

Шопоняк Леся, с. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту; науковий керівник – к.мед.н., доцент Рижковський В. О.
(Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ПРИ ДИСКІНЕЗІЇ ЖОВЧОВИВІДНОЇ СИСТЕМИ

***Анотація.** У статті досліджено досвід відновного лікування хворих при дискінезії жовчовивідної системи. Встановлено, що застосування фізичної реабілітації поліпшує перебіг захворювання і прискорює одужання хворих*
***Ключові слова:** фізична реабілітація, дискінезія жовчовивідної системи*

***Аннотация.** В статье исследован опыт восстановительного лечения при дискинезии желчевыводящей системы. Установлено, что применение физической реабилитации улучшает течение заболевания и ускоряет выздоровление больных*
***Ключевые слова:** физическая реабилитация, дискинезия желчевыводящей системы.*

***Annotation.** In the article the experiences rehabilitation of patients with biliary dyskinesia system are investigated. It was established that the use of physical rehabilitation improves the disease and accelerates the recovery of patients.*
***Key words:** physical rehabilitation, dyskinesia of biliary system.*

До найбільш частих захворювань жовчовивідної системи відноситься дискінезія жовчовивідних шляхів і жовчного міхура. На її частку припадає близько 70 % патологій жовчовивідної системи. Актуальність проблеми дискінезії жовчовивідних шляхів визначається також труднощами її діагностики, недостатньою ефективністю лікування, переходом функціональних розладів в окремих випадках в органічні захворювання – холецистит, холангіт, жовчнокам'яну хворобу. Вважається, що у всіх хворих з патологією жовчовивідлення страждає вегетативне забезпечення з боку нервової системи всіх форм діяльності. При цьому дискінезія жовчовивідних шляхів і холецистит у жінок зустрічається в 10 разів частіше, ніж серед чоловіків [1; 2; 3].

Дискінезія жовчовивідної системи має не тільки медичне, але й соціальне значення: широке поширення серед населення молодого і працездатного віку, виражений вплив на якість життя, великий економічний збиток [4; 5; 6].

Встановлено, що при дискінезії жовчовивідної системи добрий ефект дають лікувальна фізкультура (ЛФК), фізіотерапевтичні процедури,

лікувальний масаж, дієтотерапія, санаторно-курортне лікування. При поєднанні медикаментозного лікування з засобами і методами фізичної реабілітації значно покращується одужання хворих і якість життя [7; 8; 9].

Метою нашої статті є дослідження комплексу заходів фізичної реабілітації та їх впливу на фізичний стан хворих при дискінезії жовчовивідних шляхів і жовчного міхура під час санаторно-курортного лікування.

З метою обґрунтування доцільності застосування заходів фізичної реабілітації було проведено клініко-інструментальне обстеження 30-ти хворих із дискінезією жовчного міхура і жовчовивідних шляхів на базі санаторію «Перлина Карпат» Долинського району Івано-Франківської області. Дискінезію за гіпертонічно-гіперкінетичним типом було виявлено у 4-х хворих, дискінезію за гіпотонічно-гіпокінетичним типом – у 24-х хворих, змішану дискінезію – у 2-х хворих.

Із загальної кількості хворих, які звернулися за санаторним лікуванням у 80 % була дискінезія за гіпотонічно-гіпокінетичним типом, у 14 % – за гіпертонічно-гіперкінетичним типом і у 6% – за змішаним типом. Отже переважну кількість пацієнтів склали хворі з дискінезією за гіпотонічно-гіпокінетичним типом.

Хворим в умовах санаторію було здійснено терапевтичне і відновне лікування. Перед проведенням лікування всі хворі були розподілені на дві приблизно рівноцінні клінічні групи: основну (15 осіб) та контрольну (15 осіб). За статтю, віком, клінічною картиною, тривалістю захворювання основна та контрольна групи істотно не відрізнялися. Хворі контрольної групи отримували тільки медикаментозну терапію. Хворим основної групи призначили базову медикаментозну терапію і комплекс засобів і методів фізичної реабілітації.

Під час лікування була використана оригінальна експериментальна схема реабілітації: обстеження хворого → оцінка даних → діагностика фізичного стану → прогноз → втручання.

Обстеження проводили для оцінки загального стану хворого. Сюди входило опитування і огляд, дослідження функції серцево-судинної системи, вибору та проведення функціонального тесту. Оцінка даних зумовлювала динамічний процес, при якому робили клінічні висновки, які базувалися на інформації, зібраній під час обстеження.

Діагностика фізичного стану була кінцевим результатом оцінки інформації, отриманої під час обстеження пацієнта, яку систематизували у вибрані групи і категорії хворих, за допомогою яких визначали найбільш прийнятний для кожного пацієнта спосіб реабілітаційного втручання.

Прогноз мав на меті визначення рівня максимального покращання стану здоров'я пацієнта і час, який знадобиться на це.

Втручання визначало цілеспрямовану і кваліфіковану взаємодію пацієнта і реабілітолога за допомогою різних технік та методів відновного

лікування для покращання стану хворого згідно з діагнозом та прогнозом.

Застосування комплексної реабілітаційної допомоги хворим проводилося щодня. Матеріали спостережень оброблявся традиційним методом на комп'ютері за допомогою стандартної програми офісу Excel в системі Windows XP, за допомогою автоматизованої системи Statistica фірми StatSoft inc., USA. Визначали такі показники : n – число спостережень; M – середнє значення; σ – середньо-квадратичне відхилення; m – середньо-арифметична похибка.

Тривалість анамнезу захворювання склала від 1-го до 10-и років, а середня тривалість дискінезії жовчного міхура і жовчовивідних шляхів становила $(2,4 \pm 1,3)$ роки. Хворих віком 25–49 років було 21 (70 %); 50–59 років – 9 (30 %). Жінок було 28 (93 %), чоловіків – 2 (7 %).

Таким чином, хворі досліджуваних груп були працездатного віку, у співвідношенні чоловіків до жінок – 1:14.

На санаторне лікування хворі поступали, головним чином, з диспепсичним і больовим синдромом в животі. Больовий синдром в животі був встановлений у 17 хворих. Болі локалізувалися в області правого підребер'я і в епігастральній ділянці. Серед них перший больовий синдром спостерігали у 5 хворих, а у інших випадках ці напади повторювалися багаторазово. Гострий біль з типовою іррадіацією вгору і в праве плече, визначався у 3-х хворих і супроводжувався диспепсичними розладами (нудота, блювота, відрижка, гіркий присмак у роті, здуття живота). У 13 випадках, болі в епігастрії не були інтенсивними. Тут переважали тупі, ниючі болі з диспепсичним синдромом. Виникнення больового синдрому в животі хворі пояснювали порушення дієти.

При об'єктивному обстеженні крім больового, диспепсичного синдромів у 30 % хворих виділявся і астено-невротичний синдром (дратівливість, нервозність, психоемоційна лабільність, апатія).

У всіх хворих санаторного етапу лікування спостерігали задовільний загальний стан. За даними термометрії у хворих була визначена нормальна температурна реакція. При загально-клінічному обстеженні серцево-судинної системи у 2-х хворих виявлялась кардіалгія, яка носила колючий або ниючий характер. При обстеженні системи органів дихання було констатоване поверхневе дихання у 2-х хворих. Практично у багатьох хворих язик був обкладений жовтуватим нашаруванням, живіт при пальпації у 17 хворих був болючий в епігастральній ділянці та в зоні Шофара (холедохопанкреатична зона) – зона між серединної лінією і правою верхньою бісектрисою дещо вище пупка. У деяких хворих живіт був обмежений в акті дихання у верхніх відділах з ослабленою перистальтикою кишечника. При огляді у 2-х хворих після гострих болів в епігастрії був виявлений жовтуватий колір склер малої інтенсивності; в 10-ти випадках визначалися закрепи. У 15-ти хворих визначалася надмірна вага.

Показники концентрації загального білірубину плазми крові у 21 хворого коливались від 3,6 до 18,5 мкмоль/л ($5,3 \pm 1,7$) мкмоль/л. Концентрація глюкози плазми крові у хворих була ($5,1 \pm 0,2$) ммоль/л, а загального холестерину серед обстежених коливалася від 1,8 до 8,6 ммоль/л ($5,3 \pm 0,3$) ммоль/л, сечовини ($6,5 \pm 1,1$) ммоль/л.

За даними дуоденального зондування було виявлено, що колір жовчі порції А (з дванадцятипалої кишки) був золотисто-жовтий, бурштиновий; порції В (з жовчного міхура) – насичено-жовтий, темно-оливковий, коричневий; порції С («печінкова») – світло-жовтий. У 23-х хворих міхурний рефлекс був ослаблений: жовч виділялася повільно з великими проміжками (нерідко після повторного введення подразника), або не виділялася; збільшувався час витікання жовчі міхура, характерним було її переривчасте виділення. Кількість міхурової жовчі (порція В) була збільшеною і досягала 80–120 ($90,5 \pm 0,4$) мл (при нормі 30–70 мл). При цьому рівень холестерину в порції В був підвищений ($19,4 \pm 0,7$) ммоль/л (при нормі 5,2–15,6 ммоль/л). В порціях А і С змін не було. У 4-х хворих кількість жовчі в порціях А і С було зменшеною, в порції В змін не виявили, час виділення жовчі був скорочений. У 24-х хворих при мікроскопічному огляді в порції В було виявлено велику кількість лейкоцитів, підвищений вміст епітелію, слиз у вигляді дрібних пластівців.

За даними діагностики було встановлено, що у 24-ти хворих жовчний міхур мав дещо збільшені розміри, його спорожнення було уповільнене (більше 30 хв) і недостатнє (менше ніж на 40 % об'єму). У 4-х хворих жовчний міхур був округлої форми (а не грушоподібної, як в нормі), його тонус був підвищений, спорожнення прискорене (швидше 30 хв). У 24-ти хворих збільшений жовчний міхур був з ознаками хронічного холециститу, при цьому потовщення стінки міхура склало 3,2–3,8 мм ($3,2 \pm 0,1$) мм.

За даними фіброгастродуоденоскопії виявили хронічний поверхневий гастродуоденіт у 24 хворих, рефлюкс-езофагіт у 3-х хворих, дуоденогастральний рефлюкс (закид жовчі у шлунок) у 24-х хворих.

При огляді стандартної електрокардіограми патологічних ознак не було виявлено. При проведенні функціональних проб у всіх хворих було виявлено добру компенсаторно-адаптаційну здатність серцево-судинної системи.

Варто зауважити, що у 28-ми хворих з дискінезією жовчовивідних шляхів були виявлені супровідні захворювання травної системи та інших внутрішніх органів і систем (в стадії ремісії): хронічний не кам'яний холецистит (24 хворих), хронічний гастрит (12 хворих), хронічний дуоденіт (12 хворих), гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (3 хворих), вегето-судинна дистонія (8 хворих), хронічний ларингіт, фарингіт (12 хворих), хронічний пієлонефрит (12 хворих) (рис. 3).

За результати аналізу рекомендацій відомих вчених [7; 10] нами було розроблено методику реабілітаційно-етапного лікування при дискінезії

жовчовивідних шляхів. Основними принципами реабілітації були адекватна кинезітерапія, диференційований підхід до призначення відновлювальної терапії з акцентом на не медикаментозні засоби лікування, суворе спадкоємність на етапах реабілітації. Це вимагає ретельного попереднього обстеження і з'ясування фізичного стану хворого.

Відновна дія різних фізичних чинників неоднакова при окремих формах дискінезії жовчовивідних шляхів. Тому необхідно було, перш за все, правильно оцінити, в якій ступені доцільне застосування фізичної реабілітації, які необхідні фізичні засоби і методи і в якому дозуванні вони потрібні. Було встановлено, що максимальних лікувально-відновних результати можна добитися в умовах комплексного проведення реабілітації, як медичної, так і фізичної. Залежно від стану хворого і можливостей, доцільний комплекс реабілітаційних заходів складався з підбиранням необхідних фізичних засобів: ЛФК, лікувального масажу, фізіотерапевтичних процедур. При цьому забезпечувалося достатньо часу для відпочинку хворого між основними і додатковими процедурами. Водночас призначався доцільний дієтичний режим.

В умовах санаторно-курортного лікування до цілісного відновного комплексу підключалися і лікарські засоби, причому призначалися звичайно менші їх дозування на фоні вживаної комплексної фізичної реабілітації. Лікувально-відновний комплекс розроблявся окремо для кожного пацієнта, уникаючи процедур з протилежною дією. При печінково-жовчних захворюваннях комплекс лікувально-відновної реабілітації ретельно обдумувався і оцінювався.

ЛФК, масаж і фізичні методи лікування і відновлення передбачали вплив на механізми регуляції функцій жовчного міхура, створення умов для відтоку жовчі, поліпшення функції всієї травної системи і загальне зміцнення організму. Основними принципами фізичної терапії були диференційований вибір адекватних процедур, поступове підвищення дозування, інтенсивності та тривалості впливу фізичних факторів, а також раціональне поєднання медикаментозних і не медикаментозних методів відновного лікування. Для виконання поставлених завдань були розроблені індивідуальні програми фізичної реабілітації з використанням найбільш ефективних методик, які є загальноновизнаними у світі.

Кожному хворому за індивідуальною методикою створювався напрям реабілітації, при якому добирався найефективніший і послідовний спосіб застосування засобів реабілітації, поєднаним за часом і тривалістю. Разом з тим важливо зазначити, що побудова конкретної програми роботи з пацієнтом не передбачала обов'язкового використання всіх існуючих методів і засобів фізичної реабілітації. Тому вони добиралися залежно від розладів функції жовчовивідної системи, протікання хвороби та наявності супровідних захворювань.

На етапах реабілітації перевагу віддавали індивідуальним комплексам ЛФК в поєднанні з масажем, фізіотерапією, лікувальним харчуванням, питтям мінеральних вод. ЛФК складало постійну і провідну ланку комплексної реабілітації. Основним засобом дії були фізичні вправи, застосування яких в більшій мірі визначало кінцевий результат відновного лікування. Режими рухової активності призначався з урахуванням особливостей клінічного перебігу хвороби та етапу відновного лікування.

Методика занять ЛФК будувалася залежно від форми дискінезії, а фізіологічна крива навантаження мала двохвершинний характер (рис. 1).



Рис. 1. Графік фізіологічної кривої заняття лікувальною гімнастикою у хворої N з гіпокінетично-гіпотонічною формою дискінезії жовчних шляхів

На підставі аналізу графіка фізіологічної кривої (при відповідності навантаження можливостям хворої) було зроблено висновок про правильність розподілу навантаження у вступній, основній і заключній частинах заняття, про її інтенсивність. Було встановлено, що частота серцевих скорочень основної частини заняття при навантаженнях середньої інтенсивності коливалася від 120 ± 130 до $150\text{--}152$ ударів в 1 хв.

В заняттях використовувалося переважно положення лежачи на правому боці для полегшення вільного переміщення жовчі до шийки і протоки жовчного міхура; положення на лівому боці використовувалося для полегшення відтоку жовчі в дванадцятипалу кишку. При гіпокінетичній формі захворювання навантаження поступово збільшувалося: від вихідних положень лежачи і сидячи навколішки хворі послідовно переходили до положень сидячи і стоячи. Спочатку вправи виконувалися для дрібних і середніх м'язових груп і поступово переходили до великих м'язових груп, зокрема, до махових рухів ногами і вправ для м'язів черевного преса. При виконанні вправ для тулуба (нахили, повороти) відслідковувався стан хворого, оскільки можливі були диспептичні явища у вигляді нудоти і навіть блювання. Тому рухи здійснювалися плавно, з поступово зростаючою амплітудою, та чергувалися з дихальними вправами, у співвідношенні до

загально-розвиваючих 1:2. Час занять складав 25–35 хв. Крім лікувальної гімнастики використовувалися також малорухливі ігри і ходьбу. В період ремісії, поряд з динамічними вправами застосовувалися ізометричні вправи для м'язів живота, оскільки вони забезпечували поліпшення трофіки і підвищення обмінних процесів в органах черевної порожнини. Дозування статичних вправ залежало від ступеня і тривалості ізометричної напруги м'язів, які змінювалися залежно від етапу відновного лікування. Мінімальна тривалість ізометричної напруги для м'язів кінцівок і м'язів черевного преса складала 2–4 с (при зникненні больового синдрому), з поступовим збільшенням до 6–9 с. За сприятливої реакції з урахуванням індивідуальних можливостей час збільшувався до 10–15 с, але не більше. При виконанні вправ з ізометричним напруженням м'язів зверталася увага на ритмічне дихання.

При гіперкінетичній формі дискінезії навантаження носило більш ощадний характер. Для цього використовували в основному вихідне положення на спині і боці. При цьому переважали дихальні вправи і вправи на розслаблення м'язів. З загально-розвиваючих вправ виключалися вправи для м'язів живота і обмежено – для великих м'язових груп. Також не допускалося статичного напруження м'язів. Темпи виконання вправ були повільними, з поступовим переходом до середнього. Занять продовжувалися 20–30 хв.

В процесі дослідження було встановлено, що найбільш оптимальними вправами ЛФК для хворих з дискінезією жовчовивідних шляхів є:

– при гіпотонічно-гіпокінетичній формі – вправи з будь-яких положень статичного і динамічного характеру для великих м'язових груп і м'язів черевного пресу (темп середній), дихальні вправи статичного і динамічного характеру з акцентом на діафрагмальне. При цьому фізіологічна крива навантаження повинна мати два-вершинний характер.

При гіпотонічно-гіпокінетичній формі дискінезії використовувався такий комплекс вправ:

– вихідне положення (в.п.): стоячи, ноги на ширині плечей, руки витягнуті вперед, долоні разом. На вдиху розвести руки в сторони, і, затримавши подих, відвести їх назад. На видиху повернутися у в.п. Виконати 10 разів;

– в.п.: стоячи, ноги на ширині плечей, руки в сторони. Повороти тулуба вліво і вправо. Зробити по 10 разів;

– в.п.: сидячи на підлозі, упор руками ззаду. Не відриваючи п'ят від підлоги, повільно зігнути ноги і притиснути коліна до грудей. Повернутися у в.п. Необхідно зберігати вертикальне положення тулуба. Виконати 10 разів;

– в.п.: лежачи на спині, коліна притягнуті до грудей. Випрямити ноги; повернутися у в.п. Виконати 10 разів;

– в.п.: стоячи на колінах, спираючись на прямі руки. Відвести праву ногу назад. Повернутися у в.п. Виконати по 10 разів кожною ногою.

Закінчити заняття вільним диханням в положенні лежачи на спині.

– при гіпертонічно-гіперкінетичній формі – елементарні вправи динамічного характеру для кінцівок і тулуба (темп повільний з переходом на середній) з вихідного положення на спині і боці, вправи на розслаблення, дихальні вправи статичного і динамічного характеру. Фізіологічна крива навантаження також повинна мати два-вершинний характер, але з менш різкою крутизною підйомів і спусків, ніж при гіпокінетичній формі. При гіпертонічній формі дискінезії використовувався такий комплекс вправ:

– в.п.: лежачи на спині, ноги зігнуті в колінах, стопи на підлозі; руки вздовж тулуба. Діафрагмальне дихання: на рахунок 1–2 – вдих (черевна стінка піднімається); на рахунок 3–4 – видих (черевна стінка злегка втягується). Зробити 10 вдихів і видихів.

– в.п: таке ж. Повільно зводити і розводити коліна. Виконати 10 разів.

– в.п.: лежачи на правому боці. Ритмічно згинати і розгинати ліву ногу, притискаючи коліно до грудей. Виконати 10 разів. Повторити те ж на лівому боці.

– в.п: лежачи на правому боці, права рука під головою, ліва в упорі спереду. Повільно відвести в сторону ліву ногу. Повернутися у в.п. Виконати 10 разів. Повторити теж на лівому боці.

– При змішаній формі істотного значення надавали дихальним вправам статичного і динамічного характеру.

Додатковими заходами, що підсилювали ефективність вибраного способу ЛФК були теренкур, лікувальний масаж за спеціальними методиками. Ефективність реабілітаційних заходів багато в чому залежала від цілеспрямованого застосування поряд з ЛФК і масажем, різних взаємодоповнюючих засобів і методик фізіотерапії з урахуванням типу дискінезії жовчовивідних шляхів (електрофорез, УВЧ, озокерит, пиття мінеральної води, лікувальні ванни) (табл.1).

Таблиця 1

Комплекс методів фізичної реабілітації, які застосовувалися при лікуванні основної групи хворих (n=15)

Методи фізичної реабілітації	Кількість хворих	%
Лікувальна фізкультура	15	100
Ранкова гігієнічна гімнастика	15	100
Теренкур	13	87
Лікувальний масаж	14	93
Фізіотерапія	15	100
Пиття мінеральних вод	14	93

За результатами лікування були отримані позитивні результати як у основної, так і контрольної груп. Однак, в основній групі покращення стану

здоров'я, самопочуття і даних дуоденального зондування, ультразвукової діагностики після проведеного курсу відновного лікування було значно ефективнішим і одужання наставало швидше.

Хворі після виписки почувалися краще, майже повністю зникли болісні відчуття, диспепсичні явища, практично повністю нормалізувалися лабораторно-апаратні показники (табл.2).

Таблиця 2

Порівняльна характеристика досліджуваних груп після проведеного курсу лікування дискінезії жовчовивідних шляхів

Клініко-інструментальні дані	Основна група, щодо якої застосовувалося відновне лікування (n = 15)	Контрольна група, щодо якої не застосовувалося відновне лікування (n = 15)
Загальний стан	задовільний	відносно задовільний
Біль	відсутній	набагато зменшився
Диспепсичні явища	немає	залишилися
УЗД	у 12-и хворих жовчний міхур набув звичайних розмірів	у 7-и хворих жовчний міхур набув звичайних розмірів
Дуоденальне зондування	порція В відповідає нормі у 12-и хворих, запальні явища повністю зникли	порція В відповідає нормі у 7-и хворих, запальні явища повністю не зникли

Після закінчення санаторно-курортного курсу лікування лікарем-реабілітологом хворим були надані рекомендації (продовжувати відновне лікування в умовах поліклініки, дієтотерапії, займатися аутотренінгом).

Результати проведеного лікування засвідчили, що застосування засобів фізичної реабілітації дозволило підвищити загальний тонус організму та поліпшити діяльність його серцево-судинної і дихальної систем.

За результатами проведеного дослідження можна зробити такі висновки:

– використання методик кінезотерапії та фізіотерапії залежно від форми дискінезії жовчовивідної системи, а також лікувального масажу, сприяє поліпшенню і відновленню здоров'я хворих;

– найбільш ефективними методами контролю впливу фізичної реабілітації на хворих з дискінезією жовчного міхура і жовчовивідних шляхів є дуоденальне зондування, ультразвукова діагностика.

1. Дискінезія желчевыводящих путей [Електронний ресурс] / Режим доступу : https://ru.wikipedia.org/wiki/Дискінезія_желче_выводящих_путей
2. Дискінезія желчевыводящих путей [Електронний ресурс] / Режим доступу : http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_gastroenterologia/biliary-dyskinesia
3. Плотникова Е. Ю. Дискінезии желчевыводящих путей у лиц молодого возраста, варианты течения, психовегетативные особенности [Електронний ресурс] / Режим

доступу : <http://medical-diss.com/medicina/diskenezii-zhelchevyvodyaschih-putey-u-its-molodogo-voznrasta-varianty-techeniya-psihovegetativnye-osobennosti> **4.** Дискінезія жовчовивідних шляхів [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://mdovidka.com/diskinezija-zhovchovividnih-shljahiv.html> **5.** Дискінезія жєлчєвыводящих путей у лиц молодого возраста, варианты течения, психовегетативные особенности [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://medical-diss.com/medicina/diskenezii-zhelchevyvodyaschih-putey-u-lits-molodogo-voznrasta-varianty-techeniya-psihovegetativnye-osobennosti> **6.** Клинико-функциональные особенности заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей у лиц молодого возраста и пути профилактики [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://www.disscat.com/content/kliniko-funksionalnye-osobennosti-zabolevanii-zhelchnogo-puzyrya-i-zhelchevyvodyashchikh-putey> **7.** Диагностика и реабилитация пациентов с патологией желчевыводящих путей в амбулаторно-поликлинических условиях [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://www.rassvety.ru/nauchnye-stati/78-avtoreferat-dissertatsii-na-soiskanie-uchenoj-stepeni-kandidata-meditsinskikh-nauk-diagnosticska-i-reabilitatsiya-patsientov-s-patologiej-zhelchevyvodyashchikh-putej-v-ambulatorno-poliklinicheskikh-usloviyakh-egorova-l-s> **8.** Реабилитация при дискінезія жєлчєвыводящих путей [Електронний ресурс] / Режим доступу : <http://altreabel.by/ofood/dyskinesia.php> **9.** Санаторно-курортное лечение при дискінезія жєлчєвыводящих путей [Електронний ресурс] / Режим доступу : http://healthinfo.ua/articles/zdorovi_otdih/16015 **10.** Пархотик И. И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И. И. Пархотик. – К. : «Олимпийская литература», 2003. – 223 с.