

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ



Выполнила:
Студентка 608 группы
Педиатрического факультета
Дуганова Ю.В.

Актуальность темы

- В общей структуре заболеваний органов пищеварения ведущее место занимает патология желудка и двенадцатиперстной кишки. Примерно у 60-70% взрослых людей формирование язвенной болезни начинается в детском и подростковом возрасте, но особенно часто она наблюдается в молодом возрасте (20-30 лет) и преимущественно у мужчин. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к распространенным заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Имеющиеся статистические данные указывают на высокий процент больных во всех странах. В течение всей жизни этой болезнью страдает до 20% взрослого населения.
- В настоящее время, учитывая актуальность проблемы, ее не только медицинскую, но и социальную значимость, патология желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез, новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудка привлекают внимание не только клиницистов-терапевтов, но в связи со значительным «омоложением» заболевания и педиатров и генетиков, патофизиологов, иммунологов, специалистов по физической реабилитации.

В изучении язвенной болезни накоплен значительный опыт. Между тем многие аспекты этой проблемы до настоящего времени не решены. В частности, весьма актуальными являются вопросы применения средств физической реабилитации в комплексном лечении этого заболевания. В связи с этим возникает необходимость постоянного совершенствования средств, форм, методов и методик лечебной физической культуры и лечебного массажа, что и обусловило выбор данной темы исследования.



Этиология



Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки диагностируется в 3-4 раза чаще, чем язвенная болезнь желудка. Среди причин развития язвенной болезни выделяют:

- наследственную предрасположенность
- нейропсихические факторы
- вредные привычки (алкоголь, курение)
- неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов
- инфекцию (*Helicobacter pylori*)
- ослабление защитных возможностей слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки
- гиперсекреция соляной кислоты на фоне избыточной продукции гастрина, либо гистамина.

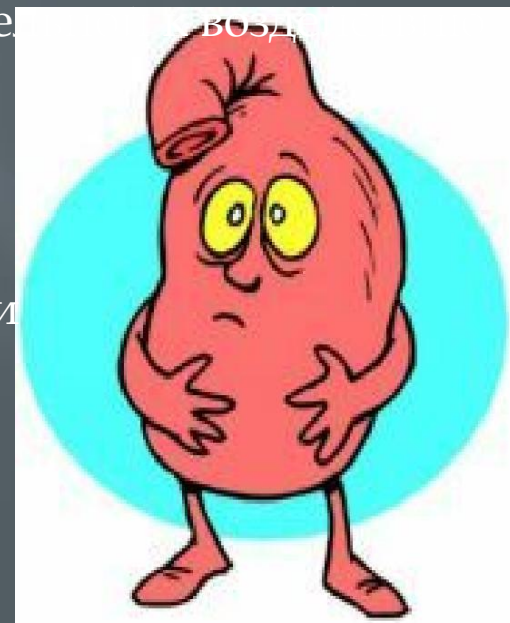
Патогенез

Язва образуется в результате нарушения равновесия между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время большое значение в патогенезе язвенной болезни придается инфекционному агенту *Helicobacter Pylori*. Она хорошо защищена от неблагоприятной среды обитания в желудке и способна выделять патогенные для желудка вещества. Бактерии могут прикрепляться к мембранам эпителиальных клеток желудка, что приводит к воспалительной реакции слизистой оболочки. В очаг воспаления из кровеносных сосудов мигрируют лейкоциты, которые вырабатывают активные формы кислорода, повреждающие эпителий.

Воспаленная слизистая оболочка становится более чувствительной к агрессивным факторам желудка.

Выделяют 5 этапов развития язвенной болезни:

1. Психоэмоциональный стресс
2. Изменения нейрогуморальной регуляции
3. Местные механизмы ульцерогенеза (активация секреции и моторики желудка, ослабление защитных факторов)
4. Повреждение слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки
5. Развитие язвенной болезни



Клиника

- Основным симптомом обострения язвенной болезни являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через пол часа, час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а так же ночные боли. Боли купируются антацидными, антисекреторными и спазмолитическими препаратами, теплом. При обострении язвенной болезни часто наблюдаются диспепсические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Возможна рвота, возникающая на высоте болей и приносящая облегчение, в связи с чем больные могут вызывать ее искусственно. Для язвенной болезни характерны сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспептических расстройств. При обострении заболевания часто отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохраненный

Задачи ЛФК



- урегулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе
- нормализация нервно- психического тонуса больного
- противодействие различным осложнениям, сопровождающим язвенную болезнь (спаячные процессы, застойные явления и др.)
- противодействие нарушениям функций пищеварительного аппарата, имеющим быть при язвенной болезни (запоры, потеря аппетита)
- нормализация мышечного тонуса (являющегося мощным регулятором внутренних органов), повышение мышечной силы, проприоцептивной чувствительности
- улучшить согласованное функционирование систем кровообращения, дыхания и пищеварения
- улучшить окислительно – восстановительные процессы во всех органах,

Механизм лечебного действия физических упражнений в соответствии с задачами ЛФК.

- ▣ В основе ЛФК лежит использование биологической функции организма – движения, которое является основным стимулятором роста, развития и формирования организма, стимулируя активную деятельность всех его систем, способствует повышению общей работоспособности организма.
- ▣ Применение физических упражнений при заболеваниях желудочно-кишечного тракта позволяет использовать все 4 механизма их лечебного действия:
 - ▣ - тонизирующего влияния
 - ▣ - трофического воздействия
 - ▣ -формирования компенсаций
 - ▣ - нормализация функций
- ▣ Таким образом, механизмы лечебного действия физических упражнений на органы пищеварения и системы, регулирующие обмен веществ, сводятся к изменению функционального состояния коры больших полушарий головного мозга и тонуса вегетативной нервной системы.

Средства и формы ЛФК



Основные формы ЛФК, которые применяются на стационарном этапе физической реабилитации:

- . Утренняя гигиеническая гимнастика.
- . Лечебная гимнастика.
- . Самостоятельные занятия.
- . Прогулки на свежем воздухе.
- . Лечебная ходьба.

Занятия ЛГ сначала проводят применительно к постельному режиму. В первые занятия необходимо научить больного брюшному дыханию при небольшой амплитуде колебаний брюшной стенки. Эти упражнения, вызывая незначительные изменения внутрибрюшного давления, содействуют улучшению кровообращения и нежному массажу органов брюшной полости.

Движения в крупных суставах конечностей выполняют сначала с укороченным рычагом и небольшой амплитудой. Можно использовать упражнения в статическом напряжении мышц пояса верхних конечностей, брюшного пресса и нижних конечностей. Поворачиваться в постели и переходить в положение, сидя необходимо спокойно, без значительных напряжений.

Продолжительность занятий ЛГ 8-12 мин.

При заметном стихании болей и других явлений обострения, исчезновении или уменьшении ригидности брюшной стенки, уменьшении болезненности и улучшении общего состояния назначают палатный режим (примерно через 2 нед. после поступления в стационар). Упражнения из и.п. лежа, сидя, стоя, в упоре стоя на коленях выполняют с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп (за исключением мышц брюшного пресса), с неполной амплитудой, в медленном и среднем темпе. Допускаются кратковременные умеренные напряжения мышц брюшного пресса в положении лежа на спине. Постепенно углубляется диафрагмальное дыхание.

Продолжительность занятий ЛГ 15-18 мин.

После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии назначают свободный режим. В занятиях ЛГ используют упражнения для всех мышечных групп (щадя область живота и исключая резкие движения) с возрастающим усилием из различных исходных положений. Включают упражнения с гантелями (0,5-2 кг), набивными мячами (до 2 кг), упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Диафрагмальное дыхание осуществляется с максимальной глубиной. Ходьба доводится до 2-3 км в

Показания и противопоказания к назначению ЛФК

К противопоказаниям к занятиям относят:

- ▣ -Свежая язва в остром периоде.
- ▣ -Язва,осложненная кровотечением.
- ▣ -Преперфоративное состояние.
- ▣ -Язва, осложненная стенозом в стадии декомпенсации.
- ▣ -Свежие массивные парапроцессы при пенетрации.

Показаниями являются:

- у больных с язвенной болезнью показано после стихания острых болей с целью снижения отрицательных последствий постельного режима, повышения общего тонуса организма, оказания седативного влияния на ЦНС.

Схемы двигательных режимов

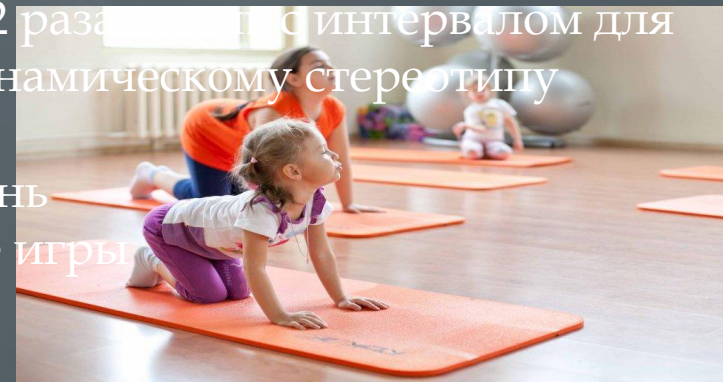
1. Режим с малой физической активностью (щадящий).

Режим с малой физической активностью (щадящий) применяют для восстановления адаптации к нагрузкам расширенного режима; стимуляции обменных процессов; борьбы с застойными явлениями в брюшной полости; нормализации регенераторных процессов; положительного влияния на психоэмоциональную сферу больных и умеренного повышения адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам. При щадящем режиме периоды отдыха преобладают над периодами нагрузки.

Содержание режима: предусматривают бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика проводится малогрупповым методом с малой нагрузкой, продолжительностью 10-15 минут, плотность занятия ЛГ 40-50%. ЛГ проводится малогрупповым методом или индивидуально, продолжительность 20-25 минут, плотность занятия - 50%. Дозированные прогулки по ровной местности протяженностью 0,5-1,5 км 1-2 раза в день с интервалом для отдыха не менее 1-2 часа, в темпе, свойственном динамическому стереотипу больного. Самостоятельные занятия физическими упражнениями 1-2 раза в день по 6-8 специальных упражнений. Малоподвижные игры (крокет, кегельбан) до 30 минут.

Показания к назначению режима:

заболевания желудочно-кишечного тракта в стадии



2. Режим со средней физической активностью (щадяще-тренирующий).

Цель: восстановление адаптации к тренирующим нагрузкам. Регулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, нормализация вегетативных функций. Стимуляция обменных процессов, борьба с застойными явлениями в брюшной полости, улучшение регенеративных процессов.

Содержание режима: предусматривают бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика групповым методом с малой нагрузкой (продолжительностью 12-15 мин, моторной плотностью 50-60%). ЛГ со средней нагрузкой (продолжительностью 25-30 мин, 3-4 занятия в день по 5-10 минут). Дозированные прогулки в медленном и среднем темпе протяженностью 6 км и углом подъема до 10° 1-2 раза в день. Разрешается игра в крокет, кегельбан, городки, настольный теннис, бадминтон по упрощенным правилам с малой нагрузкой, в среднем до 40-60 минут. Спортивные упражнения (водный и зимний спорт) с малой нагрузкой, дозированная гребля, езда верхом, лыжные прогулки. Показания к назначению режима: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в фазе полной ремиссии, 1-3 года после резекции желудка. Режим также показан больным, переведенным со щадящего режима.

3. Режим с большой физической активностью (тренирующий).

Цель: поддержание работоспособности на максимально доступном уровне.

Содержание режима: в режиме дня предусматриваются бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика групповым методом со средней нагрузкой (15-20 минут, моторная плотность 60-70%). ЛГ с большой нагрузкой по специальной методике (30-45 минут, моторная плотность 60-70%). Самостоятельные занятия больных специальными упражнениями 3-4 раза в день. Дозированные прогулки в медленном темпе по маршрутам протяженностью от 10 до 20 км с углом подъема до 20°. Допускается участие в соревнованиях по упрощенным правилам. Спортивные упражнения (водный и зимний спорт) со средней нагрузкой. Физические нагрузки преобладают над покоем и отдыхом.

Показания к назначению режима: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в фазе стойкой ремиссии при устойчивой компенсации функций. Режим назначают также больным, переведенным с щадяще-тренирующего режима, во вторую половину курса лечения при условии положительной динамики.

4. Общетонирующий тренирующий режим упражнений.

Назначают после исчезновения болей и явлений обострения при отсутствии жалоб на основные признаки проявления заболевания при общем улучшении состояния. Сроки назначения - через 20-26 дней.

Целевая установка: восстановление адаптации больного к нагрузкам расширенного режима. Возрастающая стимуляция обменных процессов, воздействие на урегулирование процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, воздействие на нормализацию вегетативных функций. Борьба с застойными явлениями в брюшной полости. Содействие регенеративным процессам в желудочно-кишечном тракте.

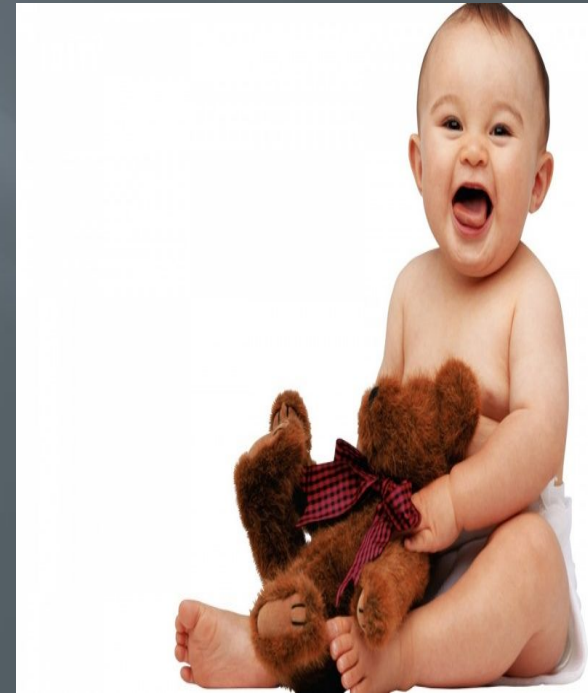
Содержание режима: при относительном щажении области живота проводят тренирование силы и выносливости. Постепенно расширяется амплитуда движений в крупных суставах и углубляется дыхание до максимально возможного в каждом случае. Для борьбы учащается смена исходных положений



Периоды ЛФК

Методика ЛФК включает три периода. Занятия назначают на постельном режиме (при отсутствии противопоказаний) — обычно это совпадает со 2 — 4-м днем после госпитализации. Задачи ЛФК 1-го периода:

- ▣ регуляция процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга и улучшение нервно-психического состояния больного;
- ▣ нормализация моторной и секреторной функций желудка
- ▣ и двенадцатиперстной кишки;
- ▣ улучшение функций кровообращения и дыхания;
- ▣ улучшение регенеративных процессов в стенке желудка и двенадцатиперстной кишке.



В 1-м периоде (продолжительность около 2 недель) на занятиях ЛФК применяются дыхательные упражнения статического характера, способствующие активизации процессов торможения в коре головного мозга. Выполняемые в и.п. лежа на спине, с расслаблением всех мышечных групп, эти упражнения могут привести больного в дремотное состояние, способствовать уменьшению болей, устранению диспептических расстройств, нормализации сна. Используются простые гимнастические упражнения для малых и средних мышечных групп, с небольшим числом повторений, в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями в расслаблении мышц. Независимо от локализации язвы, с 1-го дня занятий больных обучают брюшному дыханию — в и. п. лежа на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах. При этом вдох делается на 2 — 3 счета, выдох — на 3 — 4 счета. Амплитуда движения брюшной стенки — в пределах безболезненности. В этом периоде противопоказаны упражнения, способствующие повышению внутрибрюшного давления. Продолжительность занятия — 30—40 минут, интенсивность — умеренная.



Задачи ЛФК 2-го периода. Те же, что и в 1-м периоде, а также:

- бытовая и трудовая реабилитация больного;
- восстановление правильной осанки при ходьбе;
- улучшение координации движений.

Во 2-м периоде состояние больного значительно улучшается и его переводят на палатный режим. Рекомендуются УГГ, ЛГ, массаж брюшной стенки. Упражнения выполняются в и. п. лежа на спине, на правом, а затем на левом боку, сидя, стоя на четвереньках — с постоянно возрастающей нагрузкой для всех мышечных групп (вначале исключая мышцы брюшного пресса, а затем осторожно их нагружая). Наиболее приемлемым является и. п. лежа на спине: оно позволяет увеличивать подвижность диафрагмы, оказывает щадящее влияние на мышцы живота и способствует улучшению кровообращения в брюшной полости. Упражнения для мышц брюшного пресса выполняются без натуживания, с небольшим числом повторений. При замедленной эвакуаторной функции желудка в комплексы ЛГ следует включать больше упражнений, выполняемых в и. п. лежа на правом боку. В этот период больным рекомендуются также массаж, малоподвижные игры, ходьба. Средняя продолжительность занятия — 30 — 40 мин (1 — 2 раза в день). Темп выполнения упражнений — медленный, интенсивность



Задачи ЛФК 3-го периода:

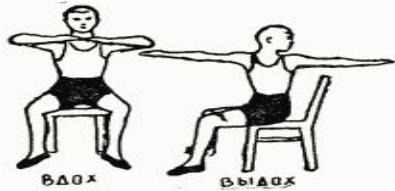
- общее укрепление и оздоровление организма больного;
- улучшение кровотока лимфообращения в брюшной полости;
- восстановление бытовых и трудовых навыков.

В 3-м периоде, в фазах неполной и полной ремиссии, при отсутствии жалоб и общем хорошем состоянии, больному назначается свободный режим. На занятиях ЛФК используются упражнения для всех мышечных групп, упражнения с небольшим отягощением (до 1,5 – 2 кг), на координацию, подвижные и спортивные игры. Продолжительность занятия – 30 – 40 мин. В санаторно-курортных условиях объем и интенсивность занятий увеличивается; показаны все средства и методы ЛФК. Рекомендуются: УГГ в сочетании с закаливающими процедурами; групповые занятия ЛГ (общеразвивающие и дыхательные упражнения, упражнения с предметами); дозированная ходьба и пешие прогулки (до 4 – 5 км); спортивные и подвижные игры; лыжные прогулки; тренировки на велотренажере. Используется также лечебный массаж. Сегментарный массаж шеи и спины сзади от С4 до Д9 слева; спереди – эпигастральная область, реберные дуги. Поначалу массаж должен быть щадящим. Интенсивность и продолжительность массажа постепенно увеличиваются: от 8 – 10 до 20 – 25 мин к концу лечения.

Схема процедуры лечебной гимнастики

№	Содержание раздела	Дозировка, мин	Задачи раздела, процедуры
1	Ходьба простая и усложненная, ритмичная, в спокойном темпе	3-4	Постепенное втягивание в нагрузку, развитие координации
2	Упражнения для рук и ног в сочетании с движениями туловища, дыхательные упражнения в положении сидя	5-6	Периодическое повышение внутрибрюшного давления, усиление кровообращения в брюшной полости
3	Стоя упражнения в метании и ловле мяча, перебрасывание медбола (до 2 кг), эстафеты, чередование с дыхательными упражнениями	6-7	Общепфизиологическая нагрузка, создание положительных эмоций, развитие функции полного дыхания
4	Упражнения на гимнастической стенке типа смешанных висов	7-8	Общетонизирующее воздействие на центральную нервную систему, развитие статико-динамической устойчивости
5	Элементарные упражнения лежа для конечностей в сочетании с глубоким дыханием	4-5	Снижение нагрузки, развитие полного дыхания

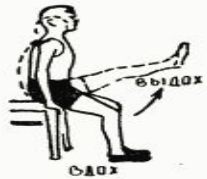
Комплекс упражнений с описаниями и схемами



1. Повороты туловища в сторону, руки в стороны. По 3—6 раз в каждую сторону. ТМ.



2. Сжимание и разжимание кистей рук и сгибание и разгибание стоп. 10—40 раз. ТС. Дыхание равномерное.



3. Поднимание прямой ноги. 3—6 раз каждой. ТМ.



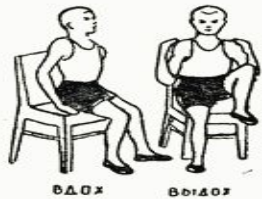
4. Наклоны туловища к правой (левой) ноге попеременно. 3—6 раз. ТМ.



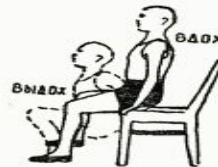
9. Поднимая вверх руку и отводя назад ногу, прогнуться и вернуться в исходное положение. 3—8 раз. ТМ. Тоже на другом боку.



10. Поочередное отведение или поднимание прямой ноги. 3—8 раз каждой. ТС.



5. Поднять колено к груди, руки к плечам. 3—6 раз. ТМ.



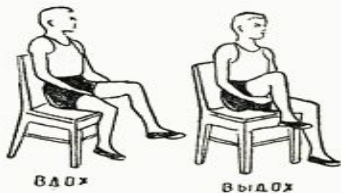
6. Приседание. 4—12 раз. ТМ.



11. Поднимание руки вверх и разноименной ноги назад. 3—8 раз. ТМ.



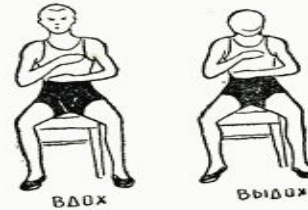
12. Ходьба с постепенным замедлением. Дыхание равномерное.



7. Поочередное расслабление мышц голени, стопы по 3—6 раз. Дыхание равномерное.



8. Поднимая руки вверх, сцепить пальцы и развернуть ладони кверху, подтянуться и одновременно выпрямить ноги. Ноги скользят по полу. 4—



13. Полное дыхание под контролем рук. Медленно. 3—5 раз.

Физиотерапия

Физиотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки общего воздействия:

- ▣ электросонтерапия;
- ▣ транскраниальная электроаналгезия;
- ▣ гальванизация воротниковой области;
- ▣ бальнеотерапия (хвойные, кислородные, жемчужным хлоридно-натриевые ванны).



Физиотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки местного воздействия (эпигастральной области):
гальванизация и лекарственный электрофорез;
амплипульстерапия (воздействие синусоидально-модулированными токами);
воздействие диадинамическими токами;
-УВЧ-терапия;
-индуктотермия;
-ультразвуковая терапия;
-ДМВ-терапия;
-СМВ-терапия;
-КВЧ-терапия;
-лазерная (магнитолазерная) терапия;
-магнитотерапия (воздействие ПемП);
-высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия;
-парафиновые аппликации (теплотерапия);
-грязевые аппликации (пелоидотерапия).



Магнитотерапию проводят при помощи аппарата «Полюс-2Д». Методика воздействия контактная, стабильная, одним полем на эпигастральную область. Длительность процедуры 20 мин, 1 раз в день (спустя 2 ч после завтрака). Курс противорецидивного лечения 10 процедур ежедневно.

Лазерную (магнитолазерную) терапию осуществляют при помощи матричных инфракрасных излучателей (длина волны 0,8 - 0,9 мкм). Методика контактная, стабильная при наложении излучателей на обнаженные кожные покровы пациента. Поля воздействия: - эпигастральная область непосредственно под мечевидным отростком грудины; II - область проекции пилорического отдела желудка на передней брюшной стенке; III - область проекции язвенного дефекта на передней брюшной стенке.



Заключение

- ЛФК - это прежде всего терапия, использующая наиболее адекватные биологические пути мобилизации собственных приспособительных, защитных и компенсаторных резервов организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной функцией восстанавливается и поддерживается здоровье.
- Важнейший путь нормализации функциональных нарушений - воздействие через проприоцепторы, импульсация от которых оказывает как общетонизирующее влияние на ЦНС, так и специфическое влияние на нервные центры регуляции физиологических функций (в частности, на сосудодвигательные центры).
- Физические упражнения в отдельных случаях оказывают симптоматическое воздействие на физиологические функции.
- Таким образом, лечебное действие физических упражнений многообразно. Оно может проявляться комплексно, например, одновременно в виде трофического и компенсаторного влияния. В зависимости от конкретной патологии, локализации процесса, стадии заболевания, возраста и тренированности больного можно подобрать определенные физические упражнения, дозировку мышечной нагрузки, которые обеспечат преимущественное действие определенного механизма, необходимого для

