

implementation in the educational process is carried out in stages, providing a high level of future specialists in physical rehabilitation to the test activity, manifested in the ability of their own use and to increase their knowledge and skills in towards its use while ensuring social adaptation of pupils with cerebral palsy.

Key words: specialists in physical rehabilitation, social adaptation, pupils with cerebral palsy.

Отримано 27.04.17

УДК 615.825:616.33-002

А.В. Михальський, Т.М. Христич, Ю.А. Михальська

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ ГАСТРИТАХ

У статті описані основні причини хронічних гастритів, симптоми їх перебігу та принципи лікування. Дана характеристика основних методів фізичної терапії з обґрунтуванням їх застосування та протипоказаннями до призначення. Акцентовано увагу на застосуванні фізичної терапії в залежності від функціонального стану шлунку (зокрема, його секреторної функції) та форми захворювання.

Ключові слова: хронічний гастрит, фізична терапія, лікувальна фізкультура, масаж, фізіотерапія, мінеральна вода.

Вступ. Хвороби органів травлення займають одне з провідних місць в структурі соматичної патології і є серйозною медико-соціальною проблемою зважаючи на високу їх поширеність.

Найбільш частими формами гастроентерологічної патології є хронічні гастрити і гастродуоденіти, які найчастіше асоційовані з *Helicobacter pylori* інфекцією (Drumm B. et al., 2000; Stolte M. et. al., 2002; Щербаков П.Л., 2004).

За даними більшості дослідників хронічним гастритом страждають до 50-80% усього населення [2, 4, 15, 17]. Частота гастритичних змін слизової оболонки і їх вираженість підвищуються з віком хворого. L. Demling відмічає, що частота хронічного гастриту серед населення з кожним роком життя зростає на 1,4%. При цьому значення хронічного

гастриту визначається не лише значною поширеністю. Актуальність вивчення проблеми полягає в тому, що хронічний гастрит в більшості випадків перебігає і супроводить такі клінічно і прогностично серйозні хвороби, як виразка і рак шлунку [1, 10, 14].

Мета дослідження. Вивчити і обґрунтувати значення фізичної терапії в реабілітації хворих хронічним гастритом.

Матеріал і методи дослідження – аналіз сучасних літературних джерел.

Результати дослідження.

Хронічний гастрит (ХГ) – захворювання слизової оболонки шлунку, що супроводжується порушенням її фізіологічної регенерації і прогресуючою атрофією спеціалізованого залозового епітелію, зміною секреторної, евакуаторної і інкреторної функцій шлунку.

Хронічний гастрит – поліетіологічне захворювання, основними причинами якого є: порушення режиму харчування; вживання продуктів, подразнюючих слизову оболонку шлунку; погане переживання їжі; тривалий прийом лікарських препаратів – особливо нестероїдних протизапальних засобів; часте вживання алкогольних напоїв; неповноцінне харчування (особливо нестача білка, вітамінів і заліза) [4, 10]. Основною причиною гастриту вважають інфікування бактерією *Helicobacter pylori*. Близько 85% випадків гастриту виникають саме через це [4, 6].

Рідше зустрічається так званий аутоімунний гастрит. Нерідко цей стан супроводжується розвитком В12-дефіцитної анемії. У розвитку цієї форми гастриту важливу роль відіграють спадкові чинники.

Хімічний гастрит (жовчний, рефлюкс-гастрит) пов'язаний з тривалою дією токсичних речовин на шлунок. Така форма гастриту виникає у випадку так званого дуодено-гастрального рефлюксу, коли жовч закидається з дванадцятипалої кишки в шлунок. Жовч містить жовчні кислоти і інші компоненти що подразнюють шлунок – при тривалій її дії слизова оболонка шлунку ушкоджується і виникає гастрит.

Виділяють дві основні форми: хронічний гастрит з нормальною або підвищеною секреторною функцією шлунку і хронічний гастрит з секреторною недостатністю.

Клінічна картина захворювання визначається станом секреторної функції, глибиною і локалізацією морфологічних змін слизової оболонки шлунку. Основними симптомами при гастритах є болі і диспептичні розлади. Симптоми хронічного гастриту з нормальною або підвищеною секреторною функцією шлунку: біль, нерідко виразкоподібна, печія, відрижка кислим, відчуття важкості в епігастральній області після їди, закрепи спастичного характеру. Іноді з'являються голодні болі. Частіше спостерігаються у курців і осіб зловживаючих алкоголем.

Симптоми хронічного гастриту зі зниженою секреторною функцією шлунку: шлункова і кишкова диспепсія (неприємний смак у роті, зниження апетиту, нудота, особливо вранці, відрижка повітрям, бурчання в животі, пронос); при тривалому перебігу хвороби схуднення. Захворювання протікає повільно з чергуванням періодів ремісій і загострень. При тривалому перебігу може приєднатися ентерит, коліт, холецистит.

Лікування хворих хронічним гастритом має бути диференційованим і проводитись з урахуванням етіопатогенетичної, морфологічної форми захворювання та кислотоутворюючої функції шлунку, а також комплексним, включаючим в себе нормалізацію способу життя, дотримання дієтичних рекомендацій, прийом лікарських препаратів, санаторно-курортного лікування [4, 8]. Лікування найчастіше проводиться в амбулаторних умовах.

Фармакотерапія визначається характером порушень моторної і секреторної функцій шлунку.

1. При гіперсекреції призначають антацидні і антисекреторні препарати: блокатори протонного насосу, H2-блокатори.

2. При секреторній недостатності використовують препарати для замісної терапії: соляна кислота; сік шлунковий натуральний; ацидин-пепсин.

3. Ферментні препарати: панкреатин, панзинорм, фестал, ензістал, мезим і інші засоби цього ряду за наявності вираженої зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози (зокрема, стеатореї).

4. Прокінетики – препарати, нормалізуючі рухову функцію шлунково-кишкового тракту: метоклопрамід, мотиліум. Препарати, посилюючи тонус і перистальтику шлунку, усувають нудоту, відрижку і інші диспептичні прояви.

5. При болях використовують спазмолітичні препарати: міотропні засоби – дротаверин (но-шпа), галідор, фенікаберан.

6. Засоби для лікування Нр-інфекції (антихелікобактерна терапія) .

7. Протизапальні препарати: сукральфат (вентер), який утворює захисний шар на слизовій оболонці шлунку і не впливає на процеси травлення.

Лікування хворих хронічним гастритом спрямоване не лише на медикаментозне лікування, при ньому широко використовується дієто-терапія, вживання мінеральної води, а також засоби фізичної реабілітації [3, 12].

При хронічному гастриті із збереженою або підвищеною секреторною функцією шлунку рекомендуються продукти, які мають

добрі буферні властивості: відварене м'ясо і риба, яйце некруто та ін. У харчовий раціон включаються також макаронні вироби, каші, черствий білий хліб, сухе печиво, молочні супи. Овочі (картопля, морква, цвітна капуста) бажано тушкувати або готувати у вигляді пюре і парових суфле. Крім того, хворим дозволяються киселі, желе, печені яблука, какао з молоком, слабкий чай [12].

При хронічному гастриті із збереженою або підвищеною секреторною функцією шлунку з харчового раціону виключають продукти, збуджуючі секрецію соляної кислоти і які проявляють подразнюючу дію на слизову оболонку шлунку. Це: міцні м'ясні, рибні і грибні бульйони, смажена їжа, копчені продукти і консерви, приправи і спеції, соління і маринади, кава, міцний чай, газовані фруктові води, алкогольні напої.

При хронічному гастриті з секреторною недостатністю їжа має бути фізіологічно повноцінною, різноманітною за складом і містити продукти, стимулюючі виділення шлункового соку і покращуючі апетит. Це: супи на знежиреному рибному або м'ясному бульйоні, нежирні сорти м'яса і риби, кріп, петрушка, вимочений оселедець. Хворим дозволяються також черствий житній хліб (при його добрій переносимості), варені, тушковані і запечені овочі, розсипчасті каші на воді або з додаванням молока, яйця некруто, негострі сорти сиру, нежирна шинка, фруктові і овочеві соки, нежорсткі яблука.

При хронічному гастриті з секреторною недостатністю не рекомендуються продукти, які вимагають тривалого переварювання в шлунку, подразнюючі його слизову оболонку і посилюючі процеси бродіння в кишковикі (жирні сорти м'яса і риби, гострі і солоні блюда, холодні напої, свіжий білий і чорний хліб, свіжі здобні вироби з тіста, велика кількість капусти і винограду)[12].

У лікарняний період реабілітації найчастіше використовують ЛФК, лікувальний масаж, фізіотерапію. ЛФК при гастриті призначається з метою відновлення нервово-гуморальної регуляції травлення, нормалізації секреторної і рухової функції шлунку, поліпшення кровообігу в черевній порожнині, укріплення м'язів пресу і позитивного впливу на нервово-психічний стан хворого [7, 9, 12, 13].

ЛФК проводиться у три періоди [12].

І період відповідає гострій і підгострій фазам гастриту. Хворому призначають напівліжковий режим. Застосовують гігієнічну і лікувальну гімнастику. В основному використовують в. п. лежачи на спині та сидячи. Виконують полегшені гімнастичні вправи в поєднанні зі статичними та динамічними дихальними вправами, в спокійному темпі. Тривалість занять лікувальної гімнастики 10-15 хв.

II період співпадає з поліпшенням загального стану хворого, поступовим одужанням, переходом на вільний руховий режим, нарощуванням навантажень. У комплексах лікувальної гімнастики включають спеціальні вправи з акцентом на діафрагмальне дихання та розслаблення, збільшується кількість спеціальних, загальнорозвиваючих вправ та ігри з різними предметами. У цьому періоді навантаження на м'язи живота залишаються обмеженими, особливо у хворих гастритом з підвищеною секрецією. Тривалість процедури ЛГ 20-25 хв.

III післястаціонарний період реабілітації проводиться в поліклініці, санаторіях-профілакторіях, санаторіях. Навантаження у цей період збільшують та ускладнюють. Включають спортивні та рухливі ігри, плавання, катання на ковзанах, прогулянки на лижах. Для поліпшення рухової функції шлунка призначають ходьбу в середньому темпі (до 30 хв). Тривалість індивідуальних процедур ЛГ – 25 хв, групових – 35 хв.

Методи ЛФК: індивідуальні заняття в 1-му періоді лікування в стаціонарі, малогрупові – в 2-му періоді і групові – на санаторно-поліклінічному етапі.

Курс лікувальної гімнастики проводять враховуючи секреторну функцію шлунку. При гастритах з нормальною і підвищеною секрецією шлунку лікувальну гімнастику проводять перед прийманням їжі, що пригнічує шлункову секрецію і з наростаючим навантаженням. З цією метою за 1-1,5 год. до приймання їжі і фізичних вправ вживають мінеральну воду (лужанська, поляна квасова, моршинська та інші), що у свою чергу, теж гальмує секреторну функцію шлунку. Рекомендують вправи для середніх та великих м'язових груп з багаторазовими повтореннями, махові рухи, вправи з гімнастичними предметами. Використовують полегшенні гімнастичні вправи у поєднанні зі статичними і динамічними дихальними вправами та вправами на розслаблення, обмежуючи навантаження на м'язи живота. Рухи виконують у повільному темпі, ритмічно.

При гастритах із секреторною недостатністю лікувальну гімнастику проводять за 2 год. до приймання їжі, що стимулює шлункову секрецію. Для підвищення ефекту за 20-30 хв до приймання їжі п'ють мінеральну воду (миргородська, куяльник та інші). Доцільно приймати мінеральну воду через 20-40 хв після занять ЛГ. Комплекси складаються із загальнорозвиваючих вправ з невеликою кількістю повторень і обмеженою амплітудою рухів. Намагаючись підвищити тонус ЦНС та створити позитивний емоційний фон, використовують групові заняття, вправи з пересуванням, рухливі ігри, естафети, музичний супровід.

Окрім ЛФК хворим хронічним гастритом показаний масаж, який призначається в перші 2-3 дні.

Завдання масажу: зменшення болю; нормалізація моторики шлунку і дванадцятипалої кишки; поліпшення крово- і лімфообігу, усунення застійних явищ в черевній порожнині; активізація обміну речовин і трофічних процесів в уражених тканинах, нормалізація тону су вегетативної нервової системи; поліпшення функціонального стану ЦНС, а також психоемоційного і загального стану хворого [12, 16].

Таким чином, прискорюючи процес одужання, масаж є ефективним додатковим лікувальним методом.

Найбільш ефективний сегментарний масаж. Першим етапом цього варіанту масажу є пошук сегментарних зон. При захворюваннях шлунку і дванадцятипалої кишки в основному ушкоджуються тканини, пов'язані з сегментами С3- Тh8.

При гастриті з гіперсекрецією масаж починають з усунення змін в тканинах на задній поверхні тіла, в першу чергу в максимально хворобливих точках на спині в області сегментів Тh7-Тh8 і біля нижнього кута лопатки в області сегментів Тh4-Тh5, потім переходять на передню поверхню тулуба [3].

За наявності гіперсекреції рекомендується впливати тільки на передню поверхню грудної клітини ліворуч в області сегментів Тh5-Тh9 з використанням прийому розтирань і зміщення шкіри. При гастритах з секреторною недостатністю використовують також масаж ділянки шлунку електровібратором, який переміщується за годинниковою стрілкою.

Масаж живота виконують при максимальному розслабленні м'язів черевної стінки.

Закінчувати масаж при гастриті треба погладженням черевної стінки і діафрагмальним диханням. В цілому одна процедура повинна тривати не більше 10-15 хвилин. Повний курс налічує близько 8-12 процедур.

Класичний лікувальний масаж також може бути призначений, але пізніше, ніж сегментарний – зазвичай в середині або кінці підгострого періоду, коли больовий синдром і диспепсичні явища суттєво зменшились [3].

У комплексному лікуванні хворих хронічним гастритом широко застосовують фізіотерапію. Фізіотерапія при хронічному гастриті обумовлена можливістю зняття больового синдрому, протизапальної дії в гастродуоденальній області, цілеспрямованим впливом на секреторну і моторну функції шлунку, а також стимуляцією регенерації слизової оболонки шлунку [5, 12].

Фізіотерапія протипоказана при загостренні хронічного гастриту, наявності поодинокого поліпа слизової оболонки або поліпозу шлунку, а також хворим з ригідним антральним гастритом.

Фізіотерапевтичні процедури необхідно призначати з урахуванням функціонального стану шлунку (зокрема, його секреторної функції), форми захворювання, супутніх ушкоджень органів травлення. При хронічному гастриті із збереженою і підвищеною секрецією рекомендують гальванізацію області шлунку з розташуванням позитивного електроду в епігастральній області, поля УВЧ та НВЧ, електрофорез новокаїну, електросон.

В осіб зі зниженою секрецією використовують катодну гальванізацію шлунка, індуктотермію, електрофорез кальцію, ультрафіолетове опромінення. При секреторній недостатності в епігастральній області розташовують негативний електрод, другий електрод поміщають на спині в області нижньогрудного відділу хребта. М'яку дію має електричне поле УВЧ. Позитивні результати дають оксигенотерапія та кліматотерапія.

В деяких випадках при больовому синдромі ефективне УФ-опромінення шкіри живота і спини в області Th6-Th12 загальною площею 300-400 см². Використовують також діадинамічні струми.

Гіпербарична оксигенація – стимулює секрецію соляної кислоти за рахунок посилення тканинного дихання, регіонального кровообігу, зменшення гіпоксії. Курс лікування – 10 сеансів, тиск у барокамері – 2атм.

Для зняття больового синдрому використовують електрофорез з новокаїном, платифіліном. Для стимуляції залозистого апарату при хронічному гастриті з помірною секреторною недостатністю застосовують синусоїдальні модульовані струми і дециметрові електромагнітні хвилі.

Фізіотерапія у післялікарняний період реабілітації направлена переважно на профілактику загострень захворювання і подовження фази ремісії. Використовують електрофорез, індуктотермію, мікрохвильову терапію, ультразвук, грязьові аплікації, електросон, бальнеотерапію, кліматотерапію та інші методи.

У період ремісії показане санаторно-курортне лікування на бальнео-питтєвих курортах (Миргород, Моршин, Трускавець, Одеса, Сонячне Закарпаття, Березівські мінеральні води та інші), якщо немає протипоказань з боку інших органів і систем. Пиття мінеральних вод – ефективний лікувальний чинник. Лікування мінеральними водами раціонально проводити не тільки в санаторії, але і в домашніх умовах. Мінеральна вода впливає на тонус, перистальтику і моторно-евакуаторну функцію шлунку, вона зменшує запальний процес в слизовій оболонці шлунку. Курс лікування хронічних гастритів мінеральними водами – 3-5 тижнів, але не більше 6 тижнів. Оптимальний термін вживання мінеральної води – 4 тижні.

Час і технологія прийому мінеральних вод визначаються рівнем шлункової секреції.

При зниженій кислотності шлункового соку (гіпоацидний стан) краще вживати лікувальну воду із стимулюючою дією: хлоридно-натрієву і гідрокарбонатно-натрієву, які містять вуглекислий газ. Якщо мінеральна вода приймається за 15-20 хв до їжі або під час їжі, то вона затримується у шлунку і стимулює секрецію шлункового соку. Тому пацієнтам з хронічним гастритом із секреторною недостатністю мінеральну воду рекомендують приймати за 15-20 хвилин до їди (1 склянку). Воду хворий має пити кімнатної температури, повільно, маленькими ковтками.

При гіпоацидному гастриті використовується вода з рН нижче 7. Це допомагає уникнути здуття, відрижки і інших неприсмних симптомів зниженої кислотності.

При атрофічній формі гастриту мінеральна вода не лише підвищує кислотність, але і сприяє частковому відновленню секреторної активності слизової оболонки. Це відбувається за рахунок стимуляції стінок шлунку, характерної для деяких лужних мінеральних вод.

При підвищеній кислотності шлункового соку (гіперацидний стан) мінеральну воду слід пити підігрітою (37-45° С) оскільки при підігріванні з води видаляється надлишок вуглекислого газу, який стимулює шлункову секрецію. Крім цього висока температура води обумовлює зменшення болю і зняття спазмів. Воду, в цьому випадку, треба пити швидко, що сприяє швидкому просуванню її в кишковик і попереджає її збуджуючий вплив на секрецію. Мінеральні води випиті за 1-1,5 години до прийому їжі швидко покидають шлунок, переходять до дванадцятипалої кишки і гальмують секрецію шлункового соку. Тому при підвищеній секреції та кислотності шлункового соку мінеральну воду п'ють за 1-1,5 години до їжі по 200мл 3 рази у день. При нормальній і підвищеній секреції шлункового соку показані води з малою мінералізацією і переважанням бікарбонатних, сульфатних і кальцієвих іонів.

Лужна вода сприяє зниженню агресивної дії секрету шлунка і дванадцятипалої кишки. У лужних мінеральних вод рН завжди вище 7. Для надання терапевтичного ефекту при гіперацидній формі гастриту рекомендується вживати не менше 600 мл лужної води в день.

При незмінній, нормальній, шлунковій секреції мінеральну воду слід пити за 45 хвилин до їди.

При виборі мінеральної води надзвичайно важливо підібрати саме ту, яка найбільше підходить. Інакше, регулярне її вживання може привести до загострення захворювань. Для досягнення максимального лікувального ефекту, краще всього використовувати воду не з пляшок, а безпосередньо з джерела.

Висновки:

Фізична терапія при хронічних гастритах відіграє важливу роль для повного відновлення людини після перенесеного захворювання і є невід'ємною, складовою частиною реабілітаційних заходів. Її основною метою є розвиток тривалого періоду ремісії захворювання.

Диференційовано проведені з урахуванням виду гастриту, фази хвороби і типу секреції лікувально-профілактичні заходи сприяють підвищенню ефективності засобів фізичної терапії при захворюваннях шлунка.

Список використаних джерел:

1. Бабак О.Я. Современные представления об оценке риска развития и профилактики рака желудка / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерологія. – 2009. – № 6. – С. 62-66.
2. Драгомирецкая Н.В. Хронический атрофический гастрит – перспективы лечения в курортологии / Н.В. Драгомирецкая, И.Б. Заболотная, Т.И. Малыгина, А.Н. Ижа // Сучас. гастроентерологія. – 2007. – № 3. – С. 85-90.
3. Епифанов В.А. Восстановительная медицина / В.А. Епифанов. – М. : ГОЭТАР-Медиа, 2012. – 304 с.
4. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. Хронический гастрит : современные представления, принципы диагностики и лечения / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина // РМЖ. – 2001. – №2. – С. 54.
5. Илларионов В.Е., Симоненко В.Б. Современные методы физиотерапии : Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) / В.Е. Илларионов, В.Б. Симоненко. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 176 с.
6. Коруля І.А. Діагноз «хронічний гастрит». Проблемні питання. Сучасні підходи до діагностики та лікування / І.А. Коруля, І.С. Марухно, О.М. Герасименко // Сучасна гастроентерологія. – 2014. – № 2. – С. 133-138.
7. Макарова Г.А. Спортивная медицина : Учебник / Г.А. Макарова. – М. : Советский спорт, 2003. – 480 с.
8. Медична та соціальна реабілітація : Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль : ТДМУ, 2005. – 402 с.
9. Методика лечебной физкультуры при хронических гастритах у студентов / В.М. Шидловская // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2005. – № 10. – С. 187-190.
10. Мишушкин О.Н. Хронический гастрит : понятие, типирование, особенности течения и исхода / О.Н. Мишушкин, И.В. Зверков, Т.Б. Топчий // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2007. – № 2. – С. 19-22.

11. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М.Мухін. – Київ : Олімпійська література, 2005. – 471 с.
12. Физическая реабилитация при гастрите // Под ред. А.В. Полоструева : Практическое руководство. – Омск : ИП А.В. Шелудивченко. – 2015. – 56 с.
13. Физическая реабилитация : Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. – Изд. 3-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 608 с.
14. Филиппов Ю.А. Рак желудка. Ранняя диагностика и лечение / Ю.А. Филиппов // Гастроэнтерология : Межвід. зб. – 2007. – Вип. 38. – С. 307-315.
15. Филиппов Ю.А. Распространенность и структура заболеваний органов пищеварения в Украине / Ю.А. Филиппов, З.Н. Галенко // Другий Український тиждень гастроентерологів : Тез. доп. – Дніпропетровськ, 1997. – С. 4-5.
16. Чабаненко С.Н. Массаж при заболеваниях органов пищеварения / С.Н. Чабаненко. – М. : Вече, 2004. – 176 с.
17. Genta R.M. Screening for gastric cancer: does it make sense? / R.M. Genta // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – Suppl. 2. – P. 42-47.

Main reasons of chronic gastritis, symptoms of its course and principles of its treatment have been described in the article. The characteristics of the main methods of physical therapy taking into consideration its usage and contraindication have been given here. Usage of physical therapy which depended on functional state of stomach (in particular its secretory functions) and forms of disease have been paid attention here.

Key words: chronic gastritis, physical therapy, medical physical culture, massage, physiotherapy, mineral water.

Отримано 12.04.17

УДК 615.825:616.24-002

В.П. Молєв

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Завданнями дослідження була оцінка динаміки спірографічних показників в період реконвалесценції негоспітальної пневмонії. В дослідженні прийняли участь 36 осіб у віці від 20 до 54