Контрольная работа

по физической реабилитации

Физическая реабилитация при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

# ВВЕДЕНИЕ

язвенный болезнь реабилитационный

Проблема заболеваний органов желудочно-кишечного тракта является наиболее актуальной на данный момент. Среди всех заболеваний органов и систем язвенная болезнь занимает второе место после ишемической болезни сердца.

Цель работы: изучить методы физической реабилитации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи исследования:

. Изучить основные клинические данные о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Изучить методы физической реабилитации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

На современном этапе, весь комплекс реабилитационных мер дает великолепные результаты в восстановлении больных язвенной болезнью. Все больше методов включаются в реабилитационный процесс из восточной медицины, альтернативной медицины и других отраслей. Наилучший эффект и стойкая ремиссия наступает после использования психорегулирующих средств и элементов аутотренинга.

Л.С. Ходасевич [15, c. 69] дает следующее толкование язвенной болезни - это хроническое заболевание, характеризующееся нарушением функции и образованием язвенного дефекта стенки желудка или двенадцатиперстной кишки.

Исследования Л.С. Ходасевича (2005 г) показали, что язвенная болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Язвенной болезнью страдает до 5% взрослого населения . Пик заболеваемости наблюдается в возрасте 40-60 лет, у городских жителей заболеваемость выше, чем у сельских. Ежегодно от этого заболевания и его осложнений умирает 3 тыс. людей. Язвенная болезнь чаще развивается у мужчин, преимущественно в возрасте до 50 лет. С.Н. Попов [16, c. 129] подчеркивает, что в России насчитывается более 10 млн таких больных с практически ежегодными рецидивами язв примерно у 33% из них. Язвенная болезнь встречается у людей любого возраста, но чаще у мужчин в возрасте 30-50 лет. И.А. Калюжнова [6, c. 158] утверждает, что чаще всего это заболевание поражает лиц мужского пола. Локализация же язвы в двенацатиперстной кишки характерна для молодых людей. Городское население страдает язвенной болезнью чаще сельского.

Л.С. Ходасевич [15, c. 70-71] приводит следующие возможные осложнения язвенной болезни: прободение (перфорация) язвы, пенетрация (в поджелудочную железу, стенку толстого кишечника, печень), кровотечение, периульцерозный гастрит, перигастрит, периульцерозный дуоденит, перидуоденит; стеноз входного и выходного отверстий желудка, стеноз и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, малигнизация язвы желудка, комбинированные осложнения.

В комплексе реабилитационных мер, по мнению С.Н. Попова [14, с. 332], должны прежде всего использоваться лекарства, двигательный режим, ЛФК и другие физические методы лечения, массаж, лечебное питание. ЛФК и массаж улучшают или нормализуют нервно-трофические процессы и обмен веществ, способствуя восстановлению секреторной, моторной, всасывательной и экскреторной функций пищеварительного канала.

# Глава 1. Основные клинические данные о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

## .1 Этиология и патогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

По данным Ходасевича Л.С. (2005 г) термин «язвенная болезнь» характеризуется образованием участков деструкции слизистой оболочки органов ЖКТ. В желудке локализуется чаще на малой кривизне, в двенадцатиперстной кишке - в луковице на задней стенке. А.Д. Ибатов [5, c. 119] считает, что факторами, способствующими возникновению ЯБ, являются длительное и/или повторяющееся эмоциональное перенапряжение, генетическая предрасположенность, наличие хронического гастрита и дуоденита, констаминация Helicobacter pylori, нарушение режима питания, курение и употребление спиртных напитков.

В учебном словаре-справочнике О.В. Козыревой, А.А. Иванова [7, c. 273] понятие «язва» характеризуется, как местная потеря ткани на поверхности кожи или слизистой оболочки, разрушение их основного слоя, и рана, медленно заживающая и обычно инфицированная инородными микроорганизмами.

С.Н. Попов [14, c. 331] считает, что развитию ЯБ способствуют разнообразные поражения НС (острые психотравмы, физическое и особенно умственное перенапряжение, различные нервные болезни). Следует также отметить значение гормонального фактора и особенно гистамина и серотонина, под влиянием которых возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенное значение имеет и нарушение режима питания и состава пищи. В последние годы все большее место отводится и инфекционной (вирусной) природе этого заболевания. Определенную роль в развитии ЯБ играют также наследственные и конституциональные факторы.

Л.С. Ходасевич [15, с.70] выделяет две стадии формирования хронической язвы:

– эрозия - поверхностный дефект, образующийся в результате некроза слизистой оболочки;

– острая язва - более глубокий дефект, захватывающий не только слизистую оболочку, но и другие оболочки стенки желудка.

С.Н. Попов [14, c. 129-130] считает, что в настоящее время формирование язвы желудка или ДПК происходит в результате возникающих изменений в соотношений местных факторов «агрессии» и «защиты»; при этом имеет место значительное возрастание «агрессии» на фоне снижения факторов «защиты». (снижение продукции слизисто-бактериальной секреции, замедлением процессов физиологической регенерации поверхностного эпителия, уменьшением кровообращения микроциркуляторного русла и нервной трофики слизистой оболочки; угнетение основного механизма саногенеза - иммунной системы и др.).

Л.С. Ходасевич [15, с. 69] приводит различия между патогенезом язвы желудка и пилородуоденальными язвами.

Патогенез пилородуоденальных язв:

– нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки;

– гипертонус блуждающего нерва с повышением активности кислотно-пептического фактора;

– повышение уровня адренокортикотропного гормона гипофиза и глюкокортикоидов надпочечников;

– значительное преобладание кислотно-пептического фактора агрессии над факторами защиты слизистой оболочки.

Патогенез язвы желудка:

– подавление функций гипоталамо-гипофизарной системы, снижение тонуса блуждающего нерва и активности желудочной секреции;

– ослабление факторов защиты слизистой оболочки

## 1.2 Клиническая картина, классификация и осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

В клинической картине заболевания С.Н. Попов [14, c. 332] отмечает болевой синдром, который зависит от локализации язвенного дефекта, диспептический синдром (тошнота, рвота, изжога, изменение аппетита), который как и боль, может иметь ритмический характер, могут наблюдаться признаки желудочно-кишечного кровотечения или клиника перитонита при прободении язвы.

Ведущим признаком, по данным С.Н. Попова [14, c. 332] и Л.С. Ходасевича [15, c. 70], является тупая, ноющая боль в эпигастральной, чаще всего в подложечной области, обычно возникающая через 1-1,5 часа после еды при язве желудка и через 3 часа при язве двенадцатиперстной кишки, боль при которой локализуется обычно справа от средней линии живота. Порой возникают боли натощак, а также ночные боли. Язва желудка наблюдается обычно у больных старше 35 лет, двенадцатиперстной кишки -у молодых людей. Прослеживается типичная сезонность весенних обострений

В течение ЯБ С.Н. Попов [14, c. 332] выделяет четыре фазы: обострения, затухающего обострения, неполной ремиссии и полной ремиссии. Наиболее опасное осложнение ЯБ - прободение стенки желудка, сопровождающееся острой «кинжальной» болью в животе и признаками воспаления брюшины. При этом требуется немедленное оперативное вмешательство.

П.Ф. Литвицкий [8, c.264-266] более подробно описывает проявления ЯБ. ЯБЖ проявляется болью в эпигастральной области, диспептическими явлениями (отрыжка воздухом, пищей, тошнота, изжога, запоры), астеновегетативными проявлениями в виде снижения работоспособности, слабости, тахикардии, артериальной гипотензии, умеренной локальной болезненностью и мышечной защитой в области эпигастрия, а также язвы могут дебютировать перфорацией или кровотечением.

ЯБДК проявляется болью, преобладающей у 75% больных, рвотой на высоте боли, приносящей облегчение (уменьшение боли), неопределенными диспептическими жалобами (отрыжка, изжога, вздутие живота, непереносимость пищи в 40-70%, частые запоры), при пальпации определяется болезненностью в эпигастральной области, иногда некоторой резистентностью мышц брюшного пресса, астеновегетативными проявлениями, а также отмечают периоды ремиссии и обострения, последние продолжаются несколько недель.

В учебном словаре-справочнике О.В. Козыревой, А.А. Иванова [7, c. 273] различают язву:

– дуоденальную - язва ДПК. Протекает с периодическими болями в эпигастральной области, появляющимися через продолжительное время после еды, натощак или ночью. Рвота не возникает (если не развился стеноз), очень часто встречается повышенная кислотность желудочного сока, кровоизлияния;

– гастродуоденальную - ЯБЖ и ДПК;

– желудка - ЯБЖ;

– прободная язва - язва желудка и ДПК, перфорировавшая в свободную брюшную полость.

П.Ф. Литвицкий [8, c. 260] и Ю.С. Попова [11, c. 76-77] приводят классификацию ЯБ:

– Большинство язв первого типа возникает в теле желудка, а именно в области, называемой местом наименьшего сопротивления, так называемой переходной зоне, расположенной между телом желудка и антральным отделом. Основные симптомы язвы данной локализации - изжога, отрыжка, тошнота, рвота, приносящая облегчение, боли, возникающие через 10-30 минут после еды, которые могут отдавать в спину, в левое подреберье, левую половину грудной клетки и/или за грудину. Язва антрального отдела желудка характерна для людей молодого возраста. Она проявляется «голодными» и ночными болями, изжогой, реже - рвотой с сильным кислым запахом.

– Язвы желудка, возникающие вместе с язвой двенадцатиперстной кишки.

– Язвы пилорического канала. По своему течению и проявлениям они больше похожи на язвы двенадцатиперстной кишки, чем желудка. Основными симптомами язвы являются резкие боли в подложечной области, постоянные или возникающие бессистемно в любое время суток, могут сопровождаться частыми тяжелыми рвотами. Подобная язва чревата всевозможными осложнениями, в первую очередь стенозом привратника. Нередко при такой язве врачи вынуждены прибегать к оперативному вмешательству;

– Высокие язвы (субкардиального отдела), локализующиеся около пищеводно-желудочного перехода на малой кривизне желудка. Чаще встречается у пожилых людей старше 50 лет. Основной симптом такой язвы - боли, возникающие сразу после еды в области мечевидного отростка (под ребрами, там, где кончается грудина). Характерные для такой язвы осложнения - язвенные кровотечения и пенетрация. Нередко при ее лечении приходится прибегать к хирургическому вмешательству;

– Язва двенадцатиперстной кишки. В 90% случаев язва ДПК локализуется в луковице (утолщении в верхней ее части). Основные симптомы - изжога, «голодные» и ночные боли, чаще всего в правой части живота.

С.Н. Попов [16, c. 129] также выделяет в классификации язвы по типу (одиночные и множественные), по этиологии (ассоциированные с Helicobacter pylori и не ассоциированную с Н.Р.), по клиническому течению (типичные, атипичные (с атипичным болевым синдромом, безболевые, но с другими клиническими проявлениями, бессимптомные)), по уровню желудочной секреции (с повышенной секрецией, с нормальной секрецией и с пониженной секрецией), по характеру течения (впервые выявленная ЯБ, рецидивирующее течение), по стадии заболевания (обострение или ремиссия), по наличию осложнений (кровотечение, перфорация, стенозирование, малигнизация ).

Клиническое течение ЯБ, поясняет С.Н. Попов [14, c. 131], может осложняться кровотечением, прободением язвы в брюшную полость, сужением привратника. При длительном течении может иметь место раковое перерождение язвы. У 24-28% больных язвы может протекать атипично - без болевого синдрома или с болями, напоминающими другое заболевание (стенокардию, остеохондроз и др.), и обнаруживается случайно. ЯБ может сопровождаться также желудочной и кишечной диспепсией, астеноневротическим синдромом.

Ю.С. Попова [11, c. 81-85] более подробно описывает возможные осложнения язвенной болезни:

– Прободение (перфорация) язвы, то есть образование в стенке желудка (или 12ПК) сквозной раны, через которую непереварившаяся пища вместе с кислым желудочным соком попадает в брюшную полость. Часто прободение язвы происходит в результате употребления алкоголя, переедания или физического перенапряжения.

– Пенетрация - нарушение целостности желудка, когда желудочное содержимое разливается в расположенные рядом поджелудочную железу, сальник, петли кишечника или другие органы. Такое случается, когда в результате воспаления происходит сращение стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с окружающими органами (образуются спайки). Приступы боли очень сильные и не снимаются с помощью медикаментов. Для лечения необходимо хирургическое вмешательство.

– Кровотечение может возникнуть в период обострения ЯБ. Оно может быть началом обострения или открыться в момент, когда другие симптомы язвы (боли, изжога и т.д.) уже проявились. Важно отметить, что язвенное кровотечение может иметь место как при наличии тяжелой, глубокой, запущенной язвы, так и при язве свежей, небольшой. Главные симптомы язвенного кровотечения - это стул черного цвета и рвота цвета кофейной гущи (или рвота кровью).

В случае крайней необходимости, когда состояние больного становится опасным, при язвенном кровотечении предпринимается хирургическое вмешательство (зашивается кровоточащая рана). Зачастую язвенное кровотечение лечится медикаментозно.

– Поддиафрагмальный абсцесс представляет собой скопление гноя между диафрагмой и прилежащими к ней органами. Такое осложнение ЯБ встречается очень редко. Оно развивается в период обострения ЯБ в результате прободения язвы или распространение по лимфатической системе желудка или ДПК инфекции.

– Непроходимость пилорического отдела желудка (стеноз привратника) - анатомическое искажение и сужение просвета сфинктера, произошедшее результате рубцевания язвы пилорического канала или начального отдела ДПК. Подобное явление ведет к затруднению или полному прекращению эвакуации пищи из желудка. Стеноз привратника и связанные с ним нарушения процесса пищеварения ведут к нарушениям всех видов обмена веществ, что приводит к истощению организма. Основной метод лечения - хирургическое вмешательство.

## язвенный болезнь реабилитационный

## 1.3 Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Диагноз ЯБ ставится больным чаще всего в период обострения, утвержадет Ю.С. Попова [11, c. 78-79]. Первый и главный признак язвы - сильнейшая спазматическая боль вверху живота, в эпигастральной области (над пупком, в месте соединения реберных дуг и грудины). Боли при язве - так называемые голодные, мучающие больного натощак или по ночам. В некоторых случаях боли могут возникать через 30-40 минут после еды. Помимо болей, существуют и другие симптомы обострения язвенной болезни. Это изжога, отрыжка кислым, рвота (появляется без предварительной тошноты и приносит временное облегчение), повышение аппетита, общая слабость, быстрая утомляемость, психическая неуравновешенность. Важно отметить также, что при обострении язвенной болезни, как правило, больной страдает запорами.

Методы, используемые современной медициной для диагностики язвы, во многом совпадают с методами диагностики хронических гастритов. Рентгенологическое и фиброгастроскопическое исследования определяют анатомические изменения в органе, а также отвечают на вопрос, какие функции желудка нарушены.

Ю.С. Попова [11, c. 79] предлагает первые, простейшие методы обследования больного с подозрением на язву - это лабораторные анализы крови и кала. Умеренное снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в клиническом анализе крови позволяет выявить скрытое кровотечение. Анализ кала «Исследование кала на скрытую кровь» должен выявить наличие в нем крови (из кровоточащей язвы).

Желудочная кислотность при ЯБ, как правило, повышена. В связи с этим важным методом диагностики ЯБ является исследование кислотности желудочного сока методом Ph-метрии, а также путем измерения количества соляной кислоты в порциях желудочного содержимого (желудочное содержимое получают с помощью зондирования).

Основным методом диагностики язвы желудка является ФГС. С помощью ФГС врач может не только убедиться в наличии в желудке больного язвы, но и увидеть, насколько она велика, в каком конкретно отделе желудка расположена, свежая это язва или заживающая, кровоточит она или нет. Кроме того, ФГС позволяет диагностировать, насколько хорошо работает желудок, а также взять на анализ микроскопический кусочек пораженной язвой слизистой оболочкой желудка (последнее позволяет, в частности, установить, поражен ли больной H.P.).

Гастроскопия, как наиболее точный метод исследования, позволяет установить не только наличие язвы, но и ее размеры, а также помогает отличить язву от рака, заметить ее перерождение в опухоль.

Ю.С. Попова [11, c. 80-81] подчеркивает, что рентгеноскопическое обследование желудка позволяет не только диагностировать наличие в желудке язвы, но и оценить ее моторную и выделительную функции. Данные о нарушении двигательных способностей желудка также можно считать косвенными признаками язвы. Так, если имеется язва, расположенная в верхних отделах желудка, наблюдается ускоренная эвакуация пищи из желудка. Если же язва расположена достаточно низко, пища, напротив, задерживается в желудке дольше.

## .4 Лечение и профилактика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

В комплексе реабилитационных мер, по мнению С.Н. Попова [14, с. 332], должны прежде всего использоваться лекарства, двигательный режим, ЛФК и другие физические методы лечения, массаж, лечебное питание. ЛФК и массаж улучшают или нормализуют нервно-трофические процессы и обмен веществ, способствуя восстановлению секреторной, моторной, всасывательной и экскреторной функций пищеварительного канала.

С.Н. Попов [16, с. 131] также утверждает, что больных с обострением неосложненной ЯБ, как правило, лечат амбулаторно. Применяется комплексная терапия, аналогичная лечению хронического гастрита, диетотерапия, лекарственная терапия, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение (в стадии ремиссии), ЛФК. Некоторые авторы считают [2, c.117], что для лечения используют диетотерапию, ЛГ, массаж, физиотерапию и гидротерапию. Кроме того, считает Ю.С. Попова [11, с. 86] , что важно создать для больного необходимую ему спокойную психологическую атмосферу, исключить нервные и физические перегрузки, по возможности - отрицательные эмоции.

Несколько различаются причины, признаки, методы диагностики и возможные осложнения ЯБ в зависимости от того, в каком конкретно отделе желудка или двенадцатиперстной кишки локализуется обострение, поясняет О.В. Козырева [7, c. 273].

Определенная категория больных подвергается хирургическому лечению (перфорация язвы, профузное желудочно-кишечное кровотечение; стеноз, с эвакуаторными нарушениями).

По мнению Н.П. Петрушкиной [10, c. 59], лечение заболевания следует начинать с рационального режима питания, диеты и психотерапии (для устранения неблагоприятных патогенетических факторов). В острый период, при выраженном болевом синдроме рекомендуется медикаментозное лечение.

.4.1 Лечение медикаментами

Попова Ю.С. [11, с. 85] подчеркивает, что лечение всегда назначается врачем индивидуально с учетом многих важных факторов. К ним относятся и особенности организма больного (возраст, общее состояние здоровья, наличие аллергий, сопутствующих заболеваний), и особенности течения самого заболевания (в каком отделе желудка находится язва, какой имеет вид, как давно больной страдает ЯБ).

В любом случае лечение язвы всегда будет носить комплексный характер, считает Ю.С. Попова [11, c.86]. Так как причинами возникновения заболевания являются и неправильное питание, и инфицирование желудка специфической бактерией, и стрессы, то правильное лечение должно быть направлено на нейтрализацию каждого из этих факторов.

Применение медикаментов при обострении язвенной болезни необходимо. Лекарства, способствующие снижению кислотности желудочного сока, защите слизистой оболочки от отрицательного воздействия кислоты (антациды), восстановлению нормальной моторики желудка и ДПК, сочетаются с медикаментами, стимулирующими процессы заживления язвы и восстановления слизистой оболочки. При сильных болях применяются спазмолитики. При наличии психологических расстройств, стрессов, назначаются успокоительные средства.

.4.2 Диетотерапия

Ю.С. Попова [11, c. 270] объясняет, что лечебное питание при ЯБ должно обеспечивать слизистой оболочке желудка и ДПК максимальный покой, важно исключить механические и термические повреждения слизистой оболочки желудка. Вся пища в протертом виде, температура которой от 15 до 55 градусов. Кроме того, при обострении ЯБ недопустимо употребление продуктов, провоцирующих усиленное выделение желудочного сока. Питание дробное - через каждые 3-4 часа, небольшими порциями. Рацион должен быть полноценным, акцент на витамины А, В и С. Общее количество жиров не должно быть более 100-110 г в сутки.

.4.3 Физиотерапия

По данным Г.Н. Пономаренко [12, c. 411], физиотерапия назначается с целью уменьшения болевого синдрома и оказания антиспастического действия, купирования воспалительного процесса, стимуляции регенеративных процессов, регуляции моторной функции ЖКТ, повышению иммунитета. Используют локальную воздушную криотерапию, воздействуя холодным воздухом на область спины, живота около 25-30 минут; пелоидотерапию в виде грязевых аппликаций на переднюю брюшную полость; радоновые и углекислые ванны; магнитотерапию, которая воздействует на иммунные процессы положительно. Противопоказаниями к физиотерапии являются тяжелое течение ЯБ, кровотечение, индивидуальная непереносимость физиотерапевтических методов, полипоз желудка, малигнизация язвы, общие противопоказания для физиотерапии.

1.4.4 Фитотерапия

Н.П. Петрушкина поясняет [10, c. 59], что в комплексное лечение фитотерапию подключают позднее. В процессе фитотерапии ЯБЖ и ДПК при увеличении ативности кислотно-пептического фактора используют нейтрализующие, защищающие и регенерирующие группы лекарственных средств. При длительном язвенном дефекте применяют противоязвенные, растительного происхождения препараты (облепиховое масло, масло шиповника, карбеноксолон, алантон). Однако лучше добавлять в комплекс лечения со сбором трав, фитодиетой.

При ЯБЖ с повышенной секреторной активностью желудка рекомендуют сбор лекарственных трав: листья подорожника, цветки ромашки, трава сушеницы, плоды шиповника, трава тысячелистника, корни солодки.

Для лечения ЯБЖ и ДПК автор также предлагает такие сборы трав, как: плоды фенхеля, корень алтея, солодки, цветки ромашки; трава чистотела, тысячелистника, зверобоя и цветки ромашки. Настой обычно принимается перед едой, на ночь или для устранения изжоги.

.4.5 Массаж

Из средств ЛФК при заболеваниях органов брюшной полости показан массаж - лечебный (и его разновидности - рефлекторно-сегментарный , вибрационный), утверждает В.А. Епифанов [3, c. 216]. Массаж в комплексном лечении хронических заболеваний ЖКТ назначают для оказания нормализующего влияния на нейрорегуляторный аппарат органов брюшной полости, чтобы способствовать улучшению функции гладкой мускулатуры кишечника и желудка, укреплению мышц брюшного пресса.

По данным В.А Епифанова [4, c. 164], при проведении процедуры массажа следует воздействовать на паравертебральные (Th-XI - Th-V и C-IV - C-III) и рефлексогенные зоны спины, область шейных симпатических узлов, желудка.

Массаж противопоказан в острой стадии заболеваний внутренних органов, при заболеваниях органов пищеварения с наклонностью к кровотечениям, туберкулезных поражениях, новообразованиях органов брюшной полости, острых и подострых воспалительных процессах женских половых органов, беременности.

.4.6 Профилактика

Для профилактики обострений ЯБ, С.Н. Попов [16, c. 131] предлагает два вида терапии (поддерживающая терапия: антисекреторные препараты в половинной дозе; профилактическая терапия: при появлении симптомов обострения ЯБ в течение 2-3 дней применяют антисекреторные препараты. Терапию прекращают, когда симптомы полностью исчезают) с соблюдением пациентами общего и двигательного режимов, а также здорового образа жизни. Очень эффективным средством первичной и вторичной профилактики ЯБ является санаторно-курортное лечение.

Для профилактики болезни, Ю.С. Попова [11, c. 91] рекомендует соблюдать следующие правила:

– спать 6-8 часов;

– отказаться от жирной, копченой, жареной пищи;

– во время болей в желудке надо обследоваться у врача-специалиста;

– пищу принимать 5-6 раз в день протертую, легкоусвояемую: каши, кисели, паровые котлеты, морскую рыбу, овощи, омлет;

– лечить больные зубы, чтобы хорошо прожевывать пищу;

– избегать скандалов, так как после нервного перенапряжения боли в желудке усиливаются;

– не принимать пищу очень горячую или очень холодную, так как это может способствовать возникновению рака пищевода;

– не курить и не злоупотреблять алкоголем.

Для профилактики язвы желудка и двенадцатиперстной кишки важно уметь справляться со стрессами и поддерживать свое психическое здоровье.

# ГЛАВА 2. Методы физической реабилитации при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

## .1 Физическая реабилитация на стационарном этапе лечения

Госпитализации подлежат, по мнению А.Д. Ибатова [5, c. 119-120], больные с впервые выявленной ЯБ, при обострении ЯБ и при возникновении осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация). Учитывая, что традиционными средствами лечения ЯБ являются тепло, покой и диета.

На стационарном этапе назначается соответственно полупостельный или постельный режим (при выраженном болевом синдроме). Диета - стол № 1а, 1б, 1 по Певзнеру - обеспечивает механическое, химическое и термическое щажение желудка [Приложение Б]. Проводится эрадикационная терапия (при выявлении Helicobacter pylori): антибактериальная терапия, антисекреторная терапия, средства нормализующие моторику желудка и ДПК. Физиотерапия включает электросон, синусоидально-моделированные токи на область желудка, УВЧ-терапию, ультразвук на эпигастральную область, электрофорез новокаина. При язве желудка необходима онкологическая настороженность. При подозрении на малигнизацию физиотерапия противопоказана. ЛФК ограничивается УГГ и ЛГ в щадящем режиме.

В.А. Епифанов [3, c. 215] утверждает, что ЛГ применяют по прошествии острого периода заболевания. Следует осторожно выполнять упражнения, если они усиливают боли. Жалобы часто не отражают объективного состояния, язва может прогрессировать и при субъективном благополучии (исчезновение болей и др.). Следует щадить область живота и очень осторожно, постепенно повышать нагрузку на мышцы брюшного пресса. Можно постепенно расширять двигательный режим больного путем возрастающей общей нагрузки при выполнении большинства упражнений, в том числе в диафрагмальном дыхании, для мышц брюшного пресса.

По мнению И.В. Милюковой [9, c. 489], в период обострений частая смена ритма, быстрый темп выполнения даже простых упражнений, мышечное напряжение могут вызвать или усугубить болевые ощущения и ухудшать общее состояние. В этот период используются монотонные упражнения, выполняемые в медленном темпе, преимущественно в ИП лежа. В фазе ремиссии упражнения выполняются в ИП стоя, сидя и лежа; увеличивается амплитуда движений, можно использовать упражнения со снарядами (весом до 1,5 кг).

При переводе больного на палатный режим, утверждает А.Д. Ибатов [5, c. 120], назначается реабилитация второго периода. К задачам первого добавляются задачи бытовой и трудовой реабилитации больного, восстановление правильной осанки при ходьбе, улучшение координации движений. Второй период занятий начинается при значительном улучшении состояния больного. Рекомендуются УГГ, ЛГ, массаж брюшной стенки. Упражнения выполняются в положении лежа, сидя, в упоре на коленях, стоя с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп, по-прежнему исключая мышцы брюшного пресса. Наиболее приемлемым является положение лежа на спине: оно позволяет увеличить подвижность диафрагмы, оказывает щадящее влияние на мышцы живота и способствует улучшению кровообращения в брюшной полости. Упражнения для мышц брюшного пресса больные выполняют без напряжения, с небольшим числом повторений. После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии назначают свободный режим, подчеркивает В.А. Епифанов [3, c. 216]. В занятиях ЛГ используют упражнения для всех мышечных групп (щадя область живота и исключая резкие движения) с возрастающим усилием из различных ИП. Включают упражнения с гантелями (0,5-2 кг), набивными мячами (до 2 кг), упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Диафрагмальное дыхание максимальной глубины. Ходьба до 2-3 км в день; ходьба по лестнице до 4-6 этажей, желательны прогулки на открытом воздухе. Продолжительность занятия ЛГ 20-25 мин.

## .2 Физическая реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения

На поликлиническом этапе проводят наблюдение больных по третьей группе диспансерного учета [5, с. 120-121]. При ЯБЖ больные осматриваются от 2 до 4 раз в год терапевтом, гастроэнтерологом, хирургом, онкологом. Ежегодно, а также при обострении, проводятся гастроскопия и биопсия; рентгеноскопия - по показаниям, клинический анализ крови - 2-3 раза в год, анализ желудочного сока - 1 раз в 2 года; анализ кала на скрытую кровь, исследование желчевыводящей системы - по показаниям. При осмотрах корригируется режим питания, при необходимости проводится противорецидивная терапия, определяется рациональное трудоустройство и показания к направлению на санаторно-курортное лечение. При ЯБДК пациент приглашается на периодические осмотры 2-4 раза в год в зависимости от частоты обострений. Кроме того, пациентам проводят санацию полости рта, протезирование зубов. Физиотерапевтические процедуры включают: электросон, микроволновую терапию на область желудка, УВЧ-терапию, ультразвук.

## .3 Физическая реабилитация на санаторном этапе лечения

Показанием для санаторно-курортного лечения является ЯБЖ и ДПК в стадии ремиссии, неполной ремиссии или затухающего обострения, если отсутствует двигательная недостаточность желудка, склонность к кровотечениям, пенетрации и подозрение на возможность злокачественного перерождения. Больные направляются в местные специализированные санатории, на курорты гастроэнтерологического типа с минеральными питьевыми водами (на Кавказ, в Удмуртию, Нижнеивкино и др.) и грязевые курорты. Санаторно-курортное лечение включает лечебное питание по диете стол №1 с переходом на столы № 2 и № 5 [Приложение Б]. Проводится лечение минеральными водами, принимаемыми в теплом виде порциями по 50-100 мл 3 раза в день, общим объемом до 200 мл. Время приема определяется состоянием секреторной функции желудка. Принимают негазированные слабо- и среднеминерализированные минеральные воды, преимущественно щелочные: «Боржоми», «Смирновская», «Ессентуки» №4. При сохраненной и повышенной секреции воду принимают за 1-1,5 часа до еды. Бальнеопроцедуры включают ванны хлоридные натриевые, радоновые, хвойные, жемчужные (через день), теплолечение: грязевые и озокеритовые аппликации, электрофорез грязи. Кроме того, назначают синусоидально-моделированные токи, СМВ-терапию, ДМВ терапию, диадинамические токи. ЛФК проводят по щадящее-тонизирующему режиму с применением УГГ, малоподвижных игр, дозированной ходьбы, плавания в открытых водоемах [5, c. 121]. Используется также лечебный массаж: сзади - сегментарный массаж в области спины от С-IV до D-IX слева, спереди - в эпигастральной области, расположении реберных дуг. Массаж поначалу должен быть щадящим. Интенсивность массажа и продолжительность процедуры постепенно увеличивается от 8-10 до 20-25 мин к концу лечения [14, с. 335].

Лечение больных проходит в период ремиссии, объем и интенсивность занятий ЛГ увеличивается: широки используют ОУУ, ДУ, упражнения на координацию, разрешают подвижные и некоторые спортивные игры (бадминтон, настольный теннис,), эстафеты. Рекомендуются терренкур, прогулки зимой - ходьба на лыжах (маршрут должен исключать подъемы и спуски с крутизной, превышающей 15-20 градусов, стиль ходьбы попеременный). В процедуре ЛГ отсутствуют силовые, скоростно-силовые упражнения, статические усилия и напряжения, прыжки и подскоки, упражнения в быстром темпе. ИП сидя и лежа [3, c. 216].

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЯБ занимает второе место по заболеваемости населения после ИБС. Многие случаи язв желудка и ДПК, гастритов, дуоденитов, и, возможно, некоторые случаи рака желудка этиологически связаны с инфицированием Helicobacter pylori. Однако у большинства (до 90%) инфицированных носителей H.P. не обнаруживается никаких симптомов заболеваний. Это дает основание полагать, что ЯБ является заболеванием неврогенного характера, развившееся на фоне длительных психоэмоциональных перенапряжений. Статистика показывает, что городские жители более подвержены ЯБ, чем жители сельской местности. Менее значительным фактором для возникновения ЯБ является неправильное питание. Я думаю, все согласятся со мной, что на фоне стрессов, эмоциональных перегрузок в работе и жизни, люди нередко, сами того не замечая, склоняются к вкусной, а не полезной еде, а также кто-то злоупотребляет табачными изделиями и спиртными напитками. На мой взгляд, если бы обстановка в стране не была накалена, как на данный момент, то заболеваемость была бы явно ниже. Во времена Великой отечественной войны солдаты были подвержены различным заболеваниям ЖКТ от военного положения в стране, от неправильного питания и злоупотребления табаком. Солдаты также подлежали к госпитализации и реабилитации. Спустя семьдесят лет факторы возникновения ЯБ остались прежними.

Для лечения язвенной болезни прежде всего используется медикаментозная терапия для подавления инфекционного фактора (антибиотики), для остановки кровотечения (если необходимо), лечебное питание, для профилактики осложнений используют двигательный режим с применением физических средств реабилитации: УГГ, ЛГ, ДУ, упражнения на расслабление, которые являются специальными, и прочие формы проведения занятий. Также назначаются физиотерапевтические процедуры (электросон, электрофорез новокаина и др.). Очень важно, чтобы в период реабилитации больной находился в состоянии покоя, по возможности обеспечить тишину, ограничение просмотра телевизора до 1,5-2 часа в день, прогулки на открытом воздухе 2-3 км в сутки.

По прошествии стадии рецидива, пациент переводится на учет в поликлинику к гастроэнтерологу, проходит наблюдение в течение 6 лет, с периодическими лечениями в санаториях или курортах для обеспечения стойкой ремиссии. В санатории пациенты лечатся минеральными водами, различными видами массажа, прогулки на лыжах, велосипедах, плавание в открытых водоемах, игры.

Физическая реабилитация при любых заболеваниях играет важную роль для полного восстановления человека после перенесенных заболеваний. Это позволяет сохранить человеку жизнь, научить его справляться со стрессами, обучать и воспитывать в нем сознательное отношение в выполнении физических упражнений с целью поддержания своего здоровья, прививать стереотип о здоровом образе жизни, что помогает человеку в дальнейшем вновь не подвергнуться заболеванию.

# СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

Н.Р. - Helicobacter pylori (Геликобактер пилори)

ДМВ - дециметроволновая (терапия)

ДПК - двенадцатиперстная кишка

ДУ - дыхательные упражнения

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИБС - ишемическая болезнь сердца

ИП - исходное положение

ЛГ - лечебная гимнастика

ЛФК - лечебная физическая культура

НС - нервная система

ОРУ - общеразвивающие упражнения

ОУУ - общеукрепляющие упражнения

СМВ - сантиметроволновая (терапия)

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

ФГС - фиброгастроскопия

УВЧ - ультравысокочастотная (терапия)

УГГ - утренняя гигиеническая гимнастика

ЧСС - частота сердечных сокращений

ЭКГ - элекрокардиография

ЯБ - язвенная болезнь

ЯБДК - язвенная болезнь двенацатиперстной кишки

ЯБЖ - язвенная болезнь желудка

# БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Белая, Н.А. Лечебная физкультура и массаж : учеб.-метод. пособие для мед. работников / Н.А. Белая. - М. : Сов. Спорт, 2001. - 272с.

2. Горелова, Л.В. Краткий курс лечебной физической культуры и массажа : учеб. пособие / Л.В. Горелова. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. - 220 с.

. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура : учеб. пособие для мед. вузов / В.А. Епифанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 567 с.

. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина : учебник / В.А. Епифанов. - М. : Медицина, 2004. - 304 с.

. Ибатов, А.Д. Основы реабилитологии : учеб. пособие / А.Д. Ибатов, С.В. Пушкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 153 с.

. Калюжнова, И.А. Лечебная физкультура / И.А. Калюжнова, О.В. Перепелова. - Изд. 2-е .- Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. - 349 с.

. Козырева, О.В. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия : учебный словарь-справочник / О.В. Козырева, А.А. Иванов. - М. : Сов. Спорт, 2010. - 278 с.

8. Литвицкий, П.Ф. Патофизиология : учебник для вузов: в 2 т. / П.Ф. Литвицкий. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - 2006. - 807 с.

. Милюкова, И.В. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик / И.В. Милюкова, Т.А. Евдокимова ; под общ. ред. Т.А. Евдокимовой. - М.: АСТ ; СПб. : Сова : , 2007. - 991 с. : ил.

10. Петрушкина, Н.П. Фитотерапия и фитопрофилактика внутренних болезней : учеб. пособие для самостоятельной работы / Н.П. Петрушкина ; УралГУФК. - Челябинск : УралГУФК, 2010. - 148 с.

. Попова, Ю.С. Болезни желудка и кишечника : диагностика, лечение, профилактика / Ю.С. Попова. - СПб. : Крылов, 2008. - 318 с.

. Физиотерапия : национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 864 с.

. Физиотерапия : учеб. пособие / под ред. А.Р. Бабаевой. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. - 285 с.

. Физическая реабилитация : учебник / под общ. ред. С.Н. Попова. - Изд. 2-е, перераб. доп. - Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. - 603с.

. Ходасевич, Л.С. Конспект лекций по курсу частной патологии / Л.С. Ходасевич, Н.Д. Гончарова .- М. : Физическая культура, 2005 .- 347с.

. Частная патология : учеб. пособие / под общ. ред. С.Н. Попова. - М. : Академия, 2004. - 255с.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение А

## План-конспект лечебной гимнастики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Дата проведения: 11.11.11

Наблюдаемый: ФИО., 32 года

Диагноз: язвенная болезнь двенадцатипетстной кишки, гастродуоденит, поверхностный гастрит;

Стадия заболевания: рецидив, подострая (затухающего обострения)

Двигательный режим: расширенный постельный режим

Место проведения: палата

Метод проведения: индивидуальный

Продолжительность занятия: 12 минут

Задачи занятия:

. способствовать урегулированию нервных процессов в коре головного мозга, повышению психоэмоционального состояния;

2. способствовать улучшению функций пищеварения, окислительно-восстановительных процессов, регенерации слизистой оболочки, улучшению функций дыхания и кровообращения;

. обеспечить профилактику осложнений и застойных явлений, способствовать повышению общей физической работоспособности;

. продолжить обучение диафрагмальному дыханию, упражнениям на расслабление, элементам аутотренинга;

. воспитывать сознательное отношение к выполнению специальных физических упражнений в домашних условиях с целью профилактики рецидива заболевания и продления периода ремиссии.

Приложение

Таблица

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Части занятия | Частные задачи | Содержание занятия | Дозировка | Организ.-метод. указания |
| Вводная подготовка организма к предстоящей нагрузке t = 3' | Проверка ЧСС и ЧДД | 1) ИП лежа на спине.Измерение ЧСС и ЧДД | ЧСС за 15'' ЧДД за 30'' | Показать область измерения |
|  | Обучить диафрагмальному дыханию | 1) ИП лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Диафрагмальное дыхание: 1. вдох - брюшная стенка поднимается, 2. выдох - втягивается | 6-8 раз | Темп медленный Представить как воздух выходит из легких |
|  | Улучшить периферическое кровообращ. | 2) ИП лежа на спине, руки вдоль туловища. Одновременное сгибание и разгибание стоп и кистей в кулак | 8-10 раз | Темп средний Дыхание произвольное |
|  | Стимулировать кровообращение в нижних конечностях | 3) ИП лежа на спине Поочередное сгибание ног без отрыва стоп от постели 1. выдох - сгибание, 2. вдох - разгибание | 5-7 раз | Темп медленный |
|  | Стимулировать кровообращение в верхних конечностях | 4) ИП лежа на спине, руки вдоль туловища 1. вдох - развести руки в стороны, 2. выдох - вернуться в ИП | 6-8 раз | Темп медленный |
| Основная Решение общих и специальных задач t = 6' | Укрепить мышцы брюшного пресса и тазового дна | 5) ИП лежа на спине, ноги согнуты в коленях. 1. развести колени в стороны, соединив подошвы, 2. вернуться в ИП | 8-10 раз | Темп медленный Дыхание не задерживать |
|  | Улучшить кровообращение во внутренних ораганах | 6) ИП сидя на кровати, ноги опущены, руки на поясе. 1. выдох - повернуть туловище вправо, руки в стороны, 2. вдох - вернуться в ИП, 3. выдох - повернуть туловище влево, руки в стороны, 4. вдох - вернуться в ИП | 3-4 раза | Темп медленный Амплитуда неполная Щадить область эпигастрия |
|  | Укрепить мышцы тазового дна и улучшить функцию опорожнения | 7) ИП лежа на спине. Медленно согнуть ноги и поставить стопы к ягодицам, опираясь на локти и стопы 1. поднять таз 2. вернуться в ИП | 2-3 раза | Темп медленный Дыхание не задерживать |
| Заключит. снижение нагрузки, восстановление ЧСС и ЧДД t = 3' | Общее расслабление | 8) ИП лежа на спине. Расслабить все мышцы | 1' - отдых | Глаза закрыть Включение элементов аутотренинга |
|  | Проверка ЧСС и ЧДД | 1) ИП лежа на спине. Измерение ЧСС и ЧДД | ЧСС за 15'' ЧДД за 30'' | Спросить больного о самочувствии Дать рекомендации по самостоятельному выполнению ФУ в домашних условиях |

## Диетические столы по Певзнеру

Стол №1. Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии затихающего обострения и в стадии ремиссии, хронический гастрит с сохранённой и повышенной секрецией в стадии затихающего обострения, острый гастрит в стадии затихания. Характеристика: физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, ограничение поваренной соли, умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке. Кулинарная обработка: все блюда готовят в отварном, протертом виде или на пару, допускают отдельные блюда в запеченном виде. Энергетическая ценность: 2 600-2 800 ккал (10 886-11 723 кДж). Состав: белки 90-100 г, жиры 90 г (из них 25 г растительного происхождения), углеводы 300-400 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6-8 г. Масса суточного рациона 2,5-3 кг. Режим питания - дробный (5-6 раз в сутки). Температурагорячих блюд - 57-62 °С, холодных - не ниже 15 °С.

Стол №1а. Показания: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в первые 10-14 дней, острый гастрит в первые дни заболевания, обострение хронического гастрита (с сохраненной и повышенной кислотностью) в первые дни заболевания. Характеристика: физиологическое содержание белков и жиров, ограничение углеводов, резкое ограничение химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ. Кулинарная обработка: все продукты отваривают, протирают или готовят на пару, блюда жидкой или кашицеобразной консистенции. Энергетическая ценность: 1 800 ккал (7 536 кДж). Состав: белки 80 г, жиры 80 г, (из них 15-20 г растительных), углеводы 200 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6-8 г. Масса суточного рациона - 2-2,5 кг. Режим питания - дробный (6-7 раз в сутки). Температура горячих блюд - 57-62 °С, холодных - не ниже 15 °С.

Стол №1б. Показания: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в последующие 10-14 дней, острый гастрит и обострение хронического гастрита в последующие дни. Характеристика: физиологическое содержание белков, жиров и ограничение углеводов, значительно ограничены химические и механические раздражители слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ. Кулинарная обработка: все блюда готовят в протертом отварном виде или на пару, консистенция блюд - жидкая или кашицеобразная. Энергетическая ценность: 2 600 ккал (10 886 кДж). Состав: белки 90 г, жиры 90 г (из них 25 г растительного жира), углеводы 300 г, свободная жидкость 1,5 л, поваренная соль 6-8 г. Масса суточного рациона - 2,5-3 кг. Режим питания: дробный (5-6 раз в сутки). Температура горячих блюд - 57-62 °С, холодных - не ниже 15 °С.

Стол №2. Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в период выздоровления, хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период ремиссии без сопутствующих заболеваний. Общая характеристика: физиологически полноценная, богатая экстрактивными веществами диета, с рациональной кулинарной обработкой продуктов. Исключаются продукты и блюда, долго задерживающиеся в желудке, трудно перевариваемые, раздражающие слизистую оболочку и рецепторный аппарат ЖКТ. Диета оказывает стимулирующее действие на секреторный аппарат желудка, способствует улучшению компенсаторно-приспособительных реакций пищеварительной системы, предотвращает развитие болезни. Кулинарная обработка: блюда можно отваривать, запекать, тушить, а также обжаривать без панировки в сухарях или муке и без образования грубой корки. Энергетическая ценность: 2800-3100 ккал. Состав: белки 90-100 г, жиры 90-100 г, углеводы 400-450 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли до 10-12 г. Масса суточного рациона - 3 кг. Режим питания - дробный (4-5 раз в сутки).Температура горячих блюд - 57-62˚С, холодных - ниже 15 °С.

Стол №5. Показания: хронические гепатиты и холециститы в стадии ремиссии, желчнокаменная болезнь, острые гепатиты и холециститы в период выздоровления. Общая характеристика: количество белков, жиров и углеводов определяют физиологическими потребностями организма. Исключаются сильные стимуляторы секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами); тугоплавкие жиры; жареные блюда; продукты, богатые холестерином, пуринами. Повышенное потребление овощей и фруктов способствует усилению желчегонного действия других пищевых веществ, перистальтики кишечника, обеспечивает максимальное выведение холестерина. Технология приготовления: Блюда в отварном виде, реже - в запеченном. Энергетическая ценность: 2200-2500 ккал. Состав: белки 80-90 г, жиры 80-90 г, углеводы 300-350 г. Режим питания - 5-6 раз в сутки. Разрешается только теплая пища, холодные блюда исключаются.