

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	10
Список сокращений и условных обозначений	11
Перечень планируемых результатов обучения дисциплине (модулю) «Медико-социальная деятельность», соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы	13
Глава 1. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ	19
1.1. Основы психосоциальной реабилитации больных и инвалидов	20
1.2. Основные направления реабилитации	26
1.3. Реабилитационный потенциал.	27
1.4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	29
1.5. Медико-санитарное просвещение.	38
1.6. Психологическая работа с больными и их родственниками.	40
1.7. Медико-социальная экспертиза	41
1.8. Международная классификация функционирования в медико-социальной экспертизе	43
1.9. Реабилитационные программы	45
1.10. Обеспечение жизнедеятельности инвалида.	48
1.11. Физическая культура и спорт в системе реабилитации инвалидов	48
Вопросы и задания для самоконтроля	59
Глава 2. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	61
2.1. Система органов пищеварения	62
2.2. Особенности патологии системы пищеварения	65
2.3. Порядок оказания медицинской помощи населению	68
2.4. Особенности реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы.	73
2.4.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	73
2.4.2. Спланхноптоз	78
2.4.3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	82
2.4.4. Хронический гастрит.	85

2.4.5. Заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря . . .	88
2.4.6. Хронические воспалительные заболевания кишечника . . .	92
2.4.7. Синдром раздраженного кишечника	96
Вопросы и задания для самоконтроля	99
Ситуационные задачи	99
Глава 3. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	101
3.1. Морфофизиологические особенности печени	102
3.2. Клинико-функциональные синдромы при патологии печени . . .	104
3.3. Медицинская реабилитация при заболеваниях печени.	106
3.4. Хронический гепатит	107
3.5. Печеночная недостаточность	109
3.6. Цирроз печени.	111
3.7. Алкогольная болезнь печени	115
Вопросы и задания для самоконтроля	117
Глава 4. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	119
4.1. Морфофункциональные особенности почек	120
4.2. Клинико-инструментальные исследования урологического больного	125
4.3. Патология почек	126
4.3.1. Особенности патологии почек	126
4.3.2. Почечные и внепочечные синдромы	128
4.4. Типовые формы патологии почек	128
4.4.1. Неспецифические воспалительные заболевания почек . . .	129
4.4.2. Острый и хронический диффузный гломерулонефрит . . .	131
4.4.3. Нефротический синдром	132
4.4.4. Нефроптоз, цистоцеле	135
4.4.5. Мочекаменная болезнь	140
4.4.6. Острая и хроническая почечная недостаточность	143
4.4.7. Стрессовое недержание, или недержание мочи при напряжении	148
4.5. Профилактика и реабилитация при заболеваниях почек	157
4.5.1. Профилактика болезней почек	157
4.5.2. Терапия заболеваний почек	158
4.5.3. Курортная терапия урологических больных	159
Вопросы и задания для самоконтроля	172

Глава 5. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В СТОМАТОЛОГИИ	173
5.1. Функциональная анатомия и биомеханика челюстно-лицевой области	174
5.1.1. Сроки формирования и прорезывания зубов	175
5.1.2. Нижняя челюсть	176
5.1.3. Височно-нижнечелюстной сустав	178
5.1.4. Лицевые мышцы	181
5.2. Методы обследования пациентов	183
5.3. Средства медицинской реабилитации в стоматологии	186
5.3.1. Лечебная физическая культура	186
5.3.2. Механотерапия	196
5.3.3. Мануальная терапия	197
5.3.4. Массаж	200
5.3.5. Физиотерапия	205
5.3.6. Питание стоматологических больных	206
5.3.7. Ортопедические методы лечения	207
5.4. Периоды течения воспалительного заболевания или поражения челюстно-лицевой области	208
5.5. Реабилитация при некоторых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области	210
5.5.1. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	210
5.5.2. Одонтогенные воспалительные заболевания	215
5.5.3. Висцеральные расстройства	219
5.5.4. Травмы челюстно-лицевой области	221
5.5.5. Дефекты и деформации лица	228
5.6. Профилактика стоматологических заболеваний	230
Вопросы и задания для самоконтроля	231
Глава 6. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ХИРУРГИИ	232
6.1. Двигательный режим больных хирургического профиля	233
6.2. Восстановление и компенсация двигательных функций после операций на головном мозге	235
6.3. Реабилитация больных после операций на органах грудной клетки	240
6.3.1. Реабилитация больных после операций на легких	240
6.3.2. Реабилитация больных после операций на сердце	247

6.4. Реабилитация больных после операций на периферических сосудах	257
6.4.1. Реабилитация пациентов с артериальной формой поражения сосудов	257
6.4.2. Реабилитация пациентов с расширением вен нижних конечностей и посттромботическим синдромом	264
6.5. Реабилитация больных после оперативных вмешательств на органах брюшной полости и на брюшной стенке	269
6.5.1. Воспалительные заболевания брюшной стенки и брюшины	269
6.5.2. Виды оперативных вмешательств на органах брюшной полости	271
6.5.3. Реабилитация больных после операций на органах брюшной области	273
6.6. Реабилитационные мероприятия при ожогах и отморожениях	275
6.6.1. Ожоги	275
6.6.2. Отморожения	283
6.7. Реабилитация больных после ампутации конечностей	285
6.7.1. Реабилитация больных после ампутации нижних конечностей	287
6.7.2. Реабилитация больных после ампутации верхних конечностей	300
Вопросы и задания для самоконтроля	307
Глава 7. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ	309
7.1. Клинико-физиологическое обоснование применения средств реабилитации при заболеваниях органов репродуктивной системы женщины	311
7.2. Средства медицинской реабилитации при заболеваниях органов репродуктивной системы женщины	313
7.2.1. Лечебная физкультура	313
7.2.2. Массаж	314
7.2.3. Психотерапия	316
7.2.4. Физиотерапия	316
7.3. Медицинская реабилитация при воспалительных заболеваниях женских половых органов	321
7.4. Медицинская реабилитация при гормонозависимых заболеваниях женских половых органов	327

7.5. Медицинская реабилитация при гиперпластических, дистрофических и опухолевых заболеваниях женских половых органов	330
7.6. Медицинская реабилитация при послеоперационных состояниях в гинекологии	331
7.7. Медицинская реабилитация при трубно-перитонеальном бесплодии	334
7.8. Медицинская реабилитация при аномальных положениях матки	337
7.9. Физические упражнения при беременности	340
7.9.1. Физические упражнения, подготавливающие женщину к активному участию в родах	341
7.9.2. Физические упражнения при беременности, осложненной заболеваниями сердечно-сосудистой системы	348
7.9.3. Крестцовые боли в период беременности	350
7.9.4. Массаж в период беременности	352
7.9.5. Физические упражнения в родах	353
7.9.6. Физические упражнения в послеродовом периоде	354
7.9.7. Физиотерапия при беременности	356
Вопросы и задания для самоконтроля	357
Ситуационные задачи	357

Глава 8. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ	359
8.1. Анатомия и физиология ЛОР-органов	360
8.1.1. Нос	360
8.1.2. Ухо	363
8.1.3. Глотка	368
8.1.4. Гортань	370
8.2. Методы исследования ЛОР-органов	372
8.2.1. Методы исследования носа и придаточных пазух	372
8.2.2. Методы исследования слухового анализатора	373
8.2.3. Методы исследования глотки	374
8.3. Средства медицинской реабилитации в комплексном лечении различных ЛОР-заболеваний	375
8.3.1. Лечебная физическая культура	375
8.3.2. Физиотерапия при заболеваниях ЛОР-органов	376
8.3.3. Массаж	385
8.3.4. Рефлексотерапия при ЛОР-заболеваниях	386

8.3.5. Лечебное питание при заболеваниях ЛОР-органов	389
8.3.6. Мероприятия, направленные на профилактику заболеваний ЛОР-органов	390
Вопросы и задания для самоконтроля	391
Глава 9. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ	392
9.1. Функциональная анатомия глаза	393
9.2. Методы исследования органа зрения	402
9.3. Средства медицинской реабилитации	404
9.4. Лечение некоторых заболеваний придаточного аппарата глаза	408
9.4.1. Болезни орбиты	408
9.4.2. Заболевания век	413
9.4.3. Болезни слезных органов	423
9.4.4. Заболевания конъюнктивы	426
9.4.5. Заболевания глазного яблока	428
9.4.6. Повреждения органа зрения	434
9.4.7. Близорукость (миопия). Профилактика и лечение	435
Вопросы и задания для самоконтроля	446
Глава 10. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	447
10.1. Общие положения	448
10.2. Организация онкологической службы в России	454
10.3. Реабилитация онкологических больных	455
10.4. Спорт как лекарство	475
Вопросы и задания для самоконтроля	478
Глава 11. МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ И ПРЕСТАРЕЛЫХ	479
11.1. Основные факторы качества жизни	480
11.2. Возрастные изменения у лиц пожилого возраста	483
11.3. Клинические проявления болезни и реабилитация больных пожилого возраста	485
11.4. Здоровый образ жизни	491
11.5. Школа здоровья	508
Вопросы и задания для самоконтроля	512
Глава 12. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ	514
12.1. Нормативные акты	515

12.2. Оказание паллиативной медицинской помощи	517
12.3. Цель, задачи и принципы паллиативной медицины	520
12.4. Общий уход за больным	523
12.5. Двигательная активность больных	531
Вопросы и задания для самоконтроля	538
Список литературы	539
Предметный указатель	544

МЕДИЦИНСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Цель занятия — на основании знаний механизмов восстановления нарушенных или компенсации утраченных функций при заболеваниях печени (типовых формах патологии печени) научить студентов (курсантов) применять средства реабилитации на различных этапах (стационар—поликлиника—санаторий).

Контрольные задания.

1. Назовите и охарактеризуйте морфологические особенности печени.
 2. Назовите и охарактеризуйте физиологические особенности печени.
 3. Хронический гепатит. Симптомы, течение. Лечение
 4. Печеночная недостаточность. Симптомы, течение. Лечение.
 5. Цирроз печени. Симптомы, течение. Профилактика.
 6. Алкогольная болезнь печени. Симптомы, течение. Лечение.
- Умения, которые студент (курсант) должен освоить на занятии.
- Оценить состояние пациента, используя методы соматоскопии, антропометрии, функциональных исследований.
 - Определить цель, задачи восстановительного лечения.
 - Назначить двигательный режим исходя из стадии заболевания, возраста и пола больного, а также его толерантности к физической нагрузке.
 - Определить средства, формы и методы ЛФК.
 - Составить комплексы ЛФК, определить показания и противопоказания к различным видам массажа и физическим факторам при лечении пациентов с заболеваниями печени.

- Провести занятие с больным, используя различные средства ЛФК (процедуры ЛГ и лечебного массажа); психокоррекцию.
- Оценить адекватность физических нагрузок состоянию организма при проведении врачебно-педагогических нагрузок и составить медицинское заключение.

Структура практического занятия — стандартная.

Патология печени включает разнообразные клинические формы и синдромы, характеризующиеся снижением основных ее гомеостатических как пищеварительных, так и неп пищеварительных функций.

При патологии печени возможно нарушение практически всех видов обмена веществ (белков, ферментов, липидов, углеводов, гормонов, витаминов, воды и др.), процесса детоксикации, изменение объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее состава, активности свертывающей и антисвертывающей систем крови, желчеобразования, желчевыделения, а также различных исполнительных и регуляторных систем.

3.1. МОРФОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ

Печень — один из основных органов, обеспечивающих гомеостаз/гомеокинез организма (рис. 3.1).

Печень — самый крупный орган человека. Ее масса равна 1200–1500 г, что составляет 1/50 массы тела.

Печень располагается в правом верхнем квадранте живота и прикрыта ребрами. Ее верхняя граница находится примерно на уровне сосков. Анатомически в печени выделяют две доли — правую и левую. Правая доля почти в 6 раз крупнее левой; в ней выделяют два небольших сегмента: хвостатую долю на задней поверхности и квадратную долю на нижней поверхности. Правая и левая доли разделяются спереди складкой брюшины, так называемой серповидной связкой, сзади — бороздой, в которой проходит венозная связка, и снизу — бороздой, в которой находится круглая связка.

Печень снабжается кровью из двух источников: воротная вена несет венозную кровь из кишечника и селезенки, а печеночная артерия, отходящая от чревного ствола, обеспечивает поступление артериальной крови. Эти сосуды входят в печень через углубление, называемое воротами печени, которое располагается на нижней поверхности правой доли, ближе к ее заднему краю. В воротах печени воротная вена и печеночная артерия дают ветви к правой и левой долям, а правый и левый желчные протоки соединяются и образуют общий желчный проток.

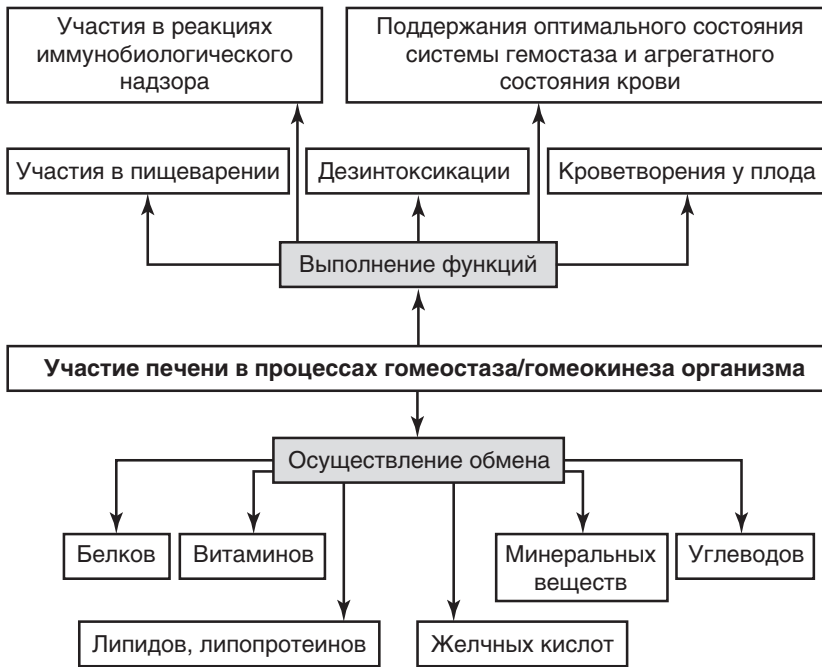


Рис. 3.1. Участие печени в процессе гомеостаза/гомеокинеза организма

Печеночное нервное сплетение содержит волокна VII–X грудных симпатических ганглиев, которые прерываются в синапсах чревного сплетения, а также волокна правого и левого блуждающих и правого диафрагмального нервов. Оно сопровождает печеночную артерию и желчные протоки до их самых мелких ветвей, достигая портальных трактов и паренхимы печени (рис. 3.2).

Функции печени. Свойства печени позволяют ей выполнять ведущую роль в работе пищеварительной системы. Основные функции печени у человека:

- процесс секреции желчи;
- функция детоксикации — элиминация продуктов гниения и токсических веществ;
- активное участие в обмене веществ;
- управление секрецией гормонов;
- влияние на функцию пищеварения в кишечнике;
- накопление энергетических ресурсов, витаминов;
- кроветворная функция;

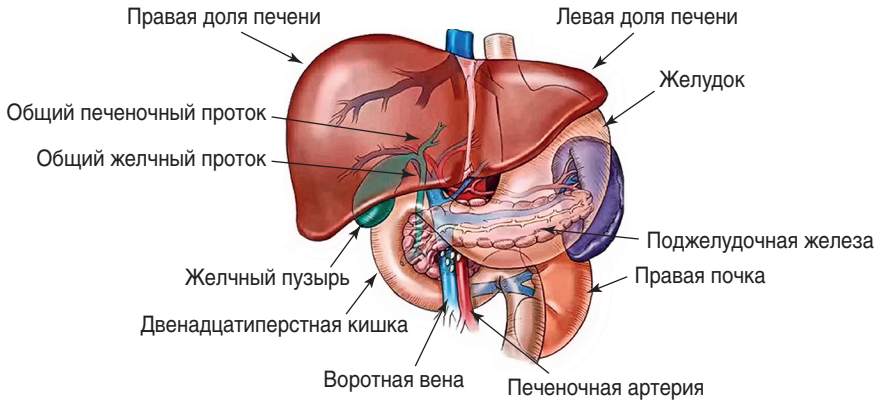


Рис. 3.2. Анатомия печени

- иммунная функция;
- хранилище, где накапливается кровь;
- синтез жиров и регуляция липидного обмена;
- синтез ферментов.

3.2. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Особенности патологии печени:

- любые, даже локальные патологические изменения печени обязательно характеризуются системными проявлениями (приспособительного и разрушительного, морфологического и функционального, специфического и неспецифического характера);
- уникальная способность клеточно-тканевых структур к физиологической и репаративной регенерации;
- при остром или медленно прогрессирующем хроническом воспалительном и/или дистрофическом повреждении паренхимы печени снижаются и извращаются многочисленные метаболические структурные и физиологические гомеостатические процессы и нарастают явления фиброза органа.

В зависимости от характера патологического процесса в печени выделяют следующие основные клинико-функциональные синдромы.

- **Воспалительный синдром**, возникающий при воспалении периллобулярных желчных ходов (холангиолитах) и междольковых желчных протоков (холангитах), а также кровеносных сосудов, желчных канальцев и др.

- **Дистрофический синдром**, возникающий обычно при отравлениях недоброкачественными пищевыми продуктами, грибами, вирусами, длительным приемом алкоголя и др.
- **Синдром холестаза** обусловлен нарушением процесса желчевыделения. Различают внутри- и внепеченочный холестаз. Первый обусловлен нарушением образования желчной мицеллы и поражением мельчайших желчных ходов. Второй связан с нарушением оттока нормальной желчи в результате механических препятствий во внепеченочных желчных путях (рис. 3.3).
- **Синдром цитолиза** обусловлен нарушением целостности гепатоцитов, повышением проницаемости мембран клеток и их органелл, гепатотропными вирусами, лекарственными средствами и др. Возникает при острых и хронических повреждениях печени. При клинической картине заболевания обращают на себя внимание следующие признаки:
 - выраженный интоксикационный синдром;
 - различная интенсивность желтухи;
 - высокая активность ферментов цитолиза: аспаратаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ);
 - отсутствие кожного зуда;
 - геморрагический синдром;
 - астеновегетативный синдром.
- **Синдром печеночноклеточной недостаточности**. Его основу составляет прогрессирующее снижение синтетических функций печени (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Дифференциальная диагностика вне- и внутripеченочного холестаза

Критерии	Внепеченочный холестаз	Внутрипеченочный холестаз
Данные анамнеза	Боли в животе, лихорадка, средний или пожилой возраст, операции на желчевыводящих путях	Анорексия, недомогание, контакт с кровью или гемотрансфузии, лекарственные инъекции, наркомания
Объективный осмотр	Лихорадка, напряженный живот, пальпируемый желчный пузырь	Асцит, признаки хронического заболевания печени, энтеропатии
Лабораторные данные	Параллельное повышение уровня билирубина и щелочной фосфатазы	Высокий уровень щелочной фосфатазы без повышения билирубина. Одновременное повышение сыровоточных трансаминаз

<p>Острая печеночная недостаточность — синдром, связанный с массивным некрозом гепатоцитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> — фульминантная форма острого вирусного или токсического гепатита; — острый гепатоз беременных; — синдром Рея (энцефалопатия с отеком мозга и жировой инфильтрацией печени) 	<p>Хроническая печеночная недостаточность — синдром, развивающийся при хронических заболеваниях инфекционной и неинфекционной этиологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> — малая печеночная недостаточность — гепатодепрессивный синдром; — большая печеночная недостаточность — гепатаргия (+ печеночная энцефалопатия)
--	--

Рис. 3.3. Виды печеночноклеточной недостаточности

3.3. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Порядками оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология», утвержденными приказами МЗ РФ от 12.11.2012 № 906н и 899н, предусмотрено внедрение в клиническую практику современных методов лечения и реабилитации больных, которые включают физические методы лечения и физические упражнения при оказании медико-санитарной и специализированной медицинской помощи амбулаторно, в дневном стационаре и стационаре.

Физическую терапию в период активного воспалительного процесса в соответствии со Стандартом специализированной помощи больным гепатитами В и С не проводят (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13.10.2005 № 634).

Физические упражнения и лечебный режим назначают только больным хроническим активным гепатитом, не классифицированным в других рубриках (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2006 № 123).

Физические методы лечения входят в программы **санаторно-курортного лечения** больных гепатитом в стадии устойчивой ремиссии при наличии нерезко выраженных клинических проявлений и нарушений лабораторных показателей, отсутствии глубоких морфологических изменений в печени в соответствии со Стандартом санаторно-курортной помощи больным с болезнями печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.11.2004 № 277).

Противопоказания к назначению физических методов лечения: цирроз печени, хронический гепатит при выраженной степени активности, все формы желтухи, выраженные показатели функциональных

проб печени, в том числе уровня АСТ и АЛТ, постгепатитная гипербилирубинемия, выраженная гепатомегалия (нижний край печени выступает на 3 см и более из-под реберной дуги по правой срединно-ключичной линии).

3.4. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ

Хронический гепатит — группа воспалительных заболеваний печени, характеризующихся различной степенью гепатоцеллюлярного некроза и воспаления и длительностью течения более 6 мес. Среди хронических заболеваний печени хронический гепатит — наиболее частое.

Всемирным конгрессом гастроэнтерологов предложена классификация хронических гепатитов (Лос-Анджелес, 1994), согласно которой выделяют хронический вирусный, аутоиммунный и лекарственный гепатиты. Наиболее частой причиной хронического гепатита бывают вирусы гепатитов В, С, D (развивается на фоне гепатита В) и G (открыт в 1995 г.). Вирус гепатита В не оказывает прямого цитопатогенного действия.

Клиническая симптоматика. Жалобы на снижение аппетита, отрыжку, тошноту (возможна и рвота), метеоризм, плохую переносимость жирной пищи, алкоголя. При этом пациенты отмечают общую слабость, снижение работоспособности. Характерны боль или чувство тяжести, полноты в правом подреберье, диспепсические явления, увеличение печени; реже выявляются желтуха, потемнение мочи, осветленные кала, кожный зуд, субфебрилитет.

Течение болезни. Выделяют персистирующий и активный гепатит.

Персистирующий гепатит протекает бессимптомно или с незначительными симптомами. Характерно постоянное повышение уровня трансаминаз, изменения других лабораторных показателей незначительны.

Хронический активный (агрессивный) гепатит характеризуется выраженными жалобами и яркими объективными клиническими и лабораторными признаками. Характерны частые рецидивы болезни, иногда наступающие под воздействием даже незначительных факторов (погрешность в диете, переутомление и др.). Частые рецидивы приводят к значительным морфологическим изменениям печени и развитию цирроза.

Лечение. Главная задача — купирование основных симптомов заболевания, подавление репликации вируса, профилактика возможных осложнений.

В комплексном лечении хронического гепатита предусмотрено следующее.

- Диета с исключением острых, пряных блюд, тугоплавких животных жиров, жареной пищи. Рекомендуются творог (ежедневно до 100–150 г), неострые сорта сыра, нежирные сорта рыбы в отварном виде (треска и др.).
- Госпитализация при обострении гепатита, постельный режим, более строгая щадящая диета с достаточным количеством белков и витаминов.
- Медикаментозная терапия интерфероном- α . Критерий эффективности препарата — исчезновение маркеров репликации вируса и нормализация активности трансаминаз.
- Физические методы лечения: низкочастотная магнитотерапия, инфракрасная ЛТ, пелоидотерапия, оксигенобаротерапия, оксигенотерапия, эндоназальный электрофорез иммуномодуляторов; питьевое лечение хлоридно-сульфатно-натриево-магниевой минеральной водой.
- **Физические упражнения** и двигательный (лечебный) режим.
 - Щадящий режим — легкие по запоминанию и выполнению упражнения (с паузами отдыха между упражнениями), прогулки по ровной местности (до 1 км); противопоказаны упражнения для мышц живота (изотонического и изометрического характера), подвижные игры и элементы спорта. Занятия проводят индивидуально.
 - Щадяще-тренировочный режим (с 3–5-го дня). ЛГ — тренировка диафрагмального дыхания, общеукрепляющие упражнения. Занятия проводят малогрупповым методом (15–20 мин). Пешие прогулки и малоподвижные игры.
 - Тренирующий режим — дозированные прогулки по маршруту от 1 до 3 км, малоподвижные игры. В ЛГ предусмотрены общеукрепляющие и дыхательные (изотонического и изометрического характера) упражнения. Показаны упражнения с гимнастическими предметами (палками, булавами, медицинскими мячами разного объема и массы).

Внимание! При хроническом гепатите тренирующий режим двигательной активности применяют только в фазе полной и стойкой ремиссии при отсутствииотягочающих признаков.

Профилактические мероприятия. Профилактика гепатита А состоит в санировании питьевой воды, строгой личной гигиене, дезинфици-

ровании испражнений, тщательном эпидемиологическом обследовании очага инфекции, периодическом определении в сыворотке крови активности аминотрансфераз и альдолазы.

Профилактику гепатита В осуществляют путем пассивной иммунизации (введения иммуноглобулина против гепатита В — препарата антигена, иммуномодуляторов), а также активной иммунизации (применения противогепатической вакцины).

3.5. ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Печеночная недостаточность — синдром, характеризующийся нарушением одной или многих функций печени вследствие острого или хронического повреждения ее паренхимы.

Виды печеночной недостаточности представлены на рис. 3.4.

По скорости развития гибели печеночных клеток печеночная недостаточность может быть острой и хронической.

При острой недостаточности печеночная энцефалопатия развивается в течение 8 нед с момента появления первых признаков заболевания печени.

Хроническая печеночная недостаточность развивается постепенно на протяжении нескольких месяцев, однако присоединение провоцирующих факторов (прием алкоголя, пищеводно-желудочное кровоте-

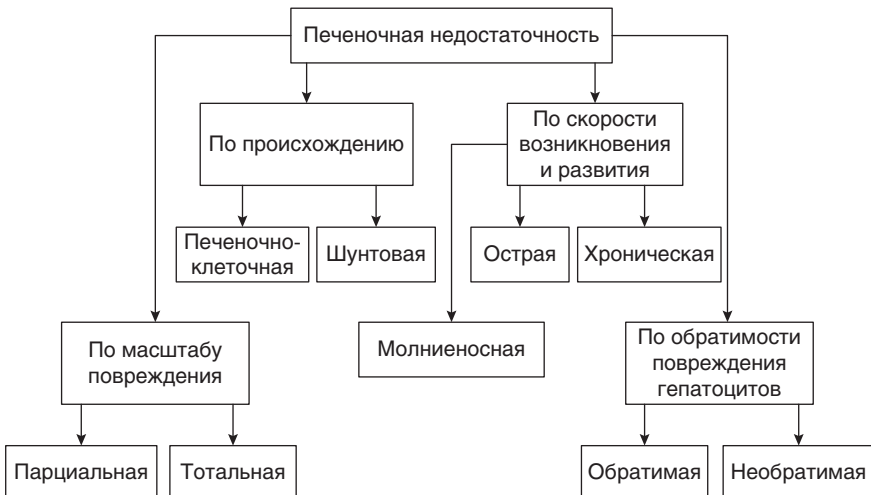


Рис. 3.4. Виды печеночной недостаточности

чение из варикозно-расширенных вен пищевода и др.) может быстро спровоцировать развитие печеночной энцефалопатии.

Острая печеночная недостаточность может возникнуть при различных формах вирусного гепатита, отравляющих промышленными (соединениями фтора и др.), растительными (несъедобными грибами и др.) и другими гепатотропными ядами, некоторыми лекарственными средствами (в частности, парацетамолом).

По механизму развития патологии выделяют следующие формы состояния.

Печеночноклеточная недостаточность (печеночная) — возникает, когда клетки органа поражают токсичные для них вещества (яды грибов, особые вирусы, яды из суррогатов алкоголя). Этот вид печеночной недостаточности может быть острым, когда массово гибнут клетки, и хроническим, когда отравление происходит постепенно, клетки гибнут медленно.

Шунтовая (обходная) кома — обусловлена нарушением тока крови в печени и в связи с этим ее сбросом (минуя печень) по анастомозам (портокавальным и каво-кавальным) в общий кровоток.

Причинами развития недостаточности печени могут быть факторы двух категорий:

- собственно печеночные — патологические процессы и/или воздействия, прямо повреждающие клетки печени;
- внепеченочные — патологические процессы, протекающие в других органах и тканях, вторично повреждающие печень (см. рис. 3.5).

Клиническая симптоматика.

- Печеночная энцефалопатия (сонливость, спутанность сознания, кома).
- Прогрессирующая желтуха.
- Инфекционные осложнения (в том числе сепсис).
- Гипогликемия, почечная недостаточность (повышение уровня креатинина в крови), синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром).
- Желудочно-кишечное кровотечение (следствие нарушенного синтеза факторов свертывания).
- Нарушения водно-электролитного баланса (гипокалиемия, задержка в организме натрия и воды вследствие вторичного гиперальдостеронизма).

Диагностика. Специалисту достаточно одного только визуального осмотра, проверки рефлексов, определения границ печени и биохимических анализов крови. Лабораторные исследования показывают

значительные отклонения от нормы многих или всех печеночных проб: повышен уровень билирубина, снижено содержание в крови альбумина, протромбина, фибриногена, холестерина; отмечается увеличение СОЭ.

Лечение. При остро возникшей печеночной недостаточности и печеночной коме важно интенсивными лечебными мероприятиями поддержать жизнь больного в течение критического периода (несколько дней), рассчитывая на значительную регенеративную способность печени. Проводят лечение основного заболевания, при токсических поражениях печени — мероприятия, направленные на удаление токсического фактора.

- В целях дезинтоксикации используют слабительные, высокие очистительные клизмы 1–2 раза в сутки.
- Медикаментозная терапия (лактолоза, неомицин, метронидазол), внутривенно раствор декстрозы (Глюкозы*).
- Диета — исключают белки (мясо, рыбу, творог, яйца).
- Витаминотерапия (витамины группы В, аскорбиновая кислота), для борьбы с кровоточивостью — менадиона натрия бисульфит (Викасол*).
- Запрещается прием алкоголя, наркотиков, барбитуратов.

Профилактические мероприятия:

- своевременное лечение заболеваний печени, которые могут послужить причиной недостаточности;
- борьба с алкоголизмом;
- общеукрепляющие упражнения (в зале, лечебном бассейне);
- пешие прогулки на разные дистанции (меняя при этом интенсивность).

3.6. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ

Цирроз печени — болезнь, которая характеризуется разрастанием соединительной ткани в печени, что приводит к патологическим процессам, результатом которых могут стать печеночная недостаточность и портальная гипертензия. Нормальное физиологическое строение печени при этом также нарушается. Цирроз носит хронический характер.

Цирроз печени — одна из основных причин смертности у пациентов с заболеваниями органов ЖКТ. Циррозирование печеночных тканей достаточно часто приводит к *раку печени*. Часто трансформируются в рак печени циррозы вирусного происхождения (спровоцированные вирусами гепатитов В и С).

Причины, приводящие к циррозу печени:

- вирусный гепатит;
- злоупотребление алкоголем;
- накопление токсинов;
- патологии иммунного характера;
- заболевания желчевыводящих путей;
- метаболические нарушения;
- тромбирование сосудов печени и др.

Классификация цирроза.

- По степени тяжести цирроза (табл. 3.2).
- По клиническому течению заболевания:
 - латентная (I стадия) — отсутствие нарушений функции органа;
 - субкомпенсация (II стадия) — наличие функциональных нарушений жизненно важного органа;
 - декомпенсация (III стадия) — развитие печеночной недостаточности или комы;
 - терминальная (IV, последняя стадия) — практически не поддается лечению, характерны ухудшение работоспособности всего организма, уменьшение размеров печени, малигнизация. На последней стадии цирроза печени самым эффективным методом лечения и единственным выходом из сложившейся ситуации остается трансплантация органа. Но в таком оперативном методе лечения существуют свои исключения и противопоказания.
- ВОЗ классифицирует болезни по определенной системе — кодам. Например, по МКБ-10 цирроз имеет коды:
 - K70.3 — алкогольный (главной причиной заболевания служил этанол);
 - K74.3 — билиарный первичный (без установленной причины);
 - K74.4 — билиарный вторичный (главной причиной служат камни или послеоперационный период);
 - K74.5 — билиарный неуточненный (причина — инфекция);
 - K74.6 — иное (к такому типу относятся: портальный, криптогенный, микронодулярный, постнекротический, макронодулярный).

Таблица 3.2. Классификация по степени тяжести цирроза (по Чайлду–Пью)

Параметр	1 балл	2 балла	3 балла
Асцит	Нет	Умеренно выраженный	Значительно выраженный
Энцефалопатия	Нет	Легкая	Тяжелая

Окончание табл. 3.2

Параметр	1 балл	2 балла	3 балла
Билирубин, ммоль/л	Менее 20	20–30	Более 30
Альбумин, г/л	Более 35	28–35	Менее 28
ПТВ (ПТИ %)	1–4 (80–60)	4–6 (60–40)	Более 6 (менее 40)
Питание	Хорошее	Среднее	Истощение

Примечание: ПТВ — протромбиновое время, в секундах; ПТИ — протромбиновый индекс, в процентах

Клиническая симптоматика. В начале болезни, до проявления признаков декомпенсации, пациента беспокоит слабость, быстрая утомляемость. Нередко на начальной стадии пациенты не считают, что у них есть какое-нибудь заболевание. Возможны небольшое повышение температуры тела, боли в суставах. Одним из первых клинических признаков заболевания бывает сонливость днем и бессонница ночью.

Необходимая диагностика:

- раннее выявление поражения печени;
- определение индекса массы тела и других показателей нутритивной недостаточности;
- определение морфофункциональных изменений печени;
- определение степени вовлечения в процесс других органов и систем.

При декомпенсации определяются:

- желтушность кожи и слизистых оболочек, кожный зуд, расширение подкожных вен на животе, мелкие кровоизлияния на коже;
- похудение, атрофия мышц;
- увеличение размеров живота за счет накопления в нем свободной жидкости (асцита);
- уплотнение печени (обычно более значительное, чем при гепатите);
- изменение размера печени: может быть увеличенной, но нередко и уменьшенной (атрофическая фаза цирроза);
- как правило, спленомегалия;
- печеночные знаки (сосудистые телеангиэктазии, «печеночный» язык, «печеночные» ладони);
- симптомы портальной гипертензии;
- кровотечения из вен пищевода.

Лабораторные исследования. В анализах крови — характерные для этого заболевания изменения. Принципиально большое значение для диагноза, лечения и прогноза цирроза печени имеет определение у больного маркеров антигенов вирусных гепатитов В, С, D и антител к ним.

Из инструментальных методов исследования, не считая ультразвукового, для диагностики цирроза используют эзофагогастродуоденоскопию, при которой видны расширенные вены пищевода и желудка. Изменение формы, размеров и структуры печени, а также появление коллатеральных анастомозов регистрируется при КТ и МРТ. МРТ с контрастированием позволяет различить узлы регенерации и рак печени. Основным и самым достоверным методом диагностики цирроза печени является пункционная биопсия печени, которая чаще всего осуществляется под контролем УЗИ.

Профилактика цирроза печени заключается в устранении или ослаблении действия этиологических факторов, улучшении условий жизни, труда и отдыха, повышении резистентности и адаптивных возможностей организма, своевременном и эффективном лечении острых и хронических заболеваний печени и профилактике их различных осложнений. Обязательное условие — понимание и активное участие пациента в процессе восстановительного лечения.

Медицинская реабилитация больных циррозом печени в стадии компенсации.

- Щадящий режим жизни с ограничением физических нагрузок; больным рекомендуется чаще лежать, полностью исключить прием алкоголя и гепатотоксических веществ.
- Психотерапия (индивидуальная и групповая).
- Диета с ограничением белков и поваренной соли.
- Комплексная терапия: поливитамины, гепатопротективные средства, препараты крови и кровезаменители, средства дезинтоксикации (аскорбиновая кислота, декстроза и др.).

Медицинская реабилитация (восстановительное лечение) проводится в амбулаторных условиях с учетом всех механизмов развития клинко-функциональной недостаточности при заболеваниях печени и включает:

- прекращение приема алкоголя;
- ограничение приема лекарственных средств;
- прекращение контактов с гепатотоксичными веществами;
- предупреждение парентеральных гепатитов;
- умеренную физическую активность с ограничением физических нагрузок, прогулки на свежем воздухе;
- обеспечение функциональным питанием;
- применение гепатопротекторов: эссенциальных фосфолипидов, препаратов урсодезоксихолевой кислоты, адеметионина, расторопши пятнистой плодов экстракта (Силимарин[▲]), артишока листьев экстракта (Хофитол[▲]);

- увеличение приема ненасыщенных жирных кислот;
- энтеральное и парентеральное питание растворами белков при снижении синтетической функции печени;
- нормализацию оттока желчи и панкреатического секрета (коррекцию билиарной и первичной/вторичной панкреатической недостаточности);
- заместительную терапию препаратами ферментов ПЖ;
- коррекцию синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке;
- ограничение минеральных вод с высоким содержанием натрия.

Следует учитывать и то, что у больных циррозом печени нарушается фармакокинетика лекарственных средств, что проявляется многими негативными эффектами.

Критерии эффективности лечения. Стойкое улучшение характеризуется:

- исчезновением болей;
- исчезновением чувства тяжести в правом подреберье;
- прекращением диспепсических явлений;
- уменьшением размеров увеличенной печени;
- нормализацией функциональных проб печени;
- уменьшением выраженности общевротических и вегетативных нарушений.

3.7. АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Алкогольное поражение печени, возникающее в первую половину жизни, как правило, в пожилом возрасте проявляется алкогольным циррозом (рис. 3.5).

Клинические проявления и диагностика. У пожилых пациентов с алкогольным поражением печени имеются отклонения лабораторных показателей функционального состояния печени, но никаких характерных изменений, связанных с возрастом, не отмечается. У пожилых больных чаще, чем у молодых, появляется синдром холестаза.

Помимо исследования ферментов, у пожилых больных целесообразно исследовать содержание альбумина в сыворотке, средний объем эритроцитов и протромбиновое время (ПВ). Определение алкоголя в крови и моче — обязательно. Для подтверждения диагноза рекомендуется биопсия печени при отсутствии противопоказаний (удлинение ПВ более чем на 4 с от нормы и/или снижение числа тромбоцитов менее 60 тыс. в 1 мкл).

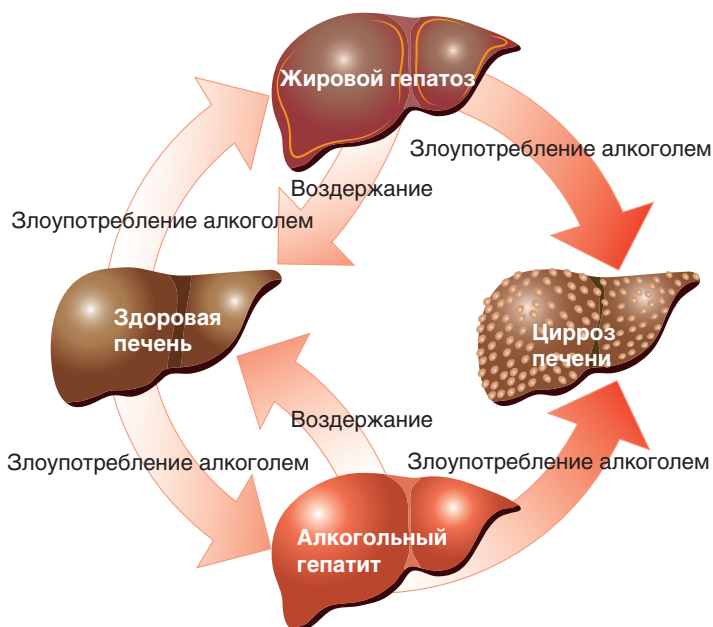


Рис. 3.5. Негативное воздействие алкоголя на печень

При алкогольном поражении печени выделяются три стадии патологического процесса.

- **Жировая печень.** У пациентов отмечается только жировая дистрофия клеток печени. Это обычно обратимый процесс.
- **Алкогольный гепатит.** Изменения в печени могут быть умеренными или очень выраженными, особенно у пациентов с серьезным отклонением уровня печеночных ферментов и синдромом холестаза. Алкогольный гепатит у пожилых чаще всего сопровождается цирротическими изменениями в печени.
- **Алкогольный цирроз.** Это необратимое состояние. Появление первых симптомов декомпенсации цирроза печени — очень неблагоприятный прогностический признак.

Клинические признаки алкогольного поражения печени и его декомпенсации у пожилых мало отличаются от клинической картины этого заболевания в среднем и молодом возрасте.

Клинические признаки алкогольной болезни печени.

- Неосложненное течение болезни.
 - Телеангиэктазия.
 - Увеличение околоушных желез.

- Выпадение волос на теле.
- Гинекомастия.
- Спленомегалия.
- Переломы позвоночника и ребер.
- Пальмарная эритема.
- Снижение мышечной массы тела.
- Атрофия яичек.
- Декомпенсация заболевания.
 - Энцефалопатия.
 - Желтуха.
 - Печеночный запах изо рта.
 - Асцит.
 - Расширение вен передней брюшной стенки.
 - Периферические отеки.

Лечение и динамическое наблюдение.

- Отказ от алкоголя — основное терапевтическое мероприятие, существенно влияющее на прогноз.
- Применение диуретиков, лактулозы для профилактики возможных осложнений.
- Рациональное питание.
- Контроль за биохимическими показателями крови.
- Наблюдение в целях раннего выявления гепатоцеллюлярной карциномы, поскольку в пожилом возрасте при наличии алкогольного цирроза риск ее возникновения очень высок и ее развитие определяет продолжительность жизни пожилого человека.
- Легкие физические упражнения, пешие прогулки на свежем воздухе, закаливающие процедуры.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Морфофункциональные особенности печени.
2. Клинико-функциональные синдромы при патологии печени.
3. Клиническая картина хронического гепатита. Профилактические мероприятия.
4. Средства медицинской реабилитации в терапии хронического гепатита.
5. Виды печеночной недостаточности. Профилактические мероприятия.
6. Клиническая картина печеночной недостаточности и методы обследования пациента.

-
7. Средства медицинской реабилитации в терапии печеночной недостаточности.
 8. Причины цирроза печени. Профилактика и лечение.
 9. Клинические признаки алкогольной болезни печени.
 10. Особенности медицинской реабилитации при заболеваниях печени.