням |
| 22. | Стоячи, ноги разом, руки вздовж тулуба | 1 - одну ногу відставити назад на носок, одночасно підняти руки вперед і вгору; 2 - добре прогнутися, вдих; 3 - повільно опустити руки через боки вниз, видих з вимовою звуку «м-м-м» до повного видиху | 4-5 разів | Повільний | Стежити за диханням |
| Заключний | | | | | |
| 23. | Сидячи на стільці, спираючись областю лопаток об спинку стільця, прямі ноги витягнуті вперед | Відпочинок з розслабленням м'язів |  |  | Стежити за ефективністю розслаблення |
| 24. | Сидячи на стільці | Дихальні вправи в поєднанні з рухами рук | 3-5 раз | Повільний |  |
| 25. | Сидячи, спираючись на спинку стільця | Робити руху ногами і руками, імітуючи ходьбу | 30-60 секунд | Середній | дихання довільне |

Комплекс А.2.

Зразковий комплекс фізичних вправ лікувальної гімнастики для пацієнтів з хронічним гепатитом на поліклінічному етапі (щадно-тренуючий руховий режим)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вихідне положення | Зміст вправи | Кількість повторень | Темп виконання | Методичні вказівки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Вступна частина. Вимірювання пульсу і А.Т. | | | | | |
| 1. | Стоячи | Ходьба звичайна з розведенням рук в сторони, з високим підніманням колін | 1-2 хв | Середній |  |
| 2. | Вузька стійка, ноги нарізно | Підняти руки вгору, підтягнутися - вдих, руки через сторони - видих | 6-8 разів | Повільний | Регламентоване дихання |
| 3. | Вузька стійка, ноги нарізно, руки на поясі | Розвести руки в сторони, поворот вправо - вдих, нахилитися вперед, долонями дістати носок правої ноги - видих, в. п. - вдих, 2 - 4 рази на кожну сторону, пауза для відпочинку | 30 с | Середній |  |
| 4. | Вузька стійка, ноги нарізно, руки на поясі | Розвести руки в сторони, прогнутися - вдих, повернутися в в. п. - видих | 3 - 4 рази | Середній | Регламентоване дихання |
| 5. | Вузька стійка, ноги нарізно, руки вздовж тулуба | Нахилитися вправо, кисті ковзають по тулубу ( «насос») - видих, повернутися в в. п. - вдих | 3-5 разів на кожну сторону | Повільний |  |
| Основна частина | | | | | |
| 6. | Вузька стійка, ноги нарізно, руки вздовж тулуба | Підняти руки вгору, піднятися на носки - вдих, присісти, відвести руки назад - видих | 4-5 разів | Повільний |  |
| 7. | Лежачи на спині | Ноги зігнуті, одна рука на животі, інша - на грудях, регламентоване дихання | 3-4 рази | Повільний | Регламентоване дихання |
| 8. | Лежачи на спині, руки на поясі | Поперемінно відведення прямої ноги в сторону | 5 - 6 разів на кожну сторону | Повільний | Довільне дихання |
| 9. | Лежачи на спині, руки на поясі | Почергове згинання ніг з відривом їх від підлоги (імітація їзди на велосипеді) | 10 - 12 разів, пауза для відпочинку 30 с | Середній | Довільне дихання |
| 10. | Лежачи на спині, руки вздовж тулуба | Підняти прямі ноги вгору - видих, повернутися в і. п. - вдих | 4 - 6 разів | Середній |  |
| 11. | Лежачи на спині, руки вздовж тулуба | Розвести руки в сторони - вдих, охопити зігнуті ноги, притиснути їх до живота - видих | 5 - 6 разів | Середній |  |
| 12. | Лежачи на спині, руки вздовж тулуба | Глибоке грудне і діафрагмальне дихання | 3 - 4 рази | Повільний |  |
| 13. | Лежачи на лівому боці, ліва рука під головою | Зігнути праву ногу, правою рукою охопити праве коліно - видих | 3 - 4 рази | Середній |  |
| 14. | Лежачи на лівому боці, ліва рука під головою | Відведення правого прямого ноги назад і вперед | 6 - 8 разів | Середній | Довільне дихання |
| 15. | Лежачи на правому боці, права рука під головою | Зігнути ліву ногу, лівою рукою обхопити ліве коліно - видих | 3 - 4 рази | Середній |  |
| 16. | Лежачи на правому боці, права рука під головою | Відведення лівого прямого ноги назад і вперед | 6 - 8 разів | Середній | Довільне дихання |
| 17. | Лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги прямі | Регламентоване дихання | 3 - 4 рази | повільний | Регламентоване дихання |
| 18. | Стоячи на четвере-ньках | Сісти на п'яти - видих, повернутися в в. п. - вдих | 6-8 разів | Середній |  |
| 19. | Стоячи на четвере-ньках | Підняти праву пряму ногу вгору - вдих, підтягти зігнуту ногу до разноименно кисті - видих | 5 - 6 разів кожною ногою | Середній |  |
| 20. | Сидячи на стільці, обхопити сидіння руками | Підняти зігнуті ноги, притиснути до живота - видих, повернутися в і. п. - вдих | 5 - 6 разів | Середній |  |
| 21. | Сидячи на стільці, руки вздовж тулуба | Підняти ліву ногу, пальцями кистей отримати носок ноги - видих, повернутися в і. п. - вдих | 5 - 6 разів кожною ногою | Повільний |  |
| 22. | Сидячи на стільці, одна рука на животі, інша - на грудях | Регламентоване управління диханням | 3 - 4 рази | Повільний | Регламентоване дихання |
| Заключна частина | | | | | |
| 23. | Стоячи | Ходьба по колу з різними рухами рук (до плечей, вперед, в сторони) | 1 - 2 хв | Середній |  |
| 24. | Стоячи, руки вздовж тулуба | Підняти руки вгору - вдих, опустити розслаблені руки, нахилитися вперед - видих | 4 - 6 разів | Середній |  |
| 25. | Стоячи, руки вздовж тулуба | Поперемінно потрясти розслабленими ногами | 3 рази | Середній |  |

Комплекс А.3.

Зразковий комплекс фізичних вправ лікувальної гімнастики для пацієнтів з хронічним гепатитом на поліклінічному етапі (тренуючий руховий режим)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вихідне положення | Зміст вправи | Кількість повторень | Темп виконання | Методичні вказівки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Вступна частина. Вимірювання пульсу і А.Т. | | | | | |
| 1. | Повідомлення завдань заняття | Відпочинок, м'язове розслаблення при довільному положенні рук і ніг | 1 хв 30 с |  |  |
| 2. | Стоячи | Перешикування з першої шеренги в другу | 1 хв | Середній |  |
| 3. | Стоячи | Ходьба: а) на носках, руки на пояс б) на п'ятах, руки на голову в) перекатом з п'ят на носок | 1 хв 1 хв 1 хв | Середній |  |
| 4. | Стоячи | Спокійна ходьба на 6 кроків - вдих, на 10 кроків - затримати подих, на 8 кроків - видих | 3 рази | Повільний |  |
| 5. | Стоячи | Руки до плечей - 1-2 обертання вперед, 3-4 обертання назад | 4 рази | Середній |  |
| 6. | Стоячи | Руки перед грудьми 1-2 відведення зігнутих рук, 3-4 - прямих | 4 рази | Середній |  |
| 7. | Стоячи | Права рука вгору, ліва - вниз, 1-2 відведення наза, зміна положення | 4 рази | Середній |  |
| 8. | Стоячи | Руки вгору - вдих, опустити - видих | 4 рази | Середній | Дихання повне |
| Основний | | | | | |
| 9. | Основна стійка | 1-руки вгору, права нога назад на носок - вдих, 2 - в.п. - Видих, 3-4 - те ж лівою ногою | 6-8 разів | Середній |  |
| 10. | Основна стійка | 1 руки в сторони, відведення прямої лівої ноги в сторону на носок, 2 - в.п., 3-4 - те ж правою | 6-8 разів | Середній |  |
| 11. | Основна стійка | Руки на пояс, 1-2 - поворот тулуба і голови вправо, 3-4 - в.п., 5-6 - те ж в іншу сторону | 6-8 разів | Середній |  |
| 12. | Основна стійка | Два пружинистих нахилу вправо, в.п., то ж в іншу сторону | 6-8 разів | Середній |  |
| 13. | Широка стійка | Ноги нарізно, руки вперед, 1 - махом правої ноги дістати ліву долоню, в.п., 3 - те ж лівою ногою | 6-8 разів | Середній |  |
| 14. | Основна стійка | Глибоке діафрагмальне дихання з випинанням черевної стінки вперед - вдих; втягнути черевну стінку - видих | 4-6 разів | Повільний |  |
| 15. | Стоячи на колінах | Підняти руки вгору - вдих, затримати подих, сісти - різкий видих | 6-8 разів | Середній | Вдих через рот видих через ніс |
| 16. | Лежачи на спині | Почергове відведення ніг | 10-12 разів | Середній |  |
| 17. | Лежачи на спині, руки під головою | Підняти тулуб вгору на 15-20 см від підлоги, повернутися в в.п. | 6-8 разів | Повільний | Дихання вільне |
| 18. | Лежачи на спині | Права рука на грудях, ліва на животі, діфрагмальне дихання | 4-6 разів | Повільний |  |
| 19. | Лежачи на спині | Руки уздовж тулуба, ноги підняти, зігнути, випрямити, опустити | 10 раз | Середній | Дихання довільне |
| 20. | Лежачи на спині | По черзі згинати й розгинати ноги на вису | 10 раз | Середній |  |
| 21. | Лежачи на животі | Руки під грудьми, підняти плечі вгору, випрямити руки, прогнутися - вдих, повернутися в в.п. - Видих | 10 разів | Повільний |  |
| 22. | Коліно-ліктьове положення | Підняти праву ногу вгору, і.п., то ж лівою ногою | 12 раз | Середній |  |
| 23. | Коліно-ліктьове положення | Підняти праву ногу в сторону, дивитися на носок, і.п., то ж лівою ногою | 12 раз | Середній |  |
| Заключний | | | | | |
| 24. | Стоячи | Ходьба на місці в повільному темпі, піднятися на носки, руки вгору - вдих, опустити - видих 30 секунд | 6 разів | Повільний |  |
| 25. | Основна стійка | Підняти праву руку вгору, ліву - вгору, праву - в сторону, ліву - в сторону, праву - перед, ліву - вперед, праву - вниз, ліву - вниз | 4 рази | Повільний |  |

При необхідності щадного відношення до органів черевної порожнини рекомендується виконання вправ з вихідного положення, стоячи на четвереньках, що супроводжується зниженням внутрішньочеревного тиску, сприяє усуненню спастичних явищ.

Щільність заняття лікувальною гімнастикою в залі ЛФК на вільному режимі - 72±1, 6%, тривалість кожного заняття - 25-30 хвилин.

Основна мета - поліпшення загальнофізичного стану хворого, підвищення психоемоційного статусу, зміцнення організму з акцентом на м'язи грудної клітки і черевного преса. У комплекс включаються регламентовані дихальні вправи. При вивченні вправ комплексу необхідно прагнути до правильного і чіткого їх виконання хворими, профілактики правильної постави. Під час ходьби не робити різких рухів. При активному гепатиті вправи виконувати в повільному темпі, без напруги, з невеликою амплітудою.

Поточний контроль за фізичним станом хворих здійснюється в процесі проведення занять лікувальної фізичної культури. Він проводиться за даними анамнезу, зовнішніх ознак втоми, стану слизових оболонок і шкірних покривів, АТ, ЧСС і ЧД. За перерахованими вище показниками можна судити про те, наскільки адекватно організм реагує на фізичне навантаження. Велике значення має також самоконтроль. Самоконтроль - це регулярне спостереження хворого за станом здоров'я за допомогою доступних прийомів. При самоконтролі хворий може вчасно виявити відхилення в стані здоров'я і звернутися за порадою до наставника. Особливо важливий самоконтроль при заняттях ЛФК в домашніх умовах. Результати його записують в щоденник щодня або через день.

Хворі із захворюваннями печінки при самоконтролі повинні звертати увагу на суб'єктивні і об'єктивні ознаки захворювання. При самоконтролі враховують самопочуття: воно може бути хорошим (відчуття бадьорості, життєрадісності, енергії) і поганим (слабкість, млявість і інші неприємні відчуття), відзначають характер сну (безсоння, підвищена сонливість, переривчастий, з важкими сновидіннями, час пробудження, тривалість) і стан апетиту (хороший, задовільний, поганий, відсутній). Розумову і фізичну працездатність визначають за обсягом, інтенсивності виконуваної роботи і реакції організму на певне навантаження (звичайна, знижена, підвищена).

Необхідно враховувати наявність диспепсичних явищ (відрижка, нудота, блювота), відсутність або наявність болю в правому підребер'ї, характер хворобливих відчуттів (постійні, приступообразні, помірні, сильні), характер стільця (нормальний, пронос, запор). Стан серцево-судинної і дихальної систем оцінюють по ЧСС і частоти дихальних рухів за 1 хвилину, характеру пульсу (слабкий, хорошого наповнення, ритмічний, аритмічний) в спокої і після дозованого фізичного навантаження, час відновлення цих показників до вихідного рівня.

Гідрокінезотерапія являє собою систему фізичних вправ у воді, які застосовуються в поліклінічних установах з відновлювальної метою. Останнім часом в комплексному лікуванні хворих, які страждають на хронічний гепатит, стали застосовуватися процедури гідрокінезотерапії. Фізичні вправи у воді характеризуються одночасним впливом на організм води і руху. Вода, володіючи більш щільною середовищем, ніж повітря, вимагає застосування великих фізичних зусиль при виконанні вправ в середньому і швидкому темпі і полегшує їх виконання в повільному.

Важливе значення має температурний вплив на організм водного середовища, з огляду на те, що хворий при різних рухах легко переносить температуру води значно нижче його власної. Загальновідомо, що виконання вправ у воді має загальнозміцнюючий вплив на організм людини. При проведенні гімнастики у воді слід враховувати такі фізичні властивості води, як теплоємність і теплопровідність. Вони відповідно в 4 і 30 разів більше показників повітря. Це призводить до того, що людина, що знаходиться в водному середовищі, витрачає, на думку фахівців, на 50-80% більше тепла. Звідси значні витрати енергії, збільшення інтенсивності обмінних процесів в організмі.

Структура заняття, методичні правила, музичний супровід при виконанні лікувальної гімнастики у воді мають свої, властиві тільки вправ у воді, особливо. Основним елементом процедури гідрокінезотерапії є фізичні вправи у воді. Вправи об'єднуються в комплекси, що відповідають спеціальним схемам процедур ЛГ, останні будуються, виходячи з етіопатогенетичної сутності патології печінки [2].

Процедури гідрокінезотерапії застосовуються в комплексі з гімнастичними вправами на суші. Окремі вправи гімнастики у воді можуть виконуватися самостійно як засіб розминки.

Контроль при заняттях фізичними вправами у воді з лікувальною метою включає в себе: санітарний нагляд, дотримання температурних норм, враховуються вимоги правильної послідовності, наступності та визначення сумарного навантаження при включенні лікувальної гімнастики в залі або на бортику басейну в комбіновану процедуру.

Протипоказаннями до призначення гідрокінезотерапії вважають гострі болі в області печінки, підвищення трансаміназ сироватки крові в три і більше разів, прискорена ШОЕ (понад 30 мм/год), наявність підвищеної температури тіла. Особливої уваги потребує контроль за дотриманням температурних норм. Хворі з хронічним гепатитом можуть займатися фізичними вправами в теплій воді (температура 27-28°С). Тепла вода зменшує спазм сфінктера Одді за рахунок розслаблення м'язів жовчних шляхів.

Лікувальна гімнастика в воді (гідрокінезотерапія) включає наступні вправи: вільні рухи у воді, вправи для м'язів тулуба з акцентом на черевний прес. З хворими необхідно проводити інструктаж щодо правил внутрішнього розпорядку в басейні під час проведення процедур гідрокінезотерапії. При цьому обов'язково з'ясовується наявність плавальних навичок (з тими, які не вміють плавати, заняття проводяться тільки індивідуальним методом).

Лікувальна гімнастика в воді (гідрокінезотерапія) включає наступні вправи: вільні рухи у воді, вправи для м'язів тулуба з акцентом на черевний прес, дихальні вправи, вправи біля бортика басейну з опорою на поруччя, щаблі або виступу басейну, вправи з використанням плавучих пристосувань, плавання з дошкою, плавання певним способом (переважно "брас"), ігрові елементи в поєднанні з вільним плаванням.

Вправи виконуються з вихідного положення стоячи, сидячи, лежачи на грудях і спині, тримаючись за поручні і на різній глибині занурення - до пояса, до плечей, до підборіддя.

Вихідні положення і варіанти рухів в них:

cидячи на краю басейну. У цьому вихідному положенні можна виконати кілька вправ безпосередньо перед зануренням у воду: почергове або послідовне опускання і підйом ніг у воді, імітація руху стилю брас. Дуже важливо сидіти надійно і міцно, щоб не посковзнутися і не поранитися.

упор лежачи спереду і ззаду на мілководді. У цьому положенні можуть виконуватися різні рухи ногами, але з установкою на збереження горизонтального положення тулуба.

стійка ноги нарізно по пояс і по плечі у воді. Ці положення найчастіше використовуються для занять у воді. Велика частина загальнорозвиваючих вправ виконуються в них. При цьому дуже важливо, щоб дно басейну не було слизьким і забезпечувало хороше зміст стоп під час пересування, махів ногами, поворотів і нахилів.

стоячи на краю басейну особою або спиною до стіни. Рівень води в цих положеннях може бути різним. Ті, хто займаються, тут можуть виконувати: нахили вперед і назад, махи ногами в різних напрямках, стрибки з води поштовхами ніг і рук і т.д. Можливі положення і стоячи боком до стіни. Лежачи на животі або на спині, взявшись за поручень. Як варіанти вправ можна виконувати наступне: почергові відведення (махи) ніг назад, вперед, в сторони; плавні згинання і прогинання тіла зі зміною роботи рук на згинання та розгинання; відпрацювання рухів ногами в поєднанні з диханням в стилі кроль і брас і ін.

вис спиною біля стіни прямим тілом і зігнувши ноги. Цілком доступним в цих вихідних положеннях можуть бути: почергові і одночасні згинання та розгинання ніг, прогинання і розгинання в тазостегнових суглобах, махові рухи ногами вперед.

упор присівши обличчям до стіни. У цьому положенні можна робити одночасно і почергові відведення і приведення ніг вниз і в бік, вистрибування назад з відпусткою рук і ковзанням по воді на спині.

На додаток до того, що вже написано про вправи, які можна використовувати в процедурах гідрокінезотерапії, описані ще декількох навантажувальних вправ у воді, які можна використовувати як вправи загальної фізичної підготовки.

Вправа 1 - зміна положень рук, швидкі рухи руками, що загрібають, вперед (видих) і назад (вдих).

Вправа 2 - кругові рухи руками вперед з просуванням по воді.

Вправа 3 - стрибки вгору з гребком руками вниз.

Вправа 4 - біг на місці, високо піднімаючи ноги.

Вправа 5 - енергійні повороти тулуба вправо і вліво, долоні опущені вниз.

На завершення варто обов'язково спокійно поплавати, а потім, постоявши на мілководді, добре розслабити м'язи рук, ніг і тулуба. Умови виконання вправ у воді можуть полегшувати або ускладнювати виконання вправ і тому вміле використання цього фактора є одним з важливих методичних прийомів і суттєво впливає на результативність вправ, а також визначає позитивний характер змін і успішність заняття в цілому. У координаційному відношенні вправи у воді без опори вимагають певних специфічних умінь зберігати рівновагу в різних позах, узгоджувати свої дії з реакціями водного середовища, швидкістю пересування і її зміною в процесі плавальних дій і руху; вибирати раціональні способи дій в специфічних умовах. Процедура гідрокінезотерапії складається з вступної, основної та заключної частин. Основна мета вступної частини - поступова підготовка організму до майбутньої фізичному навантаженні. Для цього використовуються елементарні вправи лікувальної гімнастики для дрібних м'язових груп верхніх і нижніх кінцівок в чергуванні зі статичними і динамічними дихальними вправами. Основна частина сприяє поліпшенню діяльності печінки, серцево-судинної системи шляхом тренування екстракардіальних факторів кровообігу, а також тренуванні апарату зовнішнього дихання. Для цього хворі виконують вправи гідрокінезотерапії для середніх м'язових груп кінцівок і тулуба в чергуванні зі спеціальними дихальними вправами.

У заключній частині навантаження поступово знижуються, відновлюється діяльність серцево-судинної і дихальної систем. Це досягається за допомогою вправ на розслаблення, статичних і динамічних дихальних вправ. Процедури гідрокінезотерапії застосовуються на вільному руховому режимі, в якому рухова активність чергується з відпочинком в поєднанні з регламентованими дихальними вправами (статичними і динамічними). До входу в воду хворі обов'язково виконують 5-6 вправ на бортику (рухи рук в різних напрямках, махи ногами, нахили голови і тулуба в різних напрямках - по 4-6 разів кожну вправу).

У процедури гідрокінезотерапії входять вправи, які виконуються у вихідному положенні лежачи на спині, на правому і лівому боці, на животі, сидячи, стоячи тримаючись за поручні, темп виконання середній, амплітуда повна. У комплекс вправ включаютьсяЗагальнорозвиваючі вправи з поступово зростаючою амплітудою. При виконанні дихальних вправ необхідно домогтися повідомлення ритму і глибини дихання з амплітудою руху. Обов'язковими є регламентовані дихальні вправи. Велика увага приділяється використанню махових рухів в поєднанні з розслабленням при виконанні їх в початковому положенні лежачи на правому боці.

У перший день занять в басейні хворим рекомендується виконувати різні спеціальні вправи, які не викликають хворобливих відчуттів, подобаються хворим, покращують їх настрій. У наступні дні - комплекси вправ, які включають вправи для черевного преса, нахили тулуба вперед, назад, в сторону, обертання тулуба, ходьбу (в тому числі з високим підніманням стегна). Навантаження збільшується як за рахунок зміни вихідного положення, так і за рахунок збільшення кількості вправ, числа повторень і виконання більш складних вправ. Добре сприймаються вправи в діафрагмальному диханні з масажем живота. Цей вид вправ хворі виконують також в палаті кілька разів на день. На тренувальному режимі велика увага приділяється вправам, що сприяють зміцненню всіх м'язів і, особливо, м'язів черевного преса і тазового дна. Під час занять звертається увага на те, що кожна вправа повинна виконуватися без больових відчуттів.

Застосування різних оптимально-вигідних вихідних положень, поступове збільшення навантаження, буденність занять, оптимальне дозування, повідомлення вправ з регламентованим і діафрагмовим диханням, підбір і дозування з урахуванням індивідуальних особливостей хворих дозволяють поліпшити загальний стан хворих, підвищити їх фізичну активність. Тривалість кожного заняття - 30-35 хвилин. Щільність процедури гідрокінезотерапії становить 75±1, 3%. Фізіологічна крива навантаження максимально збільшується в середині процедури гідрокінезотерапії і знижується до кінця.

У хворих з хронічним гепатитом лікувальна гімнастика в залі ЛФК та ​​процедури гідрокінезотерапії проводяться за седативною методикою. В останні роки велика увага приділяється дихальним вправам як засобів оздоровлення організму. Оздоровчий вплив таких вправ пов'язане зі значенням для здоров'я людини правильного дихання і тренування органів дихальної системи [20].

Хворим на хронічний гепатит призначаються статичні і динамічні дихальні вправи, які не тільки підвищують стійкість організму до кисневої недостатності, а й сприяють врівноважування нервових процесів.

Велике значення для хворих з патологією печінки має діафрагмальне дихання, яке найбільше впливає на органи черевної порожнини. Відомо, що у більшості хворих з даною патологією переважає грудний тип дихання. Тому важливим для даного контингенту хворих було відновлення природного (повного) типу дихання [14].

Вправи діафрагмального дихання виконуються в стані спокою спочатку лежачи на спині, далі сидячи або стоячи.

Приблизний комплекс вправ діафрагмального типу дихання для хворих з хронічним гепатитом:

. Дихати діафрагмою, поступово прискорюючи темп, повторити 10-12 разів, якщо дихання не викликає запаморочення.

. Після вдиху діафрагмою необхідно видихати ривками і кожен раз при короткому видиху говорити "ча". Повторити 8-10 разів.

. Змінна дихання діафрагмою: на першому вдиху живіт випинається, на наступному втягується. Вдих і видих слід робити швидко. Повторити 8-12 разів.

. Вдих - діафрагмою, видих - на долоню струменем. Долоню піднести близько до рота і видихати повільно так, щоб на руці залишилося відчуття тепла. Вправа виконується в положенні сидячи. При вдиху звернути увагу на розслаблення м'язів ніг, а при видиху - м'язів спини. Повторити вправу 15-20 разів.

. Неглибокий вдих діафрагмою (через рот-ніс), видих - коротким, майже беззвучним кашлем таким чином, щоб втягувався живіт. Вправу виконати 5-8 разів.

Після встановлення правильного діафрагмального типу дихання хворі відпрацьовують гармонійність повного типу дихання, коли в процесі вдиху і видиху беруть участь всі дихальні м'язи (діафрагма, міжреберні м'язи і черевний прес). Вдих виконується одночасно діафрагмою (животом) і грудною кліткою, видих - опускаючи і поступово втягуючи живіт.

Після встановлення правильного діафрагмального типу дихання хворі відпрацьовують гармонійність повного типу дихання, коли в процесі вдиху і видиху беруть участь всі дихальні м'язи (діафрагма, міжреберні м'язи і черевний прес). Вдих виконується одночасно діафрагмою (животом) і грудною кліткою, видих - опускаючи і поступово втягуючи живіт.

Спеціальні дихальні вправи призначаються після визначення оптимального обсягу вдихуваного повітря і індивідуальної тривалості дихальних фаз і інтервалів між ними на підставі встановлення максимального і субмаксимальної часу вольової затримки дихання на вдиху і видиху. Максимального час вольової затримки дихання приймається тривалість затримки в секундах після глибокого вдиху і видиху (гіпоксичні проби). Субмаксимальних час затримки дихання становить 40-50% від рівня максимального часу затримки дихання на вдиху і видиху.

Спеціальні регламентовані дихальні вправи з метою реабілітації хворих з хронічним гепатитом призначаються строго диференційовано також з урахуванням тонусу і реактивності симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи.

Хворим на хронічний гепатит дихальні вправи у воді рекомендується виконувати за наступною схемою:

вільно, з рівномірним чергуванням природних (по напруженості і тривалості) вдихів і видихів;

з подовженням вдиху при збереженні вільної і природно-необхідного тривалості видиху (співвідношення тривалості 4:2 і 4:3 с)

з переривчастим (на вдиху) диханням, виконуваних на 2, 4, 6, 8 с;

із затримкою дихання на 2-8 с на вдиху:

а) якщо після затримки на вдиху виконується вільний видих;

б) коли після вільного видиху виконується акцентований вдих.

Після відновлення рівноваги між симпатичним і парасимпатичних відділами вегетативної нервової системи рекомендується призначати спеціальні чотиритактні дихальні вправи (вдих - пауза на вдиху - видих - пауза на видиху) з оптимальною тривалістю дихальних фаз і пауз між ними. Такі вправи спрямовані на підтримку оптимального рівноваги між вищевказаними відділами вегетативної нервової системи і забезпечують нормальне функціонування органів і систем. Необхідно відзначити також важливість диференційованого застосування регламентованого дихання з профілактичною метою, коли ще немає хвороби, але виявлена ​​перевага впливу одного з відділів вегетативної нервової системи, при поєднанні цілого ряду інших несприятливих впливів на організм може служити фактором розвитку хвороби.

Тому раннє виявлення дискоординации в діяльності симпатичного і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи дозволить вчасно попередити розвиток патологічного процесу в печінці шляхом специфічного і диференційованого призначення спеціальних дихальних вправ. Фізіотерапія є важливим компонентом комплексної терапії та реабілітації хворих з хронічним гепатитом. Застосування фізіотерапії при хронічним гепатитом обгрунтовано, так як фізичні фактори рефлекторним і гуморальним шляхами змінюють функціональний стан систем регуляції і трофіку тканин. Вони сприяють поліпшенню крово - і лімфообігу, регулюють секреторну функцію, стимулюють процеси регенерації печінки. Фізіотерапевтичні процедури мають спазмолітичну, седативну дію, посилюють жовчоутворення і жовчовиділення. При хронічному перебігу захворювання систематичне комплексне лікування з включенням фізичних факторів сприяє відновленню зміненої тривалим перебігом хвороби імунологічної реактивності і відновленню порушених функцій органів.