



Министерство здравоохранения Омской области
Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»

Специализированная секция

«Сестринское дело в реабилитации»

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Центр медицинской реабилитации»



Физическая реабилитация при гастрите

Практическое руководство

Омск, 2015 г.

Министерство здравоохранения Омской области
Омская региональная общественная организация
«Омская профессиональная сестринская ассоциация»
Специализированная секция
«Сестринское дело в реабилитации»
Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Центр медицинской реабилитации»

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГАСТРИТЕ

(Практическое руководство)

Под редакцией д-ра пед. наук, профессора, директора БУЗОО
«Центр медицинской реабилитации»
А.В. Полуструева

Омск, 2015

Рецензент:
доктор биологических наук, профессор И.Н. Калинина

Коллектив авторов: Е.Ю. Пахолкова, Л.А. Юнг, И.В. Корнеева,
Е.А. Карцева, С.В. Тихонов, Н.А. Шаповалова, Е.А. Бушина, С.И.
Удодова, О.Ю. Матиенко, И.В. Найденова

Ответственный за выпуск: Т.А. Зорина – Президент Омской
профессиональной сестринской ассоциации, Заслуженный работник
здравоохранения РФ

Физическая реабилитация при гастрите / под ред.
А.В. Полуструева: Практическое руководство. – Омск: И.П.
Шелудивченко А.В., 2015. – 56 с.

В практическом руководстве раскрываются основные принципы физической реабилитации при гастрите. Приводится описание опыта применения физических средств реабилитации при гастрите в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Центр медицинской реабилитации». Изложены методики применения лечебной физкультуры, медицинского массажа и физиотерапии.

Предназначено для специалистов в области медицинской реабилитации: инструктор-методист по лечебной физкультуре, инструктор по лечебной физической культуре, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, а также слушателям при повышении квалификации.

Библиограф. – 12 назв.

Содержание

Содержание	3
Введение	4
1. Гастрит	5
2. Лечебная физкультура и медицинский массаж при гастрите	15
3. Применение физических факторов при гастрите	34
Принятые сокращения	51
Библиография	52
Приложения.....	53

Введение

Гастрит (лат. gastritis) – воспаление слизистой оболочки желудка, что приводит к дисбалансу его работы, и как следствие, к нарушению усвояемости пищи. В итоге человек недополучает необходимую энергию и силы для поддержания здоровья всего организма. Как и большинство других заболеваний, гастрит протекает в острой или хронической форме. Но обычно различают гастрит с пониженной, нормальной и повышенной кислотностью желудка.

В России статистика в отношении разных форм гастритов отсутствует. В тех странах, где такая статистика имеется, хронический гастрит фиксируется у 80—90 % больных гастритами, при этом, наиболее опасная форма гастрита, относящаяся к так называемым «предраковым состояниям», — атрофический гастрит обнаруживается у пациентов моложе 30 лет в 5 % случаев, у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет — в 30 % случаев, у пациентов старше 50 лет — в 50—70 % случаев.

Заболевания желудочно-кишечного тракта являются наиболее распространенными среди населения. В восстановительном лечении больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта много общих положений: это лечебное питание, прием лечебной минеральной воды, санаторно-курортное лечение на бальнеологических курортах.

В настоящем руководстве представлены технологии физических средств реабилитации больных гастритами, направленные на закрепление лечебного эффекта, индукцию и стабилизацию ремиссии, вторичную профилактику рецидивов и хронизации процессов, функциональное восстановление органов. Применение физических средств позволяет также ограничить медикаментозную нагрузку на организм пациентов.

Данное практическое руководство составлено в соответствии с ГОСТ 2.105-95. «Межгосударственный стандарт. Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам» и преследуют своей целью – систематизацию средств и методов физической реабилитации при гастритах.

Может использоваться в работе специалистов по медицинской реабилитации в условиях поликлиники, отделений и кабинетов восстановительного лечения, а также в учебном процессе студентов среднего профессионального образования и слушателей при повышении квалификации.

1. Гастрит

Гастрит - это группа заболеваний, имеющих различный патогенез, клинические проявления и морфологическую картину, но объединяемых на основании воспалительных изменений в слизистой желудка в ответ на ее повреждение. Хронический гастрит проявляется нарушением физиологической регенерации и вследствие этого атрофией железистого эпителия, расстройством секреторной, моторной и нередко и инкреторной функции желудка.

Классификация хронического гастрита

Существует несколько классификаций гастрита в зависимости от этиологии, патогенеза, характера течения, гистологических изменений (в частности, наличия или отсутствия атрофии слизистой) и локализации поражения. В 1990 году на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Сиднее (Австралия) была принята новая классификация гастритов – «Сиднейская система». Эта классификация содержит два раздела – гистологический и эндоскопический.

Хронический гастрит

- Гастрит типа А (аутоиммунный)
- Гастрит типа В (экзогенный, вызванный *H. pylori*)
- Смешанный (гастрит типа А+В)
- Рефлюкс гастрит

Особые формы гастрита:

- Лимфоцитарный гастрит
- Эозинофильный гастрит
- Гранулематозный (гастрит Крона)

По хьюстонской модификации сиднейской классификации хронического гастрита (1994-1996гг) указывается тип гастрита, и оцениваются три критерия: этиология, топография, морфология (таб. 1).

Таблица 1

Хьюстонская модификация сиднейской классификации
хронического гастрита

“Сиднейская система”	Этиология	По хьюстонской модификации
Гастрит типа А (аутоиммунный)	аутоиммунный	Атрофический Аутоиммунный
Гастрит типа В (экзогенный, вызванный H. pylori)	H. pylori	Поверхностный, диффузный, антральный, интерстициальный, фолликулярный, гиперсекреторный, тип В
Рефлюкс гастрит, тип С	Химические раздражители, желчь, НПВП	Особые формы: Химический

Патогенез хронического гастрита

В морфогенезе хронического гастрита основная роль принадлежит не дистрофическим изменениям эпителия, как предполагалось ранее, а нарушению его физиологической регенерации, которое выражается в преобладании процессов пролиферации эпителия над его дифференциацией. Образно говоря, эпителиальные клетки постепенно приобретают черты «злокачественности», для которой характерно нарастание темпов пролиферации клеток параллельно с уменьшением их дифференцировки. Таким образом, эпителий не стареет, а лишь теряет свойственные ему морфометрические и функциональные признаки за счет вытеснения дифференцированных клеток более молодыми, незрелыми.

Этот механизм, как было показано в последние годы, имеет решающее значение и составляет по существу патогенетическую и морфологическую основу хронического гастрита. Как правило, слизистая поражается неравномерно. Вначале наблюдается воспаление желез и покровного эпителия, а затем часть желез разрушается, атрофируется или подвергается метаплазии. Для хронического гастрита характерно «ослизнение» сохранившихся клеток и появление несвойственных для желудка структур, выделяющих слизь (островки кишечного эпителия в желудке - кишечная метаплазия).

Для хронического гастрита закономерны структурные и функциональные изменения, разрастание в собственном слое слизистой оболочки соединительной ткани и образование клеточных инфильтратов из лимфоцитов, нейтрофилов и плазматических клеток.

Присущие хроническому гастриту морфологические изменения обычно прогрессируют и не имеют обратного развития как самопроизвольно, так и даже в результате лечения. Более быстро прогрессирует гастрит антрального отдела желудка, чем гастрит его тела.

Поверхностный гастрит, по-видимому, является начальной стадией хронического гастрита. Воспаление ограничено собственной пластинкой слизистой; расстояние между железами увеличено из-за инфильтрации и отека; сами железы не изменены. Уменьшается число фигур митоза в слизистых шеечных клетках; продукция слизи также уменьшена.

Следующая стадия хронического гастрита - атрофический гастрит. При нем воспалительная инфильтрация распространяется на более глубокие отделы слизистой. Наблюдаются дальнейшее нарушение строения и разрушение желез; расстояние между ними увеличено за счет инфильтрата. Обычно процесс начинается в антральном отделе и распространяется в проксимальном направлении на тело и дно желудка.

На заключительной стадии хронического гастрита наблюдается полное разрушение желез, которые оказываются разделенными широкими прослойками соединительной ткани; воспалительная инфильтрация скудная или отсутствует. Слизистая истончена, при эндоскопии хорошо видны сосуды подслизистого слоя. По мере прогрессирования хронического гастрита изменяется строение желез. Так, при кишечной метаплазии они становятся похожими на железы тонкой кишки, содержащие бокаловидные клетки. Кишечная метаплазия может быть очаговой или распространенной и является важным предрасполагающим фактором в развитии рака желудка. Однако риск рака желудка при этом не настолько велик, чтобы служить основанием для частого эндоскопического исследования.

В зависимости от патогенеза и преимущественного поражения того или иного отдела желудка выделяют две формы хронического гастрита: тип А (гастрит тела желудка, аутоиммунный) и тип В (антральный, вызванный *H. pylori*). Одновременное поражение тела и антрального отдела желудка иногда называют гастритом типа АВ.

Гастрит типа А (аутоиммунный гастрит).

Антитела к обкладочным клеткам находят у 20% лиц старше 60 лет. Обычно в процесс вовлечены дно и тело желудка, изменения в

антральном отделе незначительны. Эта форма гастрита нередко наблюдается при болезни Аддисона-Бирмера. У 90% лиц, страдающих болезнью Аддисона-Бирмера, и более чем у половины остальных больных с гастритом типа А в сыворотке находят антитела к обкладочным клеткам; кроме того, часто встречаются антитела к внутреннему фактору Касла. Наличие аутоантител свидетельствует об участии аутоиммунных механизмов в патогенезе этой формы гастрита. Антитела к обкладочным клеткам оказывают цитотоксическое действие на слизистую желудка. У родственников людей, страдающих болезнью Аддисона-Бирмера, с повышенной частотой выявляют антитела к обкладочным клеткам, атрофический гастрит и гипохлоргидрию.

При аутоиммунном гастрите разрушаются железы желудка, содержащие обкладочные клетки, и в результате снижается секреция соляной кислоты. Поскольку обкладочные клетки секретируют еще и внутренний фактор Касла, аутоиммунный гастрит приводит к нарушению всасывания витамина В-12, мегалобластной анемии и неврологическим нарушениям. Антитела к внутреннему фактору Касла у лиц с болезнью Аддисона-Бирмера встречаются в 40 % случаев.

Чем дальше зашли разрушение обкладочных клеток и атрофия слизистой дна и тела желудка, тем сильнее снижена секреция соляной кислоты. У страдающих болезнью Аддисона-Бирмера обычно наблюдается ахлоргидрия, а уровень гастрина в сыворотке почти такой же высокий, как при синдроме Золлингера-Эллисона. Так как слизистая антрального отдела относительно сохранна, G-клетки непрерывно секретируют гастрин (в норме его секреция угнетается при закислении желудочного содержимого).

Гастрит типа В

(антральный, экзогенный, вызванный *H. pylori*).

Гастрит типа В - более распространенная форма хронического гастрита. Распространенность хронического гастрита типа В увеличивается с возрастом, достигая 78% у лиц старше 50 лет и почти 100% у лиц старше 70 лет. В 1983 году австралийские исследователи В. Маршал и Дж. Варен обнаружили, что у больных хроническим антральным гастритом чрезвычайно часто обнаруживается микроорганизм, получивший в дальнейшем название *H. pylori*. Исследования, проведенные в различных странах, подтвердили, что гастрит типа В вызывается *H. pylori*, а характерные для него

гистологические изменения исчезают после антибактериальной терапии (2-й постулат Коха). Хроническая инфекция, вызванная *H. pylori*, приводит к многоочаговому атрофическому гастриту и метаплазии желудочного эпителия. Более того, при лечении, направленном на подавление секреции соляной кислоты чаще развивается атрофия слизистой, и поэтому возрастает риск рака желудка. Кроме того, эти препараты повышают активность гастрита, вызванного *H. pylori*, что также приводит к атрофии слизистой и предрасполагает к раку желудка. *H. pylori* обнаруживают в желудке практически у всех больных хроническим поверхностным гастритом, но по мере прогрессирования атрофии слизистой число бактерий уменьшается. У молодых больных поражается антральный отдел, а через 15-20 лет изменения распространяются на весь желудок. Степень гистологических изменений в целом соответствует числу бактерий, определяемому при гистологическом исследовании биоптата. Характерно наличие плотного хронического воспалительного инфильтрата в собственной пластинке слизистой и проникновение нейтрофилов в эпителий. При тяжелой атрофии *H. pylori* становится мало или они не выявляются. *H. pylori* считают независимым фактором риска рака желудка, хотя его влияние может быть косвенным. При обнаружении антител к *H. pylori* риск рака желудка повышается в 3-6 раз, хотя при раке кардиального отдела такой зависимости нет. Канцерогенное действие *H. pylori* до конца не изучено. Микроорганизм изменяет физические и химические свойства желудочной слизи, что повышает восприимчивость слизистой к действию канцерогенов. Вероятнее всего, причины рака желудка разнообразны, а *H. pylori* - всего лишь один из многих факторов, способствующих его развитию. Считают, что инфекция, вызванная *H. pylori*, предрасполагает к развитию лимфомы желудка. В норме в желудке нет лимфоидной ткани; она появляется там только при инфицировании слизистой *H. pylori*. Большинство первичных лимфом желудка развиваются из лимфоидной ткани слизистых (MALT - лимфомы).

Особые формы гастрита

Лимфоцитарный гастрит характеризуется выраженной лимфоцитарной инфильтрацией эпителия желудка, при которой в желудочных ямочках присутствуют малые лимфоциты, представленные Т - лимфоцитами, и инфильтрацией собственной пластинки слизистой плазматическими клетками. Течение обычно

бессимптомное. Эозинофильный гастрит характеризуется выраженной инфильтрацией стенки желудка эозинофилами, обычно в сочетании с эозинофилией. У большинства больных эффективны глюкокортикоиды. Гранулематозный гастрит может быть проявлением некоторых системных заболеваний. При болезни Крона наблюдаются изъязвление слизистой, гранулемы и рубцовые стриктуры; обычно при этом имеется и поражение тонкой кишки.

Клиническая картина

Клиническая картина хронического гастрита, в фазе обострения характеризуется рядом симптомов местного и общего характера. Среди местных проявлений ведущее значение имеет желудочная диспепсия:

- тяжестью и давлением в подложечной области вскоре после еды,
- отрыжкой, срыгиванием, тошнотой,
- неприятным привкусом во рту, особенно по утрам,
- жжением в эпигастрии и изредка изжогой,
- боль в эпигастральной области сразу после еды (тупая, без иррадиации, усиливается при ходьбе и в положении стоя). Острая, приступообразная боль не свойственна хроническому гастриту, появление ее должно вызывать сомнение в обоснованности диагноза гастрита.

Особое значение имеет связь боли и диспепсических явлений с едой. Больные хроническим гастритом отрицательно реагируют на острую, грубую, жареную, копченую пищу и нередко отмечают лечебный эффект молока, каш и слизистых супов. Кишечная диспепсия у больных хроническим гастритом проявляется урчанием и переливанием в животе, метеоризмом, нарушением стула (понос, неустойчивый стул). Отмечено, что у больных хроническим *H. pylori* - ассоциированным антральным гастритом с высокой или нормальной желудочной секрецией чаще наблюдаются запоры и склонность к ним, а у больных, страдающих пангастритом с секреторной недостаточностью - метеоризм, урчание в животе, склонность к послаблению стула, периодическая диарея после приема молока и жиров.

Хронический гастрит обычно существенно не сказывается на общем состоянии больных. Для него не типичны быстрое похудание или развитие в короткий срок анемии. Однако у больных довольно часто наблюдаются астеноневротический синдром, характеризующийся слабостью, раздражительностью, зябкостью,

сонливостью, бледностью и потливостью. В этот период может резко усиливаться перистальтика кишечника, завершающаяся опорожнением его. Учет перечисленных субъективных симптомов имеет важное значение не столько в диагностике хронического гастрита, сколько при дифференциации с другими поражениями желудка и прежде всего с язвой, полипозом и раком, к тому же эти заболевания весьма часто сочетаются с хроническим гастритом.

Осмотр

При осмотре больных часто отсутствуют внешние признаки заболевания. Редко наблюдаются похудание, бледность кожных покровов, симптомы гиповитаминоза (заеды в углах рта, кровоточивость десен, гиперкератоз, ломкость ногтей, преждевременное выпадение волос), которые встречаются только у больных диффузным атрофическим гастритом с синдромом недостаточности пищеварения и всасывания. Язык часто обложен белым и желто-белым налетом с отпечатками зубов на боковой поверхности.

Пальпация

Живот обычно мягкий, иногда несколько вздут, при глубокой пальпации нередко у больных хроническим диффузным гастритом определяется умеренная разлитая болезненность в области эпигастрия, а при хроническом антральном гастрите локальная болезненность в пилородуоденальной зоне. Хронический гастрит сопровождается разнообразными секреторными и моторно-эвакуаторными нарушениями, некоторые из них имеют диагностическое значение.

Инструментальная диагностика

В «Стандартах (протоколах) диагностики и лечения болезней органов пищеварения» утвержденных МЗ РФ, приводится следующий перечень необходимых исследований для больных хроническим гастритом.

Обязательными *лабораторными исследованиями* (однократно) являются:

1. Общий анализ крови. У пациентов с аутоиммунным пангастритом выявляются признаки В – 12 дефицитной (мегалобластной) анемии – макроцитоз эритроцитов с тельцами Жолли и Кебота. Диагноз В–12 дефицитной анемии должен подтверждаться исследованием пунктата костного мозга, где определяется картина мегалобластного

кровообразования;

2. Анализ кала на скрытую кровь;
3. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка;
4. Цитологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка;
5. Два теста на определение *H. pylori*;
6. Биохимический анализ крови. Определяется общий белок и белковые фракции. При подозрении на В-12 дефицитную анемию необходимо исследование уровня сывороточного витамина В-12 (норма не менее 200 мг/мл) и фолиевой кислоты;
7. Общий анализ мочи.

Обязательные **инструментальные исследования** (однократно):

Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией и щеточным цитологическим исследованием. Самый надежный метод диагностики гастрита, определения его формы и выявления *H. pylori* – гастроскопия с биопсией. Однако оценивать результаты исследования одного образца слизистой следует с осторожностью, так как из-за неравномерного вовлечения слизистой в воспалительный процесс возможны ошибки. Поэтому желательно брать для исследования несколько кусочков ткани из наиболее измененных участков. Рентгенологический метод может быть использован для диагностики, однако его информативность значительно ниже.

Лечение

В фазе обострения гастрита назначают диету № 1а, обеспечивающую функциональное, механическое, термическое и химическое щажение органа. По мере ликвидации острых симптомов больных переводят последовательно через 2-3 дня на диету № 1б, 1. В дальнейшем диетическое питание назначают в соответствии с функционально-морфологическими особенностями гастрита. Показано дробное 5-6-разовое питание. Исключаются продукты и блюда, оказывающие сильное раздражающее действие на слизистую оболочку (соленья, копчености, наваристые супы, маринады, острые приправы, жареное мясо, рыба), плохо переносимые продукты (молоко, виноградный сок, сметана), что часто наблюдается у больных с секреторной недостаточностью. Рекомендуется ограничить употребление соли, крепкого чая и кофе, исключить алкогольные напитки, включая пиво. Больным хроническим аутоиммунным гастритом по мере ликвидации воспаления показана постепенно

нарастающая функциональная стимуляция фундальных желез. С этой целью назначают диету № 2 и даже № 15. При этом больные должны избегать: жирных сортов мяса и рыбы, тугоплавких животных жиров, жареных пирогов и картофеля, блинов, консервов, копченостей, перца, горчицы, уксуса и т. д. При непереносимости молока оно заменяется свежими молочнокислыми продуктами (простокваша, кефир, творог, неострые сыры). Очень важно регулярное питание, тщательное прожевывание пищи (поспешная еда - один из факторов, способствующих прогрессированию гастрита). После окончания курса лечения больным рекомендуется полноценное питание с исключением тех продуктов, которые могут способствовать обострению. Запрещается грубая, раздражающая пища, ограничиваются или исключаются черный и свежий хлеб, свежие изделия из теста, жареное мясо, сливки, сметана, капуста, виноград и др. продукты, вызывающие брожение в кишечнике. В фазе затухающего обострения хороший эффект дают щелочные мало минерализованные воды в дегазированном виде (боржоми, славянская, эссенуки N4, нарзан, ижевская и др.). Минеральную воду принимают за 1-1,5 ч до еды в теплом виде.

При лечении больных хроническим гастритом необходимо учитывать фазу болезни, клинический и морфологический вариант гастрита, особенности секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка.

Медикаментозное лечение *H. pylori* – ассоциированного гастрита

Терапия при хроническом гастрите преследует следующие цели:

- 1) купировать воспалительные изменения и прервать обострения;
- 2) удлинить фазу ремиссии
- 3) предотвратить прогрессирование изменений слизистой оболочки.

При лечении хронического гастрита, ассоциированного с *H. pylori*, используют антигеликобактерные режимы терапии.

Основная задача при лечении аутоиммунного хронического гастрита - полноценная заместительная терапия, купирование воспалительного процесса и симптомов болезни.

При этой форме хронического гастрита применяют:

- средства заместительной терапии
- препараты, стимулирующие секреторную функцию желудка

- влияющие преимущественно на тканевой обмен, трофику и процессы регенерации слизистой оболочки. При наличии мегалобластной анемии для восстановления запасов витамина В-12 . Поддерживающая терапия должна быть направлена на ежедневное потребление 5 мкг витамина В12, что достигается посредством введения один раз в месяц 1 мл 0,5% раствора оксикобаламина. Препарат необходимо вводить в течение всей жизни пациента. У небольшого числа больных развивается дефицит железа. В таких случаях показан короткий курс пероральных препаратов железа. Удлинению фазы ремиссии способствует в первую очередь полноценное и достаточно длительное лечение обострения. Клинические наблюдения показывают, что рецидивы обострения хронического гастрита наступают чаще у больных, которые прекратили раньше времени намеченный курс лечения в связи со значительным улучшением состояния. Заместительная терапия при аутоиммунном хроническом гастрите с выраженной секреторной недостаточностью должна проводиться постоянно, а при НР-ассоциированном хроническом гастрите показаны регулярные обследования с целью выявления НР, назначения превентивных курсов антибактериальной терапии.

Санаторно-курортное лечение показано больным хроническим гастритом вне обострения болезни. Больных, страдающих гастритами с повышенной и сохраненной секрецией, желательнее направлять в Железноводск, а с секреторной недостаточностью - в Ессентуки, Трускавец и др. Диспансеризации подлежат все больные с хроническим гастритом.

Профилактика гастрита

В первую очередь, при гастрите имеет значение полноценное и рациональное питание, соблюдение его режима, отказ от курения, крепких спиртных напитков. Необходимо своевременно лечить заболевания других органов брюшной полости, следить за состоянием полости рта. Больные хроническим гастритом, особенно при пониженной кислотности, должны находиться на диспансерном учете и комплексно обследоваться не реже двух раз в год.

2. Лечебная физкультура и медицинский массаж при гастрите

«Движения - лучшая медицина для тела», - писал немецкий врач Фридрих Гофман (1660-1742 гг.). С этим трудно не согласиться, поскольку целебное действие физических упражнений известно давно. Так, например, в Греции в период расцвета ее культуры врачи смотрели на лечебную гимнастику как на важный элемент всей эллинской медицины. Известные врачи Древней Греции - Геродик, Гиппократ, Асклепиад и другие - считали упражнения обязательным компонентом лечебной и профилактической медицины.

И в наше время лечебной физкультуре придают большое значение в комплексной терапии различных заболеваний, в том числе и желудочно-кишечного тракта. В основе этого метода лечения лежит использование тренировки организма физическими упражнениями. Следует заметить, что тренировка может носить общий и специальный характер. Общая тренировка оказывает на организм общеукрепляющее действие. Специальная тренировка ставит своей основной задачей восстановление нарушенных функций. Физические упражнения влияют на пищеварительную систему по типу моторно-висцеральных рефлексов. Непродолжительные мышечные нагрузки малой и средней интенсивности повышают возбудимость коры больших полушарий головного мозга, в том числе и пищевого центра, что, в свою очередь, активизирует вегетативные функции, улучшает пищеварение. Мышцы брюшного пресса и диафрагмы, как бы массируя органы брюшной полости, активизируют функции пищеварительного тракта.

Интенсивные физические нагрузки оказывают угнетающее действие на пищеварение. При этом уменьшается выделение желудочного сока, понижается кислотность. Угнетающее действие физических упражнений больше выражено сразу после приема пищи, поэтому тренировочная нагрузка в этот период может быть причиной не только функциональных, но и органических нарушений в пищеварительной системе. Через 1-2 часа после еды физическая нагрузка даже выше средней интенсивности дает положительный эффект. К этому времени снижается активность блуждающего нерва, обеспечивающего двигательную и секреторную функции желудочно-кишечного тракта. Следовательно, зная характер нарушения секреторной или моторной функции и принимая во внимание фазу пищеварения, можно посредством дифференцированного назначения

физических нагрузок различной интенсивности достигнуть нормального функционирования органов пищеварения.

Под воздействием физических упражнений улучшаются трофические процессы органов пищеварения – активизируется кровоснабжение органов брюшной полости и уменьшается количество депонированной крови, что способствует затуханию воспалительных процессов и ускорению процессов регенерации.

Физические упражнения оказывают тонизирующее и нормализующее влияние на организм, способствуя нормализации моторно-висцеральных рефлексов.

Таким образом, механизмы лечебного действия физических упражнений на органы пищеварения сводятся к изменению функционального состояния коры больших полушарий головного мозга и тону вегетативной нервной системы.

Особенности лечебной гимнастики при гастрите

- при обострении хронического гастрита средства ЛФК 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;

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

С помощью лечебной физкультуры решаются следующие **задачи** при заболеваниях органов пищеварения, в частности при гастрите:

1. Оказание положительного влияния на нервно-психическую и эмоциональную сферы (так как процессы пищеварения в организме регулируются ЦНС).

2. Развитие и улучшение внешнего и особенно диафрагмального дыхания.

3. Воздействие на секреторную и моторную функции желудка, а также на нейрогуморальную регуляцию пищеварительных процессов.

4. Улучшение трофики слизистой оболочки желудка.

5. Улучшение кровоснабжения в брюшной полости и создание благоприятных условий для регенеративных процессов.

Лечебная физкультура применяется в фазе затухания обострения и фазе ремиссии. В острой фазе и при осложнениях занятия лечебной физической культурой должны быть прекращены.

Упражнения для мышц брюшного пресса назначают с учетом фазы заболевания. Они показаны при необходимости усилить перистальтику, секреторную функцию желудка и отток желчи. В острой и подострой фазах их исключают.

Дыхательные упражнения диафрагмального типа оказывают массирующее воздействие на желудок. Выбор исходных положений зависит от характера выполняемых упражнения и фазы заболевания. Для упражнения в расслаблении мышц, а также после обострения

заболевания наиболее благоприятным является исходное положение лежа. В положении сидя выполняются упражнения на постельном или полупостельном режимах. С целью механического перемещения желудка, а также для ограничения воздействия на мышцы живота используются исходные положения в упоре стоя на коленях и стоя.

В зависимости от фазы заболевания определяются темп и ритм выполнения физических упражнений. В подострой фазе применяется медленный темп и монотонный ритм, а при полной ремиссии рекомендуется любой ритм и смена ритмов.

Методика лечебной гимнастики при гастрите зависит от формы заболевания.

При гастрите с секреторной недостаточностью показано умеренное воздействие физической нагрузки на весь организм. В соответствии с периодом лечения и двигательным режимом применяют общеразвивающие упражнения, в медленном темпе, с ограниченной амплитудой и малым числом повторений; специальные упражнения для мышц брюшного пресса с постепенным увеличением нагрузки, статические и динамические дыхательные упражнения, а также медленную ходьбу продолжительностью до 30 минут (прил. 1).

При гастрите с повышенной секрецией лечебную физическую культуру проводят перед приемом пищи с возрастающей нагрузкой. Пациент должен быть достаточно физически подготовленным к выполнению упражнений для средних и крупных мышц, с большим числом повторений, маховые движения, упражнения со снарядами, служащие для снижения секреции желудка (прил. 2).

В I периоде, соответствующем острой и подострой фазам заболевания, лечебная гимнастика проводится за 2 часа до еды и за 20-40 мин до приема минеральной воды – для улучшения кровообращения в желудке. Исходные положения - лежа на спине, на боку, полулежа; затем сидя и лежа. Продолжительность занятия – 20-25 мин. Не ранее чем через 1,5-2 ч после еды применяется ходьба для улучшения эвакуаторной функции желудка. Темп ходьбы медленный, с постепенным увеличением продолжительности ходьбы – до 30 мин. В период ремиссии допускается выполнение упражнений для повышения внутрибрюшного давления в исходном положении лежа на животе. В сочетании с лечебной гимнастикой рекомендуется проводить массаж передней брюшной стенки.

При гастрите с повышенной секрецией лечебную физическую культуру проводят перед приемом пищи. Задача лечебной гимнастики при повышенной секреторной функции желудка — нормализация

функции вегетативной нервной системы и уравнивание 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.

Во II периоде кроме общеукрепляющих упражнений в занятия включаются специальные упражнения с акцентом на диафрагмальном дыхании и расслаблении. Хороший эффект в расслаблении мышц желудка дает ручной массаж.

В III периоде средства лечебной физической культуры расширяются: используются пешеходные прогулки, подвижные и спортивные игры (волейбол, бадминтон, теннис), прогулки на лыжах, катание на коньках, плавание, гребля, ближний туризм, дозированный бег, терренкур. Лечебную гимнастику проводят между приемом минеральной воды и обедом, так как минеральная вода тормозит секрецию желудка.

Дозировка физических нагрузок осуществляется в соответствии с физической подготовленностью больных, функциональным состоянием кардиореспираторной системы, а также в зависимости от сопутствующих заболеваний, ограничивающих физическую работоспособность

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 противорецидивное 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.

Лечебная физкультура для больных хроническим гастритом, протекающим с секреторной недостаточностью должна быть

умеренной и направленной на укрепление мышц брюшного пресса, общеукрепляющей. Рекомендуются прогулки, а также дозированная ходьба.

У больных с повышенной секрецией нагрузка на занятиях должна быть значительно большей - на уровне субмаксимальной мощности работы, но число упражнений для мышц брюшного пресса должно быть ограничено и выполняться они должны с умеренной нагрузкой. При сочетании диетического питания, приема минеральной воды и лечебной физкультуры наиболее целесообразно при хронических гастритах с повышенной секрецией пищеварительных желез минеральную воду пить перед занятиями физкультурой, а пищу принимать через 15-20 минут после занятий.

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 необходимо выпить стакан минеральной воды - это усилит секреторную функцию желудка.

Когда секреция повышенная или нормальная, можно перед бегом выпить стакан овсянки или геркулеса для нейтрализации повышенной кислотности.

Кроме лечебной гимнастики и прогулок больным с гипоацидным 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.

Медицинский массаж при гастрите

Массаж при лечении гастритов, дополняет активную физическую тренировку и рассматривается как средство симптоматической терапии. А также является средством активной профилактики осложнений, связанных с нарушением периферического кровотока.

Задачи массажа при гастрите:

1. Нормализация функции нейро-регуляторного аппарата органов желудочно-кишечного тракта, в результате чего улучшаются обменно-трофические процессы в этих органах, кроме этого происходит нормализация функций органов желудочно-кишечного тракта, повышение психоэмоционального тонуса и общей работоспособности.

2. Рефлекторное улучшение кровотока в области брюшной полости.

3. Профилактика и устранение осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Противопоказания к назначению медицинского массажа:

- при повышенной температуре тела;
- острые лихорадочные состояния;
- кровотечения;
- выраженная сердечнососудистая недостаточность;
- гнойные процессы любой локализации;
- воспаление лимфатических узлов;
- доброкачественные и злокачественные опухоли.

Исходя из уровня истинного функционального состояния пациента, *направленность массажа будет релаксирующая*. Учитывая места концентрации рефлекторных изменений и принцип «не навреди» выбираем *вариант работы второй* (преимущественное воздействие на соединительнотканые структуры области живота, грудного отдела позвоночника, пояснично-крестцового отдела позвоночника). Так как именно в этих структурах будут ярко выражены рефлекторные изменения. При работе первым или третьим вариантом существует так называемый «тонизирующий компонент» в релаксирующей направленности. Он связан с разминанием мышечных групп в интервале от 2 до 6 минут. Как наиболее безопасный вариант мы выбираем второй.

Напомним, что к соединительнотканым структурам относятся места перехода мышц в сухожилия, места крепления мышц к костным образованиям, сумочно-связочный аппарат суставов, апоневрозы.

Рабочие сегменты:

1. Пояснично-крестцовый отдел позвоночника.
2. Грудной отдел позвоночника.
3. Область живота.

Используемые приемы (поглаживание, выжимание, вибрация - 1,5 – 2 мин., разминание (финским стилем) – 2-6 мин. на рабочем сегменте.

Общее время массажа от 10,5 минут (минимальное) до 24 минут (максимальное).

Оптимальное исходное положение для массажа - лежа на животе, лежа на спине сидя.

Техника массажа. В начале процедуры массажа наносим смазывающее вещество на руку, это может быть массажное масло либо крем (важно чтобы он обеспечивал оптимальное свойство скольжения и сцепления с телом пациента). При этом оцениваем температуру и консистенцию масла. Немного согрев его в руке наносим на область рабочего сегмента. Поглаживающими движениями кисти распределяем по всему рабочему сегменту (захватываем мышцы и соединительнотканые структуры). Стараемся равномерно смазать кожный покров до необходимой степени скольжения руки. Важно чтобы не было проскальзывания и как следствие этого излишнего напряжения руки, либо наоборот если кожа окажется сухой, то будет прерывистое движение кисти и как следствие поверхностная болезненность, препятствующая глубокому проникновению рабочей части кисти при выполнении приема разминание.

Пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Переходим непосредственно к процедуре массажа пояснично-крестцового отдела позвоночника. Массаж начинается с выполнения приемов, которые мы объединили в одну группу, назвав их общий пасс. Это приемы - поглаживание, выжимание и вибрация. Они рассматриваются как вспомогательные не оказывающие значимого влияния на направленность массажной процедуры как таковой. Но оказывают влияние на улучшение лимфатического и венозного оттока (компонентов периферического кровотока).

По своей биомеханической сущности эти приемы имеют как схожие параметры (поглаживание и выжимание выполняются по

оттоку венозной крови и лимфы к ближайшим крупным лимфоузлам), так и отличные друг от друга (различный уровень давления). Они подготавливают массируемую поверхность, кроме того посредством этих приемов массажист может получить информацию о состоянии подлежащих тканей массируемого участка, их напряженности, смещаемости, болезненности, наличия рефлекторных изменений. Выполняются они в пределах полутора двух минут на рабочий сегмент. Причем, не сразу выдавая всю «порцию общего пасса» а разбивая на небольшие отрезки по 3-4 пасса, вначале процедуры, в конце и между выполнением приема разминание. Итак, начинаем с выполнения приема поглаживание, рука при этом, скользит по поверхности тела не собирая кожу в складку и повторяя все контуры массируемого участка тела.

Направление движения одного пасса в сторону паховых лимфоузлов, другого по всей поверхности спины к подмышечным лимфоузлам. Тем самым обеспечивается центростремительное направление. Возврат кисти в исходное положение после выполнения пасса поглаживания может осуществляться через вибрацию подушечками пальцев. Либо если выполняется поглаживание по типу финского то кисть возвращается в начало движения через касание тела мизинцем, поворачиваясь при этом ладонной частью вверх. Это позволяет не терять контакта кисти массажиста с телом пациента и воспринимается как целостный неделимый процесс массажа. Разновидности могут быть такие: прямолинейное, спиралевидное, попеременное, финское поглаживание. Скорость движения руки массажиста составляет 16-17 сантиметров в секунду, что ориентировочно равняется скорости кровотока. Выполнив 5-6 пасса поглаживания переходим к следующему массажному приему выжимание. Особенностью последнего является только прямолинейный характер движения. Направление также центростремительное. Рабочая часть кисти при этом воздействует на всю глубину подлежащих тканей, плотно прилегая к телу, а при некоторых разновидностях обхватывая массируемый сегмент (выжимание обхватом), как бы собирая впереди себя определенную складку и продвигая её, без отрыва кисти от тела. Давление при этом стараемся сохранить постоянное на протяжении всего пасса и соответствующее уровню порога болевой чувствительности. Возврат руки в начало рабочего сегмента может выполняться также через прием «вибрация», который выполняется без учета центростремительности, и таким образом не нарушает

технологическую схему процедуры. Либо через касание тела мизинцем как при финском поглаживании. Разновидности могут быть такие: основанием ладони, бугром большого пальца, подушечками пальцев. Выполняем по три четыре пасса на ближней и дальней поверхностях пояснично-крестцовой области. Чередуем выполнение выжимания в сторону паховых и подмышечных лимфоузлов. Выполняя общий пасс мы захватываем и соединительнотканые структуры и мышцы.

Далее переходим к приему разминание. Для того чтобы оставаться в рамках второго варианта нам необходимо отграничить соединительнотканые структуры от мышечных. Для этого выделяем в области пояснично-крестцового отдела позвоночника следующие массажные линии (наружный, верхний и внутренний края гребня подвздошной кости, боковые поверхности крестца, плоскость крестца, паравертебральные линии и межкостистые пространства от копчика до X-XII грудного позвонков). Начинаем с разминания мест крепления мышц к наружному краю гребня подвздошной кости (дальнего от массажиста). Рабочая часть кисти по спирали накатывает на край подвздошного гребня, прижимая (сдавливая) подлежащие ткани к кости, далее кисть отходит от края гребня, несколько расслабляется и в сторону мышц давления не оказывает. Затем следует новый виток спирали, опять сдавливая (сжимая) место крепления мышцы к кости. Размах спирали в пределах полутора сантиметров. Направление движения в сторону подвздошно-крестцового сочленения, дойдя до которого кисть возвращается в начало линии разминания (к наружному краю подвздошного гребня). Далее следует новый пасс разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к наружному краю гребня подвздошной кости (ближнего к массажисту). Рекомендуемые разновидности приема: подушечками указательного среднего и безымянного пальцев, ребром фаланги указательного пальца с поддержкой средним и безымянными пальцами.

Следующая массажная линия проходит по верхнему краю гребня подвздошной кости. Начинаем от передней ости гребня подвздошной кости (дальнего от массажиста) и двигаемся к подвздошно-крестцовому сочленению. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали как бы «сверху» накатывает на подвздошный гребень, придавливая (прижимая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом практически не

оказывая давления. Затем повторяется следующий виток разминания. Дойдя до подвздошно-крестцового сочленения, кисть через прием «поглаживание», возвращается в начало линии разминания. Выполняется 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к верхнему краю гребня подвздошной кости (ближнего к массажисту). Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех либо трех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), рука при этом может ставиться перпендикулярно либо параллельно гребню подвздошной кости.

Следующая массажная линия проходит по внутреннему краю гребня подвздошной кости. Начинаем от передней ости гребня подвздошной кости (дальнего от массажиста) и двигаемся к подвздошно-крестцовому сочленению. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, начинает двигаться практически из брюшной полости накатывая на внутреннюю часть подвздошного гребня сжимая (прижимая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом, практически не оказывая давления. Затем повторяется следующий виток разминания. Дойдя до подвздошно-крестцового сочленения рабочая часть кисти через поглаживание возвращается в начало линии разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к внутреннему краю гребня подвздошной кости (ближнего к массажисту). Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца).

Следующая массажная линия проходит по боковым поверхностям крестца. Начинаем от вершины крестца, кисть ставится параллельно боковому краю (дальнего от массажиста) и двигаемся к основанию крестца. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, накатывает на боковую поверхность крестца, сжимая (придавливая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом, практически не оказывая давления. Затем повторяется следующий виток разминания. Дойдя до гребня подвздошной кости кисть, заворачивается, и заканчиваем пасс разминания на подвздошно-крестцовом сочленении. Далее кисть возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест

крепления мышц к боковому краю крестца (ближнего к массажисту). Рекомендуются разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, подушечкой указательного пальца с отягощением, средним и безымянными пальцами.

Следующая массажная линия - это плоскость крестца. Плоскость крестца ограничена боковыми поверхностями, основанием и вершиной крестца. Рабочая часть кисти выполняет спиралевидное разминание, придавливая (прижимая) подлежащие ткани к крестцу. Входя в виток спирали кисть, напрягается, оказывая давление, затем в следующей фазе рука массажиста расслабляется, делает переход и при этом, практически не оказывая давления. Пассы разминания плоскости крестца ориентированы на приложение силы по касательному вектору к прямой плоскости. Виток спирали может закручиваться в любую сторону. Выполняем 3-4 пасса разминания. Рекомендуются разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, фалангами согнутых пальцев, основанием ладони.

Следующая массажная линия идет вдоль позвоночника с обеих сторон поочередно (паравертебрально). Направление движения от крестца до X – XII грудного позвонков. Начинаем с разминания мест крепления мышц к позвонкам дальней от массажиста половины тела. Выполняем разминание по типу «финского», кисть движется по спирали с размахом в один - полтора сантиметра от линии остистых отростков, при этом подушечки пальцев накатывают на остистые отростки позвонков, разминая (сдавливая) подлежащие ткани (кожу, сухожильную часть мышцы, связки), придавливая их к кости. Давление руки массажиста должно вызывать у пациента ощущение терпимой, приятной, переносимой болезненности. Если давления одной руки недостаточно, то кисть может отягощаться второй рукой. Затем рука отходит от позвоночника на один полтора сантиметра, кисть расслабляется при этом давления на мышечную часть практически не оказывается. Далее идет следующий виток спирали, рука массажиста вновь напрягается и придавливает (разминает) соединительнотканые структуры. Дойдя до X – XII грудного позвонков, рабочая часть кисти может через вибрацию возвращаться в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к позвонкам ближней к массажисту половины тела. Рекомендуются разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного,

среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, подушечкой указательного пальца с отягощением средним и безымянными пальцами, подушечкой большого пальца.

Следующие массажные линии проходят между остистыми отростками позвонков. Направление движения от крестца до X – XII грудного позвонков. Выполняем разминание по типу «финского», причем наиболее удобные разновидности это ребром фаланги указательного либо большого пальцев. Движения по спирали начинаются за один сантиметр до линии остистых отростков и заканчивается в пределах одного сантиметра пройдя линию остистых отростков. Особенность также заключается в том, чтобы рабочей частью кисти стараться как бы «раздвинуть» межостистые пространства, вписывая в них виток спирали. Выполнив разминание в одном межостистом пространстве, ребро фаланги работающего пальца через прием поглаживание перемещается в следующее. Рука при этом расслабляется и отдыхает. Дойдя до X – XII грудного позвонка, рабочая часть кисти через вибрацию возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. При необходимости можно выполнять отягощение рабочей части кисти другой рукой (указательным средним и безымянными пальцами можно отягощать большой палец, подушечки четырех накладывать сверху на рабочую кисть). Заканчиваем массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника общим пассом. Визуальной оценкой достаточности массажного воздействия может служить появившаяся эритема.

Грудной отдел позвоночника. Начинаем с выполнения общего пасса. Проводим прием поглаживание, рука при этом скользит по поверхности тела, не собирая кожу в складку и повторяя все контуры массируемого участка тела. Направления движения по всей поверхности спины к подмышечным лимфоузлам. Тем самым обеспечивается центростремительное направление. Возврат кисти в исходное положение после выполнения пасса поглаживания осуществляется через вибрацию подушечками пальцев. Либо если выполняется поглаживание по типу финского, то кисть возвращается в начало движения через касание тела мизинцем, поворачиваясь при этом ладонной частью вверх. Это позволяет не терять контакта кисти массажиста с телом пациента и воспринимается как целостный неделимый процесс массажа.

Разновидности могут быть такие: прямолинейное, спиралевидное, попеременное, финское поглаживание. Выполнив 5-6 пассов поглаживания, переходим к следующему массажному приему

– выжимание, особенностью которого является только прямолинейный характер движения. Направление также центростремительное. Рабочая часть кисти воздействует на всю глубину подлежащих тканей, плотно прилегая к телу. Давление при этом стараемся сохранить постоянное на протяжении всего пасса и соответствующее уровню порога болевой чувствительности. Возврат руки в начало рабочего сегмента выполняется через прием – вибрацию, которая выполняется без учета центростремительности, и таким образом, не нарушает технологическую схему процедуры, либо через касание тела мизинцем как при финском поглаживании. Разновидности могут быть такие: основанием ладони, бугром большого пальца, подушечками пальцев – выполняем по три-четыре пасса на ближней и дальней поверхности грудного отдела позвоночника. Выполняя общий пасс, мы захватываем и соединительнотканые структуры и мышцы. Далее переходим к приему разминание. Для того чтобы оставаться в рамках второго варианта, нам необходимо отграничить соединительнотканые структуры от мышечных. Для этого выделяем в области грудного отдела позвоночника следующие массажные линии: паравертебральные линии и межкостистые пространства от 10-го-12-го грудного до 7-го шейного позвонка, медиальный край лопатки, верхний край лопатки, место крепления подостной мышцы к ямке лопатки, задний свод плечевого сустава.

Первая массажная линия идет вдоль позвоночника с обеих сторон (паравертебрально). Направление движения от 10-го-12-го грудного до 7-го шейного позвонка включительно. Начинаем с разминания мест крепления мышц к позвонкам (дальней от массажиста половины тела). Выполняем разминание по типу «финского», кисть движется по спирали с размахом в один-полтора сантиметра от линии остистых отростков, при этом подушечки пальцев накатывают на остистые отростки позвонков, разминая (сдавливая) подлежащие ткани (кожу, сухожильную часть мышцы, связки), придавливая их к кости, с таким давлением, чтобы у пациента вызывать ощущение терпимой приятной переносимой болезненности. Если давления одной руки недостаточно, то кисть может отягощаться второй рукой. Затем рука отходит от позвоночника на один-полтора сантиметра, кисть расслабляется, при этом давления на мышечную часть практически не оказывается.

Далее идет следующий виток спирали, рука массажиста вновь напрягается и придавливает (разминает) соединительнотканые

структуры. Дойдя до 7-го шейного позвонка, рабочая часть кисти через вибрацию возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к позвонкам (ближней к массажисту половины тела). Рекомендуются разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, подушечкой указательного пальца с отягощением средним и безымянными пальцами, подушечкой большого пальца.

Следующие массажные линии проходят между остистыми отростками позвонков. Направление движения от 10-го-12-го грудного до 7-го шейного позвонка включительно. Выполняем разминание по типу «финского», причем наиболее удобные разновидности – это ребром фаланги указательного либо большого пальцев. Движения по спирали начинаются за один сантиметр до линии остистых отростков и заканчиваются в пределах одного сантиметра, пройдя линию остистых отростков. Особенность заключается в том, чтобы рабочей частью кисти стараться как бы «раздвинуть» межостистые пространства, вписывая в них виток спирали. Выполнив разминание в одном межостистом пространстве, ребро фаланги работающего пальца через прием поглаживание перемещается в следующее. Рука при этом расслабляется и отдыхает. Дойдя до 7-го шейного позвонка, рабочая часть кисти через вибрацию возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. При необходимости можно выполнять отягощение рабочей части кисти другой рукой (указательным, средним и безымянными пальцами можно отягощать большой палец, подушечки четырех накладывать сверху на рабочую кисть).

Следующая массажная линия проходит по медиальному и верхнему краю лопатки. Начинаем от нижнего угла лопатки, кисть ставится параллельно медиальному (позвоночному) краю (ближней от массажиста лопатки) и двигаемся к медиальному (внутреннему) углу лопатки. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, накатывает на край лопатки, сжимая (придавливая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом практически не оказывая давления. Дойдя до медиального угла лопатки, кисть заворачивается и выполняется пасс разминания на верхнем крае лопатки до акромиального отростка. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, сверху накатывает на край лопатки,

сжимаемая (сдавливаемая) соединительнотканная образования. Далее рабочая часть кисти через поглаживание возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию на дальней лопатке (медиальный, верхний край). Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, подушечкой указательного пальца с отягощением средним и безымянным пальцами.

Следующая массажная линия проходит по месту крепления подостной мышцы к ямке лопатки. Разминание начинаем с ближней к массажисту лопатке. Начинать пасс разминания можно как от медиального угла лопатки, двигаясь в сторону акромиального отростка, так и от акромиального отростка, двигаясь к медиальному углу лопатки. Рабочая часть кисти, входя в виток «финского» разминания, выполняет придавливание (раскатывание) подлежащих тканей в подостной ямке. После этого кисть расслабляется, отодвигается по дуге в сторону мышц, не оказывая при этом давления. Далее выполняется следующий виток разминания. Выполнив 3-4 пасса разминания, через общий пасс переходим к разминанию мест крепления подостной мышцы на дальней от массажиста лопатке. Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), ребром фаланги указательного пальца с фиксацией средним и безымянным пальцами, подушечкой большого пальца с опорой на четыре.

Следующая массажная линия проходит по заднему своду плечевого сустава (проекция суставной щели сзади, места креплений сухожилий подостной, дельтовидной, трапецевидных мышц, а также широчайшей и большой круглой мышцы). Особенностью является необходимость обеспечения достаточной фиксации сустава, которая выполняется со стороны переднего свода сустава кистью руки, не выполняющей разминание. При выполнении приемов разминание и выжимание создается своеобразная «опора», препятствующая смещению сустава и как следствие этого – напряжению мышц пациента. Сила фиксации пропорциональна силе давления на сустав при разминании и осуществляется противоположно вектору приложения силы давления. Начинаем с проведения общего пасса. Рекомендуемые разновидности приемов для поглаживания: подушечками пальцев, всей ладонной поверхностью кисти, концентрическое поглаживание; для выжимания: обхватом,

основанием ладони, ладонной поверхностью четырех пальцев кисти; для вибрации: ладонной поверхностью кисти, подушечками пальцев. После этого переходим к приему – разминание, начинаем от подмышечной складки в сторону акромиального отростка «финским» стилем проведения. Рекомендуются разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), гребнем кулака, подушечкой большого пальца, межпальцевой вырезкой. Выполняем 3-4 пасса разминания и через общий пасс переходим к разминанию заднего свода противоположного плечевого сустава.

Заканчиваем массаж грудного отдела позвоночника общим пассом. Визуальной оценкой достаточности массажного воздействия может служить появившаяся эритема (покраснение).

Область живота. Массаж начинаем с выполнения общего пасса. Проводим прием поглаживание, рука при этом, скользит по поверхности тела, не собирая кожу в складку и повторяя все контуры массируемого участка тела. Направление по ходу петель толстого кишечника (по часовой стрелке). Разновидности могут быть такие: поглаживание - прямолинейное, спиралевидное, попеременное, тыльной поверхностью пальцев; выжимание – чередуя тыльной и ладонной поверхностью пальцев, ладонью, подушечкой большого пальца; вибрация – всей ладонью, ладонной поверхностью пальцев, потряхивание. Выполняем по три четыре пасса каждого приема. Выполняя общий пасс, мы захватываем и соединительнотканые структуры и мышцы. Далее переходим к приему разминание. Для того чтобы оставаться в рамках второго варианта нам необходимо оказать преимущественное воздействие на соединительнотканые структуры. Для этого выделяем в области живота следующие массажные линии (реберные дуги, внутренняя поверхность (край) гребней подвздошных костей, область лонного сочленения, обработка петель кишечника).

Первая массажная линия идет вдоль края реберной дуги. Направление движения в сторону мечевидного отростка. Начинаем с разминания мест крепления мышц к реберной дуге ближней от массажиста половины тела. Выполняем разминание по типу «финского», кисть движется по спирали с размахом в 0,5 – 1 сантиметр, при этом подушечки пальцев накатывают, разминая (сдавливая) подлежащие ткани (кожу, сухожильную часть мышцы, связки), придавливая их к кости. Давление должно вызывать у пациента ощущение терпимой приятной переносимой болезненности. Меняя угол «атаки» пальцев акцентировано разминаем наружный,

верхний и внутренний края реберной дуги. Дойдя до мечевидного отростка кисть, расслабляется и через поглаживание, приступаем к разминанию мест крепления мышц к реберной дуге, дальней от массажиста половины тела. Выполняем по 3-4 пасса разминания. Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца), подушечкой указательного пальца с отягощением средним и безымянным пальцами, подушечкой большого пальца, ребром фаланги указательного пальца с фиксацией тремя пальцами.

Следующая массажная линия проходит по внутреннему краю гребня подвздошной кости. Начинаем от передней ости гребня подвздошной кости (ближнего к массажисту) и двигаемся в сторону лонного сочленения. Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, накатывает на внутреннюю часть подвздошного гребня, сжимая (прижимая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом, практически не оказывая давления. Затем повторяется следующий виток разминания. Дойдя до области лонного сочленения, рабочая часть кисти через поглаживание возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Затем через общий пасс переходим к разминанию мест крепления мышц к внутреннему краю гребня подвздошной кости дальнего от массажиста. Рекомендуемые разновидности приема: подушечками четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца).

Следующая массажная линия проходит по соединению верхних ветвей лонных костей (область лонного сочленения). Начинаем от внутренней поверхности передней ости гребня подвздошной кости (ближнего к массажисту), и двигаемся в сторону лонного сочленения. Заканчиваем пасс разминания на внутренней поверхности передней ости гребня подвздошной кости (дальнего от массажиста). Рабочая часть кисти, входя в виток спирали, накатывает на внутреннюю часть подвздошного гребня, сжимая (прижимая) сухожильные части мышц к кости, в следующей фазе кисть отодвигается, рука массажиста расслабляется, двигается по дуге в сторону брюшка мышц, при этом, практически не оказывая давления. Затем повторяется следующий виток разминания. Пройдя через область лонного сочленения кисть, возвращается в начало линии разминания. Выполняем 3-4 пасса разминания. Рекомендуемые разновидности приема: подушечками

четырех пальцев (указательного, среднего, безымянного пальцев и мизинца).

Следующие массажные линии проходят по трем окружностям (большого, среднего и меньшего диаметра) в плоскости живота. Направление движения по ходу петель кишечника (по часовой стрелке). Выполняем разминание по типу «финского», при этом пальцы устанавливаются перпендикулярно к плоскости живота. Движения выполняются по спирали, пальцы проникают в брюшную полость, с давлением, на уровне порога болевой чувствительности.

Выполняем 3-4 пасса разминания. При необходимости можно выполнять отягощение рабочей части кисти другой рукой.

Заканчиваем массаж области живота общим пассом. Визуальной оценкой достаточности массажного воздействия может служить появившаяся эритема (покраснение).

3. Физиотерапия у пациентов с гастритом

ЗАДАЧИ ФИЗИОТЕРАПИИ

Купирование воспалений слизистой оболочки желудка и восстановление его секреторной функции.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Физиотерапию у больных хроническим гастритом применяют для купирования воспаления слизистой оболочки желудка (противовоспалительные методы), восстановления нарушенной секреторной функции желудка (секретокорригирующие методы), активации нейрогуморальной регуляции секреторной и моторной функции желудка (вегетокорригирующие методы), восстановления нарушенной структуры (репаративно-регенеративные методы) и местного иммунитета (иммуномодулирующие методы), нормализации моторики желудка (спазмолитические методы), снятия болевого синдрома (анальгетические методы) и нормализации психоэмоционального статуса (седативные методы).

Таблица 2

Физические методы лечения хронического гастрита

Группы	Методы
<i>Противовоспалительные</i>	Низкоинтенсивная УВЧ-терапия, локальная криотерапия
<i>Секретокорригирующие</i>	<i>Секретостимулирующие:</i> высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия, гидрокарбонатно-хлоридные натрий-кальциевые питьевые воды <i>Секретолитические:</i> сульфатно-натрий-магниевые питьевые воды, гидрокарбонатно-натриевые, гидрокарбонатно-сульфатно-натриевые питьевые воды
<i>Вегетокорригирующие</i>	Трансцеребральная импульсная электротерапия (транскраниальная электроанальгезия, электросонотерапия, транскраниальная электростимуляция, трансцеребральная интерференцтерапия, трансцеребральная амплипульстерапия), продолжительная аэротерапия
<i>Репаративно-регенеративные</i>	ДМВ-терапия, КВЧ-терапия, низкочастотная магнитотерапия, инфракрасная лазеротерапия,

	ультразвуковая терапия, пелоидотерапия
<i>Иммуномодулирующие</i>	Высокочастотная магнитотерапия тимуса, низкочастотная СМВ-терапия умбиликарной области, лазерное облучение крови
<i>Спазмолитические</i>	Гальванизация желудка, внутриорганный электрофорез спазмолитиков, инфракрасное облучение, высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия, интерференцтерапия, парафинотерапия
<i>Анальгетические</i>	Низкочастотная электротерапия (амплипульстерапия, дидинамотерапия), лекарственный электрофорез анестетиков
<i>Седативные</i>	Гальванизация головного мозга и воротниковой области, франклинизация, радоновые, йодобромные, азотные и хвойные ванны

Противовоспалительные методы

Низкоинтенсивная УВЧ-терапия. Поляризация тканей, возникающая в высокочастотном электрическом поле, приводит к уменьшению развития воспалительного процесса в органах пищеварения. При нарастании интенсивности электрического поля УВЧ наряду с осцилляторным проявляется тепловой компонент. Нагревание органов и тканей вызывает стойкую, длительную и глубокую гиперемия тканей в зоне воздействия, что влечет за собой усиление регионарного крово- и лимфооттока в пораженных тканях, повышение проницаемости микроциркуляторного русла и других тканевых барьеров, увеличение числа лейкоцитов и нарастание их фагоцитарной активности. Перечисленные изменения приводят к дегидратации и рассасыванию воспалительного очага, а также уменьшению вызванных перинеуральным отеком болевых ощущений и метаболизма в области воздействия, стимулируют пролиферативно-регенеративные процессы в соединительной ткани вокруг очага воспаления и оказывают вторичный антибактериальный эффект. Это позволяет использовать УВЧ-терапию на различных стадиях воспалительного процесса.

Методика. Воздействуют локально на эпигастральную область электрическим полем УВЧ 27,12 МГц, мощностью 20 мВт (в острую фазу) или 40 мВт (в подострую фазу), по 10 мин, ежедневно или через день; курс лечения - от 5-8 до 10 процедур.

Противопоказания. Данный метод противопоказан у пациентов с эрозивным эзофагитом и эрозивным гастритом со склонностью к кровотечению, при атонии желудка, гастроптозе,

стенозе привратника, полипозе желудка, наличии каллезной язвы желудка, подозрении на злокачественные новообразования, недостаточности кардии.

Локальная криотерапия. Воздействие на органы ЖКТ холодных факторов приводит к быстрому снижению температуры подлежащих тканей. Из-за рефлекторного возбуждения адренергических симпатических волокон в подлежащих тканях повышается содержание норадреналина, который вызывает выраженное и продолжительное сужение сосудов микроциркуляторного русла подлежащих тканей, повышение вязкости крови и уменьшение ее текучести. Уменьшение возбудимости с последующим блоком проводимости ноцицептивных и тактильных волокон подлежащих тканей приводит к выраженной анальгезии и локальной анестезии, а также кратковременному спазму мышц, который при продолжительном (более 10 мин) охлаждении сменяется их релаксацией. Понижение тонуса сокращенных мышечных волокон устраняет спастический компонент болевого синдрома и тормозит развитие воспалительного процесса. Кроме противовоспалительного (противоотечного, дегидратирующего), локальная криотерапия обладает гемостатическим, анальгетическим и спазмолитическим действием.

Методика. Используют ледяные аппликации, ледяные обертывания, аппликации криопакетов, холодные грязевые аппликации, криоаппликации с помощью термоэлектрических устройств.

Чаще применяют криопакеты толщиной от 5 до 30 мм с рабочей температурой от -10 до -20°C, которые укладывают в эпигастральной области на прокладку из бумажной или льняной салфетки на 5-7 мин, 2-3 раза с перерывом 2-5 мин.

Для локальной криотерапии используют также охлажденный воздух, который "выдувают" на эпигастральную область под давлением 3,5-5,0 бар по лабильной методике круговыми или змееобразными движениями. Продолжительность процедуры при температуре охлажденного агента около -30°C от 3 до 10 мин.

На курс лечения проводят 5-6 ежедневных процедур криотерапии. Эрозивный эзофагит или гастрит со склонностью к кровотечениям не являются противопоказанием.

Для усиления лечебного эффекта электротерапию и криотерапию в их последовательном применении.

Секретокорректирующие методы

Секретостимулирующие:

Высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия.

Под действием высокоинтенсивной высокочастотной магнитотерапии в слизистой оболочке желудка возникают вихревые токи, что приводит к интенсивному теплообразованию, выраженному расширению капилляров, артериол, венул, усилению микроциркуляции метаболизма в тканях и тканевого дыхания. В области воспаления уменьшается отек тканей, активность лейкоцитов, происходит активация фибробластов и макрофагов. Это приводит к активации процессов репаративной регенерации в зоне повреждения, снижает тонус гладкомышечных волокон (спазмолитическое действие) и восстанавливает кинетику ЖКТ, секреторную функцию клеток желудка.

Методика. Воздействуют на эпигастральную область в слаботепловой дозе в течение 15—20 мин, ежедневно; курс 10—15 процедур.

Противопоказания. Метод противопоказан при полипозе желудка, кровотечении и склонности к кровоточивости.

Гидрокарбонатно-хлоридные натрий-кальциевые питьевые воды. Используют воды малой и средней минерализации (Екатерингофская, Ессентуки №4, Железноводская, Ижевская, Нарзан, Карачинская, Березовская). Разовая доза до 3 мл/кг (начальные приемы 75—100 мл), температура воды 20—25 °С, прием воды за 15—20 мин до еды маленькими глотками, медленно, количество приемов 3—4 в сутки (в зависимости от приема пищи); курс 1,0—1,5 мес, повторный курс через 4—6 мес.

Секретолитические:

Сульфатно-натрий-магниевые питьевые воды. Используют минеральные воды: Азовскую, Славяновскую, Смирновскую, Варзни-Ярчи, Дарасун. Применяют воду в дегазированном виде в дозе до 3 мл/кг (разовая доза), начальные приемы 75-100 мл, за 15-20 мин до еды маленькими глотками, медленно (как бы смакуя), температура воды 20-25°С, количество приемов 3-4 раза в сутки в зависимости от приема пищи, курс 1,0-1,5 мес, повторный курс через 4-6 мес.

Противопоказания. Сульфатно-натрий-магниевые питьевые воды противопоказаны при повышенной секреции желудка, полипозе желудка (особенно в области пилорического отдела), пилоростенозе (пилороспазме).

Гидрокарбонатно-натриевые, гидрокарбонатно-сульфатно-натриевые питьевые воды. Используют минеральные воды высокой и средней минерализации. Применяют при нормальной и повышенной желудочной секреции по 100-150 мл на прием 3 раза в день за 1,5 ч до еды при повышенной и за 45 мин при нормальной секреции.

Вегетокорректирующие методы

Транскраниальная электроаналгезия. Выделяющиеся под действием импульсных токов из нейронов ствола головного мозга β -эндорфин и энкефалины блокируют проведение восходящих импульсных потоков ноцицепторов на уровне релейных ядер продолговатого мозга и таламуса, модулируют активность внешних центров вегетативной нервной системы в стволе и гипоталамусе. Нисходящая активация функционирования органов желудочно-кишечного тракта происходит за счет афферентных потоков из болевого очага. Выброс эндогенных опиоидных пептидов в кровь активизирует регенеративно-репаративные процессы, повышает резистентность организма и его устойчивость к стрессорным факторам.

Методика. Воздействие проводят по лобно-затылочной методике. Используют импульсы тока прямоугольной формы длительностью 2-4 с с частотой следования 150 имп/с в течение 30-40 мин; возможно использование дополнительной составляющей постоянного тока, ежедневно, курс - 10-12 процедур.

Электросонтерапия. Электросонтерапия обуславливает индукционное воздействие импульсных токов на ядро блуждающего нерва, центры вегетативной и эндокринной систем, секреторную функцию желудочно-кишечного тракта, восстанавливает нарушенный углеводный, липидный, минеральный и водный обмены в организме, стимулирует гормонпродуцирующую функцию желез внутренней секреции.

Методика. Применяют расположение электродов по глазнично-ретромастоидальной методике со следующими параметрами процедур: прямоугольные импульсы длительностью 0,5 мс, амплитудой до 8 мА, частотой 5—20 имп/с, 30—60 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

Транскраниальная электростимуляция. Используют прямоугольные импульсы тока одной частоты; при таких параметрах тока отмечают наиболее выраженный анальгетический эффект.

Методика. Процедуры проводят при лобно-затылочном расположении электродов в течение 30-40 мин при мА, курс - 8-10 процедур.

Транскраниальная интерференцтерапия. Воздействие интерференционными токами проводят по лобной методике с частотой 90-100 Гц при продолжительности процедуры 15 мин, ежедневно, курс - 10-12 процедур.

Транскраниальная амплипульстерапия. Проводят со следующими параметрами действующего тока: режим переменный, III род работы, частота модуляции 100 Гц при глазничной методике, 30 Гц - при лобной методике, глубина модуляции 75%, длительность посылок 1,0-1,5 с, продолжительность воздействия 15 мин, курс 10-12 процедур.

Продолжительная аэротерапия. Длительное воздействие воздуха открытых пространств на больного вызывает охлаждение организма и насыщение кислородом (оксигенацию), что повышает тонус симпатико-адреналовой системы организма (симпатикотонию). Продолжительная аэротерапия обладает трофостимулирующим эффектом, активизирует регионарное кровообращение и микроциркуляцию.

Метод имеет двухфазное действие. В первую фазу стимулируется перестройка специфических механизмов захвата и транспорта кислорода и неспецифических механизмов повышения реактивности организма, во вторую фазу (при длительном воздействии) холодный воздух вызывает угнетение нейрогуморальных механизмов термоадаптации и гемодинамики. Это необходимо учитывать при назначении продолжительной аэротерапии. Длительное пребывание на открытой местности с живописным ландшафтом способствует формированию положительных психоэмоциональных реакций (ландшафтный эффект), эффективно восстанавливает нарушенное равновесие тормозно-возбудительных процессов в коре головного мозга, биоэлектрическую активность нервных клеток. Учитывая слабость адаптации больных к холодному фактору, процедуры проводят по слабому и умеренному режимам. Курс 10—15 процедур.

Репаративно-регенеративные методы

Низкоинтенсивная ДМВ-терапия. Нагревание глуболежащих тканей и органов под действием дециметровых волн низкой интенсивности вызывает расширение капилляров и усиливает

регионарный кровоток, повышение проницаемости сосудов микроциркуляторного русла и дегидратации воспалительного очага.

Методика. Излучатель размещают контактно в области эпигастрия по переднесрединной линии тела, мощность 5-8 Вт с воздушным зазором в 3-5 см. Продолжительность воздействия 10-15 мин, курс - 6-8 ежедневных процедур.

Противопоказания. Метод противопоказан при эрозивном эзофагите, гастрите со склонностью к кровотечению, атонии желудка, гастроптозе, стенозе привратника, каллезной язве желудка (особенно в пилорoduоденальной зоне), подозрении на злокачественные новообразования, полипоз желудка, недостаточность кардии.

КВЧ-терапия. Процедуры проводят на обнаженную поверхность тела под мечевидным отростком. Рупор излучателя-волновода устанавливают контактно или с воздушным зазором, равным удвоенной длине волны. Применяют излучение с длиной волны 5,6 мм или 7,1 мм (можно чередовать). Плотность потока энергии составляет 10 мВт/см² в режиме частотной модуляции. Продолжительность процедур 20-30 мин, курс 10-12 ежедневных процедур.

Низкочастотная магнитотерапия. Переменное магнитное поле индуцирует электрические поля и токи. Уменьшаются тонус сосудов и моторика желудка, восстанавливаются измененные функциональные свойства нейролеммы афферентных проводников, что приводит к усилению их влияния на репаративные процессы в желудке и нормализует его вегетативную регуляцию.

Методика. Процедуры проводят на эпигастральную область с использованием одноиндукторной методики при следующих параметрах магнитных полей: режим непрерывный, форма импульсов синусоидальная, частота 50 Гц, индукция 20-25 мТл, продолжительность 10-15 мин, курс - 10-12 ежедневных процедур.

Противопоказания. Низкочастотную магнитотерапию не назначают при склонности к кровотечениям из-за выраженного гипокоагулирующего действия.

Инфракрасная лазеротерапия. В облученных тканях происходят фазовые изменения локального кровотока и увеличивается проницаемость эндотелия сосудов микроциркуляторного русла, что способствует разрешению инфильтративно-экссудативных и активации репаративных процессов. Образующиеся при поглощении энергии лазерного излучения продукты обмена белков, аминокислот, пигментов и

соединительнотканых структур действуют как эндогенные индукторы репаративных и регенеративных процессов в тканях, активируют их метаболизм.

Методика. Применяют импульсное инфракрасное лазерное излучение с длиной волны 890 нм, мощностью 4 Вт, частотой 600 Гц, на эпигастральную область и паравертебральные зоны Th_{VI-VIII}, по 4-6 точек на процедуру, продолжительность облучения одной точки составляет 1-2 мин, ежедневно, 6-8 процедур на курс лечения.

Ультразвуковая терапия. Механические колебания ультразвуковой частоты способствуют уменьшению и рассасыванию отеков. За счет повышения связывания биологически активных веществ ультразвук активизирует иммуногенез и механизмы неспецифической резистентности организма. Усиление метаболизма клеток стимулирует репаративную регенерацию тканей.

Методика. Воздействуют ультразвуком интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см² лабильно и/или стабильно, продолжительность - 5 мин на эпигастральную область и по 2-3 мин на паравертебральные зоны на уровне Th_{VI-VIII}. При гиперацидном, гиперсекреторном состоянии желудка применяют непрерывный режим, при гипоацидном, гипосекреторном - импульсный. Курс лечения - 10-15 ежедневных процедур.

Противопоказания. Метод противопоказан в остром периоде заболевания, при каллезной язве желудка, новообразованиях желудка, пилоростенозе, гастроптозе II степени, хроническом эрозивном гастрите со склонностью к кровоточивости, ахилии.

Пелоидотерапия. Гуминовые кислоты и стероидосодержащие фракции пелоидов ограничивают экссудацию и отек в очаге воспаления и индуцируют пролиферативные процессы в тканях. Раздражение термомеханочувствительных структур кожи грязью обуславливает формирование в сегментарных и подкорковых структурах головного мозга вегетативно-висцеральных рефлекторных реакций, что нормализует их моторику и секреторную функцию.

Методика. Используют в фазе субкомпенсации и компенсации в виде грязевых аппликаций на область эпигастрия и сегментарно на уровне Th_{VI-X}. Аппликации иловой грязи проводят при температуре 38-40°C, торфяной грязи - 42-43°C; длительность - до 15-20 мин для сульфидной и до 25-30 мин для сапропелевой, через день или с перерывом на 3-й день, на курс лечения 10-15 процедур.

При возникновении патологической бальнеореакции (появлении общей слабости, недомогания, головных болей, бессонницы, раздражительности, либо появлении или усилении болей, диспепсических явлений со стороны органов пищеварения), которая обычно возникает после 3-5 процедур, следует уменьшить длительность процедуры либо сделать перерыв на 1-3 дня.

Противопоказания. Пелоидотерапия противопоказана в острый период болезни, при каллезной язве желудка, доброкачественных и злокачественных новообразованиях, пилоростенозе, гастроптозе II степени, хроническом эрозивном гастрите со склонностью к кровоточивости, ахилии.

Иммуномодулирующие методы

Высокочастотная магнитотерапия области проекции тимуса. Магнитное поле высокой частоты стимулирует тимус и созревание иммунокомпетентных Т-лимфоцитов, которые через кровотоки «расселяются» в тимусзависимых зонах. Здесь активизируется Т- и В-лимфоцитарный иммунитет и осуществляются процесс выработки антител и реализация иммунного ответа организма (иммунная фаза).

Методика. Используют магнитное поле частотой 13,56 МГц или 27,12 МГц низкой интенсивности, продолжительностью 8-10 мин, через день, на курс лечения 10-12 процедур.

Противопоказания. Метод противопоказан при обострении процесса, эрозивном гастрите с наличием кровотечений, анацидном гастрите, каллезных язвах желудка, доброкачественных и злокачественных новообразованиях, подозрении на прободную язву желудка, стенозе привратника, гастроптозе II—III степени, общих противопоказаниях для ФТЛ.

Низкочастотная СМВ-терапия умбиликарной области. Активация регионарного кровообращения в области лимфатических узлов передней брюшной стенки способствует пролиферации лимфоцитов и активации синтеза антител.

Методика. Применяют слаботепловую дозу (доза II), продолжительность воздействия 5—10 мин, через день или 2 дня подряд с перерывом на 3-й день; курс 5—6 процедур.

Лазерное облучение крови (ЛОК). Красное лазерное излучение воздействует на форменные элементы крови, что приводит к изменению их физико-химических свойств и основных функций. Поток монохроматического излучения вызывает избирательную

активацию молекулярных комплексов биологических тканей (фотобиоактивация) и активацию иммуногенеза и разнообразных процессов метаболизма, увеличиваются кислородная емкость крови, снижение скорости агрегации тромбоцитов и содержание фибриногена в сочетании с нарастанием уровня свободного гепарина и фибринолитической активности сыворотки крови, замедление тромбообразования. Данный метод применяется в подострый или хронический период заболевания.

Методика. Облучают кожную проекцию кубитальной вены и подключичной (сонной, паховой, подколенной) артерии. Применяют инфракрасные лазерные источники (длины волн 780 нм, 810-1060 нм). Для непрерывных источников мощность на конце излучателя 15-25 мВт, продолжительность процедуры - по 5 мин на одну зону, суммарно до 20 мин. Для импульсных инфракрасных лазеров: пиковая импульсная мощность - 4-5 Вт, частота импульсов - 5; 50; 1000 Гц, продолжительность на одно поле - до 5 мин, суммарно до 10 мин.

Можно применять для ЛОК и инфракрасное лазерное излучение (длины волн 630, 670 нм): мощность на конце световода и излучателя до 20-30 мВт, продолжительность процедур 10-20 мин. Курс ЛОК включает от 5 до 10 процедур, проводимых ежедневно или через день.

Противопоказания. Данный метод противопоказан при острых заболеваниях внутренних органов, заболеваниях щитовидной железы (тиреотоксикоз, зоб), злокачественных новообразованиях, заболеваниях крови (капилляротоксикоз, тромбоцитопеническая пурпура, гемофилия, лейкозы).

Спазмолитические методы

Гальванизация желудка. Расширение капилляров и повышение проницаемости их стенок вследствие местных нейрогуморальных процессов при гальванизации возникает не только в области расположения электродов, но и в глубоко расположенных тканях, через которые проходит постоянный электрический ток. Усиление кровотока и лимфотока наряду с повышением резорбционной способности тканей приводит к уменьшению отека и компрессии нервных проводников болевой чувствительности, более выраженному под анодом. Гальванизация также оказывает миорелаксирующее воздействие и обладает антацидным эффектом, стимулирует репаративно-регенеративные процессы.

Методика. Проводят поперечную гальванизацию области желудка при плотности тока $0,05 \text{ мА/см}^2$, по 15-20 мин, ежедневно или через день, курс 10-15 процедур.

Учитывая антацидность воздействия, данный метод применяют при наличии гиперсекреции желудочного сока; следует с осторожностью применять его при гипацидных и анацидных состояниях. Необходимо при медикаментозном лечении уменьшить дозу антацидных препаратов.

Внутриорганный электрофорез спазмолитиков и анестетиков. В отличие от обычного электрофореза (кожная методика) слизистые оболочки обладают малым активным и емкостным сопротивлением и общим импедансом. В связи с этим проникновение лекарственного вещества через слизистую оболочку и сосудистую стенку происходит почти без потерь и спазмолитик воздействует прямо на нервно-мышечные соединения желудка, оказывая выраженный спазмолитический и вазоактивный эффекты.

Методика. После приема больным внутрь 50-100мл 0,25-0,5% раствора прокаина (новокаина) с добавлением спазмолитика (10 капель 0,1% раствора атропина или 2мл 2% раствора папаверина на 200мл раствора) проводят поперечную гальванизацию области желудка при плотности тока $0,05 \text{ мА/см}^2$, 15-20 мин, ежедневно или через день, на курс лечения 10-15 процедур.

Противопоказания. Склонность к кровоточивости (эрозивный гастрит) является относительным противопоказанием, так как постоянный ток обладает гиперкоагулирующим эффектом.

Инфракрасное облучение. Рефлектор устанавливают на расстоянии 30-100 см от облучаемой поверхности передней брюшной стенки. Продолжительность облучения - 15-30 мин, ежедневно или 2 раза в день, на курс лечения 15-20 процедур.

Высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия. Воздействуют на эпигастральную область в слабо-, среднетепловых дозах (80-120 Вт) с использованием индуктора-диска в течение 15-20 мин ежедневно или через день, на курс лечения назначают от 8 до 15 процедур.

Интерференцтерапия. Интерференционные токи вызывают ритмическое сокращение гладких мышц сосудов и внутренних органов, приводя к уменьшению спазма, усилению их кровоснабжения и лимфооттока. Происходящие при этом изменения регионарной гемодинамики усиливают кислородное снабжение внутренних органов, устраняют тканевую гипоксию и повышают

интенсивность тканевого дыхания, существенно уменьшая спазм сосудов внутренних органов, усиливая венозный отток. Это приводит к снижению отеков и улучшению их трофики.

При высоких частотах (90-100 Гц) наиболее отчетливо проявляются тормозящее действие интерференционных токов на симпатический отдел вегетативной нервной системы, его анальгетический и спазмолитический эффекты.

Методика. Воздействуют на эпигастральную область токами постоянной частоты 90—100 Гц, силой до 50 мА, по 10—20 мин, ежедневно или через день; курс 10—15 процедур.

Парафинотерапия. При аппликации нагретого парафина на тело больного происходит передача тепла подлежащим тканям путем теплопроводности, повышается регионарная температура тканей, расширяются сосуды микроциркуляторного русла, и усиливается местный кровоток кожи. Гиперемия кожи усиливает метаболизм подлежащих тканей, а также ускоряет рассасывание инфильтратов и репаративную регенерацию в очаге поражения. В области аппликации парафина уменьшаются спазм скелетных мышц и компрессия проводников, что приводит к уменьшению болевых ощущений в желудке. При аппликации парафина на биологически активные зоны происходят изменения функций внутренних органов, сегментарно связанных с данным метамером кожи.

Методика. Парафиновые аппликации проводят на эпигастральную область и сегментарную зону на уровне Th_{V-IX} при температуре парафина до 50°C, 15-20 мин ежедневно или через день, на курс лечения 10-15 процедур.

Анальгетические методы

Низкочастотная импульсная электротерапия (амплипульстерапия, диадинамотерапия). Электроды площадью 150-200 см² располагают в эпигастрии, поперечно области локализации болевого синдрома. Сила тока до ощущений вибрации под электродами. При проведении амплипульстерапии: режим переменный, глубина модуляции 25-50%, частота 100 Гц, род работы III-IV, длительность посылок в периоде 2-3 с, продолжительность каждого рода работы 3-5 мин. Общая продолжительность процедуры 5-10 мин.

При использовании для анальгезии диадинамических токов (диадинамотерапия) применяют токи ДН (1-2 мин), КП (5-8 мин) и ДП до 10-15 мин. При проведении процедур необходимо помнить, что

анод, расположенный в эпигастральной области, уменьшает секрецию желудочного сока, при нормальной секреции желудка процедуру проводят со сменой полярности в середине воздействия. Лечение импульсными токами проводят ежедневно, можно 2 раза в день, на курс до 10 процедур.

Лекарственный электрофорез анестетиков. Электроды располагают в эпигастрии, поперечно области локализации болевого синдрома, анод с прокладкой, смоченной 0,5-1,0% раствором новокаина - на передней поверхности тела. Сила тока составляет 10-15 мА, продолжительность - до 20 мин. При проведении диадинамофореза используют ток ДН 10-15 мин, при проведении амплипульсфореза - режим II, род работы I и IV, 75-100 Гц, глубина 25-50%, длительность посылок в периоде 2-4 с, при силе тока до умеренно выраженной безболезненной вибрации под электродами. На курс лечения до 10 ежедневных процедур.

Седативные методы

Гальванизация головного мозга. Токи проводимости оказывают воздействие на чувствительные ядра черепных нервов и гипногенные центры ствола головного мозга, тормозя активирующие влияния ретикулярной формации на кору головного мозга и усиливая внутреннее торможение. Накопление серотонина в подкорковых структурах головного мозга снижает условнорефлекторную деятельность и эмоциональную активность, а воздействие на высшие вегетативные центры приводит к снижению активности симпатико-адреналовой системы.

Методика. Два круглых электрода диаметром 30-40 мм помещают на коже глазниц и верхнего века при закрытых глазах и соединяют с анодом. Другой электрод размером 60 см² располагают в области нижних шейных позвонков и соединяют с катодом. Сила тока 1-5 мА, продолжительность процедур, проводимых ежедневно или через день, 10-15 мин, на курс 10-15 процедур.

Гальванизация воротниковой области. Гальванизация оказывает рефлекторное воздействие на структуры ретикулярной формации ствола головного мозга и снижает ее активирующее влияние на кору головного мозга (активация процессов торможения), а анодное воздействие на нижнешейные и верхнегрудные отделы симпатической нервной системы (паравертебральные ганглии) приводит к рефлекторному симпатолитическому действию.

Методика. Электрод площадью 800-1200 см² в форме воротника располагают в области плечевого пояса и соединяют с положительным полюсом (анодом), другой электрод площадью 400-600 см² помещают в пояснично-крестцовой области, подключая к отрицательному полюсу (катоде). Сила тока составляет 6-16 мА, продолжительность воздействия 6—16 мин. Через каждую процедуру силу тока увеличивают на 2 мА, а время воздействия на 2 мин. Курс лечения – 15-20 ежедневных процедур.

Противопоказания. Данная методика противопоказана при менингоэнцефалитах и черепно-мозговой травме (первые 2—3 мес после нее), эпилепсии с частыми приступами (ежемесячно 1—2 случая) выраженной судорожной готовности, острых конъюнктивитах, блефаритах, иридоциклитах, глаукоме.

Франклинизация. Под действием постоянного электрического поля высокого напряжения уменьшение частоты афферентной импульсации в фоновых волокнах соматосенсорной системы существенно ограничивает импульсный поток в вышележащие отделы ЦНС и приводит к усилению тормозных процессов в коре и подкорковых центрах. После процедуры у больного снижается артериальное давление, урежается частота дыхания и увеличивается его глубина, уменьшается утомление и повышается работоспособность.

Методика. Применяют электрическое поле с напряжением на электродах 30-50 кВ, расстояние от электрода 12-15 см, курс - 10-15 воздействий по 10-15 мин ежедневно или через день.

Противопоказания. Метод противопоказан при вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу, состоянии после черепно-мозговой травмы и нарушения мозгового кровообращения, менингоэнцефалитах в течение первых 3-4 мес. с начала заболевания, эпилепсии с частыми приступами, депрессивных состояниях.

Радоновые ванны. Активность радона 40 нКи/л при индифферентной температуре, продолжительность процедуры 10-15 мин, через день или 4 раза в неделю, курс лечения - 8-10 процедур.

Йодобромные ванны. За время процедуры в организм проникает через кожу 140-190 мкг йода и 0,28-0,3 мг брома, которые избирательно накапливаются в щитовидной железе, гипофизе и гипоталамусе; вследствие высокой летучести ионы йода с поверхности ванны легко проникают через альвеолярно-капиллярное русло и гематоэнцефалический барьер и тормозят возбуждение в коре

головного мозга, а также ослабляют патологические временные связи и вызывают выраженный седативный эффект. Ионы брома, проникая в головной мозг, также изменяют соотношение тормозно-возбудительных процессов в коре головного мозга в сторону усиления торможения и ускоряют синтез рилизинг-факторов гипоталамуса и тропных гормонов гипофиза. Избирательно блокируя ионную проницаемость потенциалзависимых ионных каналов периферических нервных проводников, они снижают болевую и тактильную чувствительность кожи.

Методика. В ванну объемом 200 л добавляют 2 кг морской соли или поваренной соли, 25 г калия бромиды и 10 г натрия йодида. Ванны температурой 35-37°C и продолжительностью 10-15 мин проводят через день или два дня подряд с отдыхом на третий день; курс лечения - 10-15 ванн.

Противопоказания. Ванны противопоказаны при тиреотоксикозе I-II стадии, подагре, гипофизарной форме ожирения.

Азотные ванны. Пузырьки азота в силу малой подвижности и индифферентной температуры (20-22°C) вызывают сужение просвета капилляров и повышают тонус венул, в результате чего возникает умеренная гиперемия кожи. Они уменьшают частоту сердечных сокращений и снижают систолическое артериальное давление крови. Дыхание становится редким и глубоким. Легкое механическое раздражение кожи приводит к усилению тормозных процессов в коре головного мозга, формированию сноподобного состояния. Резорбированный азот стимулирует обмен белков, нуклеиновых кислот, увеличивает выработку антител; кроме того, он восстанавливает нарушенный обмен соединительной ткани и соотношение факторов гемостаза, усиливая гормоносинтетическую функцию передней доли гипофиза, надпочечников и яичников.

Методика. Процедуры проводят в ванне с пресной водой при температуре 35-36°C, концентрации азота 20-23 мг/л, по 10-15 мин, через день. Курс лечения - 10-15 ванн, повторные курсы через 2-3 мес.

Противопоказания. Азотные ванны противопоказаны при декомпенсации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, ИБС, стенокардии напряжения II—IV ФК, аритмиях, вегетативной дисфункции с выраженной парасимпатикотонией.

Хвойные ванны. Ароматические вещества рефлекторно повышают кровоток в скелетных мышцах и внутренних органах, что

обуславливает снижение общего периферического сопротивления сосудистой сети, увеличение систолического объема сердца и снижение частоты его сокращений. Внешнее дыхание становится редким и глубоким, что способствует повышению оксигенации крови. Повышается интенсивность углеводного, жирового и минерального обмена в организме, в результате чего в крови больного уменьшается содержание холестерина и β -липопротеидов низкой плотности. Пары растворенных летучих ароматических веществ поднимаются с поверхности воды в ванне и возбуждают обонятельные рецепторы полости носа, что вызывает усиление тормозных процессов в коре головного мозга.

Методика. Хвойные ванны готовят путем добавления порошкообразного или жидкого хвойного экстракта в пресную или с добавлением хлорида натрия (общая минерализация 10-20 г/л) воду. Температура воды 36-38°C, продолжительность - 10-15 мин. Курс лечения - 10-12 ванн, проводимых ежедневно или через день.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Острый период заболевания, обострение процесса, каллезная язва желудка, гастроптоз II-III степени, пилоростеноз, полипоз желудка, хронический эрозивный гастрит со склонностью к кровоточивости, ахилия, доброкачественные и злокачественные новообразования, общие противопоказания для физиотерапии.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Больным с хроническим гастритом вне фазы обострения показано санаторно-курортное лечение. Больных направляют, в первую очередь, на бальнеолечебные и климатобальнеолечебные курорты с гидрокарбонатно-кальциево-натриевыми водами (Миргород, Эссентуки, Старая Русса, Боржоми, Джермук, Железноводск, Поляна Квасова, Верховин, Друскининкай, Трускавец, Карловы Вары, Баден-Баден, Виши и др.)

Они нормализуют процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга, повышают тонус подкорковых структур и центров вегетативной нервной системы, усиливают ангиогемодинамику головного мозга, повышают психо-эмоциональную сферу, интеллектуальную деятельность и физическую работоспособность.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ СКЛ

Противопоказаниями к направлению на санаторно-курортное лечение являются ригидный и гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие), гиперпластические изменения слизистой оболочки желудка (при невозможности исключить злокачественное перерождение), полипоз желудка (2 полипа и более), одиночные кровоточащие полипы желудка, аденомотозные полипы на широком основании размерами 1 см и более с тенденцией к росту в течение последнего года, осложнения после операций на желудке (незаживающий послеоперационный рубец, свищи, синдром приводящей петли, послеоперационный панкреатит, демпинг-синдром тяжелой степени, атония культи желудка, обострение послеоперационного гастрита, холецистита, гепатита, тяжелая форма постваготомической диареи).

ФИЗИОПРОФИЛАКТИКА

Физиопрофилактика направлена на предупреждение прогрессирования и купирование основных проявлений заболевания путем восстановления вегетативной регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта (вегетокорректирующие методы), восстановления секреторной функции желудка (секретокорректирующие методы), стимуляции местного иммунитета и трофики (иммуностимулирующие и репаративно-регенеративные методы).

Принятые сокращения

АТФ – аденозинтрифосфорная кислота

БУЗОО – бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

ЕД – единицы

И.п. – исходное положение

ИБС – ишемическая болезнь сердца

имп/с – импульс в секунду

кПа – кило паскали

ЛГ – лечебная гимнастика

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

ЛФК – лечебная физическая культура

мВт – мили ватт

мТл – мили тесла

ОРУ – общеразвивающие упражнения

ППЭ – плотность потока энергии

СУ – физические упражнения

СКЛ – санаторно-курортное лечение

УФО – ультрафиолетовое облучение

ЦМР – Центр медицинской реабилитации

Библиография

1. Боголюбов В.М. под ред. Физиотерапия и курортология. Книга 2. - М.: Издательство БИНОМ, 2014-408 С.
2. Пономаренко Г. Н. под ред. Физиотерапия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014-864 С.
3. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. - СПб.: Балтика, 2005-400 С.
4. Приказ МЗ РФ № 248 от 22 ноября 2004 г. "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией"
5. Лечебная физическая культура: учеб. для инст-ов физ.культ./Под ред. С.Н.Попова – М.: Физкультура и спорт,1988-271С.
6. Лечебная физическая культура: учеб.для студ. высш. учеб. завед./С.Н. Попов, Н.М. Валеев,Т.С. Гарасева и др.; Под ред. С.Н. Попова-М.:Издат.центр «Академия», 2004 -416 С.
7. Лечебная физическая культура: под общей редакцией профессора В.Е. Васильевой-М.: Физкультура и спорт,1999-368стр.
8. Лечебная физическая культура: учеб. для студ.высш.учеб.завед – 3-е издание, испр. и доп.,-М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС,2004-624 С.
9. Полуструев А.В. Восстановление физической работоспособности в посттравматическом и послеоперационном периодах реабилитации: монография. / А. В. Полуструев, Е.П. Артеменко, Т.Е. Кукличева; Российская акад. естествознания, Изд. дом Акад. естествознания. - Москва: Изд. дом Акад. естествознания, 2014. - 215 С.
10. Рапопорт С.И., Гастриты (Пособие для врачей) – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – 22 с.
11. Сборник технологий и стандартов по организации и выполнению работ медицинскими сестрами по массажу – Омск: ИП Игнатьева И.В., 2005г. – 228с. /Под. ред. А.В. Полуструева/.
12. Фирсова Л.Д., Машарова А.А., Бордин Д.С., Янова О.Б. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки // – М: Планида. – 2011. – 52 С.

Приложение 1

Специальные упражнения при гастрите с секреторной недостаточностью

1. ИП: лежа на спине, руки вдоль туловища. Поднять кисти к плечам, затем развести руки в стороны (вдох), снова поднять кисти к плечам и вернуться в ИП (выдох). Повторить 5 раз.

2. ИП: то же. Подтянуть правое колено к животу (выдох); вернуться в ИП (вдох). Повторить 5 раз каждой ногой.

3. ИП: то же. Согнуть ноги в коленях, развести колени в стороны, затем свести их и выпрямить ноги. Повторить 10 раз.

4. ИП: лежа на правом боку. Подтянуть левое колено к животу и отвести левую руку назад (выдох). Вернуться в ИП (вдох). Повторить 8 раз, затем 8 раз выполнить то же самое, лежа на левом боку.

5. ИП: колено - кистевое (стоя на коленях и опираясь на прямые руки). Правую ногу выпрямить и максимально отвести назад (к потолку). Вернуться в ИП. Повторить 5 раз каждой ногой.

6. ИП: колено - локтевое (стоя на коленях, опираясь на локти), взгляд направлен вперед. Делая максимально глубокий вдох, опустить голову и выгнуть спину. Затем, медленно выдыхая, поднять голову, одновременно прогибая спину и сводя лопатки. Вернуться в ИП. Повторить 5 раз.

7. ИП: коленно-кистевое. Одновременно поднять правую руку и левую ногу (прямые), вернуться в ИП. Выполнить то же левой рукой и правой ногой. Повторить по 5 раз.

8. ИП: сидя на табуретке, руки на поясе. Вращательные движения туловища: вперед, влево, назад, вправо; затем в обратном направлении. Повторить по 5 раз в каждую сторону.

9. ИП: то же. Руки вытянуть вперед, одновременно поднимая правую ногу. Вернуться в ИП. Повторить 5 раз каждой ногой.

10. ИП: стоя, левой рукой держась за опору. Одновременно поднять вверх правую руку и отвести назад правую ногу. Вернуться в ИП. Выполнить то же, держась за опору правой рукой. Повторить по 5 раз.

11. ИП: стоя, ноги на ширине плеч, руки в стороны. Выполнить поворот туловища вправо так, чтобы увидеть стену за собой (вдох); руками тянуться в ту же сторону. Ноги от пола не отрывать. Вернуться в ИП. Повторить по 5 раз в каждую сторону.

12. ИП: то же. Наклониться вперед, правой рукой коснуться левой стопы; левая рука при этом отведена назад. Вернуться в ИП. Повторить по 5 раз каждой рукой.

Приложение 2

Специальные упражнения при гастрите с повышенной секрецией

1. ИП: лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги согнуты в коленях. Диафрагмальное дыхание («дыхание животом»), 6-8 вдохов и выдохов: на счет 1-2 — вдох (брюшная стенка поднимается), на счет 3-4 — выдох (брюшная стенка слегка втягивается).

2. ИП: то же. Кисти сжать в кулаки, одновременно оттягивая носки на себя. Вернуться в ИП. Повторить 10 раз.

3. ИП: лежа на спине, ноги выпрямлены. Правую ногу согнуть в колене, выпрямить. Повторить по 5 раз каждой ногой.

4. ИП: то же. Правую руку согнуть в локте и положить кисть на левое плечо. Вернуться в ИП. Повторить по 5 раз каждой рукой.

5. ИП: то же. Обе руки согнуть в локтях, касаясь кистями противоположных плеч. Затем выпрямить руки и развести их в стороны; снова согнуть руки и коснуться плеч. Вернуться в ИП. Повторить 5 раз.

6. ИП: лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Развести колени в стороны, соединив подошвы. Вернуться в ИП. Повторить 10 раз.

7. ИП: лежа на спине, ноги выпрямлены. Поднять правую руку вверх (вдох), опустить (выдох). Повторить 10 раз каждой рукой.

8. ИП: то же. Поднять прямую правую ногу, опустить. Повторить по 5-6 раз каждой ногой.

9. ИП: лежа на правом боку, опираясь на согнутую в локте правую руку. Медленно поднять левую руку вверх (вдох); опустить руку (выдох). Выполнить то же на левом боку. Повторить 10 раз.

10. ИП: то же, левую руку поставить перед собой. Левую ногу отвести в сторону. Вернуться в ИП. Выполнить то же на левом боку. Повторить 5-6 раз.

11. ИП: лежа на спине, ноги выпрямлены, руки вдоль туловища. Скользить руками по боковой поверхности туловища до подмышек (вдох). Вернуться в ИП (выдох). Повторить 5-6 раз.

12. ИП: то же. Отвести правую ногу в сторону. Вернуться в ИП. Повторить 5-6 раз каждой ногой.

13. ИП: лежа на правом боку, правая рука под головой. Прямую левую ногу отвести назад, затем вперед, согнув в колене. Повторить 5-6 раз. Выполнить то же на левом боку.

14. ИП: то же. Сделать 5-6 спокойных глубоких вдохов и выдохов.

15. ИП: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопы на полу. Наклонить колени вправо; вернуться в ИП; наклонить колени влево; вернуться в ИП. Повторить 5-6 раз.

16. ИП: то же. Поднять руки вверх (вдох), медленно опустить (выдох). Повторить 5-6 раз.

Производственно-практическое издание

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГАСТРИТЕ

Практическое руководство

Коллектив авторов:

Е.Ю. Пахолкова, Л.А. Юнг, И.В. Корнеева, Е.А. Карцева, С.В. Тихонов, Н.А. Шаповалова, Е.А. Бушина, С.И. Удодова, О.Ю. Матиенко, И.В. Найденова

Отпечатано в типографии ИП Шелудивченко А.В.

644031, г. Омск, ул. Дальняя, 1

Тираж 150 экз.

