Міністерство освіти та науки України

Вищій навчальний заклад

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

РЕФЕРАТ

з дисципліни: «Фізична реабілітація у педіатрії»

за темою: «Фізична реабілітація дітей хворих на хронічний гастрит»

р

План

1. Этиология, классификация, клинические проявления, оценка состояния детей, страдающих хроническим гастритом

2. Диетотерапия детей, страдающих хроническим гастритом

. Лечебная физкультура для детей, страдающих хроническим гастритом

. Физиотерапевтические методы лечения детей, страдающих хроническим гастритом

. Физическая реабилитация детей, страдающих хроническим гастритом на санаторно-курортном этапе лечения

Список литературы

1. Этиология, классификация, клинические проявления, оценка состояния детей, страдающих хроническим гастритом

Хронический гастрит - это хронический диффузный или очаговый воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, который сопровождается нарушением физиологической регенерации эпителия с постепенным развитием атрофии слизистой оболочки.

Форма заболевания, глубина и распространение патоморфологических изменений слизистой оболочки желудка определяют клинические проявления и характер нарушений секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка.

Хронический гастрит встречается преимущественно у школьников; у девочек чаще, чем у мальчиков. Дети до 3 лет почти не болеют. Прогноз заболевания в случае своевременного и правильного лечения благоприятный, однако, у части детей заболевание усугубляется и возникает язвенная болезнь желудка. Основные причины:

) Микроорганизм Helicobacter Pylori, который выявляют у больных хроническим антральным гастритом (гастрит типа В). Путь инфицирования - пероральный. Это самый распространенный тип гастрита.

) Аутоиммунный процесс (гастрит типа А). Локализуется преимущественно в области дна и тела желудка.

) Химические вещества. Развивается рефлюкс-гастрит вследствие заброса кишечного содержимого в желудок.

Факторы, способствующие развитию хронического гастрита:

) Нарушения питания - неполноценная, сухая, грубая, горькая, соленая, кислая, консервированная пища; несистематическое питание. Переедание, употребление пищи наспех. Негативные эмоции во время приема пищи, которые подавляют желудочную секрецию. Нервное и психическое напряжение, которое снижает аппетит и задерживает эвакуацию пищи.

) Микроорганизмы, которые поражают слизистую оболочку продуктами распада, или влияние гнойной мокроты (при наличии очагов хронической инфекции - хронический ринит, синусит, бронхоэктазия).

) Поражение вегетативной нервной системы в пубертатный период, которые приводят к функциональным нарушениям деятельности желудка.

) Поражения слизистой оболочки желудка медикаментозными препаратами - кортикостероидами, салицилатами, сульфаниламидами, индометацином.

) Употребление алкоголя, курение.

) Эндокринные заболевания, заболевания обмена веществ.

) Аллергические заболевания, особенно пищевая аллергия.

) Тканевая гипоксия.

) Наследственная гипохлоргидрия и слабая протекторная (защитная) функция слизи. Классификация. По этиологическому фактору:

) Аутоиммунный хронический гастрит.

) Бактериальный геликобактерассоциированный хронический гастрит.

) Смешанная форма с признаками как аутоиммунного, так и геликобактерассоциированного гастрита.

) Химический гастрит - рефлюкс-гастрит.

) Редкие формы - эозинофильный, лимфоцитарный, гранулематозный.

По распространенности:

) Распространенный гастрит.

) Очаговый - антральный, фундальный.

По характеру морфологических изменений слизистой оболочки желудка:

) Поверхностный.

) Гипертрофический.

) Эрозивный.

) Геморрагический.

) Субатрофический (атрофический).

) Смешанный.

По характеру желудочной секреции:

) С повышенной секрецией.

) С нормальной секрецией.

) С пониженной секрецией.

По течению:

) Обострение.

) Неполная ремиссия.

) Ремиссия.

Клинические проявления. Вначале заболевания клиника связана с поверхностными морфологическими изменениями, повышенной секрецией и моторикой. С углублением заболевания и поражением желез показатели моторики и секреции снижаются, развивается атрофия.

Геликобактерассоциированный антральный гастрит. Начало заболевания:

) болевой синдром - боль в животе неинтенсивная, монотонная, возникает и усиливается после употребления грубой пищи;

) диспепсические явления не стойкие, возникает изжога, тошнота, кислая отрыжка, характерен неустойчивый стул; иногда беспокоит жажда;

) астеновегетативные явления - головная боль, эмоциональная нестойкость, возбуждение;

Развитие заболевания:

) болевой синдром становится более постоянным, ощущение тяжести, дискомфорт в эпигастральной области;

) диспепсический синдром становится более выраженным - тошнота, рвота съеденной пищей, отрыжка тухлым или воздухом, снижение аппетита, вздутие живота, бурчание в нем, стул послабляется;

) астеновегетативные нарушения - слабость, вялость, быстрая утомляемость, головная боль;

) во время обследования:

осмотр - бледность кожных покровов; неприятный запах изо рта, язык обложен белым или желтым налетом;

пальпаторно: боль в пилородуоденальной зоне и эпигастральной области по средней линии живота.

Аутоиммунный хронический гастрит. Локализуется на дне желудка, характерны атрофические изменения слизистой оболочки.

) болевой синдром - ноющая интенсивная боль в животе после еды;

) диспепсические явления - тошнота, рвота, отрыжка тухлым, едой или воздухом, частый стул.

Смешанная форма хронического гастрита. Протекает с признаками как аутоиммунного, так и геликобактерассоциированного гастрита. Характерны поражения диффузного характера с атрофическими изменениями слизистой оболочки желудка.

Химический гастрит. Протекает по типу хронического антрального гастрита.

Оценка состояния. Состояние ребенка оценивают по клиническим проявлениям хронического гастрита, данным фиброгастроскопического, гистологического исследований.

Во время эндоскопического обследования выявляют расширение складок слизистой оболочки желудка; наличие вязкой стекловидной слизи; слизистая оболочка гиперемирована, отекшая, имеются участки гипертрофии, атрофии, эрозии, геморрагии.

Гистологическое исследование определяет глубину поражения слизистой оболочки. Исследование желудочной секреции выявляет ее интенсивность, соотношение агрессивных и репаративных факторов, наличие патогенной микрофлоры.

Рентгеновское обследование малоинформативно.

. Диетотерапия детей, страдающих хроническим гастритом

физический реабилитация гастрит санаторный

Диетотерапия является фоном, на котором проводится комплексная терапия хронического гастрита. Диета назначается на продолжительное время, поэтому она должна быть достаточно разнообразной и калорийной.

Лечебное питание при хроническом гастрите с пониженной кислотностью должно быть направлено на улучшение компенсаторных механизмов:

) повышение секреторной функции;

) замедление эвакуаторной деятельности желудка;

) повышение активности ферментов поджелудочной железы и всасывания в кишечнике.

Продукты омыления жира рефлекторно усиливают деятельность фундальных желез желудка, вследствие чего вторая фаза действия жира характеризуется резким усилением секреции. Возбуждающее влияние жира проявляется также и при комбинации его с другими пищевыми веществами (возбудители секреции). Поэтому белки и жиры целесообразно вводить в таком виде, чтобы они дольше задерживались в желудке для осуществления секреторной деятельности во второй фазе. Пища должна быть предварительно измельченной и умеренно кислой для регулирования функции пилорического отдела и постепенного поступления ее в кишечник. К тому же умеренно кислая пища является адекватным физиологическим раздражителем внешнесекреторной функции поджелудочной железы и кишечника. Больным детям с хроническим гастритом с пониженной кислотностью рекомендуется начинать прием пищи с наваров, а белковое или жировое питание назначать на второе блюдо. В основную диету для этих больных включается повышенное содержание белков, что необходимо для покрытия дефицита белков, который наблюдается вследствие ферментативной недостаточности и обусловливает нарушение полостного и пристеночного пищеварения в тонкой кишке.

В диете должно содержаться нормальное количество хлорида натрия, экстрактивных азотистых веществ, повышенное содержание витаминов.

Больной должен принимать пищу не менее 4-5 раз в день, тщательно ее пережевывая. Это соответствует диете № 2 по М.И.Певзнеру.

Лечебное питание при хроническом гастрите с повышенной кислотностью:

) должна обладать антацидным действием;

) рассчитана на максимальное щажение рецепторов желудка;

) на ускорение эвакуации пищи из желудка;

) на устранение запоров, изжоги, давления и болей в подложечной области.

При назначении диетотерапии больных с нормальной или повышенной кислотообразующей функцией желудка необходимо учитывать повышенную нервную возбудимость этих больных и по возможности исключать вещества, возбуждающие нервную систему, тем более, что они в большинстве случаев обладают сокогенным действием.

Дети должны получать достаточное количество белков, жиров, витаминов, с некоторым ограничением введения углеводов, хлорида натрия, исключением азотистых экстрактивных веществ с калорийностью, соответствующей возрасту.

Питание должно быть 4-5-разовым с соблюдением ритмов приема пищи. Это соответствует диете № 1 по М.И.Певзнеру.

3. Лечебная физкультура для детей, страдающих хроническим гастритом

Лечебная физкультура при гастритах назначается с целью:

) восстановления нервно-психической сферы больных;

) повышения защитных сил;

) стимуляции обменных процессов.

Она способствует улучшению и восстановлению нарушенной секреции желудочного сока, нормализации моторики ЖКТ, устранению диспепсических явлений. При болях, выраженных диспепсических явлениях занятия ЛФК назначают индивидуально, общая нагрузка и подбор средств ЛФК соответствует постельному режиму. При уменьшении болей или маловыраженных симптомах гастрита занятия проводят групповым способом в стационаре, в режим дня вводится утренняя гимнастика. Методически целесообразно организовать занятия ЛФК для больных с разными клиническими формами гастритов раздельно.

При гиперацидной форме, повышенной секреции желудочного сока занятия проводятся на среднем уровне физической нагрузки, при достаточной подготовленности больных - выше среднего уровня и заканчиваются непосредственно перед приемом пищи или включаются в режим дня после еды. Выполняются упражнения для крупных мышечных групп с достаточным числом повторений, маховые движения, упражнения со снарядами. Целесообразно применение дыхательных упражнений статического и динамического характера, особенно диафрагмального дыхания. Хорошее действие на больных оказывают упражнения в расслаблении. Исходные положения во время занятий можно использовать любые. Темп медленный и средний. Упражнения для мышц брюшного пресса при выраженных болях исключаются, при уменьшении болей они включаются в содержание занятий и утренней гимнастики, но проводятся ограниченно. У детей с пониженной кислотностью желудочного сока нагрузка во время занятий ЛФК должна быть умеренной, несколько ниже средней. Наиболее благоприятное время проведения занятий для повышения секреции желудочного сока - за час до приема пищи, с тем, чтобы они заканчивались не позднее чем за 30-40 мин до еды. В содержание занятий включаются упражнения для всех мышечных групп, преимущественно средних и мелких, с небольшим числом их повторений, в среднем и ускоренном темпе. Из общеразвивающих упражнений наиболее целесообразно включение последовательно проводимых (поточным способом) серий упражнений, например: встать, руки на пояс, присесть, встать, наклониться вправо, влево, сесть, согнуть правую ногу, согнуть левую ногу, выпрямить ноги и т.д. Включаются упражнения на координацию движений, требующие быстрой реакции, упражнения на внимание и т.д.

Большое место в занятиях с детьми, страдающими гипоацидными формами гастрита, занимают упражнения в ходьбе и ее различные варианты. Включаются игры средней и малой подвижности.

Занятия ЛФК проводятся на высоком эмоциональном уровне, реабилитолог поддерживает у детей бодрое, веселое настроение. В этом отношении хорошо использовать построение, перестроение, игровые элементы и т.п. При гипоацидных гастритах значительное внимание уделяется упражнениям для брюшного пресса, выполнение которых способствует улучшению кровоснабжения желудка, активизирует секрецию.

Доля этих упражнений и число повторений каждого из них от занятия к занятию повышаются. Этому же способствует диафрагмальное дыхание.

При гастроэнтеритах лечебная физкультура назначается после уменьшения болей, нормализации температуры и стула.

По сравнению с гастритами соблюдается более постепенное повышение нагрузки, исключаются упражнения с повышением внутрибрюшного давления до полного исчезновения болевого синдрома.

. Физиотерапевтические методы лечения детей, страдающих хроническим гастритом

Физиотерапевтические методы лечения показаны больным гастритом, гастродуоденитом преимущественно в фазе затухающего обострения, при нестойкой ремиссии, в период клинико-лабораторной ремиссии. В период обострения, усиления болей назначают легкое тепло на надчревную область: грелку, соллюкс, лампу Минина. Процедуры проводят по 10-15 мин 1-2 раза в день, на курс 5-6 облучений.

Индуктотермию проводят с применением резонансного индуктора диаметром 6, 9, 12, 14 см (в соответствии с возрастом ребенка), располагаемого в надчревной области; интенсивность воздействия - с легким ощущением тепла, продолжительность 8-10 мин; на курс 8-10 процедур, проводимых ежедневно.

При стихании болевого процесса у детей с функциональными расстройствами нервной системы назначают:

при аллергическом компоненте электрофорез с 2% раствором кальция хлорида на воротниковую область по Щербаку, на курс 10-12 процедур;

при неустойчивой ремиссии, рецидивирующих болях у детей с нарушениями сна, невротическими реакциями - электрофорез с 2 % раствором натрия бромида на воротниковую область по Щербаку, на курс 10-12 процедур.

Методы физиотерапии на область проекции желудка применяют в фазе затухающего обострения, нестойкой ремиссии.

При стойком болевом синдроме, затяжном стихании обострения гастрита, преимущественно у больных с нормальной и пониженной кислотностью назначают ДМВ от аппарата «Ромашка» с расположением излучателя диаметром 10 см в области эпигастрия, пилородуоденальной зоны с учетом локализации максимальной пальпаторной болезненности, контактно (можно через легкое нижнее белье). Интенсивность от 8 до 12 Вт (в зависимости от возраста), продолжительность процедур 8-10 мин ежедневно или через день; на курс лечения 8-10 процедур. Способствует повышению сниженной кислотности желудка в базальную и стимулированную фазу секреции.

При рецидивирующем болевом синдроме на разных этапах лечения назначают СМВ от аппарата «Луч-2» с расположением излучателя диаметром 11 см на область проекции желудка, интенсивность 4-5 Вт, продолжительностью 8010 мин, на курс до 8 процедур.

При сниженной секреции рекомендуется гальванизация с расположением (-) полюса на область проекции желудка (выраженное раздражающее действие), (+) на рефлексогенную зону Т8 - Т12.

При длительном течении заболевания, сниженной кислотности желудка назначают УФО эритемными дозами на надчревную и сегментарные зоны. Площадь каждого поля облучения имеет вид полупояса размером 150-200 см2, облучают каждое поле поочередно. Начинают с 1-11/2 биодозы, с каждым последующим облучением (по мере угасания предыдущей эритемы) дозу увеличивают на 1/2 - 1 биодозу, доводя до 3 биодоз на каждое поле, на курс 5-8 процедур.

При хроническом гастрите с пониженной секрецией, особенно на ранних этапах заболевания назначают электрофорез с 1% раствором витамина В1 (тиамина) эндоназально. Вводят тиамин с (+) полюса. Силу тока увеличивают с 0,3 до 1 мА для дошкольников, от 0,5 до 1 мА для школьников (увеличивают дозу на 0,2 мА при каждой последующей процедуре), время проведения от 6 до 10 мин (в зависимости от возраста), на курс 8-12 процедур.

При хроническом гастрите с повышенной секрецией рекомендуется гальванизация с расположением (+) электрода на область эпигастрия, (-) на рефлекторную зону Т8 - Т12, с 10 до 16 мин, 10-12 процедур на курс.

При стойком болевом синдроме проводят электрофорез 2% раствора новокаина на надчревную область с соблюдением полярности при различном уровне секреции.

При гипертрофическом гастрите с повышенной секрецией рекомендуют электрофорез 1% раствора сульфата цинка с расположением (+) электрода на область эпигастрия, (-) на рефлекторную зону Т8 - Т12, с 10 до 16 мин, 10-12 процедур на курс. Оказывает противовоспалительное действие и снижает кислотность.

При стойких упорных болях, наличии симптомов перигастрита, перидуоденита противоболевое, успокаивающее действие с нормализующим влиянием на секреторную функцию желудка оказывают аппликации озокерита (температура 38-42\*С), парафина (температура 45-50\*С) по кюветно-аппликационной методике или салфетно-аппликационным способом на верхнюю половину живота. У детей старшего возраста с большой давностью заболевания дополнительно проводят наложение аппликации на зоны Т8 - Т12, длительностью 15-20 мин, через день, на курс 8-10 процедур.

. Физическая реабилитация детей, страдающих хроническим гастритом на санаторно-курортном этапе лечения

Местный детский санаторий как важное звено послестационарного лечения следует использовать для всех детей с хроническим гастритом. Сюда можно направлять детей с хроническим гастритом в фазе ремиссии и в фазе затухающего обострения. В местном санатории, наряду с аппаратной физиотерапией, следует шире использовать питьевое лечение бутылочными минеральными водами, грязе- озокеритолечение, бальнеотерапию искусственными минеральными водами.

Санаторно-курортный режим предусматривает соблюдение принципа периодичности, свойственного нормальной жизнедеятельности организма: чередование сна и бодрствования, деятельности и относительного покоя, труда и отдыха. Дети с заболеваниями желудка в течение всего периода их пребывания в санатории должны спать не менее 11-12 ч в сутки (включая и дневной сон). В течение 3-5 дней им назначают щадящий режим, затем тонизирующий (20-25 дней) и тренирующий двигательный (20-15 дней).

Лечебное питание при заболеваниях желудка у детей в условиях санатория должно оптимально обеспечивать растущий организм всеми необходимыми ингредиентами в количественном и качественно соотношении. В первые 3-5 дней пребывания ребенка в санатории ему назначают химически и механически щадящую противовоспалительную диету для максимального уменьшения воздействия комплекса новых внешних раздражителей. Это способствует более постепенной и адекватной адаптации детского организма к новым условиям.

В дальнейшем лечебное питание должно быть дифференцированным в зависимости от формы заболевания. Так, при гастритах, сопровождающихся увеличением кислотности и желудочной секреции, назначают диету № 1 на 2-3 недели в зависимости от клинических проявлений заболевания с последующим переводом на диету № 5.

Детям с хроническим гастритом, при котором кислотность и желудочная секреция уменьшены, в конце первой недели назначают диету № 5 (из-за вовлечения в патологический процесс у таких больных в большинстве случаев печени и желчных путей), а к концу пребывания в стационаре (за 1-2 недели до выписки) - механически щадящую, но химически стимулирующую диету (типа диеты № 2 по М.И.Певзнеру).

Детям с хроническими заболеваниями желудка в фазе ремиссии рекомендуется 4-разовый прием пищи с примерно равным распределением ее в течение дня (в первую половину дня несколько больше), что способствует лучшей всасываемости вводимых пищевых веществ.

Минеральные воды для питьевого лечения детям с заболеваниями желудка (малой, реже средней минерализации) назначают из расчета 3 мл на 1 кг массы тела на один прием (в первые 2-3 дня дозу уменьшают на 1/2 - 1/3), 3 раза в день, перед едой в зависимости от кислотности желудочного содержимого.

При повышенной кислотности минеральные воды следует принимать за 1-1,5 часа до еды, обязательно в теплом или горячем виде; по химическому составу они должны быть гидрокарбонатными (типа Боржоми), гидрокарбонатно-сульфатными (типа вод Смирновского источника) или гидрокарбонатно-хлоридными (типа Ессентуки № 4) с небольшим содержанием углекислого газа. Для нейтрализации кислотности у таких больных рекомендуется назначать дополнительно, на высоте пищеварения (через 40-60 мин после приема пищи) минеральные воды из расчета 1 мл на 1 кг массы тела на прием 2-3 раза в день. Для подобных целей пригодны только такие минеральные воды, в которых преобладает гидрокарбонатный ион (Боржоми, Ессентуки № 4, № 17, Поляна Квасова, Поляна Купель и др.).

Детям, у которых кислотность желудочного сока понижена, минеральную воду назначают за 30-20-10 мин до еды (чем ниже кислотность, тем меньше промежуток времени между приемом минеральной воды и пищей) и той же температуры, с которой она выходит из источника (при отсутствии болевого синдрома). Для максимального воздействия на слизистую оболочку желудка ее нужно принимать медленными глотками. При этой форме гастрита предпочтительнее минеральные воды со значительным содержанием аниона хлора (Миргородская, Ессентуки № 4 и № 17 и др.).

При нормальной кислотности желудочного сока минеральные воды назначают за 40-45 мин до еды.

Питьевое лечение минеральными водами необходимо проводить в течение всего времени пребывания ребенка на курорте, но не более 2 мес.

Для улучшения моторной и эвакуаторной функции желудка, уменьшения воспалительного процесса, нормализации кислотности и желудочной секреции, устранения спастических явлений можно промывать желудок минеральной водой 1 раз в неделю, в общей сложности 4-5 раз.

Бальнеотерапию с учетом ее общетонизирующего действия применяют при всех формах хронического гастрита у детей, но только в фазе ремиссии. Минеральные ванны проводят через день, продолжительностью 10 мин (начинают с 6-7 мин), температурой 36-37\*С (на курс 8-10 процедур).

Пелоидотерапия широко используется в комплексном лечении детей с хроническим гастритом. Она оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и общетонизирующее действие. Грязевые аппликации на область желудка (при необходимости и на область печени) назначают через день, от 8 (детям младшего школьного возраста) до 12 процедур (детям среднего и старшего школьного возраста и не ослабленным), температурой 42\*С и продолжительностью до 10 мин.

Озокеритовые аппликации на область желудка также назначают через день (8-12 процедур), но их продолжительность больше - до 30 мин и температура выше - 45\*С.

Грязевой электрофорез у детей с заболеваниями желудка, так же как и электрофорез с различными медикаментозными веществами, проводят реже, чем при язвенной болезни. Обычно эти процедуры назначают после недавнего обострения заболевания или в период неполной ремиссии, ослабленным детям, при сопутствующих изменениях в органах кровообращения.

Лечебная физкультура является неотъемлемой частью комплексной терапии хронических заболеваний желудка у детей, т.к. она способствует нормализации функциональных нарушений различных систем (нервной, кровеносной, пищеварительной).

Список литературы

1. Бисярина В.П. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. - М.: Медицина, 1973. - 223 с.

. Комплексная терапия при заболеваниях органов пищеварения. / Под ред. проф. Н.Т.Ларченко и проф. А.Р.Златкиной, М: Медицина, 1977, 330 стр.

3. Мурза В.П. Психолого-фізична реабілітація. Підручник. - К.: «Олан», 2005. - 608 с.

4. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. - К.: «Олан», 2004. - 559 с.

5. Медсестринство в педіатрії / За ред.. проф. В.С.Тарасюка, Київ, Здоров’я, 2001, с. 103-111.

6. Справочник по физиотерапии / под ред. проф. В.Г.Ясногородского, Москва, Медицина, 1992, стр.458-461.

. Смиян И.С, Карачевцева Т.В, Детская курортология, Киев, Высшая школа, 1985, стр. 111-122.

8. Фарьер Д.А. Физиология школьника. - М.: Педагогика, 1990. - 64 с.

. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. Проф. С.Н. Попова. - Ростов н / Д: изд-во «Феникс», 1999. - 608 с.

. Фонарев М.И., Фонарева Т.А. Лечебная физкультура при детских заболеваниях, Ленинград, Медицина, 1981, стр. 105-110.