

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет  
кафедра медицини та фізичної терапії

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ**

**Кваліфікаційна робота (проект)**

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка IV курсу  
спеціальності  
227 Фізична реабілітація  
Освітньо-професійної програми  
«Фізична терапія, ерготерапія»  
Лисенко Тетяна Валеріївна

Керівник: к.б.н., доцент Карпуніна Ю.В.

Рецензент: к.м.н., доцент Гайдай М.І.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. Особливості жовчнокам'яної хвороби</b> .....	6
<b>1.1. Поняття про жовчнокам'яну хворобу</b> .....	6
<b>1.2. Етіологія жовчнокам'яної хвороби</b> .....	7
<b>1.3. Патогенез жовчнокам'яної хвороби</b> .....	10
<b>РОЗДІЛ 2. Застосування фізичної терапії у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою</b> .....	13
<b>2.1. Медико – соціальна характеристика пацієнтів хворих на ЖКХ</b> .....	14
<b>2.2. Особливості фізичної терапії у пацієнтів з ЖКХ</b> .....	19
<b>2.3. Періоди реабілітації при жовчнокам'яній хворобі</b> .....	24
<b>2.4. Профілактика жовчнокам'яної хвороби</b> .....	35
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	39
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	40
<b>ДОДАТКИ</b>	
Додаток А.....	45
Додаток Б.....	46
Додаток В.....	47
Додаток Г.....	49

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Захворювання органів травлення займають одне з перших місць у структурі загальної захворюваності. Вони часто виникають у людей найбільш працездатного віку, викликають тривалу тимчасову непрацездатність, нерідко призводять до інвалідності.

Сьогодні не існує чітких критеріїв, за якими можна визначити ймовірність виникнення жовчнокам'яної хвороби у тієї чи іншої людини. Практика показує, що камені виникають не тільки у зрілих людей, а й в дитячому віці. Європейська статистика стверджує, що ймовірність отримати камені в жовчному міхурі у жінок значно вище, ніж у чоловіків. Принаймні, про це свідчить співвідношення кількості проведених операцій з приводу каменів в жовчному міхурі. Однак є ймовірність, що жінки просто частіше звертаються для обстеження, а чоловіки вважають за краще не знати про свої діагнози.

У минулі часи вважали ЖКХ, як хворобу повних людей, схильних до переїдання. Але С. П. Федоров заперечив розповсюджену думку про те, що “рясний стіл призводить до жовчнокам'яної хвороби”, так як ця хвороба зустрічається без сумнівів у “повних і худих, багатих і бідних, слабких і сильних”. Дивлячись на це, не можна відкидати, що надлишкове харчування відіграє значну роль у виникненні даної хвороби. Вчений вважав, що значення сидячого способу життя в етіології ЖКХ також перебільшено, так як вона зустрічається і у осіб важкої фізичної праці.

Згідно з проведеними дослідженнями вчених найчастіше біліарну патологію встановлено у робітників та службовців. Це співвідноситься з уявленням про формування патології біліарної системи саме в міських жителів працездатного віку. Можливо, підвищення соціально – економічного статусу призводить до так званих хвороб цивілізації,

зокрема до ЖКХ. М. Нагасе та співавтор вважають, що підвищення добробуту населення обумовлює зростання поширеності холелітіазу.

На думку А. М. Ногаллера розвитку ЖКХ сприяє вагітність жінок, нерегулярне харчування, малорухливий спосіб життя, надлишкова вага.

У наш час вчені вважають, що ця хвороба є однією з найпоширеніших серед усіх верств населення, незалежно від віку, статі та способу життя. Тому основне завдання лікарів є діагностувати її на ранніх стадіях розвитку, та намітити правильні принципи терапії для кожної людини індивідуально.

На думку вченого Лангенбуха жовчний міхур повинен бути вилучений не тому, що він містить каміння, а тому що їх продукує.

На мою думку для зменшення утворення конкрементів та поширення ЖКХ в усьому світі необхідно проводити різноманітні методи профілактики. Якщо виникла проблема утворення конкрементів, слід застосувати комплексну терапію для запобігання їх збільшення в розмірах, застосовуючи: ЛФК, РГГ, ЛГ, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні заходи, дієтотерапію та санаторно – курортне лікування.

Офіційна статистика щодо приросту поширеності та захворюваності на ЖКХ по Україні є дуже тривожною. Потрібні негайні методичні заходи на державному рівні. Слід повернутися до тотальної диспансеризації підлітків з обов'язковим щорічним проведенням безкоштовного ультразвукового обстеження. Це дасть змогу виявити патологічні зміни у жовчному міхурі (садж, осад тощо) і за умови своєчасних профілактичних заходів (медикаментозної, харчової, фізичної терапії, санаторно – курортного лікування тощо) запобігти розвитку ЖКХ.

*Мета дослідження* – розглянути фізичну терапію при лікуванні жовчнокам'яної хвороби.

Для вирішення мети були поставлені наступні завдання:

1. Охарактеризувати жовчнокам'яну хворобу, як одне із захворювань шлунково – кишкового тракту.
2. Розглянути статистичні дані розвитку ЖКХ по Україні та в світі.
3. Розробити комплексні програми фізичної терапії при ЖКХ в залежності від періоду реабілітації.

*Предмет дослідження* – фізична терапія при жовчнокам'яній хворобі.

*Об'єкт дослідження* – методи та засоби фізичної терапії в лікуванні ЖКХ.

## РОЗДІЛ 1

### ОСОБЛИВОСТІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

#### 1.1. Поняття про жовчнокам'яну хворобу

На даний час спостерігається тенденція збільшення кількості людей які мають захворювання органів травлення. Одним із найпоширеніших захворювань є жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Дана хвороба пов'язана із хронічним переїданням і підтверджується незаперечними фактами. В розвинених країнах на ЖКТ страждають 17 – 20 % дорослого населення. В Україні вона також поширена. 12 – 15% населення знаходиться в групі лідерів. Проводять щорічно в Україні до 150 тисяч операцій по видаленню жовчного міхура. З віком захворюваність жовчнокам'яною хворобою підвищується. Камені в жовчному міхурі мають 30 – 40% людей у віці старше 70 років [1].

Вагомий вклад у розвиток жовчнокам'яної хвороби внесли дослідження російських хірургів А. Л. М'яснікова та М. П. Кончаловського [2]. Жовчнокам'яна хвороба – утворення каменів у жовчних протоках чи жовчному міхурі. Холецистит (запалення жовчного міхура) сприяє виникненню каменів, що зумовлюється жовчнокам'яною хворобою. Симптоми в обох хворобах схожі, як і перебіг захворювання.

Класифікація жовчнокам'яної хвороби.

Залежно від стадії протікання захворювання існує сучасна класифікація жовчнокам'яної хвороби:

- 1). Початкова фізико – хімічна стадія (триває до утворення каменів, характеризується змінами у складі жовчі). Виявити можна при біохімічному аналізі складу жовчі, клінічно не проявляється.

2). Стадія формування каменів (протікає безсимптомно), але при деяких інструментальних методах діагностики можна виявити камені в жовчному міхурі.

3). Стадія клінічних проявів. Характеризується розвитком хронічного або гострого калькульозного холециститу.

4). Стадія розвитку ускладнень.

Типовим проявом жовчнокам'яної хвороби є біль, який називають печінковою колькою. Обумовлена вона переміщенням каменів, спазмом м'язів міхура і протоків, гострим порушенням відтоку жовчі. Біль гострий, ріжучий, надривний в ділянці правого підребер'я, поширюється на увесь живіт і віддає в ділянку правої лопатки, плеча, між лопатковий простір. Колька триває від кількох хвилин до кількох годин і супроводжується нудотою, блювотою, запором, здуттям живота, підвищенням температури. Лікування жовчнокам'яної хвороби комплексне і нагадує консервативну терапію при холециститі. Однак, якщо таке лікування не має результатів, то застосовують хірургічне втручання. У комплексному лікуванні хворих на холецистит і жовчнокам'яну хворобу у лікарняний і післялікарняний періоди реабілітації призначають фізичну реабілітацію [3].

## **1.2. Етіологія жовчнокам'яної хвороби**

Можна сказати, що жовчнокам'яна хвороба дійсно являє захворювання організму з місцевими проявами утворення конкрементів у жовчних шляхах. При проявах симптомів захворювання організму необхідно з'ясувати патогенетичні та етіологічні фактори розвитку хвороби, а також враховувати стать, вік, вагітність і людей схильних до ожиріння.

Одним із факторів, що передбачає виникнення жовчнокам'яної хвороби є спадковість. Ця хвороба зустрічається у багатьох членів родини в різних її поколіннях. Особливо це можна відмітити по жіночій лінії. Часто на таке захворювання страждають переважно люди гіперстенічної конституції. Схильність до захворювання мають люди із порушенням обміну речовин, особливо ті, що мають високий рівень холестерину в крові. У людей які страждають на хворобу жовчні конкременти часто комбінуються. Жовчнокам'яна хвороба в сукупності з іншими хворобами, які характеризуються підвищеним рівнем в крові холестерину (ожиріння, атеросклероз) вказує на важливе значення кількості холестерину в крові. Про це говорить гіперхолестеринемія при вагітності, яке часто призводить до виникнення жовчних конкрементів. Камені часто зустрічаються у багатьох жінок, які народжували.

Дані Шофера свідчать, що у 51% жінок під час вагітності виникли печінкові коліки, а у 25% – після пологів. Вчений А. М. Ногаллер (1991) р. довів, що розвитку жовчнокам'яної хвороби сприяє вагітність у (77,5% усіх хворих жінок), нераціональне харчування (53,5%), гіподинамія (48,5%), надлишкова вага (37,9%) і т. д. Холестериновий діатез лежить в основі виникнення холестеринових каменів, що відносяться до ЖКХ. Дуже часто підвищений вміст холестерину в крові відмічається не у всіх випадках жовчнокам'яної хвороби. Вміст холестерину в їжі не відповідає його наявності в крові та в жовчі. Ширей довів, що жовч при холелітіазі має не збільшену, а навпаки зменшену кількість холестерину. На це впливає осідання холестерину в жовчі, який перебував у стані нестійкого колоїдного розчину.

При Жовчнокам'яній хворобі великого значення набуває не підвищена концентрація холестерину в жовчі, а те, що цей холестерин перестає утримуватися у розчині та випадає в осад. Так як жовчні кислоти холева і хенодезоксихолева, мають велику властивість в



рошенні утримувати холестерин, то існує думка, що при ЖКХ холестеринові згустки утворюються у результаті недостатньої кількості в жовчі фосфоліпідів та жовчних кислот. В жовчі отриманій під час операції у людей, які не мають жовчних каменів відношення між холатами та холестерином становить 2:1, при наявності конкрементів – 13:1, при гострому холециститі 3:1. Як тільки в жовчі знижується кількість жовчної кислоти то холестерин випадає у вигляді кристалоподібного осаду. При додаванні до жовчі білків і деяких жирових речовин утворюється такий же ефект. Звідси впливає, при холелітіазі особливо потрібно враховувати порушення складу жовчі, яку виділяє функціонально видозмінена печінка. Жовчні каміння найчастіше утворюються у людей, які у минулому перенесли захворювання на гепатит, приймали протизаплідні засоби, при захворюванні кишківника, естрогені гормони [39].

Застій жовчі – це один із важливих факторів в утворенні жовчнокам'яної хвороби. Причинами цього можуть бути видозміни жовчного міхура та жовчних шляхів, захворювання дванадцятипалої кишки, дуоденіти, вагітність, які приводили до зменшення відтоку жовчі. Найбільш вагомим фактором, який викликав застій жовчі під час якого утворюються конкременти є функціональне порушення жовчного апарата це дискінезія, яка в більшості відноситься до неврозів. Внаслідок нейрогормональних змін виникає дисфункція моторно – евакуаційної діяльності жовчно – вивідної системи, яка проявляється в гіпер чи гіпофункції жовчного міхура, а іноді навіть до атонії та гіперкінезу сфінктера Одді. Гіпотонія сприяє утворенню осаду кристалів у жовчних шляхах та міхурі.

Важливу роль в утворенні каменів, зміні їх типу, надання основи відіграє інфекція, але вона не є обов'язковою. Інфекція може потрапити до жовчного міхура гематогенно чи лімфогенно, іноді вона може також

потрапити з нижнього дуоденального відрізка жовчного протоку. У здорових людей у цьому місці часто можна простежити наявність мікроорганізмів. Перешкодою для її проникнення в жовчні шляхи, являється неперервний відтік жовчі, а також сфінктер Одді. При порушенні відтоку відбувається сприятливі умови для розповсюдження інфекції по слизових оболонках жовчного міхура та його протоків.

Процес утворення конкрементів у жовчному міхурі, дуже складний. В ньому відіграють роль безліч факторів, в результаті яких утворюються: жовчнокам'яний діатез із літогенною жовчу, застій жовчі в жовчних шляхах, випадання в осад кристалів та зміна структури жовчі, інфекції які утворюють жовчні камені [2].

### **1.3. Патогенез жовчнокам'яної хвороби**

В основі розвитку механізму жовчнокам'яної хвороби існують думки які висловлені ще в минулому столітті. Це такі як:

- роль запалення та інфекції ( Мекель Гемсбах), і ( С. П. Боткін та Б. Наунін);
- значення стазу жовчі та порушення холестеринового обміну (дискразії) – Бакместер та Ашоф, Аояма, Наунін та ін.

Патологічного процесу в печінці та в жовчних шляхах, який завжди сприяв би виникненню каменів не існує. Ні застій жовчі, ні інфекції не будь які інші патологічні процеси окремо самі по собі не існують. Вони відіграють велику роль в рості виникненню конкрементів, але не варто помічати у них головне. Неможна говорити, що це проблема яка відбувається лише в жовчній системі. Основними є життєво важливі процеси, які відбуваються у всьому організмі, які залежать від цього організму, від його особливостей та які умови на нього впливають. Біохімічні процеси які протікають у печінці та

жовчовивідних шляхах при ЖКХ являють собою тільки частину змін, які відбуваються в організмі. Це не можна розглядати, як самостійний процес який протікає в організмі, незалежно від нього [4].

Під впливом різних зовнішніх та внутрішніх факторів, а також різних причин ЖКХ та деяких інших не розкритих впливів, відбувається порушення нервовогуморальної регуляції ліпідного обміну разом із змінами холатохоластеринового відношення. В результаті зменшення жовчних кислот та моторної функції жовчних шляхів у формі гіпокінетичних, або гіпердискінезій утворення конкрементів. Для випадіння кристалоїдів і утворення їхнього осаду в жовчному міхурі одним із умов є літогенний стан жовчі при гіпомоторній дискінезії жовчних шляхів.

Надлишок в жовчі кристалів, змінює її колоїдний стан ще більше, а подразливить кристалами слизової оболонки жовчного міхура, сприяє виникненню катарального запалення та знищення фагоцитарних клітин. Нагромадження білкових структур в жовчі з ферментативною активністю, викликає зміни рН в кислу сторону із утворення кристалоколоїдних частинок. Білкові речовини є компонуєчим фактором в утворенні конкрементів. Ядром для формування каменів можуть бути: міцелій (найдрібніші частинки колоїдних структур), мієлоподібні утворення, везикули, а також недостатньовстановленні утворення. Шляхом кристалізації та дискристалізації утворюється навколо ядра камінь. В залежності від форм кристалоїдів, які переважають в жовчі, камені бувають:

- холестеринові;
- пігментні (білірубінат кальція);
- вуглекислового кальцію;
- білкові;
- змішані.

Дуже рідко зустрічаються конкременти, які складаються з одного компонента. Більшість каменів мають склад змішаний з переважанням холестерину. Це понад 90% холестерину, 3,5% пігментів, 2,4% кальцієвих солей, причому білірубін міститься у вигляді невеличкого ядра в центрі каменя. Каміні, в яких переважають пігменти, часто містять домішки вапняних солей, тому їх називають – пігментно – вапняні.

Таблиця 1.1

**Види жовчних каменів: частота і локалізація (за Леушером)**

Вид	Склад	Частота	Локалізація
Холестеринові	75% холестерину, білки, вапнякові солі, муцини, пігментні	70 – 90% всіх каменів жовчного міхура.	Загальний жовчний проток та жовчний міхур
Складні	Пігменти, вапнякові солі, холестерин < 75%	З віком збільшення частоти, 20%	Загальний жовчний проток та жовчний міхур
Кальційобілірубунові (пігментні коричневі)	< 30% холестерину, багато білірубінату кальцію	60% всіх каменів загального жовчного протоку	Загальний жовчний проток, рідко – жовчний міхур
Чорні пігментні	Муцини, чорний пігмент, білки	5 – 30%	Жовчний міхур; рідко – загальний жовчний проток

Структури каменів можуть бути різними: волокниста, кристалічна, аморфна або шарувата. Дуже часто буває, що в одного хворого у

жовчних шляхах знаходяться камені різного хімічного складу та структури. Розміри каменів можуть сильно відрізнятись. Інколи бувають у вигляді дрібного піску з частинками менше міліметра, а іноді один камінь може займати всю порожнину жовчного міхура і мати вагу до 60 – 80 г. Камені можуть мати розмір від 0,5 – 1 мм до 4 – 5 см, можуть бути одиночними або чисельністю в кілька тисяч. Форма жовчних конкріментів також різноманітна. Вони бувають багатограними, кулястими, овоїдними, шилоподібними, бочкоподібними тощо [5].

## РОЗДІЛ 2

### ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

#### 2. 1. Медико – соціальна характеристика пацієнтів хворих на ЖКХ

Розглядаючи структуру захворюваності на хронічну патологію органів травлення протягом декількох останніх років, можна визначити певні зміни. Загалом відбулося зростання поширеності хвороб біліарного тракту на 10,9 %. У розвинутих країнах також відзначають потужне зростання кількості пацієнтів молодого віку з міліарною патологією, що останнім часом стає соціальною проблемою. Так, якщо С.П. Федоров у 1934 році вважав захворюваність на ЖКХ в осіб віком до 30 років значною рідкістю, то Р. А. Іванченко показала збільшення пацієнтів цього віку у 1890 роках на 16,4 – 20,0% [20]. На сучасному етапі цей показник значно виріс.

Статистичні дані за 2010 – 2011 роки.

Вчені дослідили та проаналізували динаміку розподілу пацієнтів молодого віку з хронічним холециститом, жовчнокам'яною хворобою та холангітом залежно від статі, поєднаної та супутньої патології, за соціальною належністю та даними диспансерного нагляду лікарями поліклінік Вінницької, Дніпропетровської, Чернівецької, Харківської, Одеської, Луганської, Ужгородської, Тернопільської, Запорізької, Львівської, Херсонської та Житомирської областей.

Дослідження проведене шляхом ретроспективної оцінки даних комп'ютерної бази, що була створена за показниками викопіювання амбулаторних карт (форма 025/у) пацієнтів, які перебували на

диспансерному обліку в поліклініках вище вказаних областей. Було виділено пацієнтів молодого віку (до 45 років згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я) [21].

Проводячи дослідження, було зареєстровано 248 осіб віком до 45 років. Із них 112 (45,2 %) чоловіків, 136 (54,8%) жінок. Аналізуючи пацієнтів за статтю, було доведено незначне переважання жінок, лише на 9,6 %. Співвідношення чоловіків до жінок в середньому становило 1/1,2. Розподіл за віком по десятиріччях показав, що більшість хворих із патологією міліарного тракту були віком 31 – 40 років – 118 осіб (47,6 %). У цій віковій категорії за статтю переважали чоловіки, становили 52,5 %, а пацієнтами віком до 20 років із захворюваннями міліарного тракту були тільки чоловіки (табл.) [22].

*Таблиця 2.1*

**Розподіл пацієнтів із хворобами біліарного тракту за віком та статтю**

Стать	Вікові групи, роки									
	До 20	%	21 – 30	%	31 – 40	%	41 – 45	%	< 45	%
Жінки	0	0	35	66,0	56	47,5	45	60,0	136	54,8
Чоловіки	2	100	18	34,0	62	52,5	30	40,0	112	45,2
Усього	2	0,8	53	21,4	118	47,6	75	30,2	248	100,0

Цю вибірку проаналізовано за окремими нозологічними формами (хронічний холецистит, холангіт, ЖКХ), за статтю, наявністю поєднаних гастроентерологічних захворювань та супутньої патології, за соціальною належністю. Аналізуючи пацієнтів із біліарною патологією за нозологіями показали, що з хронічним холециститом було 207 (83,8 %)

осіб, із жовчнокам'яною хворобою – 41 (16,2 %). Поєднана патологія серед пацієнтів із цими захворюваннями встановлена у 156 (62,5 %) осіб 82 (52,4 %) чоловіків, 73 (47,6 %) жінки.

Супутня патологія серед пацієнтів з біліарними захворюваннями зустрічалася у 43 (17,3 %) пацієнтів (17 (39,5 %) чоловіків, 26 (60,5 %) жінок). У 5 (11,6 %) осіб зафіксовано по два та більше супутніх захворювань, при цьому переважали жінки — 4 (80,0 %). Найчастіше серед супутньої патології встановлені захворювання серцево – судинної та сечовивідної систем — у 17 (39,5 %) та 9 (20,9 %) пацієнтів відповідно. Цукровий діабет зустрічався у 5 (11,6 %) осіб.

Під час аналізу соціальної належності пацієнтів із хронічним холециститом та холангітом встановлено, що найбільше було робітників — 71 (34,1 %) та службовців — 63 (30,3 %). Непрацюючі пацієнти та студенти становили 48 (23,1 %) та 12 (5,8 %) відповідно.

Статистичні дані 2013 – 2014 років.

Аналізуючи сезону динаміку звернень гендерну та вікову структури пацієнтів хворих на ЖКХ можна відмітити, що у 416 пацієнтів які знаходилися на стаціонарному лікуванні 2013 – 2014 років було виявлено, що більше ніж у два рази частіше хворіють жінки – 279 (67 %), ніж чоловіки – 137 (33 %) (Рис. 2.1) [23].

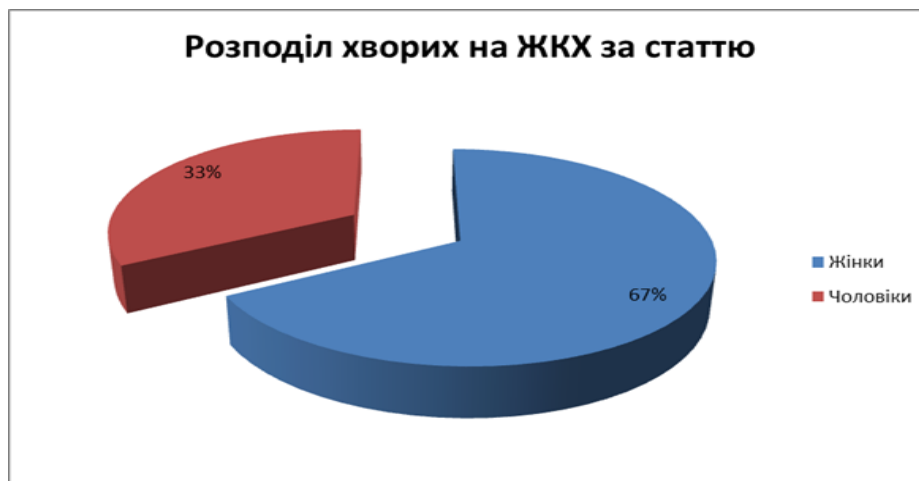


Рис.1.1 – Якісний аналіз хворих на ЖКХ за гендерним показником



За віком хворі розподілились таким чином: найбільше було пацієнтів віком 60 – 69 р. – 108 (26%), незначно менше 70 р. і старше – 102 (24,5%), віком 50 – 59 р. – 96 (23,1%), 40 – 49 р. – 46 (11%), 30 – 39 р. – 39 (9,4%), найменшу групу склали особи віком 20 – 29 р. – 25 (6%).

(Рис. 2. 2)

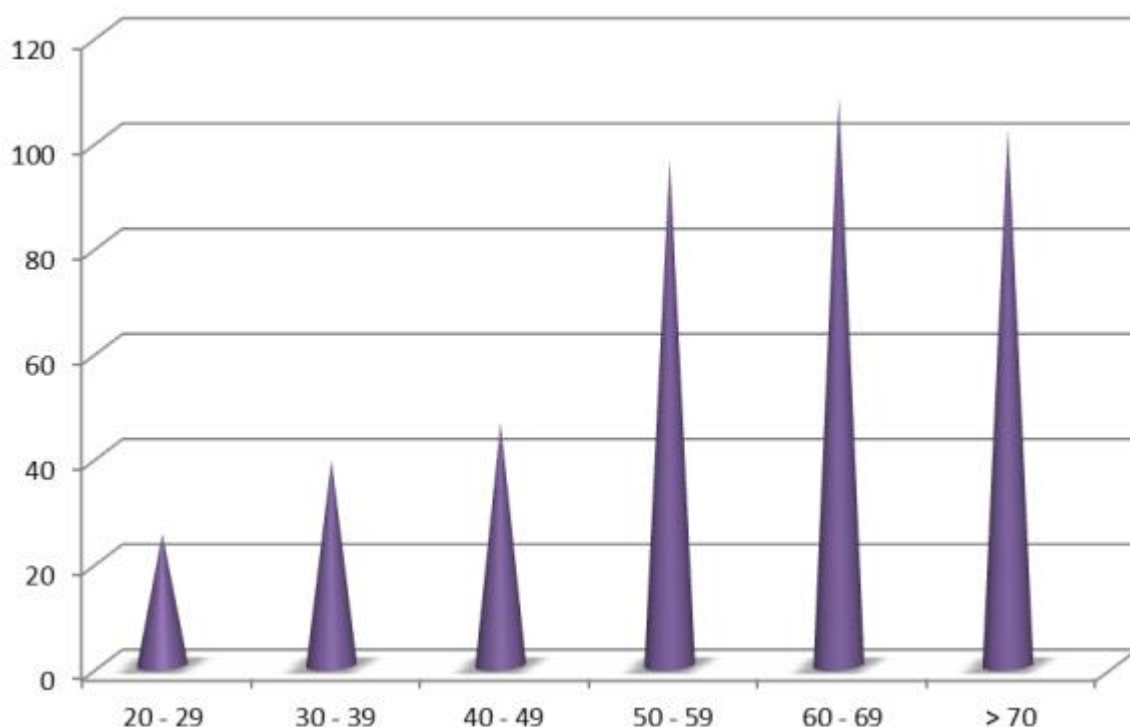


Рис. 2.2 – Вікова структура захворюваності на ЖКХ

Дані говорять про те, що захворюваність ЖКХ зростає і з віком. Найбільша кількість хворих старших 50 років. Кількість пацієнтів молодше 50 років значна також (26,4 %). Дані сезонної динаміки захворюваності на жовчнокам'яної хвороби протягом 2013 – 2014 років, виявилися суперечливими. Спостерігається підвищення захворюваності в осінньо – зимовий період (вересень – січень). Протягом інших місяців рівень захворюваності відрізняється незначно.

Таким чином суттєвий вплив на частоту виникнення жовчнокам'яної хвороби мають: жінки віком старше 50 років.

Питання гендерного розподілу пацієнтів при патології біліарної системи обговорюється в літературі і на сучасному етапі. Так, дані всесвітньої статистики свідчать не тільки про зростання захворюваності на ЖКХ приблизно в два рази за кожне десятиріччя, а й про її «омолодження». В останні роки зустрічається чимало публікацій, в яких приділяється увага зростанню захворювань біліарної системи, а саме ЖКХ, серед чоловіків молодого віку. Згідно з результатами дослідження MICOL (Італія), поширеність жовчнокам'яної хвороби збільшується на 0,47 % за 1 рік у чоловіків та на 0,67 % — у жінок [25]. За даними, серед пацієнтів віком 31– 40 років більше було чоловіків, а в групі хворих віком 20 років були тільки чоловіки, що також спостерігалось і при хронічному холециститі та холангіті.

Статистичні дані 2018 рік.

*Таблиця 2.2*

**Структура госпіталізованих хворих в стаціонарах в Україні серед дорослого населення віком від 18 – 100 років на ЖКХ (Табл. ) [38].**

Найменування класів хвороб	Абсолютні чила (виписані та померлі)	Питома вага в % (до всього)	Рівень госпіталізації (на 100 осіб)
Хвороби органів травлення (K00 – K93)	623 277,00	9,29	1,79
Жовчнокам'яна хвороба, холецистит, холангіт (K80, K81, K82.2)	96 008,00	1,43	0,28

## 2.2. Особливості фізичної терапії у пацієнтів з ЖКХ

Лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу комплексне з використанням різних методів: хірургічних та консервативних, враховуючи індивідуальні особливості перебігу хвороби і загальний стан організму. Якщо результатів від консервативного лікування нема, тоді застосовують хірургічне втручання. У комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу призначають фізичну реабілітацію.

Перебіг захворювання ЖКХ супроводжується різними станами хворого і залежить від, віку, статі, періодів загострення та ремісії, супутніх захворювань та ускладнень. В залежності від проявів хвороби підбираються методи лікування для кожного пацієнта індивідуально.

До комплексного лікування та профілактики захворювання можна віднести дотримання здорового способу життя з правильним режимом роботи та відпочинку, раціонального харчування та фізичного тренування організму. Від цих факторів залежить успіх одужання хворого.

В залежності від фізичного та психічного стану хворого і тяжкості перебігу захворювання, під час лікування використовують чотири режими.

Суворо постільний режим. Вінзначається тяжкохворим із ускладненнями (серцевосудинної та дихальної систем) і мають загрозу для життя. Хворий знаходиться під постійним наглядом лікаря в умовах повного спокою.

Постільний режим. Характеризується обмеженою рухливістю. Цей режим може бути перехідним в перший режим, а при покращенні стану хворого може бути перехідним в напівпостільний. Ціль даного режиму є

підвищення нервово – психічного тону організму, а також відновлення рухових здібностей. На цьому режимі рухи виконуються у ліжку. Використовується дихальна гімнастика, а також тренування для серцево – судинної системи які тривають 10 – 15 хв.

Напівпостільний режим. Застосовується при покращенні стану хворого. Дозволяється вставати з ліжка. Ціль режиму надати загальнотонізуючий вплив на організм. Застосовують РГГ у положенні лежачи, сидячи, стоячи. Дозволяються прогулянки та лікувальна ходьба. В комплекс вправ лікувальної гімнастики входить: дихальна гімнастика, вправи на розслаблення, та рух із супротивом.

Вільний режим (загальний). Призначається для всіх хворих які не потребують втручання лікарів. Завдання даного режиму полягає у поступовому підвищенні витривалості організму до різних фізичних навантажень, загальне зміцнення організму. Основним методом фізичних вправ є ранкова гігієнічна гімнастика, теренкур та лікувальна фізкультура.

При переході з одного режиму на інший необхідно використовувати реабілітаційні, лабораторно – інструментальні та функціональні показники [6].

Лікувальна фізкультура.

Одним із видів функціональної терапії при жовчнокам'яній хворобі є ЛФК. Фізичні вправи використовуються з лікувальною метою і ґрунтуються на значенні рухової діяльності людини і вважаються стимулятором всіх основних фізіологічних функцій організму. Якщо правильно підібрані вправи та дозування, лікувальна фізкультура являється одним з найбільш ефективних засобів лікування і профілактики захворювання людей на ЖКХ. Основними засобами лікувальної фізкультури є різноманітні фізичні вправи, які хворі використовують самостійно або під керівництвом фахівця. Систематичні

заняття ЛФК з лікувальною та профілактичною метою позитивно впливають на нервову систему, обмін речовин, опорно – руховий апарат хворого. Під час занять лікувальною фізкультурою змінюється психічно – емоційний стан.

Активні рухи підвищують кровообіг та покращують трофіку тканин, значно підвищують окисновідновні процеси в організмі. ЛФК не являється специфічним засобом лікування ЖКХ, але вона здійснює загально зміцнюючий вплив на організм. Для хворих із жовчнокам'яною хворобою використовують комплексне лікування. До них відносяться: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, рухові ігри, плавання, екскурсії, гребля, спортивні вправи з певним дозуванням (біг, катання на лижах). Всі перераховані фізичні вправи можна використовувати як у стаціонарі так і повсякденному житті хворих [35].

Ранкова гігієнічна гімнастика сприяє відновленню працездатності органів кровообігу та дихання після сну, ліквідує застійні процеси у тканинах. Фізичні вправи тренують нервову систему, серцево – судинну систему, покращують обмін речовин, функції печінки. Лікувальна фізкультура має більший терапевтичний ефект ніж ранкова гігієнічна гімнастика. Вона має виражену цілеспрямованість, а саме впливає на підвищення загального тонуусу організму, і тренування хворого органу.

Заняття лікувальної фізкультури має три основних розділи: підготовчий, основний і заключний. Підготовча та заключна частина включає ходьбу з рухами рук і ніг, а також дихальні вправи.

У основній частині необхідно більшу увагу приділяти інтенсивним рухам: легкий біг, стрибки. Найголовніше у ЛФК – ретельно підбирати вправи індивідуально для кожної людини. Крім цих видів лікувальної фізкультури для хворих на жовчнокам'яну хворобу потрібно

максимально використовувати увесь руховий режим: ходьбу, туризм, екскурсії, плавання, катання на велосипеді та лижах.

Правильний підбір рухового режиму включає також дозування відпочинку. Обов'язковим є чергування фізичних вправ з відпочинком [7]. Лікувальний масаж.

Масаж в поєднанні з лікувальною фізкультурою може використовуватися як самостійний метод лікування на фоні дієти та пиття мінеральної води при дискінетичних холециститах. При запальних та інших органічних ураженнях печінки та жовчного міхура масаж повинен бути обов'язковою складовою в комплексному лікуванні захворювання [8].

Лікувальний масаж застосовують у вигляді сегментарно – рефлекторного і класичного масажу протягом 15 хвилин у наступній послідовності: спина, права половина на грудної клітки, верхня половина живота, при дискінезії – комірцева зона. Використовують прийоми: погладження, розтирання, розминання. Постукування, рубання – протипоказані. Масаж ділянки жовчного міхура при атонії його стінок: ніжні циркуляційні прогладження, безперервна вібрація пальцями, розтирання, ритмічні неглибокі натискування [9]. Фізіотерапія.

Фізіотерапію призначають з перших днів перебування хворого у лікарні. Її завдання: усунення болю і спазмів, запального процесу, покращення дренажної функції жовчного міхура і жовчних шляхів, усунення застою і попередження утворення жовчних каменів, нормалізація фізико – хімічних властивостей жовчі [10].

Під час загострення жовчнокам'яної хвороби фізіотерапевтичне лікування не проводиться. У таких випадках можна рекомендувати місцеве тепло у вигляді грілок або компресу. В період між приступами можна проводити фізіотерапевтичне лікування. Фізіотерапія діє як знеболюючий, спазмолітичний, та трофічний засіб, який дозволяє

вибірково впливати на різні типи дискінезії жовчного міхура. При цьому знижуючи тонус при гіпертонії і підвищуючи тонус і скорочення жовчного міхура при гіпотонії. У період ремісії хворим на холелітіаз рекомендують озокеритові, парафінові апплікації на область правого підребер'я. Вони покращують відтік крові, трофіку тканин і викликають спазмолітичний ефект при гіпертонічній дискінезії жовчних шляхів.

Електрофорез 5% розчину новокаїну, 10% розчину магнію сульфату являється знеболюючим і спазмолітичним засобом при гіпертонічній дискінезії жовчних шляхів. Імпульсивний струм низької частоти стимулює правий діафрагмальний нерв, при цьому підвищує тонус і кінетику жовчного міхура. Синусоїдальний модульований струм стимулює рухову функцію жовчного міхура. Він має знеболюючий і трофічний ефект. Призначається при гіпотонії та гіпокінезії жовчного міхура.

#### Дієтотерапія.

Харчування є одним із важливих факторів повноцінного функціонального стану організму. Дієта важлива як для профілактики так і для лікування хворих на холітіаз. При лікуванні призначається дієта №5. Їжа не повинна мати великої кількості холестерину та жирних речовин. Необхідно виключити з раціону яйця, м'ясо баранини, жирні сорти м'яса, риби, маринади, гострі страви, сало. Обмежити вживання продуктів, які викликають печінкові коліки. Основу харчування складають вуглеводи та рослинні білки (цукор, фрукти, овочі, нежирне молоко, сир). В раціон слід включати небагато м'яса та риби (у вареному вигляді). Білкова їжа, особливо м'ясо значно збільшує вироблення печінкою жовчних кислот. Це дуже корисно при цьому захворюванні тому, що: 1. Збільшення жовчних кислот в жовчі сприяє утриманні в розчині холестерину;

2. Холати під час попадання в кишківник всмоктуються і принадходженні в печінку стимулюють жовчеутворення та жовчовиділення.

Їсти необхідно частіше (5 – 6 разів на день), та невеликими порціями. Важливо при цьому вживати велику кількість рідини. Тому що це сприяє розрідженню та підсиленню секреції жовчі. Дієта повинна бути більш строгою під час загострені. При цьому призначають каші на воді, киселі, копоти, просто квашу [11].

Психотерапія.

При вивчені стану хворого необхідно звернути увагу на його психічний стан з урахуванням типу нервової системи. При розмові із хворим слід виявити причину неприємних відчуттів, познайомити з результатами обстеження і повідомити, що одужання залежить від виконання рекомендацій наданих лікарем. В період загострення захворювання необхідна госпіталізація. Професія, сімейний стан, трудова діяльність повинні спонукати людину до позитивних емоцій, уникаючи фізичні та психічні перенавантаження. Відпочинок – один з лікувальних факторів, який повинен бути плідним та активним. Якщо людина відвідує виставки, музеї, театри то її життя стане набагато цікавішим і менше буде негативних емоцій, то від цього залежить підвищення обміну речовин в організмі, та протидія його внутрішнім і зовнішнім подразникам.

### **2.3. Періоди реабілітації при жовчнокам'яній хворобі**

Лікарняний період реабілітації хворих при ЖКХ.

ЛФК

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



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

Завдання ЛФК: зменшення і ліквідація запального процесу; усунення застою і порушень відтоку жовчі, сприяння виведенню дрібних каменів; покращання крово та лімфообігу і трофічних процесів у печінці та інших органах травлення; зміцнення м'язів живота, активізація функцій травної системи; нормалізація діяльності ЦНС і вегетативної нервової системи, підвищення загального тону організму [35].

Методику ЛФК будують з урахуванням анатомо – топографічного розташування печінки, жовчного міхура і протоку, форми дискінезії жовчовивідних шляхів та інших чинників. Насамперед це стосується вихідних положень, що найбільш вигідні для відтоку жовчі. Найкращими є положення на лівому боці, в упорі стоячи на колінах, при яких жовч у міхурі вільно переміщується під впливом сили ваги в сторону вивідного протоку і дванадцятипалої кишки. Випорожнити жовчний міхур можна і з положення лежачи на животі за рахунок пресорної дії на нього, що є наслідком підвищення тиску в черевній порожнині. Такого результату можна досягнути і в положеннях сидячи та стоячи, застосовуючи нахили, повороти тулуба у сполученні з рухами кінцівками, а також використовуючи вправи для м'язів живота і дихальні. Останні у сполученні з уповільненням дихальних рухів на вдиху і видиху допомагають зменшити диспептичні явища (нудота, відрижка) та больові відчуття. Застосовують вихідне положення лежачи на правому боці, що сприяє посиленню масуючої дії діафрагми на печінку та покращанню кровообігу в ній.

Наявність та характер дискінезії жовчних шляхів теж впливає на побудову методики занять лікувальною гімнастикою. Розрізняють гіпокінетичну (атонічну) форму порушення скоротливості жовчного міхура і гіперкінетичну (спастичну). Це визначає добір і особливості виконання вправ та навантаження у заняттях лікувальною гімнастикою, що, в основному, ідентичні тим, які застосовуються у хворих на хронічний коліт з атонічними і спастичними запорами у I та II періоди ЛФК. Однак у хворих з дискінезією жовчних шляхів тривалість занять дещо більша за рахунок збільшення часу для відпочинку (2 – 3 хв), що сприяє виділенню жовчі з жовчного міхура. Перед проведенням лікувальної гімнастики хворим слід надавати пасивний відпочинок 5 – 7 хв, рекомендується прогрівати ділянку печінки, що стимулює випорожнення жовчного міхура під час занять фізичними вправами. Після занять лікувальною фізкультурою повинен бути присутнім дрімотний стан, що переходить в сон [40].

#### Масаж.

Лікувальний масаж призначають при стиханні загострення процесу для нормалізації діяльності вегетативної нервової системи; ліквідації застою жовчі і для попередження утворення жовчних каменів, стимуляції тонусу жовчного міхура при гіпотонічній формі дискінезії і усунення спазму при гіперкінетичній; покращання крово- та лімфообігу у печінці та інших органах травлення, для активізації моторно-евакуаторної функції кишок. Застосовують сегментарно-рефлекторний і класичний масаж. Масажують паравертебральні зони спинномозкових сегментів С3—С4, D6—D10, рефлексогенні зони правої половини грудної клітки, ділянку сонячного сплетення, живота, печінки і жовчного міхура. Масаж печінки роблять кінчиками пальців і долонею, виконуючи ніжні погладження в ділянці органу знизу, ліворуч і праворуч догори; розтирання пальцями під реберним краєм I ніжну

вібрацію, підштовхування, стрясання печінки. Масаж ділянки жовчного міхура при атонії його стінок: ніжні циркулярні погладження, розтирання і безперервна вібрація пальцями, ритмічні неглибокі натискування. Масаж печінки і жовчного міхура у лікарняний період реабілітації має щадний характер [12].

Таблиця 2.3

**Структура реабілітаційної програми хворих на жовчнокам'яну хворобу в лікарняний період**

Період ФР		Тривалість	Режим тренування	Завдання	Засоби
Лікарняний	Підготовчий	2 – 3 дні	Постільний	1. Зменшення і ліквідація запального процесу; 2. Усунення застою і порушень відтоку жовчі? 3. Сприяння виведенню дрібних каменів; 4. Покращення крові і лімфо обігу; 5. Покращення психоемоційного стану.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ЛФК – 1 раз на день, (2 – 3 вправи), 3 – 4 рази, загальний час 8 – 10 хвилин;</li> <li>✓ Лікувальний масаж – 1 раз на день;</li> <li>✓ Фізіотерапія – 1 раз на день.</li> </ul>
	Основний	7 – 10 днів	Напівпостільний	1. Адаптація організму до наростаючих фізичних навантажень; 2. Нормалізація діяльності ЦНС і ВНС; 3. Підвищення загального тону організму; 4. Покращення крові та лімфо обігу і трофічних процесів у печінці; 5. Підготовка пацієнта до повного самообслуговування.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ЛФК – 1 раз на день (6 – 8 вправ, 4 – 6 раз) загальний час 15 – 17 хвилин ;</li> <li>✓ Лікувальний масаж – 1 раз на день;</li> <li>✓ Фізіотерапія – 1 раз на день.</li> </ul>

	Заключний		Вільний	1. Подальше розширення рухової активності; 2. Підготовка до побутових навантажень. 3. Зміцнення м'язів живота; 4. Загальне зміцнення організму; 5. Активізація травної системи.	✓ ЛФК – 1 раз на день ( 8 – 12 вправ, 6 – 8 раз), загальний час 20 – 25 хвилин ✓ Лікувальний масаж – 1 раз на день ✓ Фізіотерапія – 3 рази на тижні.
--	-----------	--	---------	---	--

### Фізіотерапія.

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

Післялікарняний період.

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

Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом. Її завдання: нормалізація діяльності ЦНС і нейрогуморальної регуляції функцій печінки та жовчовивідної системи; попередження дискінезій і

загострення захворювання, максимальне подовження ремісії; стимулювання обміну речовин, крові та лімфообігу у черевній порожнині, моторно-екскреторної функції шлунка і кишечника; зміцнення м'язів живота та тазового дна, загальне зміцнення організму; адаптація до фізичних навантажень виробничого і побутового характеру. Використовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, гідрокінезитерапію, теренкур, піші прогулянки, лижні, катання на велосипеді, ковзанах, плавання, веслування, спортивні та рухливі ігри.

Комплекси лікувальної гімнастики складають із загальнорозвиваючих і спеціальних вправ — дихальних, на розслаблення, дренажних і для м'язів живота. У методиці занять зберігаються особливості виконання вправ та навантаження, як і у попередні періоди ЛФК. В іншому вона, практично, мало чим відрізняється від тієї, що використовують при хронічних колітах з відповідними порушеннями моторно – евакуаторної функції кишечника [13].

#### Масаж.

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

#### Фізіотерапія.

Фізіотерапію призначають для нормалізації функціонального стану нервової системи, жовчоутворювальної функції печінки та фізико – хімічних властивостей жовчі; стимуляції дренажної функції жовчного міхура і жовчних шляхів; покращання обмінних процесів і крові- та лімфообігу в черевній порожнині; загального зміцнення організму. Застосовують парафіно – озокеритні та грязьові аплікації, солюкс, мікрохвильову терапію, індуктотермію, ультразвук, ванни прісні, хвойні,

радонові, пиття мінеральної води, кишкові промивання, кліматолікування. Використовують електростимуляцію правого грудочеревного нерва для рефлекторної стимуляції випорожнення жовчного міхура, а також його ділянки при атонії стінок жовчного міхура [14].

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

В цей період пацієнтам показано санаторно – курортне лікування на баль – неопиттєвих і кліматичних курортах.

Таблиця 2.4

**Структура реабілітаційної програми хворих на жовчнокам'яну хворобу в післялікарняний період**

Період ФР		Тривалість (тиждень)	Режим тренування	Завдання	Засоби
Післялікарняний	Підготовчий	1	Щадний	1. Відновлення працездатності; 2. Покращення кровообігу та сну; 3. Ліквідація застійних явищ у жовчному міхурі; 4. Тренування серцево – судинної системи; 5. Покращення функцій печінки.	✓ ЛФК – 3 – 4 рази на тижні ( 10 – 12 вправ, 3 – 4 рази, загальний час 20 – 25 хвилин); ✓ Сегментарно – рефлекторний масаж – 2 рази на тижні; ✓ Лікувальний масаж – 4 рази на тижні; ✓ Фізіотерапія – 3 рази на тижні.
		2			
	Основний	3	Щаднотренуючий	1. Попередження дискінезій і загострення захворювання; 2. Максильне подовження ремісії; 3. Зміцнення м'язів живота і тазового дна;	✓ ЛФК – 4 – 5 рази на тижні (12 – 16 вправ, 2 – 3 рази, загальний час 30 – 40 хвилин); ✓ Лікувальний масаж – 4 рази на тижні;
		4			
5					

				4. Стимуляція обміну речовин, крові та лімфо обігу; 5. Покращення обміну речовин.	✓ Працетерапія – корисні роботи на свіжому повітрі – 3 рази на тижді; ✓ Фізіотерапія – 3 рази на тижді.
	Заключний	6	Тренуючий	1. Покращення обміну речовин; 2. Підтримання загального стану; 3. Зміцнення всього організму; 4. Подальше покращення фізичних якостей; 5. Закріплення отриманих результатів.	✓ ЛФК – 4 – 5 рази на тижді (12 – 16 вправ, 2 – 3 рази, загальний час – 35 – 45 хвилин); ✓ Лікувальний масаж – 3 рази на тижді; ✓ Фізіотерапія – 3 рази на тижді; ✓ Працетерапія – корисні роботи на свіжому повітрі.
		7			

Санаторно – курортне лікування.

Санаторно – курортне лікування на бальнеологічних курортах є одним із самих корисних в терапії при жовчнокам'яній хворобі. Лікування показане лише у фазі ремісії захворювання. В Україні найбільш поширені такі курорти, як: Трускавець, Миргород, Березовські води, Моршин та ін. Для лікування захворювання використовують курорти Кавказьких мінеральних вод. Ці води багаті мінералами, використовують як для внутрішнього і зовнішнього застосування: Єсентуки 17, П'ятигорськ та ін. Ефективність лікування на курортах зумовлена комплексним застосуванням різноманітних лікувальних засобів. Це такі як: режим, дієтотерапія, природний ландшафт, питні мінеральні води, фізіотерапія, ЛФК, кліматотерапія, теренкур, бальнеотерапія [36].

Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення [15].

Основним лікувальним засобом є пиття мінеральної води. Всім хворим жовчнокам'яною хворобою і холециститом призначають теплу

мінеральну воду по 150 – 200 мл. Для лікування в домашніх умовах використовують звичайні мінеральні води (Березовська, Моршинська, Миргородська). Принципи прийому їх такий, як і на курортах. Лікування проводити місячними циклами через 6 – 12 місяців [16].

Внутрішнє вживання мінеральних вод посилює жовчоутворення та жовчовиділення, результатом чого є поліпшення фізико – хімічних властивостей жовчі, зменшення її в'язкості та покращення відтоку жовчі, а в результаті цього відбувається усунення продуктів запалення – слизу, лейкоцитів, зменшується вміст продуктів перекісного окислення ліпідів у жовчі. Ці зміни покращують функціональний стан печінки та ліквідують явища дискінезії сфінктерного апарату. Одночасно поліпшується зовнішня та внутрішня секреторна функція підшлункової залози, а також відновлюється стан гастродуодинальної системи, кишечника.

Показані мінеральні води середньої та малої мінералізації (Поляна Квасова, Боржомі, Лужанська, Поляна Купель), з переважним гідрокарбонатним аніонним складом.

Пелоїдо – та бальнеотерапія на сьогодні вважаються одними із самих поширених мітигованих методів лікування, при неускладненому перебігу захворювання жовчнокам'яної хвороби, помірних проявах диспепсичного та больового синдромів, без порушень функціонального стану печінки (лише помірна мезенхімально – запальна реакція), пригнічення гуморальної та клітинної ланок імунітету [17].

елементів стінок кишківника, і відновлюють його моторну активність [19].

*Таблиця 2. 5*

**Родовища лікувальних грязей в Херсонській області**



Родовище	Місце знаходження	Запаси в тис. м3	Використання
оз. Грязьове	Херсонська обл.	106	Санаторій «Гопри»
оз. Салькове	Херсонська обл.	501	Не використовують
оз. Кругле	Херсонська обл.	100	Не використовують
оз. Генічеське	Херсонська обл.	1082	Не використовують

В Україні для курортного лікування застосовують переважно мулові органо – мінеральні сульфідні грязі — антропогенні відклади солоних водойм на ранній стадії літогенезу. Це грязеві озера Херсонської області, такі як: озеро Сиваш та озеро Грязьове. Вони представляють собою пластичну масу зелено– сірого або чорного кольору. Цілющі грязі володіють здатністю утримувати тепло протягом тривалого часу, і це дозволяє проводити грязьові процедури при більш високій температурі, ніж водні [18].

*Таблиця 2. 6*

**Структура реабілітаційної програми хворих на ЖКХ на санаторно – курортному лікуванні**

Назва	Тривалість	Дозування	Види
ЛФК	8 – 10 хв ;	6 разів на	РГГ, ЛГ

	40 – 45 хв	тиждень	
Масаж	15 хв	5 – 6 разів на тиждень	Сегментарно – рефлекторний (С3 – С4; D6 – D10); лікувальний, класичний, точковий
Фізіотерапія	10 – 15 хв	10 – 12 процедур через день	Солюкс, грілку, УВЧ, МХТ, ДДТ, Індуктотермія, Ультразвук, УФО, озокерито – парафінові аплікації
Бальнеологія	10 – 12 процедур	Через один або два дні	Прісні ванни, хвойні, родонові
Пиття мінеральних вод	Місячними циклами через (6 – 12 місяців)	150 – 200 мл	Березовська, Моршинська, Миргородська
Пелоїдотерапія	15 – 20 хв	10 – 12 процедур	Аплікації із мулової або торф'яної грязі на праве підребер'я, або на спину

Дієтотерапія	Постійно	5 – 6 разів на добу ( дробне харчування	(фрукти, овочі, нежирне молоко, сир, м'ясо та риба у вареному вигляді).
--------------	----------	---	---

Грязелікування може застосовуватися як самостійний метод лікування, так і в складі комплексної терапії.

Терапевтичний вплив грязі складається з дії теплового, механічного та хімічного факторів. На скільки сильним буде вплив того чи іншого чинника залежить як від стану організму хворого, так і від сукупності властивостей застосованих різновидностей грязей.

Грязьові аплікації на печінку.

Грязьові амінокислоти і фосфоліпіди, всмоктуючись, виступають гепатопротекторами (тобто позитивно впливають на функцію печінки), фосфоліпіди відновлюють печінкові мембрани, ферменти допомагають розпаду білірубину. Сульфіді підвищують активність жовчних шляхів і рухову функцію кишечника, підсилюють скоротливу функцію гладких

#### 2. 4. Профілактика жовчнокам'яної хвороби

На сьогодні велика увага приділяється вдосконаленню методів профілактики. Це є одним із пріоритетних напрямків охорони здоров'я, що забезпечує попередження розвитку хвороби і виникнення її ускладнень. Фактори ризику каменеутворення, як некеровані (вік, стать, спадковість, анатомічні особливості жовчовивідних шляхів та ін.) так і керовані (ожиріння, гіподинамія, нераціональне харчування та ін.) мають основне значення як для первинної, так і для вторинної профілактики.

З метою виявлення факторів каменеутворення, починаючи з дитячого віку, вченими були проаналізовані результати ультразвукового дослідження жовчовивідних шляхів 2500 дітей у віці від 1 місяця до 18 років. Аномалії розвитку жовчного міхура (перегородки дна і тіла, перегини та інше) спостерігалися в 10 % випадків. Поряд із схильними до літогенезу факторами органічного характеру виявилися також функціональні зміни у вигляді порушення тонуру жовчного міхура. [26].

Для вирішення первинної профілактики жовчнокам'яної хвороби необхідні діагностика наявності каменів на ранніх стадіях та розробка консервативних методів лікування, направлених на зміну властивостей жовчі, що запобігають переходу захворювання у стадію формування жовчних конкрементів. З появою ультразвукової діагностики (УЗД) виникла можливість проводити діагностику жовчнокам'яної хвороби на стадії формування макроскопічно – відмінних структурних змін у жовчі, на стадії міліарного складжу (докам'яній).

Доведено, що виявлення та лікування захворювання на ранніх стадіях значною мірою може запобігти формуванню жовчних конкрементів, прогресуванню процесу, профілактиці розвитку тяжких ускладнень, покращенню прогнозу захворювання. Це може сприяти у перспективі зменшенню кількості оперативного втручання з приводу жовчнокам'яної хвороби. Питання профілактики холелітіазу, як найбільш поширеного й складного в плані розвитку ускладнень стану, актуальне не тільки для медицини України, а й для усього світу. У нас час проводяться численні пошуки методів профілактики жовчнокам'яної хвороби та дослідження різного ступеня доказовості. На сучасному етапі широко обговорюються стратегії профілактики холелітіазу [27].

Інформація про взаємозв'язок між профілактикою каменеутворення у жовчному міхурі та дієтичними рекомендаціями численна, але суперечлива. Хоча біохімічні процеси були обґрунтовані в

експериментах, дослідження на людях є переважно епідеміологічними. Найкращими дослідженнями виявилися ті, у яких проаналізовано кількість вживання калорій, цукру та харчових волокон та доведено їх роль та механізми холелітіазу в експериментах [28].

Серед рекомендацій стосовно дієти привертає увагу низка досліджень, присвячених ролі окремих мікроелементів у формуванні холелітіазу. В одному з досліджень показано, що поширеність жовчних каменів серед населення становила 7,8 %. Доведено, що регулярне доповнення їжі вітаміном С поряд із фізичною активністю та зниженням рівня холестерину призводить до зменшення поширеності жовчних конкрементів (4,7 %) порівняно з 8,2 % при відсутності регулярного прийому вітаміну С [29]. Дефіцит магнію призводить до гіперхолестеринемії, збільшує толерантність до глюкози. Так, показано, що збільшення вживання магнію зменшує ризик симптоматичних жовчних конкрементів у чоловіків, хоча основні механізми даного феномену нез'ясовані. Зрозуміння ролі дієти, збагаченої магнієм, у запобіганні каменеутворенню у чоловіків допоможе в розробці превентивних методів лікування холелітіазу [30; 31]. В деяких дослідженнях показано, що надмірне вживання заліза може сприяти формуванню кристалів холестерину і це пов'язане з більшим ризиком ЖКХ серед чоловіків [32].

У наш час приділяється велика увага вдосконалюванню методів профілактики, як пріоритетного напрямку охорони здоров'я, забезпеченню попередження розвитку захворювання й виникнення його ускладнень.

Таким чином, сучасні підходи до профілактики ЖКХ крім хірургічних методів повинні включати використання літолітичної терапії на ранніх стадіях захворювання, та вплив на некеровані фактори ризику розвитку захворювання [33].

Для профілактики захворювання корисно проводити наступні заходи :

- дотримуватися дієти, нормалізувати масу тіла;
- збільшувати фізичне навантаження, давати організму більше рухатися;
- частіше вживати їжу невеликими порціями, кожні 3 – 4 години, щоб викликати регулярні випорожнення міхура від накопиченої жовчі;
- не практикувати тривале лікувальне голодування;
- корисно пити достатньо рідини, не менше 1.5 л на день;
- щоб не спровокувати рух каменів, уникати робіт, пов'язаних з тривалим перебуванням в нахиленому положенні;
- жінкам варто обмежити надходження естрогенів, цей гормон сприяє утворенню каменів або їх збільшенню.

Для профілактики і лікування жовчнокам'яної хвороби корисно включати в щоденний раціон невелику кількість рослинної олії, краще оливкової. Соняшникова засвоюється тільки на 80%, в той час як оливкова повністю. Крім того, вона більш придатна для смаження, оскільки утворює менше фенольних сполук. Вживання рослинного жиру стимулює активність міхура з жовчю, у результаті чого він одержує можливість хоча б раз на добу випорожнитись, попереджаючи застійні явища й утворення конкрементів.

Для нормалізації обміну речовин та профілактики жовчнокам'яної хвороби у раціон варто включити магній. Мікроелемент стимулює моторику кишківника і вироблення жовчі, виводить холестерин. Крім того, для вироблення жовчних ферментів необхідно достатнє надходження цинку. При жовчнокам'яній хворобі краще відмовитися від вживання кави. Напій стимулює скорочення міхура, що може викликати закупорювання протоків і наступний напад. Також необхідно звернути

увагу і серйозно зайнятися лікуванням патологій, здатних привести до проблем з жовчним міхуром – цукровий діабет, гіпотиреоз, хронічні патології печінки, захворювання серцево судинної системи. Дотримання рекомендацій лікарів дозволить при деяких обмеженнях в раціоні, жити повним життям без виснажливих болів [34].

## ВИСНОВКИ

1. Жовчнокам'яна хвороба являє собою захворювання організму з місцевими проявами та утворенням конкрементів у жовчних шляхах. При проявах симптомів захворювання організму необхідно з'ясувати патогенетичні та етіологічні фактори розвитку хвороби, а також враховувати стать, вік, вагітність і людей схильних до ожиріння.

2. В Україні жовчнокам'яна хвороба зустрічається у 12 – 15% населення. З віком захворюваність підвищується. Каміні в жовчному міхурі мають 30 – 40% людей у віці старше 70 років.

3. Розробили комплексні програми фізичної терапії при ЖКХ в залежності від періоду реабілітації, які передбачають доцільність застосування різних методів лікування (лікувальної фізкультури, дієтотерапії, лікувального масажу, фізіотерапії, психотерапії тощо). Спеціальні фізичні вправи та правильно підібрані вихідні положення сприяють кращому відтоку жовчі та чинять позитивний вплив на стан біліарної системи при даній патології. При лікуванні ЖКХ важливо використовувати індивідуальний підхід з урахуванням стану серцево – судинної, нервової системи, а також загального стану хворого.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Зорик М. М. Здоров'я людини, фізична реабілітація та фізична рекреація / Застосування лікувальної фізичної культури в комплексній реабілітації хворих на жовчнокам'яну хворобу / Слобожанський науково – спортивний вісник – 2014 р. – №2. – 80 с.
2. Дудченко М. А. Желчнокаменная болезнь в хирургической и терапевтической практике / Под редакцией д.м.н., проф. Дудченка М. А. Полтавський літератор 2014 р.
3. Марченко О. К. Основы физической реабилитации: учеб. для студентов вузов. К.: Олимп. лит., 2012 р. 28 с.
4. Семенов Д. Ю. Эндовидеохирургия в комплексном лечении желчнокаменной болезни: Автореф. дис. канд. Мед. Наук. – СПб., 1996 р. – 17 с.
5. Закревська В. Види каменів у жовчному міхурі, способи лікування і профілактика [Електроний ресурс] 17 квітня 2014 р. – Режим доступу: <https://lady.tochka.net/ua/39483-vidy-kamney-v-zhelchnom-puzyre-sposoby-lecheniya-i-profilaktika/>
6. Дудченко М. А Хирургическое и консервативное лечение холециститов / М.А.Дудченко, І.О. Гіленко, С.В. Байдо [та ін.] // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2007 р. – в. 4. – С.108 – 113.
7. Дудченко М. А Желчнокаменная болезнь в хирургической и терапевтической практике. – Полтава: « Видавництво «Полтавський літератор», 2014 р. – 92 – 93 с.
8. Вакуленко Л. О., Прилуцька Г. В., Вакуленко . В., Лікувальний масаж. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005 . – 354 с.
9. Попова С. Н Физическая реабилитация: [учебник для студентов высших учебных заведений ] / под ред. Проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2004 р. – с. 329 – 330.

10. Попов С. Н. Физическая реабилитация: [учебник для студентов высших учебных заведений ] / под ред. Проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2004 р. – с. 331 – 335.
11. Дудченко М. А. Хирургическое и консервативное лечение холециститов / М.А.Дудченко, І.О. Гіленко, С.В. Байдо [та ін.] // Вісн. пробл. біології і медицини. – 2007 р. – С. 97 – 98.
12. Лукомский Э. Э. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: Учеб. Пособие / В.С. Улащик. — 2 –е изд. — Минск, Вышэйш шк., 1999 р. — 336 с.
13. Правосудова В. П. Учебник инструктора по лечебной физической культуре / Под общ. ред. В. П. Правосудова. — М.: Физкультура и спорт, 1980 р. — 415 с.
14. Улищик В. С. Физиотерапия. Лечебная физкультура. Массаж: Учеб. пособие / И.В. Лукомский, Э. Э. — 2 – е изд. — Минск, Вышэйш шк., 1999 р. — 336 с.
15. Шадрін О. Г. Міністерство охорони здоров'я України [Електроний ресурс] 26 травня 2010 р. – Режим доступа: [http://bdp.ks.ua/PROTOCOL/gastro438\\_01.html](http://bdp.ks.ua/PROTOCOL/gastro438_01.html)
16. Дудченко М. А. Желчнокаменная болезнь в хирургической и терапевтической практике. – Полтава: « Видавництво «Полтавський літератор», 2014 р. – 103– 104 с.
17. Бондаренко В. В. Клінічний протокол санаторно - курортного лікування жовчнокам'яної хвороби [Електроний ресурс] 06 лютого 2008 р.–№56.–Режимдоступу:  
[content.net.ua/registration/content/ua1622/pages/f12114.html](http://content.net.ua/registration/content/ua1622/pages/f12114.html)
18. Державна служба статистики України / Головне управління статистики у Херсонській області. – Режим доступу: [http://www.ks.ukrstat.gov.ua/pro-khersonsku-oblast/472-prioda-hersonshhini/200-priroda-hersonsh-hini-2.html](http://www.ks.ukrstat.gov.ua/pro-khersonsku-oblast/472-priroda-hersonshhini/200-priroda-hersonsh-hini-2.html)

19. Эксперт – курортолог sanatoriums.com / Уникальные методики грязелечения ЖКТ в Эссентуках. – Режим доступа: <https://www.sanatoriums.com/ru/essentuki/novosti/18-unikalnye-metodiki-gryazelecheniya-zhkt-v-essentukah>
20. Федоров С.П. Желчные камни и хирургия желчных путей. — М.; Л.: Медгиз, 1934. — С. 392.; 3. Schwie G.P. Cholecystitis with cholelithiasis in childhood // Amer. J. Gastroenterol. — 1960 p. — № 33. — С. 128.
21. Arslanoglu I., Unal F., Sagin F. et al. Real-time sonography for screening of gallbladder dysfunction in children with type 1 diabetes mellitus // J. Pediatr. Endocrinol. Metab. — 2001p. — № 14. — С. 61 – 69 .
22. Щербиніна М. Б Газета «Новини медицини і фармації» Гастроентерологія [Електроний ресурс] Буренко А. М – науковий співробітник ДУ «Інститут гастроентерології АМН України», м. Дніпропетровськ. Особливості медико – соціальної характеристики пацієнтів молодого віку з міліарною патологією 2010 р. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/issue-13900/article-13923/>
23. Мелеховець О. К Первинна профілактика жовчнокам'яної хвороби у пацієнтів із гіпофункцією щитовидної залози / Міністерство освіти і науки України. Суми 2016 р. – С 30. – Режим доступа: [https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44718/1/mag\\_Zudina.pdf](https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/44718/1/mag_Zudina.pdf)
24. Huang J., Chang C.H., Wang J.L., Kuo H.K., Lin J.W., Shau W.Y., Lee P.H. Nationwide epidemiological study of severe gallstone disease in Taiwan // BMC Gastroenterol. — 2009 p. — № 22. — С. 63.
25. Attili A.F., Carulli N., Roda E. et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian study on Cholelithiasis (M.I.COL.) // Am. J. Epidemiol. — 1995. — № 141(2). — С. 158-165.
26. Алексеенко С.А., Наумова Л.А., Агеева Е.А. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. – № 1. – С. 51.

27. Щербиніна М.Б., Бабець М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні // Охорона здоров'я України. — 2008. — № 1(29). — С. 67 – 71.
28. Алексеенко С.А., Наумова Л.А., Агеева Е.А., Шацкова Т.М. Современные подходы к литолитической терапии профилактике желчнокаменной болезни // РМЖ. — 2006. — № 1. — С. 14-17.
29. Walcher T., Haenle M.M., Kron M. et al. Vitamin C supplement use may protect against gallstones: an observational study on a randomly selected population // BMC Gastroenterol. — 2009. — № 8(9). — P. 74.
30. Ko C.W. Magnesium: does a mineral prevent gallstones? // Am. J. Gastroenterol. — 2008. — № 103(2). — P. 383-385.
31. Tsai C.J., Leitzmann M.F., Willett W.C., Giovannucci E.L. Long-term effect of magnesium consumption on the risk of symptomatic gallstone disease among men // Am. J. Gastroenterol. — 2008. — № 103(2). — P. 375-382.
32. Tsai C.J., Leitzmann M.F., Willett W.C., Giovannucci E.L. Heme and non-heme iron consumption and risk of gallstone disease in men // Am. J. Clin. Nutr. — 2007 — № 85(2). — P. 518 – 522.
33. Гладун В. М Газета «Новости медицины и фармации» Гастроэнтерология / Современные подходы к профелактике желчнокаменной болезни. – 2011 р. Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/21843>
34. Комунальне не комерційне підприємство / Міська лікарня №1. м Краматорськ. 24 липня 2019 р. – Режим доступа: [https://kmy-gb1.io.ua/s2652521/jovchokamyana\\_hvoroba\\_profilaktika](https://kmy-gb1.io.ua/s2652521/jovchokamyana_hvoroba_profilaktika)
35. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник ] / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2010. – 281 284 с.
36. Основи курортології: [посібник] / за ред.. М. В. Лободи, Е. О. Колесника. – К.: Купріянова О. О., 2003. – 190 – 192 с.

- 37.** Физическая реабилитация: [ученик для студентов высших учебных заведений] / под ред. Проф. С. Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2004. – 333 – 334 с.
- 38.** [doz-kherson.com.ua/medichna-statistika.html](http://doz-kherson.com.ua/medichna-statistika.html)
- 39.** Герок В., Блюм Х.Е. Заболевания печени и желчевыделительной системы. М.: «МЕДпресс-информ», 2009. — 200 с.
- 40.** Основы реабилитации для медицинских колледжей: Учеб. пособие / Л.В.Козлова, С.А.Козлов, Л.А.Семененко. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 255 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Таблиця 1

## Комплекс вправ у лікарняний період

№	Зміст	Кількість повторень
1.	ВП: лежачи на спині, кисті рук до плечей. Лікті в сторони - вдих, притиснути до тулуба – видих.	4 – 6 р.
2.	ВП: лежачи на спині, руки на животі. Зігнути праву ногу коліно – кульшовому суглобі, ковзаючи ступнею по опорі, - вдих, випрямити - видих. Відчути руками амплітуду рухів м'язів живота; діафрагмальне дихання, без зайвої напруги. Те ж – з іншою ногою.	4 – 6 р.
3.	ВП: те ж, руки уздовж тулуба. Праву руку і праву ногу убік - вдих; прийняти в.п. - видих. Те ж - з другої ноги і руки, в інший бік.	4 – 6 р.
4.	ВП: лежачи на правому боці, ліву руку і ліву ногу відвести убік. Дивитися на руку. Дихання не затримувати. Те ж - в іншу сторону.	4 – 6 р.
5.	ВП: те ж, ноги прямі. Виконуємо згинання ніг в коліно – кульшовому суглобах, приводячи ноги до тулуба.	4 – 6 р.
6.	ВП: лежачи на животі. Руки вгору. (Пресорна дія на живіт).	2 хв.
7.	ВП: лежачи на лівому боці.	2 – 3 хв.
8.	ВП: те ж, приведення до тулуба зігнутої правої ноги	4 – 6 р.

	в коліно – кульшовому суглобі допомагаючи руками.	
9.	ВП: лежачи на лівому боці, ліва рука перед собою, інша випрямлена вгору. Виконувати нахил тулуба вбік з одночасним підніманням прямої правої ноги та правої руки.	4 – 6 р.
10.	ВП: коліно – кистьове. прогнутися, прийняти круглу спину, голову дивиться вниз, прийняти в.п.	4 – 6 р.
11.	ВП: лежачи на спині, руки на животі: вдих – відчуті руками рух м'язів черевного преса – видих.	2 – 3 хв

## Додаток Б

## Таблиця 2

## Комплекс вправ у після лікарняний період

№	Зміст	Кількість повторень
1.	ВП: сидючи на стільці. Руки зігнуті в ліктях заведені за голову. Повороти тулуба та голови в сторони.	6 – 8 р.
2.	ВП: те ж, руки на поясі. Поворот тулуба в сторону з одночасним відведенням руки.	6 – 8 р.
3.	ВП: те ж, руки опущені донизу. Нахил тулуба вбік з на пів поворотом тулуба до руки.	6 – 8 р.
4.	ВП: те ж, права рука пряма, ліва рука на поясі. Нахили тулуба в сторони (максимально)	
5.	ВП: сидючи на стільці, опираючись долонями на нього. Виконувати згинання в коліно – кульшовому суглобі та торкатися стопою стільця.	6 – 8 р.
6.	ВП: стоячи, руки на поясі. Нахили тулуба вперед та	6 – 8 р.

	назад.	
7.	ВП: стоячи. Згинання поперегово ніг в коліно – кульшовому суглобі з приведенням до тулуба та обхватом їх руками.	6 -8 р.
8.	ВП: стоячи, руки за голову в замок. Спокійне дихання.	2 хв.
9.	ВП: стоячи. Виконувати поперегово махи ногами	6 – р.
10.	Діафрагмове дихання.	2 – 3 хв.
11.	ВП: стоячи. Руки вгору – вдих, нахил тулуба – видих	4 – 6 р.
12.	Ходьба в повільному темпі.	5 – 6 хв.

## Додаток В

Таблиця 3

Схема лікувальної гімнастики при жовчнокам'яній хворобі для хворих, які перебувають на санаторно – курортному режимі

Зміст заняття	Завдання	Дозування (хв)
<b>Ввідна частина</b>		
Ходьба та короткочасний біг у поєднанні з рухами рук, ніг та тулуба	Підготовка організму до подальшого навантаження	4 – 5
<b>Основна частина</b>		
Вправи для всіх м'язових груп з вихідних положень, сидячи та стоячи. Повне діафрагмове дихання	Загальнозміцнююча дія. Періодичне підвищення внутрішньочеревного тиску з метою посилення відтоку жовчі	8 – 10
У положенні, лежачи на спині, на лівому й правому	Зміцнення м'язів черевного пресу і	15 – 20



<p>боці, в упорі стоячи на колінах – дихальні вправи, вправи для черевного пресу й тазового дна (можна використовувати гантелі, набивні м'ячі)</p>	<p>тазового дна. Покращення кровообігу в органах черевної порожнини й тазу. Посилення відтоку жовчі.</p>	
<b>Заключна частина</b>		
<p>Ходьба в повільному темпі. Вправи на увагу, дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів</p>	<p>Зниження загального навантаження. Тренування вміння розслабляти м'язи</p>	3 – 5
Всього 30 – 40 хвилин		

## Додаток Г

**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ  
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО  
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Мисенко Тетяна Валеріївна,  
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна добродесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

**ЗАЯВЛЯЮ**, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної добродесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
- оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
- використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;

– самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;

– надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;

– не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;

– своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;

– не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;

– підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;

– поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;

– не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;

– відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;

– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

**УСВІДОМЛЮЮ**, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної добродесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної добродесності.

14.04.20.

(дата)



(підпис)

Мисенко Тетяна

(ім'я, прізвище)