**Реферат на тему: Физическая реабилитация при холецистите**

**Содержание:**

1. Введение
2. Типы холецистита
3. Осложнения при несвоевременном лечении
4. Цель и задачи медицинской реабилитации
5. Комплекс медицинской реабилитации
6. Диетотерапия
7. Минеральные воды в процессе реабилитации
8. Фитотерапия
9. Профилактика осложнений

**Введение**

Холецистит (cholecystitis) – воспаление желчного пузыря, которое бывает острое и хроническое. Бактериальные инфекции, застой желчи – вот те основные причины возникновения данного заболевания. Бактерии (стафилококки, стрептококки и др.) чаще всего проникают из двенадцатиперстной кишки с крово- и лимфотоком из очагов острой или хронической инфекции, например: кариес зубов, тонзиллит, отит, лорингит и т.д. Второй причиной возникновения холецистита являются: застой желчи (из-за дискинезии желчных путей), врожденная деформация выходной части желчного пузыря, нарушение нервно- рефлекторной регуляции сфинктерного аппарата, беременность, ожирение, запоры, воспаление дуоденального сосочка, отягощенная наследственность, раннее образовавшиеся камни, вследствие чего закупориваются пузырный и общий желчные протоки, а также опухоли брюшной полости, малоподвижный образ жизни и другие факторы.

Желчнокаменная болезнь – заболевание, при котором образуются камни в желчном пузыре и, возможно, в желчных протоках (холангит калькулезный). Причиной холецистита может быть также рефлюкс (обратный заброс) ферментов поджелудочной железы. Такое заболевание протекает бурно, сопровождаемое развитием желчного перитонита без нарушения целостности стенки желчного пузыря.

Калькулезного холецистита выделены три пути распространения инфекции по желчным путям: восходящий (энтерогенный), нисходящий (гематогенный) и лимфогенный.

В последнее десятилетие заболеваемость калькулезным холециститом все увеличивается и увеличивается, особенно у женщин. Такие больные порой нуждаются в оперативном вмешательстве. А работ, посвященных физической реабилитации после холецистэктомии, очень мало. Естественно, эта тема нуждается в изучении и разработке.

**Результаты исследования*.***

В возникновении печеночной колики основное значение имеет ни количество камней и их объем, а их положение в желчном пузыре: камни, лежащие на дне пузыря, никогда не вызывают желчной колики; колика возникает только при передвижении камня к шейке пузыря. Во время болевого приступа желчный пузырь увеличивается в 1,5 раза. Причиной острого растяжения желчного пузыря или желчных протоков является либо спазм сфинктеров Лютгенса и Одди, либо закупорка пузырного протока камнями. Внезапное и сильное растяжение желчного пузыря вызывает боль, а медленное, постепенное – ощущения тяжести или давления.

Во время приступа возникают двигательные расстройства в виде сильных сокращений гладкой мускулатуры желчного пузыря. Это играет основную роль в продвижении камня по направлению к пузырному или общему желчному протоку, в котором камень раздражает нервные окончания и сам становится причиной повторных спазмов сфинктеров. Клинически это проявляется периодической болью, затихающей и вновь нарастающей. Характер боли зависит от того, продолжает ли продвигаться камень по пузырному или общему желчному протокам, застрял ли он или вышел через сфинктер Одди в двенадцатиперстную кишку. Это зависит от размера камня.

**Типы холецистита**

Острый холецистит бывает калькулезным и некалькулезным. Калькулезный холецистит встречается у женщин в 5-6 раз чаще, чем у мужчин. Основу камнеобразования составляют избыточная продукция гепатоцитами холестерина, уменьшенная продукция желчных кислот, изменение функции желчного пузыря. Хронический холецистит может быть самостоятельным заболеванием или развиться как осложнение острого холецистита. Как и острый холецистит, он бывает калькулезным и некалькулезным. Патогенез холецистита сложен и включает ряд факторов, в частности, состояние реактивных систем, аллергию, нарушение нервных аппаратов регулирующих моторную функцию пузыря и трофику тканей.

Для острого холецистита характерно неспецифическое воспаление. Оно бывает катаральным и деструктивным, в свою очередь, деструктивный холецистит делится на гнойный, флегмонозный, флегмонозно-язвенный и гангренозный. Острый гнойный холецистит развивается обычно при наличии в желчном пузыре камней, где он увеличен, напряжен, серозная оболочка тусклая, покрыта налетом фибрина. В нем обнаруживается гнойная воспалительная жидкость, окрашенная желчью, иногда с примесью крови. Данная картина чаще всего протекает по типу флегмонозного воспаления. Стенка пузыря утолщена, имеются участки омертвения и расплавления ткани.

Клинические проявления острого холецистита характерны как обострение хронического заболевания: обычно наступает на фоне нормального здоровья. Главный признак заболевания – колика (характерна желчная колика), которая возникает внезапно в правом подреберье, носит схваткообразный характер, смещающийся в поясницу справа, правое плечо, лопатку, правую половину шеи и лица. Причиной боли судорожное сокращение пузыря, вызванное закупоркой пузырного протока камнем, воспалительным процессом, рубцовыми изменениями, дискинезией шейки пузыря. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, иногда отмечается замедление частоты сердечных сокращений, повышение температуры, при этом человек может терять сознание. Смещаясь в левую половину грудной клетки, боли приводят к аритмии (холецистокардиальный синдром), сердечной недостаточности. Приступ болей при холецистите может длиться от нескольких часов до 1-2 недель.

**Осложнения при несвоевременном лечении**

Если не пролечить вовремя такое заболевание, то оно может перейти в гнойный холецистит. При этом наблюдается повышение температуры
до 38-39оС, появляется слабость и симптомы интоксикации. Общее состояние больного тяжелое, а болевой синдром продолжительный. Наиболее тяжелой формой острого холецистита является гангренозный холецистит. Локальная боль не всегда может присутствовать из-за некротического процесса, который происходит в стенке желчного пузыря, нарастают интоксикация и притонеальные явления, обостряется гепатит.

Для хронического холецистита характерна горечь во рту, чувство дискомфорта и умеренная боль в правом подреберье. Интенсивность боли зависит от степени тяжести воспалительного процесса в желчном пузыре и сопутствующей дискинезии, которая в случае гипотонического типа дает постоянную (несильную) боль. При гипертоническом типе появляется боль приступообразного характера, напоминающая желчную колику. Боли смещаются в правую поясничную область, правое плечо и лопатку. Отмечаются расстройства пищеварения: рвота, отрыжка и повышение температуры тела. Данное заболевание протекает с периодическими обострениями и ремиссиями. Выделяют, в зависимости от особенностей течения, скрытую и рецидивирующую формы патологии.

Диагноз ставится на основании результатов опроса, осмотра, клинической картины, лабораторных данных, рентгенологического и инструментального методов исследования. При хроническом некалькулезном холецистите исследуется желчь путем хроматического фракционного дуоденального зондирования. Определяется сопутствующая гипотоническая или гипертоническая дискинезия.

Рентгенологический метод исследования является одним из достоверных методов. Для этого проводится обзорная рентгенография в области правого подреберья для того, чтобы обнаружить тени рентгеноконтрастных камней. Ультразвук помогает определить состояние стенки желчного пузыря, наличие в нем камней и сократительную способность пузыря. Применяются также у больных желтухой метод радиоизотопного исследования, компьютерная томография печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. При бактериологическом исследовании для посева берут желчь из разных порций.

При хроническом холецистите определяют смешанную колибациллярную и кокковую микрофлору. По мере развития воспалительного процесса в желчи наблюдается понижение содержания холевой кислоты, билирубина, липопротеинового комплекса, изменяется холатохолестериновый индекс. В крови обнаруживается незначительный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ. Если в воспалительный процесс вовлекается поджелудочная железа, то обнаруживаются амилорея, креаторея, стеаторея.

Дифференциальный диагноз проводится с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническими воспалительными заболеваниями мочевыводящих путей и толстой кишкой. У язвенной болезни имеется сезонность обострений, а рентгенологическое и эндоскопическое исследования дают иную картину. При хронических заболеваниях мочевыводящих путей боли смещаются в паховую область и промежность, наблюдаются расстройства мочеиспускания и изменения в моче. Лечение холецистита может быть, как консервативным, так и оперативным.

Больные с острым холециститом должны быть госпитализированы в хирургическое отделение. При гангренозном и флегмонозном холециститах показано оперативное вмешательство в неотложном порядке. При катаральном холецистите, когда течение болезни относительно легкое, показано консервативное лечение. В любом случае больному назначается постельный режим, голод на 1-2 дня, а затем – щадящая диета: 4-6 раз в день малыми порциями: отварные рыба и мясо, паровой белковый омлет, вареные овощи, творог нежирный, каша овсяная или гречневая, отвары шиповника, черной смородины. Из лекарственных средств назначают антибиотики широкого спектра действия, сульфаниламиды, спазмолитики, седативные средства; а при сильных болях делают паранефральную новокаиновую блокаду.

Но операция далеко не всегда избавляет больных от страдания: у 20-55% больных возникает постхолецистэктомический синдром. После операции больной попадает в необычные условия: вынужденный постельный режим и адинамия, снижение дыхательных экскурсий грудной клетки и диафрагмы вследствие болей. В связи с иррадиаций болевых рефлекторных раздражений (кровотечение, гипоксия, интоксикация) у больного могут появиться различные осложнения. При этом часто наблюдается угнетение психоэмоциональной среды, что приводит к снижению жизненного тонуса организма: выраженная слабость, раздражительность, плаксивость, плохой сон. У части больных выделяются боли в правом подреберье, изжоги, отрыжки, срыгивания, тошнота, сухость и горечь во рту, вздутие, урчание в животе, запоры. Отмечается болезненность послеоперационного рубца, увеличение размеров печени, болезненность при пальпации ее края, а также всей толстой кишки или ее различных отделов.

Известно, что от холецистита в наибольшей степени страдают печень и поджелудочная железа. Эти изменения сохраняются и усугубляются после проведенной операции: снижается гемодинамика печени, что ведет к гипоксии печеночных клеток и ухудшению их функции, сохраняются еще литогенные свойства желчи, изменяется содержание в ней микроэлементов, особенно у женщин среднего и пожилого возраста с избыточной массой тела, страдающих хроническим холециститом. У 40% больных наблюдается ускоренная СОЭ – от 18 до 40 мм/час.

В норме у прооперированного больного при глубокой пальпации остается болезненность лишь в области оперируемого органа. Ухудшение самочувствия, главным образом, связано с продолжающейся интоксикацией, проявлением изменения внешнего вида. У этих больных взгляд тревожный, глаза запавшие, черты лица заострены, характерны сухость языка, тахикардия, отсутствие перистальтики, признаки продолжающего интоксикационного синдрома: лихорадка, потливость, озноб, снижение диуреза. Остро усиливаются боли в животе на фоне притупленного восприятия (появляется признак абдомиальной послеоперационной катастрофы).

Медицинскую реабилитацию больных, перенесших данную операцию, следует проводить непосредственно по окончании хирургического вмешательства. Восстановительное лечение после операции на госпитальном этапе принято делить на три периода: ранний

– первые 3 дня; средний – с 4-го дня по 7-й день после операции; тренировочно-восстановительный – с 8-го дня после операции до выписки из стационара.

**Цель и задачи медицинской реабилитации**

Цель и задачи медицинской реабилитации больных в ранние сроки после операции – устранение ранних послеоперационных синдромов, возможно более полное восстановление здоровья пациентов, функциональной деятельности органов пищеварения и нейрогуморальной регуляции, быстрейшее восстановление работоспособности и профилактика постхолецистэктомического синдрома.

**Комплекс медицинской реабилитации**

В комплекс медицинской реабилитации включаются: диетотерапия, питьевые минеральные воды, бальнеогрязелечение, аппаратная физиотерапия, лечебная физическая культура, фитотерапия и психотерапевтические методы лечения.

Основой физической реабилитации данной категории больных является лечебная физическая культура (ЛФК). При восстановительном лечении больных после холецистэктомии она направлена на укрепление мышц брюшного пресса, улучшение деятельности печеночного кровотока и желчевыделительной функции печени, предупреждение образования спаек и подготовку больного к нагрузкам бытового и трудового характера.

Задачи лечебной физической культуры: содействовать быстрейшему выведению наркотических веществ из организма; восстановить показатели артериального давления и частоты пульса до исходных величин; улучшить функции желудочно-кишечного тракта и, в частности, желчного выделения; способствовать улучшению периферического кровообращении для профилактики тромбоза вен; улучшить обмен веществ и психологический статус больного; укрепить сократительную способность миокарда и адаптировать сердечно-сосудистую и дыхательную системы к бытовым и производственным нагрузкам.

Проведение послеоперационной лечебной физической культуры возможно уже в первые сутки спустя 2-3 часа после операции: больной выполняет серию дыхательных упражнений статического характера с акцентом на грудное дыхание. Исходное положение

– лежа на спине, темп медленный, количество упражнений 8-10 раз. В момент выполнения дыхательных упражнений следует избегать напряжение и задержки дыхания.

На 2 – 3-и сутки занятия проводятся в том же исходном положении, добавляются активные упражнения для верхних конечностей: сгибания и разгибания рук в различных суставах, начиная от мелких и заканчивая крупными, активные махи с подключением дыхания. Разрешаются прогибы в области спины: приподнимание лопаток, опираясь на локти, приподнимание таза, опираясь на согнутые ноги. Целесообразно использовать упражнения для ног, которые улучшают кровообращение в прооперированной ране и периферических сосудах, улучшают перистальтику кишечника, единственным противопоказанием является удержание прямых ног навесу, так как это несет большую нагрузку на прооперированную рану, повышает внутрибрюшное давление и может привести к внутреннему кровотечению.

Очень эффективно и полезно выполнять больным диафрагмальное дыхание: вдох носом, а живот выпятить. Выдох ртом (губы трубочкой) – живот втянуть. Выполняя это упражнение, пациенты часто жалуются на болезненность в прооперированной ране и обеспокоены вопросом – не разойдутся ли при этом у них швы. Необходимо объяснять пациентам, что такое упражнение, наоборот, улучшает кровообращение в ране и в области шва, а также улучшает перистальтику кишечника, способствуя лучшему прохождению газов и каловых масс. Если операция проводилась рано утром, то к концу первых и началу вторых суток больным разрешается сидеть и вставать. Но передвижение и активную мобильность лучше производить с посторонней помощью, так как остатки наркоза, кровопотеря и могут вызвать головокружение и потерю сознания.

Избегая всех этих неприятных моментов, больной должен предварительно выполнить дыхательные и активные упражнения лежа на спине (раздышаться), а только потом медленно сесть, свесив ноги с кровати, то есть постепенно адаптируя работу своих сосудов в вертикальном положении головы. После того, как пройдет головокружение, только тогда можно будет приступить к ходьбе – сначала возле кровати, маршируя на месте, а затем уже начинать перемещения по палате, обращая внимание на сохранение правильной осанки и ровной походки.

На среднем этапе (4-7-й день после операции) объем нагрузки постепенно расширяется. Задачи этого периода: полная нормализация показателей артериального давления и частоты пульса; активизация желчеотделения; активизация мышц брюшного пресса; профилактика нарушений функции пищеварительного тракта; улучшение функции дыхательной системы; восстановление нарушенной осанки.

Продолжительность занятий увеличивается до 12-15 минут. Упражнения выполняются в исходном положении стоя, где рекомендуются различные повороты туловища, прогибы назад, подключая при этом активное дыхание грудной клеткой и диафрагмой, также при этом этапе больным настоятельно требуется активная ходьба. Если больной «экономит» свое здоровье – старается больше лежать, то впоследствии может возникнуть застой в прооперированной ране и в периферических кровеносных сосудах. А это может привести в дальнейшем к различным нежелательным осложнениям, которые приведены выше.

К моменту снятия швов – на 8-й день после операции – больной полностью обслуживает себя сам. Данный этап с учетом обязанностей применения физических упражнений является
тренировочно-восстановительным. Задачами данного периода являются: активизация функции пищеварительного тракта; стимуляция процессов регенерации тканей в области операционного рубца; восстановление тонуса мышц брюшного пресса; дальнейшее укрепление функциональной деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; восстановление походки и осанки, подготовка больного к бытовым и производственным нагрузкам.

Проводимые мероприятия выполняются в более активном режиме, при этом разрешаются: неглубокие приседания, небольшие наклоны вперед, исключаются упражнения с утяжелениями, резкие движения, бег, прыжки. Всем таким больным рекомендуется углубленное дыхание, которое усиливает присасывающее действие грудной клетки, способствуя оттоку крови из брюшной полости в грудную клетку и к сердцу, облегчая его работу. Укрепление мышц брюшного пресса улучшает деятельность желудочно-кишечного тракта, усиливая перистальтику и секрецию, предупреждая развитию спаек.

В последнее время очень популярным в хирургии стал метод с использованием лапароскопа. Это очень щадящий путь решения проблемы – больному делаются надрезы или надрез (в зависимости от ситуации) на животе в нескольких местах, через них удаляются камни, пораженный желчный пузырь. Для данного метода характерна малая травматичность, легкое течение послеоперационного периода, сокращение времени пребывания в стационаре (до 5-6 дней вместо 8-10), плюс косметический эффект швов. Но наряду с достоинствами у этого метода есть много недостатков: ограничение возможностей для ревизии желчных путей и вмешательства на желчных протоках, трудности достижения адекватного гемо и холестаза. Двигательные режимы в данном случае несколько сдвигаются: ранний период – от первых суток до вторых; средний период:

- от третьих до пятых суток; поздний

- с момента снятия швов и до выписки.

Многие больные через 2-3 недели после операции испытывают значительную слабость: длительное время в домашних условиях находятся на постельном режиме, опасаясь расширять двигательный режим, это ведет к детренированности сердечно-сосудистой, дыхательной систем и отрицательно сказывается на общем состоянии. Естественно, после выписки из стационара больные должны энергично расширять свой двигательный режим: совершать прогулки, постоянно увеличивая их длительность, но ни в коем случае не носить тяжести. В течение 6-12 месяцев после операции больным также рекомендуется носить бандаж, особенно тучным людям, избегать тяжелой физической работы, связанной с напряжением мышц брюшного пресса. Следует обратить внимание на то, что исходные положения сидя полностью исключаются.

Лечебный массаж назначают с учетом клинических особенностей течения патологического процесса и сопутствующих заболеваний. Используются приемы классического массажа: поглаживание, растирание, разминание, и дополнительный прием вибрация. С помощью лечебного массажа, оказывая общетонизирующее действие, способствуем уменьшению общей слабости, быстрой утомляемости, невротических реакций, плохого сна, болей в области послеоперационного рубца при движениях, кашле, быстрой ходьбе, болей в правом подреберье при глубоком вдохе и при запорах.

***Диетотерапия***является одним из основных факторов в реабилитации больных, перенесших холецистэктомию. Рекомендуется употреблять белки и углеводы, механически и химически щадящую пищу с резким ограничением органических животных жиров, экстрактивных веществ, острых блюд и приправ. Разрешаются белые сухари, сухое печенье, некрепкий чай, свежие молочнокислые продуты, некислый творог, растительное масло, вегетативные супы, сливочное масло в ограниченном количестве, омлет белковый, изделия из мяса и рыбы в виде паровых котлет, фрикаделей и киселей, любые каши (особенно овсяная и гречневая), овощи в виде пюре, соки овощные (кроме томатного), компоты из натуральных фруктов, отвары шиповника. Пациенту необходимо частое дробное питание – прием пищи 4-5 раз в день, каждые 2,5 – 3 часа желательно в одни и те же часы. Все блюда – мясные, рыбные, овощные – готовятся только в отварном, паровом, реже в тушеном виде (без добавок жира. Диета назначается по типу стола №5, которая предусматривает питание с достаточным количеством белка, углеводов, витаминов; ограничение животных жиров, экстративных веществ, острых и жаренных блюд, закусок, маринадов, консервов, копченостей, холодных блюд, крепкого кофе, мороженого, тортов, кремов, томатного сока. Пищу принимать 4-5 раз в день в теплом виде.

**Минеральные воды в процессе реабилитации**

Неотъемлемой частью восстановительного лечения больных после холецистэктомии являются *питьевые минеральные воды*. Их действие осуществляется при включении многих функций органов и систем организма – интерорецепторов желудочно-кишечного тракта, блуждающего нерва, центральной нервной и эндокринной систем. Все это усиливает местные компенсаторно-приспособительные процессы, увеличивает микроциркуляцию желудка, уменьшает воспаление, а также наблюдается структурная перестройка слизистой оболочки гастродуоденальной области, нормализуется моторика, уменьшается закисление желудочного содержимого, стимулируются процессы желчеобразования и желчеотделения, выделение панкреатического сока.

Питьевые минеральные воды – один из основных элементов санаторной реабилитации. Они имеют большое значение для профилактики рецидива образования желчных камней. Подобным благоприятным действием обладает большинство минеральных вод (углекислые хлоридно-гидрокарбонатные натриевые, гидрокарбонатно-сульфатные натриево-кальциевые, сульфатно-хлоридные, калиево-магниево-натриевые, сульфатные кальциево-натриево-магниевые и другие воды. Их употребляют в теплом виде при температуре 40-42о С по ½ – ¾ – и по 1-му стакану 3 раза в день за 40-60 минут до еды. Продолжительность курса питьевого лечения – 21-24 дня. Используется вода как из источников, так и бутылочные, предварительно их подогрев.

Очень эффективное воздействие оказывает прием теплых минеральных вод, желательно, непосредственно из источника. Теплые минеральные воды способствуют уменьшению спастических явлений, имея важное значение при восстановительном лечении больных после холецистэктомии. Рекомендуются слабо и среднеминерализированные воды простого и сложного состава – углекислые гидрокарбонатные, сульфатно-гидрокарбонатные, сульфатные, хлоридные и другие.

Важной частью восстановления больных – это *наружное применение минеральных вод в виде ванн*. Бальнеологические факторы влияют на функциональное состояние центральной и вегетативной нервной систем, восстанавливают нарушенные процессы нейрогуморальной регуляции, уменьшают астению, нормализуют сон, настроение, улучшают функциональное состояние печени, желудка, поджелудочной железы и кишечника. Ванны следует назначать через 2-4 недели после операции, если у больного удовлетворительное состояние и нет противопоказаний, обычно рекомендуют хлоридные натриевые, радоновые, углекислые, йодобромные ванны.

Для уменьшения астенизации и коррекции нарушенной нейрогуморальной функции больным показано применение ванн различного состава: радоновых, йодобромных, углекислых, хлоридных, натриевых и других. Радоновые ванны с концентрацией радона 40нКи/л, температурой +36-37о С, длительностью 10-12 мин, назначают черед день, всего 8-10 ванн на курс лечения. Под воздействием этих бальнеофакторов в санатории улучшается общее состояние больных. Они становятся спокойнее, уменьшается общая слабость, раздражительность, слезливость, улучшается сон.

*Грязевые аппликации* улучшают функциональное состояние гепатобилиарной системы, повышают иммунологическую реактивность организма. Они способствуют исчезновению болевого и диспептического синдромов, нормализуют биохимические показатели крови, улучшают гемодинамику печени, стимулируют процессы желчеобразования, нормализуют функциональное состояние поджелудочной железы. Данный метод лечения целесообразно применять через 2-4 недели после операции при удовлетворительном общем состоянии и отсутствия общих противопоказаний у больного.

***Фитотерапия***также является очень важным реабилитационным мероприятием для больных после холецистэктомии. Настои лекарственных трав повышают функциональную способность печени, в частности желчесекреторную, оказывает холекинетическое, противовоспалительное влияние на состояние желчных путей и всего желудочно-кишечного тракта.

Положительное влияние на организм больных после операции оказывает *физиотерапевтическое лечение*. При этом реабилитационные мероприятия направлены на укрепление общего состояния больных, улучшение функционального состояния печени, ее гемодинамики, процессов желчеобразования и желче выделения, физико-химических свойств желчи, деятельности поджелудочной железы, нейрогуморальной регуляции и иммунологических процессов, нормализацию функционального состояния других органов пищеварения.

Холециститом страдают в большинстве своем женщины, которые попадают в домашние условия и несмотря на слабость, вынуждены обслуживать не только себя, но и всю семью. В таком случае восстановление затягивается и больные обычно через 1-3 месяцев приступают к трудовой деятельности, но ее работоспособный потенциал более снижен, отмечаются боли в правом подреберье, тяжесть в эпигастрии, диспептические явления, запоры. Поэтому на всех этапах необходим усиленный контроль за больными со стороны хирургов, терапевтов и физио- терапевтов.

**Профилактика осложнений**

Профилактика осложнений – основная задача медицинской реабилитации больных после холецистэктомии на поликлиническом этапе. В настоящее время большинство абдомиальных расстройств у больных принято относить к так называемому постхолецистэктомическому синдрому: синдром культи пузырного протока, стенозирующий холангит и папиллит.

В дальнейшем планируется проводить работу по совершенствованию курса восстановительной терапии после холецистэктомии и разработке новых методических подходов по лечебной физической культуре.

**Выводы**

1. Проведенные реабилитационные мероприятия для больных калькулезным холециститом, перенесшие холецистэктомию, показали, что основными причинами развития калькулезного холецистита являются: застой желчи, бактериальная инфекция и нарушение обмена веществ.
2. Комплексная реабилитация данной категории больных, перенесших холецистэктомию, включает: медикаментозную коррекцию, диетотерапию, лечебную физическую культуру в контексте физической реабилитации, питьевые минеральные воды, наружное применение минеральных вод в виде ванн, физиотерапевтическое лечение, лечебный массаж, фитотерапию, психотерапию при соблюдении больным лечебного и двигательного режимов, а также санаторную и поликлиническую реабилитацию и рекреацию.
3. Во время физической реабилитации таких больных в стационарных условиях можно использовать следующие средства физической культуры: физические упражнения, естественные факторы природы, двигательные режимы, лечебный массаж, трудотерапия и механотерапия. Из форм лечебной физической культуры рекомендуются: утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная гимнастика, дозированная лечебная ходьба, тренировочная ходьба по ступенькам лестницы, прогулки, дозированное плавание (если в лечебном учреждении имеется бассейн). В процессе реабилитации прооперированных больных, применяют индивидуальный, малогрупповой и групповой методы.

*Дальнейшие исследования* будут проводиться по совершенствованию физической реабилитации пациентов после холецистэктомии.

**Литература**

* 1. Азов С.Х. Методологические основы физиотерапии: /учеб. пособие / С.Х. Азов – Севастополь, 1991. – С. 112-164.
	2. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстанови-