

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.

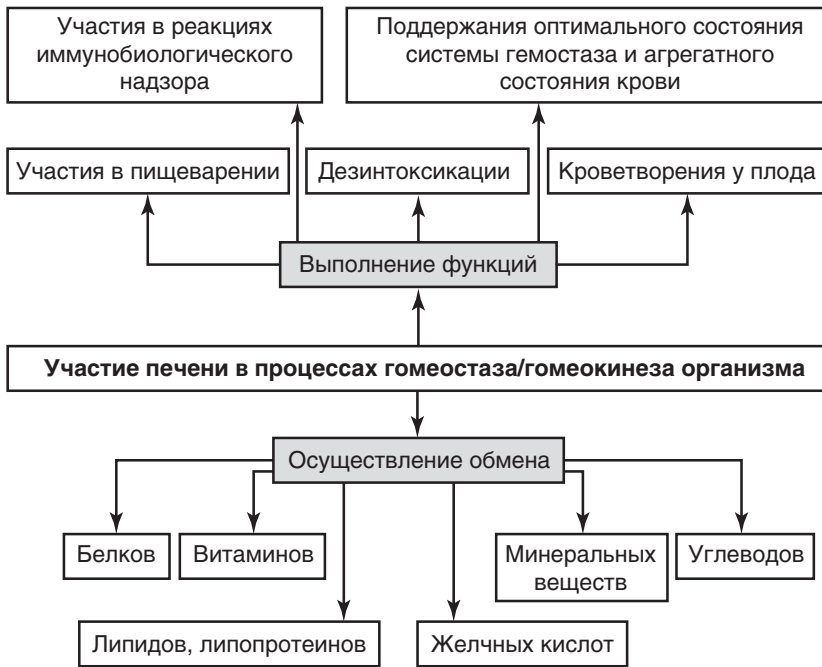


Рис. 3.1. Участие печени в процессе гомеостаза/гомеокинеза организма

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;

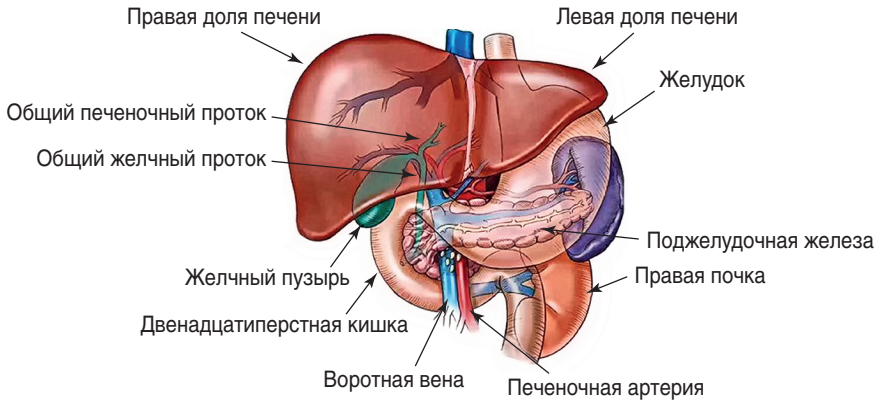


Рис. 3.2. Анатомия печени

- 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 периллюбулярных 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 сывороточных 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-

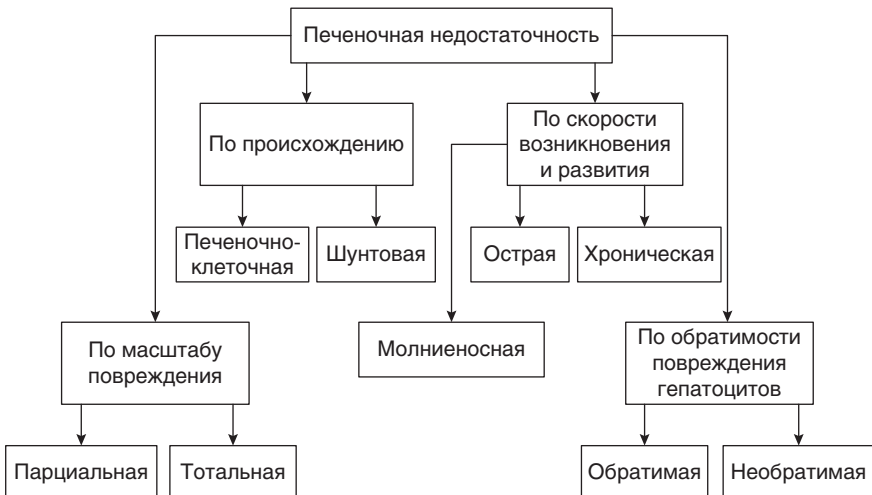


Рис. 3.4. Виды печеночной недостаточности

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).