**Физиотерапевтические методы лечения хронических гастритов**

Хронический гастрит является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Принято считать, что хронический гастрит - это воспаление слизистой оболочки желудка, характеризующееся определенными структурными изменениями ее и соответствующими клиническими проявлениями. Вместе с тем у многих больных с гистологически доказанным хроническим гастритом не отмечается выраженной клинической симптоматики, несмотря на это, заболевание привлекает внимание исследователей в связи со склонностью к прогрессированию и вовлечению в процесс других органов пищеварения. Особенно это относится к хроническому атрофическому гастриту. Поэтому лечение и профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания весьма актуальны. Типичным для хронического гастрита, особенно протекающего с секреторной недостаточностью, является вовлечение в процесс других органов системы пищеварения - печени, поджелудочной железы, кишечника.

Всеми признана роль комплексного курортного лечения в улучшении течения заболевания и профилактике его рецидивов. Главной задачей, которая ставится при лечении хронического гастрита, является предотвращение прогрессирования изменений слизистой оболочки желудка и восстановление ее структуры, улучшение ее функции, воздействие на воспалительный процесс в слизистой желудка, а также на функцию других органов пищеварения, втянутых в патологический процесс при этом заболевании. Комплексное курортное лечение включает питье минеральных вод, лечебное питание, бальнео- и климатолечение, физиотерапию, лечебную физическую культуру. Влияние минеральных вод на секреторную функцию желудка в основном зависит от времени их приема по отношению к приему пищи. Больным хроническим гастритом, сопровождающимся повышением секреторной функции желудка, воды назначают по 150 - 200 мл за 1- 1 1/2 ч до приема пищи, больным гастритом с секреторной недостаточностью - за 15-30 мин. При ускоренной эвакуации пищи из желудка питье минеральной воды рекомендуют за 10-15 мин до еды, больным с нормальной секрецией - за 45-60 мин до еды.

Различия в степени тормозящего или стимулирующего действия вод в свою очередь зависят от минерализации, химического состава их и температуры воды.

Более минерализованные воды (типа ессентуки №17) обладают выраженной способностью стимулировать секреторную функцию желудка, менее минерализованные воды (смирновская, славяновская) в большей степени вызывают тормозящее действие. Воду пьют непосредственно у источника по 1 стакану 3 раза в день на протяжении курса лечения. При гиперсекреторной функции желудка воду следует пить быстрыми глотками, при секреторной недостаточности, наоборот, медленно, небольшими глотками. При гастритах с секреторной недостаточностью, сопровождающихся поносами, целесообразно уменьшить разовую дозу воды до 1/4-1/2 стакана, увеличив ее температуру до 40-44 °С, и только после улучшения клинического течения заболевания следует перейти к обычным дозам воды. Оправдало себя стимулирующее действие на секреторную функцию желудка хлоридных натриевых, гидрокарбонатно-хлоридных натриевых вод, особенно содержащих углекислоту.

Гораздо сложнее обстоит дело с больными хроническим гастритом с сохраненной и повышенной секреторной функцией, у которых под влиянием минеральных вод торможение секреции наступает далеко не всегда. Тем не менее пока не получено веских доказательств преимуществ какой-либо другой, помимо общепринятой, методики, назначают минеральные воды за 1-1 1/2 ч до еды в теплом виде (38-40 °С). При наличии резко выраженных явлений ацидизма можно назначить дополнительно прием 1/4 стакана воды на высоте пищеварения с целью антацидного действия. Длительность питьевого курса 3-4 нед. При гастритах с повышенной секреторной функцией желудка показаны мало- и среднеминерализованные воды - гидрокарбонатные натриевые, гидрокарбонатные натриевые кальциевые, сульфатно-гидрокарбонатно-хлоридные, кальциево-магниевые, сульфатные кальциево-магниево-натриевые, гидрокарбонатно-хлоридные натриевые, сульфатно-гидрокарбонатные кальциево-натриевые и натриево-магниевые и др.

При хронических гастритах с выраженным болевым синдромом, перигастритах, перидуоденитах, сопутствующих поражениях других органов пищеварения показана пелоидотерапия (иловая сапропелевая, торфяная лечебные грязи). Лечебные грязи применяют в виде аппликаций на надчревную область и сегментарно температуры 38-42 °С, в течение 10 - 20 мин, через день, на курс лечения 10-12. процедур в чередовании с минеральными, газовыми или радоновыми ваннами. При гастрите с секреторной недостаточностью грязелечение стимулирует секреторную и пептическую функцию желудка, по-видимому, за счет стимуляции выделения гастрина. При гастрите с повышенной секрецией заметного снижения кислотности не отмечается. Однако при этом улучшается кровообращение, микроциркуляция, двигательная функция желудка, нейрогуморальная регуляция, функция печени, поджелудочной железы, кишечника. Суммация этих эффектов, очевидно, обеспечивает терапевтический результат при этом заболевании. На курортах, где нет лечебных грязей, можно применить аппликации озокерита, парафина.

Следует обратить внимание на необходимость тщательного обследования больных хроническим гастритом, особенно с секреторной недостаточностью, перед направлением на курортное лечение и назначением бальнеопроцедур (в том числе тепловых). Этим можно избежать диагностических ошибок и тяжелых последствий, связанных с применением тепловых факторов тем больным, которым они не показаны. Лечение на курортах рекомендуют больным хроническим гастритом (диффузными и очаговыми) с повышенной, пониженной и нормальной секреторной и моторно-эвакуаторной функцией желудка вне фазы обострения. Для амбулаторного курортного лечения показаны больные с легкими формами заболевания при умеренно выраженном поражении других органов системы пищеварения.

Лечение на курортах противопоказано при обострении хронического гастрита. Применение в этот период бальнеологических факторов, как правило, ведет к усилению имеющегося обострения. Нельзя направлять на курортное лечение больных хроническим гастритом при наличии полипа или полипоза слизистой оболочки, а также больных ригидным антральным гастритом. Таких больных можно направлять в местные санатории для больных с заболеваниями органов пищеварения. Применение любых бальнеологических и физиотерапевтических факторов этим больным противопоказано.

Одним из эффективных преформированных физических факторов является индуктотермия. Обычно используются две методики воздействия.

При первой методике индуктор-диск располагают над надчревной областью на расстоянии 1-1,5 см от поверхности тела; используют аппарат ИКВ-4, слаботепловую дозу (положение мощности «3», «4» и «5»). Продолжительность процедуры составляет 8-10 мин. На курс назначают 10 - 12 процедур через день. При второй методике электрод-кабель в 2,5 витка располагают вокруг туловища на уровне надчревной области при тех же параметрах воздействия.

Отмечен хороший терапевтический эффект при использовании обеих методик. Это проявляется в улучшении клинического состояния больных, достоверном увеличении сниженной кислотности желудочного сока, более выраженном при применении электрода-кабеля. Отмечено появление свободной соляной кислоты при стимулировании гистамином у больных, которым проводилось воздействие на надчревную область. Хороший эффект также дает применение диадинамических токов.

Пластинчатые электроды (площадь активного электрода 200 см2) накладывают на область проекции желудка. Активный электрод соединяют с положительным или отрицательным полюсом в зависимости от исходного состояния секреторной деятельности желудка. Положительный полюс используют при повышенной, отрицательный - при пониженной секреции. Больным с повышенной секреторной функцией желудка назначают течение 1 мин двухтактный фиксированный ток силой 6-15 мА, который сменяют воздействием в течение 1 мин однотактного фиксированного тока силой 3-6 мА. Такое чередование проводят 4-5 раз в течение процедуры, длительность которой составляет 8-10 мин. Всего назначают 10-12 процедур. Больным с секреторной недостаточностью назначают попеременно двухтактный фиксированный ток в течение 30 с, а затем ток, модулированный длинными периодами, также в течение 30 с. Длительность процедуры составляет 6 мин. На курс применяют 10-15 процедур.

Хороший эффект отмечается при лечении хронического гастрита с секреторной недостаточностью синусоидальными модулированными токами. Воздействия проводят от аппарата «Амплипульс-3» или «Амплипульс-4».

Один электрод размером 10X8 см помещают на надчревную область. Второй площадью 20Х10 см устанавливают симметрично сзади на область спины на уровне сегментов Txi-xii-Li. Процедуры проводят при переменном режиме, частоте 100 Гц, глубине модуляций от 25 до 100%. Используют II и III РР, по 3 мин каждый. Длительность импульса составляет 5 с. На курс назначают 10-12 процедур, через день.

СМТ способствуют стимуляции секреторной функции желудка. В случаях, где еще не наступила глубокая атрофия желудочных желез, под влиянием этих токов в значительной степени оживляется деятельность секреторного аппарата желудка. Одновременно происходит увеличение переваривающей силы желудочного сока, а также улучшение функциональной деятельности печени, кишечника, поджелудочной железы, о чем свидетельствует нормализация ферментов крови (амилаза, трипсин и ингибитор трипсина).

Таким же благоприятным действием обладают дециметровые волны. Назначают процедуры ДМВ на надчревную область от аппарата «Волна-2» продолговатым излучателем с зазором 3-5 см, мощностью 25 Вт, 8-15 мин, на курс 8-10 процедур, через день. Больным хроническим гастритом с сопутствующим поражением печени более показаны ДМВ мощностью 35 Вт.

При хроническом гастрите с сохраненной и повышенной секрецией рекомендуется гальванизация области желудка с расположением положительного электрода в надчревной области. При секреторной недостаточности в надчревной области располагают отрицательный электрод. Отмечено благоприятное влияние э.п. УВЧ при хроническом гастрите. Конденсаторные пластины размещают в надчревной области при воздушном зазоре 3-4 см. Продолжительность процедуры 10-15 мин. На курс применяют 10-12 процедур ежедневно или через день. При болевой форме в ряде случаев эффективно УФ-облучеиие. Назначают 2 эритемных дозы на кожу живота и спины в области Тvi-Тхii общей площадью 300-400 см2.

Лечебным методом выбора при гастрите с сохраненной и повышенной секрецией является ультразвук. Процедуры проводят в стационарных условиях не раньше, чем через 1-2 часа после приема жидкой пищи (молоко, кисель, жидкая каша, протертый суп без хлеба). Непосредственно перед процедурой с целью вытеснения из желудка воздушного пузыря больной должен выпить 0,5 л воды или чая. Воздействуют на три поля. Первым полем является подложечная область, вторым и третьим - паравертебральные области - от Тv-Тix с двух сторон. Режим по данной методике непрерывный, методика подвижная, контакт прямой. Интенсивность УЗ составляет 0,4 - 0,6 Вт/см2 на подложечную область и 0,2-0,4 Вт/см2 на паравертебральные области. Продолжительность воздействия равна 3 мин на паравертебральные области и 5 мин на подложечную область. Процедуры проводят через день в положении больного сидя или стоя. На курс лечения назначают 10-12 процедур.

Для воздействия на функциональное состояние нервной системы наряду с преформированными факторами целесообразно применять хвойные, радоновые (40 нКи/л) и другие ванны температуры 36-37 °С - через день.

Лечение физическими факторами противопоказано при обострении хронического гастрита, наличии одиночного полипа или полипоза слизистой оболочки желудка, а также больным с регидным антральным гастритом. При обострении хронического гастрита, которое может наступить в ходе лечения анацидного гастрита курортными и физиотерапевтическими факторами, следует применить медикаментозные средства: анаболические препараты, неробол по 5-10 мг 2-3 раза в день, хлористоводородную кислоту с пепсином, ацидинпепсин. При гастритах с повышенной секреторной функцией желудка назначают холинолитические препараты (атропин, платифиллин, белладонна). При этой же форме целесообразен прием антацидов (альмагель, викалин, викаир, жженая магнезия, питьевая сода). По стихании явлений обострения эти препараты отменяются.

**Список литературы**

гастрит хронический желудок лечение

1. Боголюбов В.М., Медична реабілітація, Том 3, - М., 2007 г.

2. Кошкалда С.А. Основы физиотерапии для медицинских училищ. - Ростов н/Д.: Феникс, 2005 г.

3. Пасынков Е.И. Физиотерапия. - М.: Медицина, 1996.

4. С.Н. Попов. Физическая реабилитация. - Ростов на Дону. Феникс. 2008 г.