Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение

Республики Башкортостан

«Бирский медико-фармацевтический колледж»

КУРСОВАЯ РАБОТА

По теме Реабилитация пациента при пониженной секреции (гастрит с пониженной секрецией желудочного сока)

Основная профессиональная образовательная программа по специальности 060501 Сестринское дело базовой подготовки

Бирск, 2014г

Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические основы хронического гастрита с пониженной секрецией желудочного сока

.1 Общие понятия гастрита

.2 Диагностика хронических гастритов

.3 Осмотр пациента при пониженной секреции

Вывод по теоретической части

Глава 2. Разработка программы реабилитации пациентов при пониженной секреции

.1 Реабилитация при хроническом гастрите

.2 Методика лечебной гимнастики и физкультуры при хроническом гастрите

Заключение

Список использованной литературы

Приложения

Введение

Актуальность исследования. Гастрит с пониженной секреторной активностью желудка осложняется редко.

Тем не менее, его связывают с развитием некоторых форм рака желудка. Это возможно при многолетием болезни.

Хронический гастрит - широко распространенное заболевание органов пищеварения, которым в разных странах мира страдают около 20-30% всего взрослого населения. Среди всех заболеваний желудка на хронический гастрит приходится 80-85 %.

Считается, что распространенность хронического гастрита зависит от расовой принадлежности, места проживания людей и их возраста.

Хронический гастрит типа А встречается достаточно редко (около 10% всех атрофических гастритов), в основном в двух возрастных группах: у пожилых людей и у детей.

На долю хронического гастрита типа В приходится около 90% всех хронических гастритов, причем мужчины молодого и среднего возраста страдают им значительно чаще женщин, но после 60-65 лет эти различия исчезают.

Гастрит с пониженной кислотностью представляет собой воспаление слизистой, сопровождающееся снижением кислотности желудочного сока, вследствие, чего сокращается объем и способность расщепления пищи.

Такая форма заболевания встречается в четверти случаев впервые выявленного хронического гастрита, в запущенных формах достигает 60%.

Объясняется это тем, что острый гастрит, переходя в хронический, имеет высокие показатели кислотности, однако после кислотность падает.

В большинстве случаев эта форма гастрита характерна для людей в возрасте, давно страдающих воспалением слизистой оболочки желудка.

Необходимость реабилитации пациентов при хроническом гастрите с пониженной секреции желудочного сока - это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Цель реабилитации - эффективное и раннее возвращение больных к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека.

Первое и основное направление реабилитации - восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого - развитие компенсаторных и заместительных приспособлений.

Реабилитация при хроническом гастрите носят комплексный характер и включают в себя следующие мероприятия.

. Медикаментозное лечение.

. Лечебная физическая культура

. Диета (лечебное питание и соблюдение режима питания).

. Устранение профессиональных и других вредностей.

. Физиотерапия.

. Местное воздействие на слизистую оболочку желудка.

Цель: разработать методику реабилитации пациентов с пониженной секреции желудочного сока.

Задачи:

. Изучить теоретические основы хронического гастрита при пониженной секрецией желудочного сока;

. Изучить виды реабилитации при хроническом гастрите;

. Разработать методику ЛКФ при хроническом гастрите.

Объект исследования: Реабилитация пациентов.

Предмет исследования: Реабилитация пациента при пониженной секреций.

Глава 1. Хронический гастрит с пониженной секрецией желудочного сока

.1 Общие понятия гастрита

Гастрит - заболевание, характеризующееся поражением слизистой оболочки желудка. Опасность данного заболевания заключается в том, что нормальная кислотность защищает желудок не давая проникнуть в него патогенной микрофлоре. Но при пониженной кислотности попадание различных инфекций становится возможным и как следствие появляются воспалительные процессы.

Причинами могут являться как внешние, так и внутренние факторы. Внешними могут быть: очень горячая или грубая пища, злоупотребления алкоголем, инфицирование hp (хеликобактер пилори) и пища, которая плохо переваривается. Среди внутренних факторов можно выделить эндокринные и обменные патологии, заболевания пищеварительной системы и аутоиммунные нарушения.

Слизистая оболочка желудка повреждается под влиянием неблагоприятных факторов, появляются воспаления. Регенерация эпителиальных клеток постепенно нарушается, что в конечном итоге сказывается на работе желез. Способность к производству соляной кислоты и пищеварительных ферментов снижается, уменьшается само количество клеток желез. Параллельно с этим развиваются нарушения функций ЖКТ, что приводит к забросу содержимого 12-перстной кишки в желудок. Отсюда следует, что на первый план выходят симптомы, которые связанны с перевариванием пищи. Реже - болевой синдром.

К симптомам относятся: отрыжка с неприятным запахом; полнота и распирание верхней части желудка; чувство тяжести; чувство полноты желудка; тупые ноющие боли в верхней части желудка; урчание в животе; повышенный метеоризм.

1.2 Диагностика хронических гастритов

Диагностика. Осмотр. Обычно не выявляет видимых признаков.

Клиническое обследование. Ощупывание живота (вызывает обострение болезненности), осмотр кожных покровов.

Определение кислотности. Зондирование с забором желудочного сока или ацидотест с последующим забором мочи.

Определение наличия бактерий.

Определение бактерий в кале.

Респираторный тест (на наличие бактерии hp).

Осмотр слизистой желудка (фиброгастроскопия). Введение в желудок оптоволоконного шланга через рот. Процедура неприятная, но безболезненная, которая позволяет абсолютно точно установить диагноз.

Определение активности секреции с помощью зондирования или ФГДС (фиброгастроскопия).

Лечение состоит из нескольких задач:

- Восстановление активности ферментов.

- Восстановление правильной работы отделов пищеварения и ЖКТ.

- Нормализация пищеварения.

- Назначение антибиотиков при обнаружении хеликобактер пилори.

Гастрит с пониженной кислотностью не так выражен, как с повышенной, поэтому в основе лежит питание (диета) и здоровый образ жизни, а не медикаментозное лечение. Следует воздержаться от курения и алкоголя.

Для восполнения активности ферментов врач назначает дополнительные лекарства. Для регуляции работы ЖКТ - метоклопрамид и домперидон, то есть препараты для регуляции пищеварения (например, «Мотилиум»).

Наиболее полной и подробной на сегодня остается классификация, предложенная С.М. Рыссом

По функциональному признаку.

. Гастрит с нормальной секреторной функцией.

. Гастрит с умеренно выраженной секреторной недостаточностью.

. Гастрит с резковыраженной секреторной недостаточностью.

Учитывая большое разнообразие факторов, приводящих к возникновению заболевания, выделяют острый гастрит, вызванный разовым воздействием раздражителей, негативно влияющих на слизистую желудка, и хронический гастрит, возникающий при длительном влиянии причинных факторов.

Острый гастрит чаще возникает из-за употребления недоброкачественной пищи, содержащей микробы или их токсины, реже - при попадании в желудок химических раздражающих веществ (например, слишком острых специй или употребляемых с различными целями технических жидкостей) и приема лекарственных препаратов (чаще салициловой кислоты и ее производных). В основе его проявлений лежит острое воспаление слизистой оболочки. Основными причинами хронического гастрита являются:

- инфицирование бактерией Helicobacter pylori (на сегодня считается одной из основных причин хронического гастрита и язвенной болезни 12-перстной кишки)

- нерациональное питание (нерегулярный прием пищи, преобладание в рационе сухих продуктов и быстрый прием недостаточно прожеванных продуктов, злоупотребление специями и другими раздражающими веществами)

- злоупотребление алкоголем, длительное и частое курение (практически всегда сопровождаются хроническим гастритом)

- постоянный стресс, неврозы и депрессивные расстройства

- длительный прием некоторых лекарственных препаратов

- нарушения функции иммунной системы организма с образованием антител, атакующих собственные клетки слизистой желудка

Хронический гастрит начинается, как правило, исподволь и длительное время вообще может не проявляться. Затем появляются ноющие боли, чувство тяжести и распирания в верхних отделах живота, усиливающиеся после еды. Часто хронический гастрит сопровождается снижением аппетита, периодической изжогой, неприятным вкусом во рту. Иногда возникают тошнота и даже рвота.

В начале развития хронического гастрита преобладают признаки, вызываемые повышенной секрецией желудочного сока. При длительном течении хронического гастрита могут нарушаться функции других органов желудочно-кишечного тракта с возникновением таких осложнений, как дискинезий желчевыводящих путей и хронического холецистита, хронического панкреатита, хронического дуоденита. При хроническом гастрите возможно появление эрозий и в дальнейшем язвенной болезни, а в случае атрофии слизистой повышается риск рака желудка.

Хронический гастрит имеет разнообразные морфологические и функциональные проявления, которые следует тщательно изучать и анализировать для постановки правильного развернутого диагноза. При этом важно использовать и учитывать весь спектр имеющихся в распоряжении врача методов исследования, начиная с тщательного сбора анамнеза и внимательного осмотра больного и кончая сложными методами диагностики.

При сборе анамнестических данных следует обратить особое внимание на условия питания, труда и быта больного, наличие у него вредных привычек (курение, злоупотребление алкогольными напитками) и профессиональных вредностей. Следует учитывать анамнестические данные о ранее перенесенных заболеваниях, особенно болезней желудочно-кишечного тракта, и указания на наследственную предрасположенность к заболеваниям желудка.

При осмотре больного обращают внимание на его общий вид, состояние полости рта (языка, десен, зубов), наличие запаха изо рта. Внешний вид языка имеет определенные особенности, характерные для того или иного заболевания желудка. Так, при желудочной ахилии язык больного обложен налетом, отмечается сухость языка и атрофия его сосочков. При острых воспалительных заболеваниях желудка язык густо обложен налетом белого цвета.

При осмотре области живота у худых, истощенных больных можно увидеть очертания желудка. Иногда определяется опухоль желудка в виде выпячивания в эпигастральной области. При стенозе привратника можно увидеть контуры желудка с волнами перистальтики и антиперистальтики.

Перкуссией, а также совместным использованием перкуссии и аускультации можно определить границы желудка.

Пальпация позволяет установить тонус желудочных стенок. При глубокой пальпации живота удается определить положение большой кривизны желудка и прощупать привратник, который при патологических изменениях приобретает плотную консистенцию.

Используя методику толчкообразной пальпации снизу вверх, можно определить нижнюю границу желудка по появлению плеска (после приема жидкости) у исследуемого, находящегося в вертикальном положении.

В то же время при хроническом гастрите важно применять комплекс лабораторно-инструментального обследования для уточнения стадии развития заболевания и его возможных осложнений.

Наиболее распространенным методом диагностики хронического гастрита является фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой для определения гистологической стадии процесса и обнаружения Helicobacter pylori. Также практически всем больным выполняется ультразвуковое исследование органов брюшной полости для оценки состояния печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.

В случае необходимости уточнить диагноз и выявить предрасполагающие к гастриту причины может быть назначена рентгенография с пассажем бария, внутрижелудочная рН-метрия, манометрия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и 12-перстной кишки. На сегодня для больных с гастритами и язвенной болезнью также доступны неинвазивные (т.е. не требующие проведения фиброгастродуоденоскопии) методы обнаружения Helicobacter pylori (уреазный дыхательный тест, определение антител к возбудителю в крови, выявление антигена бактерии в кале).

Важная роль в диагностике хронических гастритов принадлежит изучению секреторной функции желудка и установлению ее недостаточности. Желудочная секреция исследуется фракционно натощак и после введения пробного завтрака (исследование натощакового и базального объема секреции, определение кислотности без и с помощью физиологических пробных раздражителей: капустный отвар, мясной бульон, внутрижелудочная рН-метрия).

Методами функциональной диагностики хронического гастрита являются исследование желудочной секреции тонким зондом и внутрижелудочная рН-метрия. Применение максимальной стимуляции желудочной секреции позволило установить прямую зависимость между уровнем желудочного выделения и количеством париетальных (обкладочных) клеток. Т.к. метод максимальной стимуляции гистамином плохо переносится больными, для определения максимального секреторного ответа желудка в настоящее время чаще используется пентагастрин в дозе 6 мг/кг. Внутрижелудочная рН-метрия проводится с использованием рН-зондов. По данным желудочной рН-метрии, при рН 1,9 - 0,9 делается заключение о повышенной секреторной функции (сильнокислый желудок), при рН 2,0 - 2,9 - о сохраненной секреторной функции (среднекислый желудок). Умеренно выраженная секреторная недостаточность характеризуется показателями рН 3,0 - 4,9, а выраженная - 6,9 - 5,0. Ахлоргидрии соответствует рН 7 и более.

Атрофические формы гастрита имеют типичную для них морфологическую картину при исследовании материала, полученного с помощью гастробиопсии: цвет слизистой оболочки желудка изменен, она истончена, просвечивают кровеносные сосуды, гистологически определяются атрофия желудочных желез и разрастание соединительной ткани.

Основу прижизненной морфологической диагностики хронического гастрита составляют аспирационная и прицельная гастробиопсии. Они позволяют определить форму заболевания, степень тяжести и динамику поражений.

Аспирационная и прецельная гастробиопсии дают возможность изучить структуру слизистой оболочки в целом (эпителий, железистый аппарат с главными и обкладочными клетками), определить характер ее поражений и тяжесть гистологических изменений и тем самым поставить точный морфологический диагноз хронического гастрита. Проведение повторной аспирационной биопсии позволяет уточнить динамику гистологических изменений слизистой оболочки желудка.

Цитологическое исследование при атрофических формах хронических гастритов в одних случаях выявляет небольшие изменения, в других - цитограммы имеют признаки нарастающей клеточной атипии, что особенно важно для своевременного выявления процесса малигнизации.

Изучение моторной деятельности желудка с помощью электрогастрографии позволяет уточнить течение заболевания. Этот метод является дополнительным и служит для выявления нарушений желудочной перистальтики. При хроническом гастрите с секреторной недостаточностью электрогастрограммы носят гипокинетический и акинетический характер. Для хронического гастрита с сохраненной им повышенной перистальтикой характерны нормокинетические и гиперкинетические электрогастрограммы.

Атрофическую форму хронического гастрита следует дифференцировать от рака желудка, протекающего со стойкой ахилией. При этом решающую роль играют рентгенологический, гастроскопический и цитологический (наличие атипичных клеток в промывных водах желудка) методы исследования. Кроме того, большое значение в ранней диагностике рака имеет метод эксфолиативного цитологического исследования слизистой оболочки желудка. Следует отметить, что стойкая ахилия сопутствует таким заболеваниям, как пеллагра, анемия Аддисона-Бирмера и спру.

Полипозную форму хронического гастрита необходимо дифференцировать от рака желудка. Полип желудка может переродиться в раковую опухоль. Процесс малигнизации сопровождается появлением скрытой крови в кале, застоем пищи в желудке, прогрессирующей анемией, похуданием больного и другими признаками раковой опухоли. При этом в желудочном соке обнаруживаются клетки Боаса-Опплера, в промывных водах желудка обнаруживаются раковые клетки.

Хронический гастрит следует также дифференцировать с функциональным неврозом желудка (так называемый "раздраженный желудок", "гиперергически раздраженный желудок", "судорожный желудок").

Для этой формы невроза желудка характерны боли в верхней части живота (в одних случаях боли не имеют четкой зависимости от приема пищи, в других - носят характер язвенных болей); изжога, отрыжка, запоры, непереносимость кислых и грубых пищевых продуктов. Данная форма невроза наблюдается у больных вегето-сосудистой дистонией. Клиническая картина заболевания очень напоминает язвенную болезнь, но рентгенологическое исследование обнаруживает лишь "возбужденный" желудок без язвенной "ниши". Гистологические исследования не выявляют изменений слизистой оболочки желудка. Желудочная секреция повышена.

Кроме того, хронический ахилический гастрит следует отличать от "функциональной ахилии", наблюдаемой у пожилых людей. Исследование показателей желудочной секреции (внутрижелудочная рН-метрия) при этом заболевании обнаруживает отсутствие соляной кислоты и пепсина в желудочном соке, а также снижение уровня уропепсиногена. Наряду с этим слизистая оболочка желудка, исследуемая методами гастроскопии и аспирационной биопсии, представляется абсолютно нормальной.

Хронический гастрит - это полиэтиологическое заболевание. Выделяют следующие факторы: инфицирование слизистой оболочки желудка Helicobacter pylory, генетическая предрасположенность, повреждающее действие дуоденального содержимого при рефлюксе. Кроме того, выделяют факторы, способствующие развитию хронического гастрита. Последние делятся на экзогенные и эндогенные. К экзогенным факторам можно отнести нарушения питания (нерегулярный прием пищи, переедание и др.), злоупотребление алкоголем, курение, наличие вредных факторов на работе (кислоты, щелочи, пыль на производстве), прием лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные средства и др.). К эндогенным факторам относят наличие очагов хронической инфекции (полости рта, носоглотки и др.). Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, болезни щитовидной железы и др.), нарушения обмена веществ (дефицит железа, ожирение), заболевания, сопровождающиеся гипоксией тканей (легочная, сердечная недостаточность) и интоксикацией (уремия).

В клинической картине отмечаются боли различного характера в эпигастральной области, явления желудочной диспепсии (тяжесть, давление, быстрая насыщаемость, тошнота, рвота, изменение аппетита) и астено-невротический синдром. Основная часть пациентов с хроническим гастритом лечатся амбулаторно, однако при выраженном обострении, при угрозе осложнений или затруднениях в дифференциальной диагностике хронического гастрита больные подлежат госпитализации. Режим общий либо полупостельный, в постоянном постельном режиме нет необходимости.

Медикаментозное лечение гастрита типа Б состоит в назначении эрадикационной терапии (при выявлении Helicobacter руlory). Применяют антибактериальные средства (амоксициллин, ампициллин, тетрациклин, кларитромицин, эритромицин, метронидазол, фуразолидон). Поскольку гастрит типа В часто сочетается с повышенной кислотной продукцией, для коррекции желудочной секреции назначают холинолитики (атропин, платифиллин, метацин, гастроцепин), блокаторы Н2-рецепторов (циметидин, ранитидин, фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (омепразол, эзомепразол, лансопразол, рабепразол), а также антациды (альмагель, фосфалюгель, сукральфат и др.). По показаниям назначают прокинетики, стимуляторы репаративных процессов, фитотерапию.

Из физиотерапевтических процедур используются гальванизация области желудка, индуктотермия на область желудка, диадинамические токи Бернара, амплипульс-терапия, ДМВ-терапия, пелоидотерапия, озокерито- и парафинотерапия, электрофорез на эпигастральную область с 3% раствором кальция, гипербарическая оксигенация.

Применение лекарственных препаратов также определяется уровнем желудочного кислотовыделения.

Больным, страдающим гастритом с сохраненной и повышенной секрецией соляной кислоты, назначают антоцидные, адсорбирующие и обволакивающие препараты. Рекомендуются использовать карбонат кальция (по 0,5-1 г на прием), нитрат висмута основного (по 0,5-1 г на прием), обладающего хорошим вяжущим действием. Эти препараты применяют часто в виде антацидных взвесей. Состав их может варьировать в зависимости от характера стула пациентов. При наклонности к запорам увеличивают дозу окиси магния и уменьшают дозу карбоната кальция или же полностью исключают этот препарат. При поносах увеличивают содержание карбоната кальция и уменьшают дозу окиси магния.

Также используют антацидные лекарственные средства, адсорбирующие соляную кислоту: триксиликат магния (по 0,5-1 г на прием), гидроокись алюминия и фосфаталюминия, входящие в состав алмагеля, алмагеля А и фосфолюгеля и назначаемые по 1-2 дозированные ложки 3-4 раза в день. Антацидные и обволакивающие препараты принимают обычно после еды.

При хроническом гастрите со сниженной секреторной функцией желудка, назначают препараты, усиливающие секрецию соляной кислоты: плантаглюцид (по 0,5-1 г 2-3 раза в день перед едой), сок подорожника (по 15 мл 2-3 раза в день за 30 минут до еды), различные горечи (настойка травы горькой полыни, настой корня одуванчика и т.д.).

При лечении атрофического гастрита назначают натуральный желудочный сок (по 1-2 ст. л. во время еды), ацидинпепсин, или остацид (по 1 таблетке 3 раза в день) и препараты, содержащие протеолитические ферменты: пепсидил (по 1-2 ст.л. 3 раза в день) и абомин (по 1 таблетке 3 раза в день во время еды).

Также применяют полиферментные препараты: дигестал, фестал, мезим-форте, панкреатин и др., содержащие набор различных ферментов поджелудочной железы и экстракт желчи и назначаемые по 1-2 дражже 3 раза в день во время еды.

Вспомогательную роль в лекарственном лечении больных хроническим гастритом играет применение препаратов, улучшающих трофические процессы в слизистой оболочке желудка: экстракт алоэ, метилурацил, пентоксил, витамины. Лечение данными препаратами проводится курсами продолжительностью 3-4 недели (чаще в зимнее и весеннее время).

Рекомендуется употребление минеральной воды: «Ессентуки № 4» или «№ 17». «Нарзан», «Славянская», «Арзни», которые назначают в теплом виде (30 С); воду пьют медленно, небольшими глотками, начиная с 1/4-1/2 стакана 2-3 раза в день до еды за 15-30 мин при пониженной кислотной продукции и за 1-1,5 часа до еды - при повышенной.

При гастритах с пониженной секрецией пить минеральную воду следует после физкультурных занятий за 15-20 минут до еды.

Соблюдение правильного режима питания, борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, выявление и лечение других заболеваний органов пищеварения, санация полости рта - все эти мероприятия предупредят возникновение и прогрессирование хронического гастрита.

Бег способствует нормализации кислотности желудочного сока. Так при пониженной секреции желудочного сока перед бегом выпейте стакан намагниченной воды - это усилит секреторную функцию желудка. Бегайте не менее 30 минут и не более часа.

В лечебной физкультуре главное внимание уделяют утренней гигиенической и лечебной гимнастике. Эти упражнения должны способствовать снижению возбудимости центральной нервной системы, улучшению моторики желудка и двенадцатиперстной кишки. Значительные физические нагрузки этим больным противопоказаны.

На поликлиническом этапе проводится основной объем реабилитационных мероприятий. Больные хроническим гастритом подлежат контрольным осмотрам терапевтом 2 раз в год по Д II группе диспансерного наблюдения. Проводится консультация гастроэнтеролога и хирурга по показаниям, контрольные анализы крови, мочи и кала на скрытую кровь. По показаниям - гастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка, внутрижелудочная рН-метрия или исследование желудочного сока методом фракционного зондирования. Пациенту при необходимости назначают медикаментозную терапию; физиотерапевтические процедуры назначаются 2 раза в год. Определяют показания к санаторно-курортному лечению.

Показанием для санаторно-курортного лечения в местных специализированных санаториях и курортах с питьевыми минеральными водами является хронический гастрит с секреторной недостаточностью, а также с сохраненной и повышенной секрецией вне фазы обострения; гастродуоденит с нарушенной секреторной и моторной функцией желудка вне обострения. Рекомендуются курорты с минеральными водами (Железноводск, Ессентуки, Ижевские минеральные воды).

Противопоказанием к санаторно-курортному лечению являются гастриты ригидные, антральные, а также полипы желудка и болезнь Менетрие (гипертрофический гастрит).

На санаторном этапе реабилитации, кроме климатотерапии, включающей воздушные и солнечные ванны, обтирание водой, купание и плавание в открытых водоемах, используют ванны: углекислые, минеральные, хвойные, жемчужные. Применяют души: циркулярный, веерный, дождевой. Назначается пелоидотерапия в виде грязевых или озокеритовых аппликаций на эпигастральную область, индуктогрязь на эпигастральную область, гальваногрязь, элекрофорез грязевого раствора. Лечебная физкультура проводится в виде дозированной ходьбы и упражнений в группах по облегченному комплексу в медленном темпе с паузами для отдыха и расслабления, с применением малонагрузочных упражнений для брюшного пресса.

Больные хроническим гастритом подлежат пожизненному динамическому диспансерному наблюдению и не снимаются с учета.

Пришли к выводу, что для углубленного исследования патологических процессов в слизистой оболочке желудка при хроническом его воспалении применяют дополнительные методы исследования: гистохимические и электронно-микроскопические.

С помощью рентгенологического исследования распознаются такие формы заболевания, как эрозивный, гигантский гипертрофический, полипозный и ригидный гастрит. Кроме того, рентгенологический метод позволяет провести дифференциальную диагностику с язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и раком желудка. Следует отметить, что нет рентгенологических симптомов, позволяющих поставить диагноз хронического гастрита, за исключением вышеназванных его форм.

В диагностике гигантского гипертрофического, а также эрозивной, полипозной и ригидной форм хронического гастрита, наряду с рентгенологическим методом, важную роль играет гастроскопия.

Диагностике ахилического (атрофического) хронического гастрита также помогает гастроскопический метод, который в данном случае выявляет изменение слизистой оболочки желудка, ее истончение и просвечивание кровеносных сосудов. При этом гистологическое исследование кусочка слизистой оболочки желудка, полученного с помощью аспирационной биопсии, выявляет атрофию желудочных желез с мелкоклеточной инфильтрацией и разрастанием соединительной ткани.

.3 Осмотр пациента при пониженной секреции

Реабилитация больных с заболеваниями органов пищеварения направлена на закрепление лечебного эффекта, индукцию и стабилизацию ремиссии, вторичную профилактику рецидивов и хронизации процессов, функциональное восстановление органов. В восстановительном лечении много общих положений: это лечебное питание, прием лечебной минеральной волы, санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах.

Сестринский процесс при реабилитации больных строится по традиционной схеме.

При обследовании пациентов необходимо учитывать характерные жалобы: характеристику и локализацию боли, иррадиацию, интенсивность, время возникновения (связь с приемом пищи), тошноту, рвоту, наличие поносов, запоров, изменений стула (слизи, крови, гноя).

Медицинская медсестра обязана обратить внимание на перенесенные заболевания, условия труда и быта, вредные привычки, наследственность пациента, а также учитывать его индивидуальные проблемы. При осмотре обращают внимание на общее состояние, положение в постели, состояние кожных покровов, слизистой языка, наличие печеночных знаков, форму и размеры живота, наличие венозного рисунка.

Медицинская сестра обязана принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным исследованиям, должна уметь проводить промывание желудка, ставить клизмы, собирать анализы кала на исследование. Кроме того, медицинская сестра заполняет необходимую медицинскую документацию и сопровождает пациента к месту обследования.

У пациентов могут возникать различные проблемы, в том числе: незнание принципов рационального и диетического питания, невозможность самостоятельного приема жидкости или пищи, страх перед возможностью недержания кала и мочи, неудобства, связанные с использованием судна или мочеприемника. Медицинской сестре необходимо знать принципы диетотерапии при заболеваниях органов пищеварения. Пища должна быть максимально щадящей механически, химически и термически, питание должно быть дробным. Медицинская сестра обязана обсудить с пациентом цели предстоящего ухода, проверить температуру принимаемых блюд, предложить полоскание рта после еды. Кроме того, медицинская сестра должна рассказать, какой режим наиболее благоприятен для данного пациента, какой пище следует отдавать предпочтение, какие осложнения могут возникнуть при несоблюдении рекомендаций. Медицинской сестре необходимо знать принципы рационального питания при заболеваниях желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы, контролировать набор продуктов в передачах из дома, создавать необходимый охранительный режим, контролировать характер стула и оказывать различную необходимую помощь по уходу.

После тщательного медицинского обследования медицинская сестра формулирует сестринские диагнозы: нарушение аппетита, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, горечь во рту, затруднения при глотании пищи, диарея, запоры, боль в животе с ее характеристикой, вздутие живота, желудочно-кишечное кровотечение. Она выявляет также психологические и социальные проблемы больного, например, трудности адаптации к факту недержания кала, зловонного стула или частой рвоты, дефицит внимания в семье к необходимости диетического питания и др. Из всех проблем медицинская сестра выбирает приоритетные и планирует уход, согласуя его с пациентом, ставя перед собой краткосрочные и долгосрочные цели и план их реализации, оценивает эффективность реализации плана сестринских вмешательств.

Вывод по теоретической части

Выяснили, что лечение пациента при пониженной секрецией состоит из нескольких задач:

Восстановление активности ферментов. Восстановление правильной работы отделов пищеварения и ЖКТ. Нормализация пищеварения. Назначение антибиотиков при обнаружении хеликобактер пилори.

Осмотр слизистой желудка (фиброгастроскопия). Введение в желудок оптоволоконного шланга через рот. Процедура неприятная, но безболезненная, которая позволяет абсолютно точно установить диагноз.

Определение активности секреции с помощью зондирования или ФГДС (фиброгастроскопия).

Гастрит с пониженной кислотностью не так выражен, как с повышенной, поэтому в основе лежит питание (диета) и здоровый образ жизни, а не медикаментозное лечение. Следует воздержаться от курения и алкоголя.

Для восполнения активности ферментов врач назначает дополнительные лекарства.

Диета и питание при гастрите должно быть полноценным по составу жиров, белков, углеводов, энергетической ценности и, что важно, разнообразным. Из рациона исключают: соленое и острое, каши, овощные супы, кофе, бульоны (грибные, рыбные, мясные), овощи и фрукты, мучные изделия. Добавляются кисломолочные продукты в небольшом количестве и ягодный сок с мякотью.

Питание должно быть регулярным 4-6 раз в день. Последний раз не позднее 2-3 часов до сна.

Переедание и сухоядение необходимо исключить. Обязательна горячая пища и первые блюда не реже одного раза в день.

Гастрит с пониженной кислотностью может быть, как легко излечен, так и иметь опасные последствия. Впервые приобретенное заболевание не грозит серьезными проблемами в большинстве случаев. Разве что при нарушении режима питания развиваются поносы.

Хроническая форма представляет реальную угрозу. Нарушается работа кишечника, поджелудочной железы и нормальное пищеварение. Необратимо меняется слизистая желудка, вызывая истончение или утолщение. Подобные повреждения часто приводят к язвенной болезни, которая может привести онкологии.

Медицинская сестра обязана знать основные жалобы и симптомы больных с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, принципы ухода, лечения, наблюдения и профилактики заболеваний пищеварительной системы. Часто у пациентов с заболеваниями нарушены такие базисные потребности, как еда, питье или выделение, которые обеспечивают обмен веществ в организме, постоянство гомеостаза, выработку энергии для жизнедеятельности.

хронический гастрит кислотность болезнь

Глава 2. Реабилитация пациента при пониженной секреции

.1 Реабилитация при хроническом гастрите

В коррекции функциональных нарушений и реабилитации при хроническом гастрите важная роль отводится качественному, полноценному питанию. Устранение дефицита витаминов, макро и микро элементов в пище является важным, а порой самым эффективным путём.

Дефицит витаминов группы B зачастую негативно сказывается на функционировании нервной системы. Организм человека, его желудок, остаётся беззащитным перед разрушающим воздействием стресса. Мышечный тонус ЖКТ, аппетит и пищеварение напрямую зависят от нормального поступления витаминов этой группы.

Витамин B1 - отвечает за перистальтику, секреторную (выделительную) функцию, эффективность работы мышц пищевода. Содействует образованию жировых тканей, и участвует в углеводном обмене. Витамин B2 (Рибофлавин) - его недостаток вызывает нарушения работы нервной системы, снижает иммунитет, а также функциональные, патологические изменения в деятельности органов пищеварения. Участвует в метаболических реакциях синтеза белков и жиров. Больные, страдающие хроническим гастритом с пониженной кислотностью, испытывают недостаток витамина B2.

Недостаток витамина В12 (кобаламина) - вызывает раздражительность, быструю утомляемость. Потерю аппетита, воспаление ткани языка, прекращение выработки соляной кислоты и фермента пепсина, нарушения моторики, деструктивные изменения эпителиальной ткани в желудочно-кишечном тракте.

Для этой группы витаминов характерны такие функции как:

Нормализация процесса пищеварения.

Участие в синтезе белка.

Метаболизм белков и углеводов.

Защищает нервные волокна от повреждений.

Витамин B5 (Пантотеновая кислота) - его недостаток вызывает повышенное выделение соляной кислоты.

Витамин B6 (Пиридоксин) - участвует в ферментативных реакциях, в белковом и липидном обмене. Выполняет функцию образования кислот в желудочных железах. Особенно важен, страдающим пониженной кислотностью. Недостаток приводит к поражению слизистых желудка, вызывает раздражительность и сонливость, множественные воспаления нервов.

В свою очередь болезни ЖКТ являются причиной недостатка витаминов группы B.

Один из основных компонентов реабилитационного питания при помощи БАД Vision, является витамин PP (Никотиновая кислота). Отвечает за секреторную и моторную функции желудка, повышает усвоение растительных белков.

Витамин РР - его недостаток вызывает поражение кожи, слизистых кишечника, ЦНС. Недостаток ниацина в лёгкой степени, вызывают раздражительность, изменения чувствительности кожи, снижение выделения желудочного сока, приводит к поносам и воспалениям тканей языка.

Витамин А антиоксидант, - естественный защитник организма от болезней. Стимулирует иммунный ответ, неотъемлемый участник борьбы с инфекционными заболеваниями, защищает клетку. Связан со слизистыми оболочками и выстилающими клетками ЖКТ, тем самым имеет важное значение в лечении заболеваний желудка и кишечника.

Поступление в организм достаточного количества витамина А, повышает барьерную функцию клетки, увеличивает способность лейкоцитов противостоять инфекции, усиливает неспецифический иммунитет. Биологически активная добака Детокс Способствуя синтезу гликопротеинов, восстанавливает повреждённые участки слизистой оболочки желудка, защищает от действия соляной кислоты.

Организм человека остро нуждается в дополнительных поступлениях витамина А. Его недостаток, приводит к повреждениям поверхностных слоёв эпителия, слизистых, вызывая эрозии и язвы. Такие деструктивные изменения вызванные недостатком ретинола, приводят к расстройствам пищеварения, нарушение деятельности желез внутренней секреции, гастритам. Вызывает воспаление слизистой оболочки толстой кишки.

Действие витаминов группы B и ретинола (Витамина А), усиливают друг друга, и охраняет от окисления витамин С.

Витамин C мощный антиоксидант, - позволяющий успешно справляться с эмоциональной и физической стрессовой нагрузкой. Усиливает восстановительные (Репаративные) процессы. Усиливает устойчивость к инфекциям и защищает слизистую ЖКТ от повреждения нитрозаминами, веществами вызывающими рак.

При инфицировании Helicobacter pylori отмечается критически низкое содержание витамина C в желудочном соке. Такое снижение концентрации приводит к значительному поражению эпителия желудка. Так же защищает слизистую от поражения канцерогенами антиоксидант - витамин E. Он нормализует восстановительные процессы, и не даёт окислятся витаминам А и С. Препятствует перекисному окислению жиров.

Витамин F или полиненасыщенные жирные кислоты, - являются основой защиты клеточных мембран, оказывает мощное влияние на деятельность желёз внутренней секреции. Способствует улучшению пищеварения, нормализуют жировой обмен.

.2 Методика лечебной гимнастики и физкультуры при хроническом гастрите

Больных хроническими гастритами обычно лечат в поликлинических условиях с периодическим санаторно-курортным лечением. Наряду с лечебным питанием, медикаментозной терапией, физиотерапией и аутогенной тренировкой широко используют и средства лечебной физкультуры.

Питание должно быть дробным (5-6 раз в сутки), пища - не горячей. При хроническом неатрофическом гастрите исключают продукты и блюда, раздражающие слизистую оболочку желудка (солёные, копчёные блюда, маринады, острые приправы, наваристые супы и др.). При хроническом атрофическом гастрите, протекающем с секреторной недостаточностью, показана диета, предусматривающая механическое щажение в сочетании с химической стимуляцией секреторной активности желудка. С этой целью в рацион включают мясные, рыбные и овощные супы, крепкие бульоны, нежирные мясо и рыбу, овощи и фрукты, соки, кофе. Диету назначают на период обострения болезни. После наступления ремиссии больным рекомендуют полноценное питание с исключением трудно перевариваемых продуктов (жир, сметана, сливки), а также продуктов, вызывающих брожение (цельное молоко, свежие изделия из теста, виноград и др.).

Физиотерапия для лечения хронических гастритов Физиотерапию широко применяют в комплексном лечении больных хроническим гастритом. Для купирования болевого синдрома используют электрофорез с новокаином, платифиллином, парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации. Для стимуляции железистого аппарата при хроническом гастрите с умеренной секреторной недостаточностью применяют синусоидальные модулированные токи и дециметровые электромагнитные волны.

Аутогенная тренировка представляет собой комплекс несложных упражнений, направленных на нормализацию эмоционального состояния и восстановление функций организма. Также дает хорошие результаты при лечении заболеваний, имеющих основой эмоциональное напряжение, а также напряжение гладкой мускулатуры - спастических болях ЖКТ, запорах, а также в лечении язвенной болезни желудка.

Основная задача аутотренинга - обучение мышечному расслаблению (релаксации). Полностью овладеть приемами аутогенной тренировки можно за 3 - 4 месяца с помощью ежедневных двух или трёх разовых занятий по 10 минут. В начале обучения лучше использовать для занятий время перед засыпанием и сразу после пробуждения (время естественной сонливости). В дальнейшем, для освоения техники аутотренинга, можно использовать любое время.

Технику аутотренинга нужно осваивать поэтапно: первый этап - дыхательная гимнастика, второй этап - упражнения для расслабления мускулатуры и третий этап - основные упражнения на самовнушение и концентрацию внимания.

Методика лечебной гимнастики включает следующие рекомендации:

- при обострении хронического гастрита средства лечебной физкультуры следует назначать только после стихания симптомов раздраженного желудка (боли, тошнота, рвота). В этом подостром периоде показана лишь лечебная гимнастика с исключением упражнений для мышц брюшного пресса, которые могут спровоцировать обострение;

- сосудистая дистония и лабильность сердечно-сосудистой системы не являются противопоказанием к применению лечебной гимнастики, так как физические упражнения будут способствовать их уменьшению (ликвидации);

- нарушение деятельности кишечника (понос) требует отсрочки назначения лечебная гимнастика до прекращения энтерита. Запоры не являются противопоказанием для применения физических упражнений, так как они содействуют улучшению работы кишечника;

- наряду с упражнениями без отягощения в комплекс лечебной гимнастики необходимо вводить и эмоциональные упражнения, направленные на повышение тонуса нервной системы, особенно у больных с пониженной секрецией (например, комбинированные движения, сопровождающиеся хлопками, и др.);

- упражнения в ходьбе рекомендуется выполнять с высоким подниманием бедер; подскоки следует заменить приседаниями и приподниманием на носки, не вызывающими сотрясения брюшных органов;

- специальные нагрузочные упражнения для мышц брюшного пресса в первой половине курса лечебной гимнастики не рекомендуются, так как и без этих упражнений мышцы достаточно вовлекаются в работу при наклонах и поворотах туловища в стороны;

- упражнения с гимнастическими предметами (гантели, булавы и др.) должны быть маховыми и сочетаться с дыхательными упражнениями; целесообразнее применять динамические дыхательные упражнения;

- общее число упражнений в занятии лечебной гимнастикой 15-25 в зависимости от общего состояния больного. В меньшем числе упражнений нуждаются больные с пониженной секрецией, в большем - больные с нормальной и повышенной секрецией (обычно достаточно упитанные);

- дозировка упражнений при хроническом гастрите с пониженной секрецией должна быть умеренной, а при хроническом гастрите с нормальной и повышенной секрецией - более сильной. Для этого при хроническом гастрите с пониженной секрецией рекомендуется 3-4 повторения каждого упражнения, упражнения следует проводить плавно, в спокойном темпе, а при хроническом гастрите с нормальной и повышенной секрецией число повторений доводить до 5-6 и выполнять упражнения в среднем темпе;

- из средств и форм лечебной физкультуры показаны различные виды физических упражнений, утренняя гигиеническая гимнастика, пешеходные прогулки, плавание, лыжные и велосипедные прогулки и элементы спортивных игр (теннис, волейбол и др.).

Задачи лечебной физкультуры: тонизировать и нормализовать деятельность центральной нервной системы и восстановить нормальные кортико-висцеральные связи; нормализовать секреторную и моторную функции желудочно-кишечного тракта; нормализовать обмен веществ; улучшить деятельность сердечно-сосудистой и трахеобронхиальной системы, обеспечить ее адаптацию к возрастающей физической нагрузке. Методика лечебной физкультуры при хронических гастритах зависит от формы заболевания.

При пониженной секреторной функции желудка (гастрит с секреторной недостаточностью) лечебная гимнастика применяется с целью общего умеренного воздействия физической нагрузки на организм. Основная направленность лечебной гимнастики - урегулирование процессов соко отделения, улучшение обмена веществ, укрепление мышц брюшного пресса, активизация кровообращения в брюшной полости. Для стимуляции секреторной и моторной функций желудка на фоне общеукрепляющих упражнений в занятиях лечебной гимнастики применяют специальные упражнения для мышц брюшного пресса в исходном положении стоя, сидя и лежа с постепенным увеличением нагрузки. Целесообразно использовать упражнения, охватывающие крупные мышечные группы, дыхательные упражнения, усложненные виды ходьбы, упражнения с гимнастическими предметами и снарядами.

Задача лечебной гимнастики при повышенной секреторной функции желудка - нормализация функции вегетативной нервной системы и уравновешивание нервных процессов. Положительный эмоциональный фон является важным условием ЛФК у этих больных. Рекомендуется вводить в процедуру лечебной гимнастики более сложные по координации упражнения в сочетании с дыхательными. Воздействие на мышцы брюшного пресса должно быть ограниченным. Больные с повышенной секрецией желудочного сока должны выполнять упражнения с большей нагрузкой, чем те, у которых секреция понижена. Интенсивность нагрузки можно повысить, ускоряя выполнение упражнений, увеличивая число повторений, вводя упражнения с отягощением. При выполнении умеренной физической нагрузки секреция желудочного сока повышается, а интенсивная мышечная работа уменьшает желудочную секрецию.

В санаторно-курортных условиях широко используют эстафеты в игровой форме (с мячом, булавами, с гимнастическими обручами), прогулки, спортивные упражнения (плавание, лыжные прогулки, коньки и др.) и массаж живота (по седативной методике).

В противорецедивное лечение целесообразно включать также и лечебную физкультуру. Физкультура тонизирующе влияет на весь организм, улучшает обмен веществ, нормализует нервные реакции, изменяет внутрибрюшное давление, улучшает кровообращение в брюшной полости.

При гастритах с пониженной секрецией пить минеральную воду следует после физкультурных занятий за 15-20 минут до еды. Соблюдение правильного режима питания, борьба с курением и злоупотреблением алкоголем, выявление и лечение других заболеваний органов пищеварения, санация полости рта - все эти мероприятия предупредят возникновение и прогрессирование хронического гастрита.

Бег способствует нормализации кислотности желудочного сока. Так при пониженной секреции желудочного сока перед бегом выпейте стакан намагниченной воды - это усилит секреторную функцию желудка. Бегайте не менее 30 минут и не более часа.

Упражнение 1. Отставляя правую ногу назад, поднять руки вверх - вдох, вернуться в исходное положение - выдох. То же для левой ноги. Темп медленный. Выполнить 3-4 раза.

Упражнение 2. Повороты туловища. Руки в стороны - вдох, поворот на 90 ° вправо - выдох, возвращение в первоначальное положение - вдох; поворот на 90 ° влево - выдох, возвращение в исходное положение - вдох. Темп медленный. Выполнить 3-4 раза в каждую сторону.

Упражнение 3. Наклоны в сторону. Наклониться вправо - выдох, выпрямиться - вдох; наклониться влево - выдох, выпрямиться - вдох. Дыхание равномерное. Темп медленный. Выполнить 3-4 раза.

Упражнение 4. Упражнение "дровосек". Наклоняясь вперед - выдох, возвращаясь в первоначальное положение - вдох. Упражнение имитирует колку дров. Темп быстрый. Выполнить 3-4 раза.

Упражнение 5. Полное дыхание (см. упражнение 13 предыдущего комплекса). Темп медленный. Выполнить 3-4 раза.

Упражнение 6. Исходное положение - сидя. Ноги прямые, руки в упоре сзади. Прогнуться - вдох, вернуться в исходное положение - выдох. Темп медленный. Выполнить 4-6 раз.

Для выполнения упражнений с 7 по 9 исходное положение - лежа на спине.

Упражнение 7. Поочередное поднимание то правой, то левой прямой ноги. Поднимая ногу - выдох, опуская - вдох. Темп медленный. Выполнить 4-6 раз.

Упражнение 8. Упражнение "велосипед". Дыхание равномерное. Темп средний. Выполнять в течение 15-25 секунд.

Упражнение 9. Полное глубокое дыхание - 3-4 раза. Темп медленный.

Упражнение 10. Исходное положение - лежа на животе. Сгибание рук в упоре. Отжимаясь от пола, делаем выдох, возвращаясь в исходное положение - вдох. Темп средний. Выполнить 5-10 раз.

Для выполнения упражнений 11 и 12 исходное положение - стоя.

Упражнение 11. Приседания. Приседая, Делаем выдох, возвращаясь в исходное положение - вдох. Темп средний. Выполнить 5-15раз.

Упражнение 12. Поднять прямую правую ногу - выдох, отвести назад - вдох. Темп средний. Выполнить 4-6 раз. То же для левой ноги.

Для выполнения упражнений 13 и 14 исходное положение - сидя.

Упражнение 13. Найти упор для ног. Наклониться назад - вдох, вернуться в исходное положение - выдох. Темп медленный. Выполнить 3-5 раз.

Упражнение 14. Исходное положение - сидя. Полное медленное дыхание под контролем рук. Правую руку положить на грудь, левую - на живот.

На счет раз-два начинаем делать медленный диафрагмальный вдох, диафрагма идет вниз, живот при этом выпячивается. Это движение фиксирует левая рука. На счет 3-4 продолжаем делать полный вдох, но уже грудью. Это фиксирует правая рука. При этом грудь поднимается, плечи разворачиваются, а голова немного откидывается назад. На счет 5-6 начинаем делать медленный диафрагмальный выдох, диафрагма идет вверх, а живот втягивается. Это движение фиксирует левая рука. На счет 7-8 продолжаем выполнять полный выдох, но уже грудью. Это фиксирует правая рука. При этом грудь опускается, плечи сводятся, голова опускается на грудь. На счет девять-десять попытаться задержать дыхание на полном выдохе. (В дальнейшем время задержки дыхания на полном выдохе следует стараться постепенно увеличивать, но не делать это через силу.) Упражнение повторить 3-5 раз.

Упражнение 15. Исходное положение - на четвереньках. Синхронное поднимание руки и ноги. Поднимаем правую руку и правую ногу - вдох, опускаем - выдох; поднимаем левую руку и левую ногу - вдох, опускаем - выдох. Темп средний. Выполнить 3-8 раз.

Для выполнения упражнений с 16 по 18 исходное положение - стоя.

Упражнение 16. Подскоки. Дыхание равномерное. Выполнить 15-60 раз, затем перейти на ходьбу.

Упражнение 17. Ходьба на месте 1,5 минуты.

Упражнение 18. Полное дыхание - 1,5-2 минуты. Темп медленный.

Кроме лечебной гимнастики и прогулок больным с гипоцидным и анацидным гастритом рекомендуется заниматься плаванием (особенно при опущении желудка и кишечника), греблей, волейболом, теннисом, туризмом выходного дня, ходьбой на лыжах и катанием на коньках. Очень хорошо таким больным, наряду с упражнениями для всех мышечных групп, выполнять упражнения с нагрузкой на мышцы брюшного пресса.

При запорах, которые очень часто сопутствуют атониям, следует выполнять дополнительные упражнения, связанные с сотрясением тела (бег, прыжки со скакалкой, верховая езда, спортивные игры, лыжи и гребля).

Таким образом, благодаря комплексному применению лечебно-оздоровительной гимнастики, противовоспалительной и репаративной терапии, гигиенических процедур и диетотерапии в сочетании с медотерапией становится возможным решение глобальной задачи по нормализации работы желудочно-кишечного тракта на этапе подготовки организма к чистке толстого кишечника.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 Ходьба простая и усложненная Ритмично, в спокойном темпе. | 5-10 | Постепенное втягивание в нагрузку, развитие координации движений. |
| 2 Упражнения для рук и ног в сочетании с движениями корпуса и дыхательными упражнениями в положениями сидя. | 7-14 | То же, постепенное увеличение внутрибрюшного давления. Усиление кровообращения в брюшной полости. |
| 3 Стоя. Упражнения в метании и ловле мячей, эстафеты. Чередование с дыхательными упражнениями. | 10-15 | Обще физиологическая нагрузка. Создание условий для развития положительных эмоций. Развитие функций полного дыхания. |
| 4 Упражнения на развитие равновесия в чередовании с упражнениями на гимнастической стенке типа смешанных висов. | 10-15 | Общетонизирущее воздействие на нервную систему, развитие статико-динамической устойчивости. |
| 5Лежа.Элементарные упражнения для конечностей в сочетании с глубоким дыханием. | 5-7 | Снижение нагрузки. Развитие полного дыхания. |
|  | 37-61 |  |

Заключение

На сегодняшний день, гастрит с пониженной кислотностью не так выражен, как с повышенной, поэтому в основе лежит питание и здоровый образ жизни, а не медикаментозное лечение. Для восполнения активности ферментов врач назначает дополнительные лекарства. Для регуляции работы ЖКТ - метоклопрамид и домперидон, то есть препараты для регуляции пищеварения.

Наиболее полной и подробной на сегодня остается классификация, предложенная С.М.Рыссом

Значение лечебной физкультуры, как одной из основных составляющих частей не только в лечении, но и в постоянной профилактики гастрита, очень велико. Применение лечебной физкультуры при лечении хронического гастрита повышает эффективность комплексной терапии больных, ускоряет сроки выздоровления и предупреждает дальнейшее прогрессирование данного заболевания. Важно иметь в виду, что у многих больных гастрит в активной фазе может протекать бессимптомно, что обусловливает недооценку частоты язвенной болезни желудка и ее рецидивов. Поскольку у многих больных процесс протекает бессимптомно, отсутствие характерных болей еще не исключает гастрит как причину желудочно-кишечных кровотечений, признаков непроходимости выходного отдела желудка или внезапного осложнения. Касаясь приведенных в реферате основных упражнений, необходимо отметить, что, только строгая последовательность в увеличении нагрузки. При этом должно учитываться состояние, реакция занимающихся, особенности клинического течения, сопутствующие заболевания и физическая подготовленность больных. В заключении скажу, что профилактика заболевания главным образом заключается в устранении возможных факторов вызывающих заболевание: курение и употребление алкоголя; не соблюдение режима питания, работы и отдыха; стресс, связанный с перенапряжением, что в свою очередь может привести к расстройству сна, аппетита и т.д.

Список использованной литературы

1. Внутренние болезни/Ф. И. Комаров// изд. “Медицина”, М - 2009

2. Врачебный контроль и лечебная физкультура/ Иванов С. М// 3-е издание - М.: ИНФРА- 2003.

. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология / В. Т. Ивашкина// Под ред. - М.: ГЭОТАР-Медиа - 2007

. Основы сестринского дела/2-е издание исп. Доп// М.: - ГЭОТАР - Медиа - 2009.

. Основы сестринского дела/ Обуховец Т.П., Скляров Т.А., Чернова О.В.// изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс - 2009

. Основы сестринского дела (Алгоритмы манипуляций по сестринскому делу): Учебное пособие/ Под редакцией Н.В. Широковой, И.В. Островской. // 2-е изд., испр. и доп. - М.: АНМИ - 2007

. Практическое руководство к предмету/ Мухина С.А., Тарновская И.И// М.- 2000

. Сестринское дело в терапии/ Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н.//ООО «Медицинское информационное агентство» - 2008

. Теоретические основы сестринского дела/Мухина С.А., Тарновская И.И.// 2 изд., испр. и доп.: - ГЭОТАР - Медиа - 2010

. Терапия: конспект лекций/ Ткаченко К.В//Ростов н/Д : Феникс- 2007- 286 с.

. Энциклопедический справочник медицинской сестры /под редакцией В.И. Бородулина// М - 2010

Приложения

.Нетрадиционные методы лечения

При гастрите с пониженной кислотностью потрите на терке хрен, заправьте по вкусу сахаром (можно и медом) и по 1 ч. л. принимайте до еды. Свежий сок, если вы его разведете водой, усиливает выделение соляной кислоты, потому и получается удивительный эффект в лечении.

Витамин B1 воздействует на функцию органов пищеварения, повышает двигательную и секреторную функцию желудка, ускоряет эвакуацию его содержимого. Суточная потребность от 1,3 до 2,6 мг (0,6 мг по 1000 ккал). Источником витамина B1 служат зерновые, не освобожденные от зародышей, а также пивные дрожжи и печень.

Витамин PP оказывает влияние на работу органов пищеварения: нормализует секреторную и моторную функцию желудка. Под влиянием РР в организме повышается использование растительных белков пищи.

Потребность в РР - 6,6 мг на 1000 ккал пищи. Много витаминов РР в гречке, горохе, проросшем зерне и пивных дрожжах.

Витамин B6 влияет на кислотообразующие функции желудочных желез. Высокий уровень B 6 в питании способствует повышению кислотности в желудочной секреции (страдающим пониженной кислотностью - на заметку). Суточная потребность 1,5-3 мг. Много витаминов B6 в пивных дрожжах, печени, твороге, картофеле, гречке, горохе, капусте.

Витамин B8 обладает выраженным липотропным и седативным действием свойствами, а также оказывает стимулирующее действие на моторную функцию пищеварительного аппарата.

Суточная потребность -1-1,5 г. Содержится в дынях, капусте, моркови, картофеле, свекле, помидорах, клубнике, особенно много в проросшей пшенице.

Витамин U способствует заживлению язв желудка и 12-перстной кишки. При этом нормализуется функция желудка, оказывает благоприятное влияние на слизистую оболочку желудка, стимулируются процессы регенерации ее клетки.

Применяется при хроническом гастрите. При длительном применении (в течение нескольких месяцев) не оказывает отрицательного влияния на состояние печени (ее ожирение). Содержится в капусте, свекле, петрушке.

Пивные дрожжи (Малахов) в жидком виде являются возбудителем секреции желез желудка. Применение дрожжей показано при лечении больных, которые нуждаются в повышенном введении полноценного белка и витаминов группы В, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, гастрит, колит, энтероколит).

Благоприятные воздействия пивных дрожжей проявляется в улучшении аппетита и самочувствия, прибавке в весе, нормализации секреции желудка, улучшении моторной функции желудочно-кишечного тракта.

Симптомы непереносимости дрожжей: отрыжка, появление чувства тяжести в подложечной области, вздутие живота, иногда понос.

Чтобы этого не было, надо сначала укрепить пищеварительный тракт соками овощей, а затем натощак утром понемногу пить дрожжи в жидком виде. Есть после этого можно только тогда, когда появится чувство голода. При несоблюдении этих условий возникает непереносимость пивных дрожжей.

Противопоказания: болезнь почек, подагра.