

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Медичний факультет
кафедра медицини та фізичної терапії

**КОМПЛЕКСНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ З ГАСТРИТАМИ
ТА ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступення вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка 4 курсу
спеціальності

227 Фізична реабілітація

Освітньо-професійної програми
«Фізична терапія, ерготерапія»

Голік Аліна Вікторівна

Керівник: к.б.н., доц. Гурова А.І.

Рецензент: к.м.н., доц. Гайдай М.І.

Херсон-2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Загальна характеристика гастриту та виразкової хвороби шлунка	5
1.1. Етіологія та класифікація гастриту.....	5
1.2. Патогенез та клініка гастриту.....	10
1.3. Етіологія, патогенез та клініка виразкової хвороби шлунка..	15
РОЗДІЛ 2. Особливості застосування основних методів фізичної реабілітації при відновленні хворих на гастрит та виразкову хворобу шлунка	17
2.1. Застосування лікувальної фізкультури.....	17
2.2. Застосування масажу.....	21
2.3. Застосування фізіотерапії.....	25
РОЗДІЛ 3. Дієтотерапія, як засіб відновлення хворих на гастрит та виразкову хворобу шлунка	31
3.1. Дієтотерапія при гіперсекреції та виразці шлунка.....	31
3.2. Дієтотерапія при гіпосекреції шлунка.....	38
ВИСНОВКИ	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	45
ДОДАТКИ	
Додаток А	49

ВСТУП

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сучасної гастро-ентерології є хронічний гастрит – найпоширеніше органічне захворювання шлунка. За даними ВООЗ від 50 до 80% дорослого населення страждають від хронічного гастриту. Проте вірогідність оцінки поширеності захворювання обмежена об'єктивними труднощами його діагностики. З одного боку, хронічний гастрит тривалий час може не мати клінічних симптомів, що дають привід для звернення до лікаря, а з іншого – верифікація діагнозу можлива лише на підставі морфологічного дослідження [33].

Хронічний гастрит з зниженою секреторною функцією вважається передпухлинним станом, тобто захворюванням, що обумовлює підвищений ризик виникнення онкології. Так як, в слизовій оболонці шлунка розвиваються зміни, в яких імовірність виникнення раку є більшою, ніж у нормальних тканинах. В свою чергу хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією може призвести до виникнення виразки.

Лікування захворювань шлунку комплексне і включає, фітотерапію, оксигенотерапію, дієтотерапію, медикаментозну терапію, питне вживання мінеральних вод, масаж, лікувальну фізичну культуру, фізіотерапевтичне лікування та психотерапію. При хронічних гастритах, як правило, має місце порушення секреторної, рухової та всмоктувальної функції шлунку. Під дією фізичних вправ відбувається поліпшення крово- і лімфообігу, що сприяє активізації трофічних процесів і зменшенню проявів синдрому запальних явищ та нормалізація порушених функцій. Крім того, масаж також сприяє поліпшенню крово-

та лімфообігу в уражених органах, зменшенню внутрішньочеревного тиску, активізації евакуаторної функції шлунку [16].

Все вищевикладене визначає актуальність розробки нових принципів у комплексній програмі фізичної реабілітації з обов'язковим урахуванням форми та перебігу хвороби, яка буде сприяти більш повній нормалізації секреторної функції шлунка, відновленню функцій шлунково-кишкового тракту та дасть змогу поліпшити адаптацію до фізичних навантажень та домогтися стійкої ремісії захворювання

Мета і завдання дослідження. Дослідити комплексне застосування методів фізичної реабілітації при відновленні хворих з різними видами гастриту та виразкової хвороби шлунка.

Для досягнення мети треба вирішити наступні завдання:

1. Вивчити особливості різних видів, форм гастриту та виразкової хвороби шлунка.
2. Дослідити вплив лікувальної фізкультури, масажу та фізіотерапії при відновленні хворих на гастрит та виразкову хворобу шлунка.
3. Вивчити особливості застосування дієтотерапії при гастритах з підвищеною та зниженою кислотністю.
4. Скласти денний раціон харчування для хворих з гіперсекрецією та гіпосекрецією шлунку.

Об'єкт дослідження. Фізична реабілітація при захворюваннях шлунку.

Предмет дослідження. Застосування методів фізичної реабілітації при відновленні хворих на гастрит та виразкову хворобу шлунка.

Методи дослідження. Аналіз науково-методичної та медичної літератури, класифікація, систематизація та узагальнення матеріалу.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТУ ТА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

1.1. Етіологія та класифікація гастриту

Гастрит – це запальні або запально-дистрофічні зміни слизової оболонки шлунка та глибших шарів його стінки. Може бути первинним та розглядатися як самостійне захворювання та вторинним, супроводжуваним ряд інфекційних та не інфекційних захворювань і інтоксикацій. Згадування про функціональні та деякі органічні зміни шлунка зустрічаються в працях Галена, Гіпократа, Ібн-Сіні. Першим почав вивчення гастритів французький лікар Ф. Бруссе (1803), який вважав, що гострий гастрит є найбільш розповсюдженим захворюванням та пов'язував з ним захворювання легень, серця та головного мозку [21].

Гастрити поділяються на гострі і хронічні. Під час гострого гастриту розвиток запальних змін в слизовій оболонці шлунку настає швидко – протягом декількох годин, а іноді навіть хвилин. Найчастіше є наслідком прийому подразнюючих слизову оболонку речовин, частіше алкоголю, вживання недоброякісної або незвичної їжі, деяких ліків, харчової токсикоінфекції, гострого отруєння [7, 21].

Гострий гастрит – це поліетіологічна хвороба, яка характеризується дистрофічно-некробіотичними змінами та ушкодженням епітелію і залоз слизової оболонки, з подальшим розвитком у ній запальних змін. Він виникає після отруєння лугами, кислотами, побутовими хімікатами, стрептококами, а також кишковою паличкою, сальмонелами та стафілококом. Інколи розвивається в наслідок грипу, дифтерії або прийому окремих медикаментів (антибіотики, саліцилати, препарати

піразолонової групи). Також причинами гострого гастриту є травма, з приєднанням шоку, гіпоксії, гострої ниркової недостатності, сепсису, виражені зміни в системі згортання крові, опіки з ураженнями 20-40% площі шкіри, масивна крововтрата [16].

Згідно з МКХ-Х перегляду гострий гастрит внесений в рубрики:

К 29.0 - Гострий геморагічний гастрит. Гострий гастрит з кровотечею.

К 29.1 - Інші види гострого гастриту:

- 1) гострий геморагічний;
- 2) гострий стресовий (ерозивний);
- 3) гострий інфекційний (флегмонозний гастрит);
- 4) гострий корозивний [12, 34].

Вигляд слизової оболонки шлунка при деяких видах гастриту представлений на рис. 1.1.

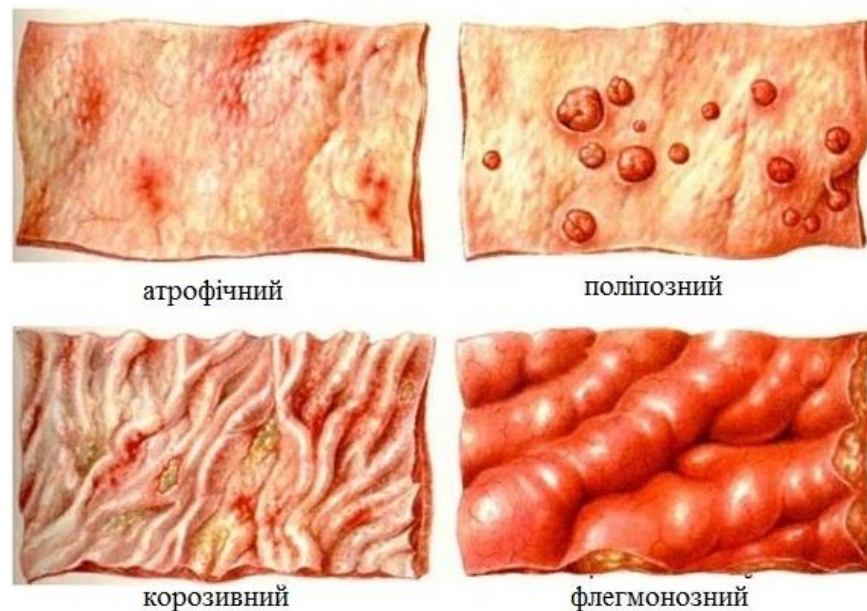


Рис 1.1. Слизова оболонка шлунка

Однак найбільш часте захворювання – хронічний гастрит, характерною особливістю якого є поступовий розвиток запального процесу, тобто зміни в слизовій оболонці, порушення моторної і секреторної функцій шлунка. При такому гастриті нерідко страждають і інші органи травлення: печінка, підшлункова залоза, жовчний міхур, а

також нервова і ендокринна система. Це поступово прогресуюче захворювання, періоди загострення змінюються станом ремісії [19, 21].

Щодо хронічного гастриту існує дві основні точки зору. Відповідно до першої з них, представленої вітчизняною школою гастроентерологів, хронічний гастрит є клініко-морфологічним поняттям; відповідно до другої точки зору, хронічний гастрит – це чисто морфологічне поняття, а клінічні прояви цього захворювання позначають терміном "невиразкова диспепсія", і даний симптомокомплекс відносять до розряду функціональних порушень. З одного боку, хронічний гастрит тривалий час може зовсім не мати клінічних симптомів, які дають привід звернутися до лікаря, а з іншого боку – верифікація діагнозу можлива лише після морфологічного дослідження. Наразі вважається, що «хронічний гастрит» це поняття морфологічне, і про наявність хронічного запалення можна говорити лише на підставі результатів морфологічного дослідження. Діагноз «хронічний гастрит» передбачає обов'язкове морфологічне підтвердження [12, 15].

Хронічний гастрит характеризується не лише запаленням, а й дистрофічними змінами з боку слизової оболонки шлунка та його функцій. Він виникає як наслідок порушень режиму харчування, якості та складу їжі, постійного зловживання гострими приправами, алкоголем, паління безконтрольного прийому медикаментів. До хронічного гастриту можуть також призвести захворювання підшлункової залози, печінки, хронічні запальні процеси, часті стреси, інфекції, порушення функції нервової і ендокринної систем [16].

При масових обстеженнях населення індустриально розвинених країн близько у 50% людей, багато з яких не скаржилися на зміни з боку шлунка, виявляють ознаки гастриту. Також встановлено, що кисневе голодування організму, є важливим патогенетичним фактором, та має великий вплив на перебіг і результат багатьох внутрішніх захворювань. Відомо й те що залози слизової оболонки шлунка чутливі до кисневої

недостатності. Тривала гіпоксія призводить до атрофії слизової оболонки шлунка з подальшим розвитком ферментативної і секреторної недостатності [7, 37].

Хронічний гастрит – це поліетіологічне захворювання, в розвитку якого беруть участь як ендогенні так і екзогенні чинники – нераціональне (як у якісному, так і в кількісному розумінні) харчування, порушення режиму, збільшення психоемоційного навантаження, постійні стреси, спадково-конституціональні особливості. Проте насамперед розвиток хронічного гастриту пов'язано з так званою інфекцією *Helicobacter pylori* та автоімунними процесами. Доведено, що у пацієнтів, інфікованих *H. pylori*, хронічний атрофічний гастрит розвивається майже у 40% випадків і не розвивається за відсутності хелікобактерної інфекції. Інфікування *H. pylori* відбувається частіше в дитинстві, серед дорослого населення щорічно інфікуються не більше 0,3-0,5%. Причому спочатку виникає гостра інфекція шлунка. Реакція слизової оболонки шлунка проявляється у вигляді нейтрофільного гастриту. А вже потім запалення переходить у хронічну стадію і може тривати протягом багатьох років [33].

Вважається, що класифікація хронічного гастриту повинна давати підстави для визначення лікування та прогнозу захворювання. Запропонована в 1973 року класифікація виділяла три основні форми гастриту:

1) гастрит типу А (автоімунний), він характеризується переважним ураженням тіла шлунка;

2) гастрит типу В, розвивається через інфікування слизової оболонки шлунка бактерією *Helicobacter pylori* і запаленням переважно антрального відділу шлунка;

3) гастрит типу С (хіміко-токсичний), він розвивається внаслідок закидання жовчі в шлунок із дванадцятипалої кишки, тобто дуодено-гастрального рефлюксу, а також впливу на слизову оболонку шлунка

деяких лікарських засобів, у першу чергу нестероїдних протизапальних засобів [1].

Локалізація запалення при цих видах гастриту представлена на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Локалізація форм хронічного гастриту

За морфологічними критеріями виділяють такі форми хронічного гастриту: поверхневий, атрофічний (початковий, помірно виражений і виражений), атрофічно-гіперпластичний і гіпертрофічний (гранулярний, проліферативний, гранулярно-проліферативний). Відповідно до етіології виділяють ендогенний і екзогенний гастрит; за станом секреторної функції гастрит з збереженою (нормальною, підвищеною) секреторною функцією або з її недостатністю (помірною, різко вираженою). За клінічним перебігом: декомпенсований, в фазі загострення, субкомпенсований, а також компенсований або в фазі ремісії [15].

Міжнародна класифікація хвороб X перегляду (ВООЗ), кодів для різних форм гастриту:

К 29.3 Хронічний поверхневий гастрит

К 29.4 Хронічний атрофічний гастрит (атрофія шлунка)

К 29.5 Хронічний гастрит, не уточнений (антральний, фундальний)

К 29.6 Інші гастрити [33].

Також оприлюднено (в електронному форматі) для обговорення Міжнародну класифікацію хвороб XI перегляду (ВООЗ), яку представлять на затвердження 2019 року, а введуть в дію з січня 2022 року. В цій класифікації виділено дещо більше рубрик, ніж у попередній, та більше деталізовано. Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ) XI перегляду:

DA 42.1 *Helicobacter pylori* індукований гастрит.

DA 42.2 Еозинофільний гастрит.

DA 42.3 Лімфоцитарний гастрит.

DA 42.4 Алергічний гастрит.

DA 42.5 Гастрит, пов'язаний з дуоденогастральним рефлюксом.

DA 42.7 Гастрит невиясненої етіології зі специфічними ендоскопічними або патологічними ознаками.

DA 42.71 Хронічний поверхневий гастрит невиясненої етіології.

DA 42.73 Хронічний атрофічний гастрит невиясненої етіології.

DA 42.74 Метапластиний гастрит невиясненої етіології (інтестинальна метаплазія) [12, 36].

1.2. Патогенез та клініка гастриту

Гострий гастрит, частіше за все є наслідком гострої інфекції та пошкодження слизової оболонки шлунка хімічними або токсичними факторами (концентрованими лугами і кислотами, великими дозами алкоголю і т.д.). Ці форми гастриту часто протікають з важкими ускладненнями, в зв'язку з чим лікуванням займаються не гастроентерологи, а інфекціоністи, наркологи або хірурги. Екзогенні фактори пошкоджують слизову оболонку шлунка, та внаслідок їх дії зникає слизовий бар'єр, сповільнюються регенераторні процеси, порушується резистентність. Ендогенні фактори викликають гіпоксію, інтоксикацію, метаболічні зрушення в слизовій оболонці. Різко

порушується кровопостачання шлунка, підвищується проникливість судин, часто на фоні шоку або колапсу [15].

Для катарального виду гастрита характерні такі основні ознаки: швидкий початок, нудота, блювання, відсутність апетиту, відчуття важкості і навіть болю в надчеревній ділянці, відрижка тухлим, запаморочення, загальна слабкість, пронос, метеоризм, посилене слиновиділення або навіть сухість у роті. При тяжкому перебігу захворювання підвищується температура тіла, виникає гіпотензія, можливий навіть розвиток колапсу. Язик вкритий сірувато-білими нальотом. Під час пальпації живота біль, що локалізується в надчеревній ділянці починає посилюватися. Аналіз крові виявляє нейтрофільний лейкоцитоз. Можливі циліндрурія, альбумінурія, олігурія. В шлунковому соці міститься багато слизу, секреторна та кислотоутворююча функції можуть бути як підсилені так і пригнічені. Під час гастроскопії видно гіперемовану слизову оболонку шлунка, вкриту великою кількістю слизу [25].

Некротичний гастрит характеризується ознаками гострого ураження слизової оболонки як ротової порожнини так і стравоходу та шлунка кислотою або лугом: розвиваються сильні печія та біль, багаторазове блювання (з домішками слизу та крові), мелена. На обличчі та в ротовій порожнині можуть бути сліди хімічних опіків. При пальпації живота біль, що виникає в надчеревній ділянці підсилюється. При дослідженнях аналізу крові виявляють лейкоцитоз з зсувом формули вліво. Також можливі олігурія, протеїнурія та еритроцитурія.

Такий вид гастриту як флегмонозний трапляється досить рідко та може супроводжуватися ознобом, лихоманкою, безперервним блюванням та сильним болем в надчеревній ділянці, збільшенням селезінки та печінки, іктеричністю склер, різким зниженням маси тіла. Під час дослідження крові виявляють лейкоцитоз, токсичну зернистість

нейтрофільних гранулоцитів та підвищення швидкості осідання еритроцитів [32].

Розвиток хронічного гастриту залежно від етіології має деякі особливості. Неатрофічний гастрит частіше за все обумовлений наявністю *H. pylori*. У 1994 році ВООЗ визнало *H. pylori* канцерогеном першого порядку (рис. 1.3).

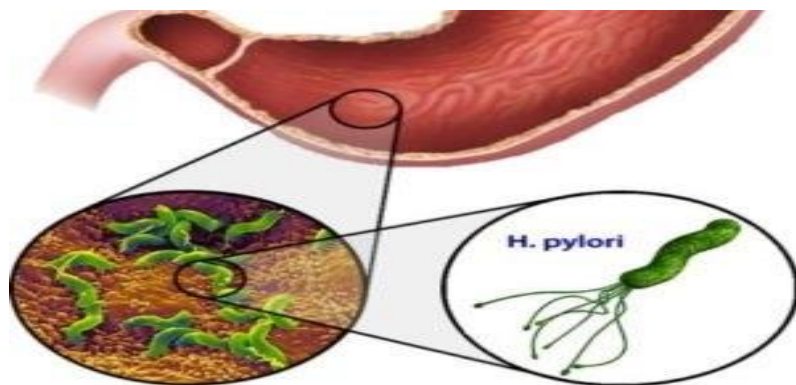


Рис. 1. 3. Бактерія *H. Pylori*

Доведено, що цей мікроорганізм сприяє розвитку *H. pylori*-асоційованого атрофічного гастриту, який розглядається як перед онкологічне захворювання. А саме, при потраплянні на слизову оболонку шлунка хелікобактерії починають виділяти уреазу з сечовини, яка міститься в шлунку та утворюють аміак. Який в свою чергу, нейтралізує кислоту навколо бактерії, та створює сприятливі умови для її існування та розмноження [38].

Бактерія виділяє муциназу, яка руйнує муцин шлункового слизу і там починає формуватися зона локального зниження в'язкості. Через ці механізми та спіральноподібну форму бактерій, вона може легко проникати в підслизовий шар та прикріплюватися до епітелію в антральному відділі шлунка, та в подальшому пошкоджувати його. Завдяки наявності на оболонці хелікобактерій рецепторів для адгезії, вони зв'язуються з рецепторами поверхневого епітелію, та призводять до

його дистрофічних змін разом зі зниження функціональної активності. В результаті чого хелікобактерії активно розмножуються, виділяють ферменти, та за рахунок посиленого утворення аміаку стимулюють секрецію гастрину і гальмують – соматостатину. Також вони викликають утворення та виділення медіаторів запалення. Виникає виділення гістаміну з клітин, який збільшує проникливість судин підслизового шару та сприяє надходженню у вогнище запалення макрофагів, нейтрофілів та лімфоцитів. Також хелікобактерії можуть утворювати вакуолізуючий цитотоксин, під впливом якого на слизовій оболонці утворюються ерозії [1, 17].

Механізми розвитку аутоімунного гастриту дещо відрізняються. Різні антитіла починають впливати на парієтальні, гастринпродукуючі клітини і як наслідок призводять до руйнування слизової оболонки тіла шлунка. Крім того, вони можуть викликати порушення місцевого гуморального імунітету. В основі механізму утворення антитіл велике місце займає спадково обумовлена схильність. Зменшення продукції хлористоводневої кислоти призводить до зниження гальмівного впливу на виділення гастрину. В свою чергу високий рівень гастрину індукує проліферацію, проте зменшує диференціацію молодих епітеліальних клітин, які в нормі є попередниками парієтальних клітин шлункових залоз [17, 35].

Клінічні прояви хронічного можуть бути місцевими і загальними, які більше виражені в період загострення. Місцеві симптоми проявляються у вигляді шлункової диспепсії: почуттям переповнення шлунка, тяжкістю в надчеревній ділянці, нудотою, відрижкою, неприємним присмаком у роті, часто печією, яка свідчить про порушення евакуації зі шлунка і потраплянні шлункового вмісту в стравохід. Ці симптоми як правило, виникають при певних формах хронічного антрального гастриту, що призводить до порушення

евакуації зі шлунка, збільшенням внутрішньошлункового тиску, посилення шлунково-стравохідного рефлюксу [1].

Хронічний гастрит тіла шлунка характеризується важкістю в епігастральній ділянці, що виникає під час або відразу після прийому їжі. Н. рулогі-асоційований хронічний гастрит тривалий час протікає на тлі підвищеної секреції шлунка, та поєднується з диспепсією у вигляді розладів дефекації, вуркотіння в животі та вздуття [28].

Хронічний гастрит з гіперсекрецією або зі збереженою секреторною функцією частіше за все виникає у молодих чоловіків. При цьому апетит не порушується, проте є характерні скарги на голодний біль та важкість у надчеревній ділянці, відрижку кислим, печію, а інколи спостерігаються закрепи. Часто може приєднуватися неврастенія. Результати дослідження шлункового соку свідчать про гіперацидоз: шлункова секреція базальна – до 10 мл/год, стимульована (після максимальної гістамінової стимуляції) – до 35 мл/год. Часто спостерігається значне виділення шлункового соку в нічний час [15].

Хронічний гастрит з гіпосекрецією частіше виникає в осіб зрілого та похилого віку. Характеризується наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка та його секреторною недостатністю. Пацієнти скаржаться на неприємний смак у роті, нудоту частіше вранці, зниження апетиту, відрижку тухлим, переливання і вуркотіння в животі, тупий біль у надчеревній ділянці, здуття живота, підвищену секрецію слини та пронос. При довготривалому захворюванні спостерігаються значне зниження маси тіла, гіпопротеїнемія та симптоми гіповітамінозу (сухість шкіри, згладжування сосочків язика, пухкість ясен, стоматит), можливі незначні прояви залізодефіцитної або нормохромної анемії. Часто може виникати супутні захворювання, а саме: холецистит, ентерит, дисбактеріоз та ін. Періоди загострення захворювання змінюються ремісіями. Проте хвороба невпинно прогресує. Підвищена секреторна

функція може призвести до розвитку виразки, а знижена – до розвитку пухлин [12].

1.3. Етіологія, патогенез та клініка виразкової хвороби шлунка

Виразкова хвороба шлунка – це хронічне, постійно рецидивуюче захворювання з циклічним перебігом, яке характеризується утворенням виразки на слизовій оболонці шлунку. Виразкова хвороба як і гастрит відноситься до числа найбільш розповсюджених захворювань шлунково-кишкового тракту та загалом органів травлення [20].

Етіопатогенез виразкової хвороби досить складний і до теперішнього часу не існує єдиної спільної точки зору з цього питання. Проте достовірно відомо, що різні ураження нервової системи, такі як постійні нервові перенапруження, хронічні стреси, гострі психічні травми, та специфічні нервові захворювання сприяють розвитку виразкової хвороби. Слід також відмітити велике значення гормонального фактора – зокрема, порушення вироблення травних гормонів (секретину, гастрину та ін.), А також не можна забувати про порушення обміну гістаміну та серотоніну, під впливом яких зростає активність кислотно-пептичного фактора [6].

Порушення режиму харчування і складу їжі не відіграє вирішальну роль при виразковій хворобі шлунка, проте як додатковий фактор також впливає на розвиток захворювання. В останні роки все більше місце відводиться інфекційній, а саме вірусній природі цього захворювання. Інфікування *H. pylori* спричиняє понад половину шлункових виразок. Також певну роль у розвитку виразкової хвороби відіграють спадкові та конституційні чинники [20].

Клініка виразкової хвороби шлунка досить різноманітна. Основним її симптомом є болі, які частіше локалізуються в надчеревній ділянці. Залежно від локалізації самої виразки болі бувають ранні (через

30 хвилин – 1 годину після прийому їжі) та пізні (через 1,5 – 2 години після прийому їжі). Часто біль може виникати натщесерце - так звані голодні болі (характерний симптом). Відзначаються також нічні болі. Досить частим клінічним симптомом виразкової хвороби шлунка може бути печія, яка як і біль, має ритмічний та періодичний характер. Часто після прийому їжі може спостерігатися відрижка (особливо кислим), а іноді ще й супроводжуватися блюванням, при чому також кислим вмістом. В перебігу виразкової хвороби виділяють чотири фази: загострення, затухання процесу, неповної ремісії та повної ремісії. Найбільш небезпечним ускладненням виразкової хвороби є перфорація стінки шлунка, що супроводжується гострим «кинджальним» болем в епігастральній ділянці та ознаками запалення очеревини (перитоніт). При такому ускладненні необхідне негайне оперативне втручання [20].

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОСНОВНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ ТА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА

2.1 Застосування лікувальної фізкультури

При хронічних гастритах лікувальна фізкультура є невід'ємною частиною комплексної терапії. Назначаючи ЛФК хворим на хронічний гастрит, необхідно враховувати моторну та секреторну функцію шлунка, компенсацію патологічного процесу та функціональний стан інших органів травної системи [20].

Основними завданнями лікувальної фізкультури є:

1. Зменшення та ліквідація явищ запалення та створення якомога сприятливіших умов для репаративних процесів в слизовій оболонці.
2. Стимуляція крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, а також покращення трофіки шлунково-кишкового тракту.
3. Нормалізація моторної та секреторної функцій шлунка.
4. Покращення нейрогуморальної регуляції травлення.
5. Поліпшення психічного та емоційного стану хворого.
6. Збільшення неспецифічної опірності та нормалізація реактивності організму.
7. Адаптація до фізичних навантажень, запобігання гіподинамії [7].

Методика ЛФК при хронічних гастритах залежить від характеру секреторної діяльності. Заняття можна починати проводити після затухання симптомів подразнення шлунка, а також після припинення нудоти, блювання та відсутності болю. В перші дні необхідно

використовувати загальнозміцнювальні вправи переважно для кінцівок в поєднанні з дихальними статичними та динамічними вправами.

Не можна виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, так як це може спричинити загострення захворювання. ЛФК під час лікування в стаціонарі проводять у два періоди. Та її методика ґрунтується на фізіологічній залежності моторної та секреторної функцій шлунка від характеру та обсягу м'язової роботи [24].

При гастритах з нормальною або підвищеною секрецією шлунка лікувальну гімнастику необхідно проводити перед прийомом їжі, так як це пригнічує шлункову секрецію. Рухи виконують у повільному темпі, ритмічно. Використовують полегшені гімнастичні вправи в поєднанні з динамічними та статичними дихальними вправами та вправами на розслаблення, намагаючись обмежити навантаження на м'язи черевного преса. При гастритах з гіпосекрецією лікувальну гімнастику необхідно проводити не менше ніж за 2 години до приймання їжі, це стимулює шлункову секрецію. Комплекси складають із використанням загальнорозвиваючих вправ з невеликою кількістю повторень і обмеженою амплітудою рухів. Спеціальні вправи для м'язів черевного преса виконуються обережно [10].

Стаціонарний період лікування відповідає гострій та підгострій фазам захворювання. Хворому після покращання стану призначають напівпостільний режим. Застосовують лікувальну, ранкову гігієнічну гімнастику та лікувальну ходьбу. Тривалість занять лікувальною гімнастикою 10 – 20 хвилин, загальне навантаження невелике.

Післялікарняний період збігається з покращанням загального стану хворого, його поступовим одужанням та переходом на вільний руховий режим, збільшенням навантажень, застосуванням спортивно-прикладних вправ. В комплексах лікувальної гімнастики зберігається та ж кількість дихальних вправ і вправ на розслаблення, проте збільшують кількість спеціальних, загально розвиваючих та вправ з предметами, за

рахунок чого заняття тривають близько 20 – 25 хвилин. В цьому періоді у хворих на гастрит з гіперсекрецією навантаження на м'язи черевного преса залишаються обмеженими [14].

Післялікарняний період реабілітації проводиться в поліклініці, санаторії та санаторії-профілакторії. Лікувальну фізичну культуру використовують за III періодом. Завдання ЛФК: нормалізація діяльності центральної нервової системи та нейрогуморальної регуляції процесів травлення; підтримання вже досягнутого рівня функціонування шлунково-кишкового тракту; попередження загострення захворювання та максимальне можливе подовження фази ремісії; зміцнення м'язів живота, черевного преса та промежини; загальне зміцнення організму; адаптація до фізичних навантажень побутового та виробничого характеру. Використовують як лікувальну так і ранкову гігієнічну гімнастику, теренкур, плавання, прогулянки, спортивні і рухливі ігри, катання на велосипеді, ковзанах, прогулянки на лижах.

В комплекси лікувальної гімнастики можна включити вправи для всіх м'язових груп, а також на координацію, вправи з предметами (м'ячами, гімнастичними палицями, гантелями вагою до 2 кг), різні види ходьби. Заняття будують та проводять з урахуванням особливостей секреторної функції шлунка та наявності супутніх захворювань, що обмежують фізичну працездатність. Тривалість лікувальної гімнастики збільшується до 35 – 40 хвилин. Заняття рекомендується проводити під музичний супровід, особливо тим особам що мають секреторну недостатність шлунка [16].

При проведенні занять слід дотримуватися таких основних рекомендацій:

1. Під час загострення хронічного гастриту засоби ЛФК можна призначати тільки після стихання симптомів подразненого шлунку (болі, нудота, блювота).

2. Судинна дистонія і лабільність серцево-судинної системи не є протипоказанням до занять лікувальною гімнастикою, так як фізичні вправи сприяють їх зменшення, проте необхідний постійний контроль пульсу та артеріального тиску.

3. Порухення діяльності кишечника у вигляді діареї вимагає відкласти заняття лікувальною гімнастикою. Проте запор не є протипоказанням для фізичних вправ, так як заняття сприяють поліпшенню роботи кишечника.

4. В комплекс лікувальної гімнастики необхідно вводити емоційні вправи, які спрямовані на підвищення тонуусу нервової системи, особливо це актуально у хворих зі зниженою секрецією це можуть бути комбіновані рухи, що супроводжуються ударами [9].

5. Вправи в ходьбі рекомендується виконувати з високим підніманням стегон, а ось підскоки необхідно замінити присіданнями і підведенням на носки, щоб не викликалося струсу черевних органів.

6. Спеціальні вправи для навантаження м'язів черевного преса в першій половині курсу лікувальної гімнастики не рекомендуються, м'язи досить залучаються до роботи при нахилах і поворотах тулуба в сторони.

7. Вправи з гімнастичними предметами (м'ячами, гантелями, гириями тощо) повинні бути маховими та в поєднанні з дихальними вправами. Краще застосовувати динамічні дихальні вправи.

8. Загальне число вправ в занятті лікувальною гімнастикою від 15 до 25 в залежності від загального стану хворого. Меншу кількість вправ потребують хворі зі зниженою секрецією, в більшу – з нормальною або підвищеною секрецією.

9. Дозування вправ у хворих з хронічним гастритом при гіпосекреції повинна бути помірною, а при нормальній та підвищеній секреції – вищою. Так наприклад, при хронічному гастриті з гіпосекрецією рекомендується виконувати 3 – 4 повторення кожної

вправи, при цьому виконання має бути плавним та в спокійному темпі, а при нормальній та підвищеній секреції повторень має бути 5 – 6 в середньому темпі.

10. Із засобів та форм ЛФК можна використовувати різні види фізичних вправ, ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу, плавання, лижні та велосипедні прогулянки та елементи спортивних ігор (теніс, волейбол та ін.) [20].

2.2. Застосування масажу

Масаж при гастриті сполучається з усіма засобами фізичної реабілітації і комбінується найбільш часто з фізіотерапією та лікувальною фізкультурою як в лікарняному, так і в післялікарняному періодах реабілітації. Для всіх хворих застосовується основних два типи комбінування лікувальних засобів: перший – спочатку проводяться заняття з лікувальної фізкультури, потім – масаж – і лише через 30-90 хвилин – фізіотерапевтична процедура; другий тип передбачає проведення першою фізіотерапевтичну процедуру, а вже через 2-3 години фізичні вправи і лише потім – масаж [14].

Обов'язковими умовами виконання масажу є відсутність болю, блювоти чи проносу. Масаж живота не можна проводити за допомогою грубих чи глибоких прийомів, інакше це може призвести до повторного загостренням нападу гастриту. Основними завданнями масажу є: надати знеболюючу дію; нормалізувати секреторну і моторну функції шлунка; активізувати крово- та лімфообіг; усунути наявний венозний застій; стимулювати функцію кишечника [8].

Під час лікарняного періоду лікувальний масаж призначають у ті самі строки, що й лікувальну фізичну культуру для нормалізації діяльності центральної нервової системи і вегетативної нервової системи, поліпшення кровообігу та лімфо обігу, а також обмінних

процесів у шлунку, нормалізації його секреторної та моторної функцій. Застосовують сегментарно-рефлекторний, апаратний та класичний масаж. Масажують паравертебральні зони середньогрудних D9 – D5 і середньошийних C5 – C4 спинномозкових сегментів, рефлексогенні зони шиї, спини та живота; обережно роблять масаж шлунка та м'язів живота. При хронічному гастриті з секреторною недостатністю з усіх масажних прийомів найкращий вплив надає безперервна вібрація за допомогою електровібратора, який переміщують по ходу годинникової стрілки в межах області шлунка [21].

В після лікарняний період масаж застосовують для стимулювання діяльності центральної та вегетативної нервової системи, секреторної та моторної функції шлунка, зміцнення м'язів черевного преса живота, загального зміцнення організму. Використовують ті ж самі види масажу, що й у попередньому періоді реабілітації, проте масаж шлунка та м'язів живота проводять більш енергійно та динамічно. Масаж шлунка розпочинають з колових легких погладжувальних за годинниковою стрілкою, що поступово стають більш глибокими та інтенсивними. Далі застосовують розтирання та розминання у ділянці лівого підребер'я, безперервну стабільну вібрацію шлунка (стрясування і підштовхування його); ніжну поверхневу безперервну вібрацію в проекції ділянки сліпої кишки. При масажі м'язів живота використовують майже всі основні прийоми та їх різновиди, роблять стрясування та струшування живота [16].

Методика проведення масажу: при хронічному гастриті масаж можна виконувати 2 - 3 рази на день, при максимальному розслабленні м'язів черевної стінки. Застосовують площинне погладження, розтирання, розминання м'язів черевної стінки, косих м'язів живота, а також вібрацію. Потім по ходу товстого кишечника (починаючи з висхідної його частини) проводиться погладження кінчиками пальців правої руки. Тривалість масажу 10-15 хвилин, курс 12-15 процедур [8].

Початкове положення хворого – лежачи на животі. Сеанс масажу розпочинають із продольного поперемінного погладження (3 – 5 разів), поздовжнього вижимання по всій спині (4 – 6 разів). На довгих м'язах спини застосовують розминання основами долонь обох рук (4 – 7 разів), щипцевидне (3 – 5 разів), вижимання ребром долоні (3 – 5 разів) і поздовжнє поперемінне погладження (3 – 5 разів).

Потім приступають до масажу паравертебральних зон спинномозкових сегментів D9 – D5 і C4 – C5: виконують вижимання подушечкою великого пальця (6 – 8 разів), розминання подушечкою великого пальця (3 – 5 разів), подушечками 2-го, 3-го та 4-го пальців (3 – 4 рази), фалангами пальців, зігнутих в кулак (4 – 6 разів), комбіноване погладження по всій спині (3 – 5 разів), вижимання (3 – 5 разів) та повторюють прийоми розминання [3].

На найширших м'язах спини проводять погладження (3 – 5 разів), вижимання ребром долоні (4 – 6 разів), погладження (3 – 5 разів). Весь комплекс повторюють 2 – 3 рази. На трапецієподібних м'язах після поперемінного погладження і вижимання ребром долоні (по 3 – 5 разів) проводять подвійне кільцеве і щипцевидне розминання (по 4 – 6 разів), вижимання і розминання ребром долоні (по 2 – 4 разів), закінчують прогладженням [9].

Потім виконують розтирання навколо лівої лопатки подушечками чотирьох пальців (3 – 5 разів), фалангами пальців зігнутих в кулак (3 – 5 разів), гребенем кулака (3 – 5 разів), закінчують «пилянням» прямолінійним розтиранням ребром долоні (5 – 7 разів) і розтиранням ребром долоні під кутом лопатки (3 – 5 разів). Далі з положення хворого лежачи на спині проводиться масаж грудної клітини. Процедуру починають з поздовжнього поперемінного погладження і вижимання на великих грудних м'язах (по 3 – 5 разів). Потім виконуються подвійне кільцеве розминання (3 – 4 рази), «подвійний гриф» (4 – 6 раз),

струшування (2 – 4 рази), знову розминання фалангами пальців, зігнутих в кулак (3 – 5 разів), і погладжування (3 – 5 разів).

Потім з лівого боку на міжреберних проміжках проводять прямолінійний спіралевидне і штрихоподібне розтирання подушечками чотирьох пальців від грудини вниз до хребта (по 3 – 5 разів) і прогладжуванням (3 – 4 рази). Далі масажист стає поздовжньо спиною до ніг пацієнта, ноги якого зігнуті в колінних і стегнових суглобах, і подушечками великих пальців проводить розтирання ребрових дуг від мечоподібного відростка грудини вниз до хребта (5 – 7 раз). На животі проводять поперечне погладжування (4 – 7 разів), вижимання ребром долоні (3 – 5 разів), розминання подушечками чотирьох пальців від грудини до пупка (3 – 5 разів) [3].

Масаж в області шлунка починають з живота. Після комбінованого погладжування (4 – 7 разів) хворий згинає ноги, і від лобкової кістки до реберної дуги проводять вижимання ребром долоні (3 – 5 разів). На прямих м'язах живота проводять подвійне кільцеве розминання (4 – 7 разів), комбіноване погладжування (3 – 5 разів) і розтирання подушечкою великого пальця правої руки в області лівого підребер'я (4 – 7 разів).

Далі масажист, стоячи обличчям до грудей хворого, основу долоні встановлює у лівого підребер'я і виконує вібрацію в області шлунка (2 – 3 рази), перемежуючи її з погладжуванням. Потім на прямих і косих м'язах живота проводиться розминання у вигляді «подвійного грифу», фалангами пальців (по 3 – 4 рази), погладжування (3 – 4 рази). Потім масажист, стоячи поздовжньо, захоплює руками косі м'язи живота і проводить струшування (3 – 4 рази) по 5 циклів з перервою 3 – 5 секунд [9].

Якщо під час сеансу масажу пацієнт відчуває важкість, дискомфорт або тягнучий біль в ділянці шлунку, поколювання в лівому боці, печію, процедуру необхідно терміново припинити і відновити тільки після обстеження. Після операцій лікувальний масаж теж

протипоказаний. Він забороняється і тим пацієнтам, які не пройшли лабораторні та рентгенівські дослідження. Масаж при гастриті заборонений, якщо у людини є пухлинні захворювання інших внутрішніх органів або хвороби лімфатичної системи і крові. Лише після ретельного обстеження повного організму і вивчення історії хвороби можна призначати масаж [3].

2.3. Застосування фізіотерапії

При захворюваннях шлунка використовують комплексне лікування, яке включає в себе різні методи. Фізіотерапія при гастритах знімає біль та запалення а також нормалізує секреторні функції шлунка. Фізіолікування використовують під час ремісії захворювання, при відсутності вираженого больового синдрому. Вплив струму, ультразвукових хвиль, лазера, магнітних полів, вживання мінеральної води та інші процедури значно покращують стан хворого. Методи фізіолікування лікар підбирає індивідуально, залежно від типу захворювання та його перебігу. Також вибір методики залежить від причин, що викликали хворобу та порушення роботи секреторної функції шлунка. Тривалий виражений больовий синдром та наявність розладів диспепсичного характеру при хронічному гастриті, що супроводжуються втратою працездатності, лікують переважно в умовах стаціонару. При менш вираженій симптоматиці терапія може проводитися в поліклініці або вдома [27].

Фізіотерапію призначають як при стаціонарному лікуванні в лікарні у фазі загострення та при його затуханні з метою протизапальної та знеболюючої дії, активізації кровообігу та лімфообігу, нормалізації моторної та секреторної функцій шлунка, трофічних процесів в ньому, для зменшення збудливості нервової системи під час гіперсекреції та підвищення її збудливості при недостатності секреції. Застосовують

мікрохвильову терапію, солюкс, медикаментозний електрофорез, індуктотермію, діадинамо-терапію, парафіно-озокеритні аплікації, ультрафіолетове опромінення, зігріваючі компреси, електросон, хвойні чи радонові ванни [26].

Фізіотерапію в після лікарняному періоді застосовують для нормалізації процесів гальмування та збудження в центральній нервовій системі та підвищення її регулюючої функції; підвищення при гіпосекреції або зниження при гіперсекреції секреторної функції шлунка; поліпшення кровообігу та лімфообігу, трофічних процесів в ньому; загального загартування організму; профілактики і попередження загострення захворювання та подовження фази ремісії. Застосовують пиття відповідної до кислотності мінеральної води, електрофорез, мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, індуктотермію, ультразвук, грязьові аплікації, електросон, ультрафіолетове опромінення, ванни хвойні, прісні, радонові, вібраційні, душ, обтирання, обливання, кліматолікування [16].

В період ремісії рекомендовано санаторно-курортне лікування на бальнео та бальнеопиттєвих курортах, якщо немає протипоказань з боку інших органів і систем. Протипоказаннями для санаторно-курортного лікування є: кровотечі в анамнезі або/та схильність до кровотеч, період вираженого загострення захворювань, підозри на малігнізацію, а також перші 2 місяці після резекції шлунка [16].

Бальнеотерапія (від лат. *Balneum* – купання і терапія) – це лікування мінеральними водами, приймання як внутрішньо так і зовнішні процедури (душі, ванни, розтирання, примочки, тощо). Мінеральні води діють на організм хімічним складом, температурою та гідростатичним тиском. Крім того, нервові рецептори подразнюються газами та радіоактивними речовинами (радон), що проникають через шкіру, слизові оболонки та дихальні шляхи в кров [18].

На бальнеологічних курортах основний лікувальний чинник – це мінеральна вода, і залежно від того як її застосовують – у вигляді ванн чи пиття – курорти поділяються на бальнеологічні та бальнеопиттєві. До найвідоміших українських бальнеологічних курортів відноситься Любінь Великий (Львівська обл.), там основний лікувальний чинник – це газові сірководневі ванни; Хмільник (Вінницька обл.), в якому застосовуються радонові ванни. Проте більшість курортів є комбінованими – бальнеопиттєвими. Це такі курорти Прикарпаття – Шкло, Трускавець, Моршин, де лікуються люди з захворюваннями печінки, нирок, шлунка, жовчних і сечовивідних шляхів та органів травлення; Закарпаття – Поляна, Свалява, мінеральні води яких високо ефективні при захворюваннях шлунково-кишкового тракту; середньої частини України – Миргород та Березовські мінеральні води. У Прикарпатських санаторіях, окрім мінеральних вод також застосовують озокерит, який постачається з єдиного в Україні родовища у м. Бориславі (Львівська обл.) [14].

Протипоказання до бальнеотерапії є порушення кровообігу вище I-II ступеня, злоякісні пухлини, інфекційні захворювання в гострій стадії, хронічні захворювання нирок, туберкульоз в активній фазі, цироз печінки, системні хвороби крові в гострій стадії та різке загальне виснаження. Застосування мінеральних вод також протипоказано при звуженні стравоходу і воротаря шлунка, при різкому опущенні шлунка та серцево-судинних захворюваннях, які супроводжуються набряками, порушеннями видільної здатності нирок [4].

Дія мінеральних питних вод на організм зумовлена термічним, механічним і хімічним факторами. Провідним звичайно є хімічний фактор, який зумовлений іонним складом води. Іони, що містяться в мінеральній воді, після потрапляння в травний тракт, стимулюють виділення слини, а потім і покращують секрецію шлунка. Іони входять до складу шлункового соку, тому відбувається посилення (або

ослаблення) його секреції та корекція складу. Надалі в кишечнику відбувається всмоктування іонів мінеральної води в кров і регулюється діяльність шлунку, кишечника, печінки і нирок. Іони гідрокарбонату стимулюють виділення шлункового, а при переході в дванадцятипалу кишку гальмують її секрецію. При зниженій чи нормальній секреції частина іонів гідрокарбонату активує процеси утворення соляної кислоти в шлунку, а вуглекислий газ спричиняє розрідження та видалення слизу зі шлунка і нейтралізації шлункового вмісту [13].

Сульфатні іони, подразнюють рецептори шлунка, та знижують шлункову секрецію, прискорюючи при цьому евакуацію їжі зі шлунка в кишечник. Гідрокарбонатно-сульфатні мінеральні води з невеликим вмістом або відсутністю вуглекислого газу і розчинених в них органічних речовин показані хворим із хронічними гастритами з гіперсекрецією. Їх необхідно приймати підігрітими до 38 – 45 градусів три рази на день за 60 – 90 хвилин до початку прийому їжі або через годину після нього. Вживання мінеральної води починають з половини склянки, поступово доводячи до кінця курсу лікування разову дозу до півтори склянки. Гідрокарбонатно-хлоридно-сульфатні лікувально-столові та лікувальні мінеральні води зазвичай призначають хворим з хронічним гастритом з гіпосекрецією. Вживають підігріту до 18 – 26 градусів мінеральну воду, тричі на день за 15—30 хвилин до їди. Їх вживають у тих же дозах, що й попередні. Розрахування дози мінеральної води відбувається з урахуванням фізичного стану хворого, характеру і стадії захворювання та його віку. Найпопулярнішим є метод розрахунку дози за масою тіла хворого: 3 – 5 мілілітрів води на 1 кожний кілограм маси тіла. Також велике значення має і час приймання води. Найбільша активність ферментативної та секреторної діяльності шлунка спостерігається через 15 – 20 хвилин після приймання води, тому мінеральну воду призначають у певний час залежно від прийому їжі та з урахуванням кислотності шлункового соку. При зниженій кислотності

мінеральну воду рекомендують приймати за 15 –20 хвилин до їди, при підвищеній за 45 – 60 хвилин після прийому [5].

Також при гастритах використовується апаратна фізіотерапія. При підвищеній секреції шлунка призначають:

1. Гальванізація: методика розташування електродів поперечна: анод розташовують – на пілородуоденальну область, а катод – на спину. Сила струму 5 – 8 мА. Тривалість процедури 15 – 20 хвилин щодня або через день. Курс лікування 10 – 12 процедур.

2. Електрофорез лікарських речовин папаверину, но-шпи, платифіліну. Одну частину водного розчину препарату хворий приймає всередину. Процедуру виконують за вищеписаною методикою гальванізації. Курс лікування 10 – 12 сеансів.

3. Дециметровохвильова терапія. Випромінювач апарату «Волна-2» встановлюють над пілородуоденальною та епігастральною областю, повітряний зазор 5 см, потужність 30 – 50 Вт. Тривалість процедури 10 – 15 хвилин щодня. Курс лікування 10 – 12 процедур [26].

4. Ампліпульстерапія. Електроди у вигляді пластин розташовують поперечно на епігастральну область та спину. Синусоїдальний струм частотою 70 – 90 Гц, глибина модуляції 50 – 70%, тривалість посилення 1,0 – 1,5 с, сила струму 20 – 30 мА. Тривалість дії при роді роботи III і IV по 5 хвилин щодня, Курс лікування 10 процедур.

5. Парафінові аплікації на ділянку шлунка. Температура парафіну 48 – 50 °С. Тривалість 20 – 30 хвилин щодня. Курс лікування 10 – 15 процедур.

6. Інфра червоне термокрісло на область спини. Температура 40°С, тривалість впливу 20 – 30 хвилин щодня. Курс лікування 10 процедур [32].

При зниженій секреторній функції призначають:

1. Гальванізація шлунка. Методика розташування пластинчастих електродів поперечна: катод розташовують на передню черевну стінку,

анод – на спину. Сила струму до 10 – 12 мА. Тривалість дії 20 – 30 хвилин щодня. Курс лікування 12 процедур.

2. Ампліпульстерапія. Пластинчасті електроди розташовують поперечно на епігастральну область, а саме спину. Синусоїдальний струм частотою 10 – 30 Гц, глибина модуляцій 75 – 100%, тривалість імпульсів 5 – 6 с, сила струму 20 – 30 мА. Тривалість дії при роді роботи III 3 хвилини, при роді роботи II – 10 хвилин щодня. Курс лікування 10-12 процедур [22].

3. Діадинамотерапія ділянки шлунка. Методика розташування пластинчастих електродів поперечна: катод – на черевну стінку в області шлунка, анод – на спину. Двухнапівперіодним струмом впливають протягом 1 хвилини струмом, модульованим короткими періодами, – 2 хвилини струмом, модульованим довгими періодами, - 3 хвилини струмом «ритм синкопа» - 3 хвилини. Сила струму 10 – 20 мА, процедури щодня. Курс лікування 12 процедур.

4. Імпульсна магнітотерапія на епігастральну область. Частота імпульсу 0,5 Гц, інтенсивність 400 – 600 мТл. Тривалість процедури 10 – 15 хвилини. Курс лікування 10 процедур [26].

5. Ультрафіолетове опромінення передньої черевної стінки і спини. Проводиться по зонах площею 400 см². Доза складає 2 – 3 біодози на кожен ділянку. Процедури проводять через 1 – 2 дні. Курс лікування 5 – 6 опромінь.

6. Грязьові аплікації на ділянку шлунка. Температура лікувальної грязі 40 – 42 °С. Тривалість 20 – 30 хвилин. Курс лікування 12 процедур [26].

РОЗДІЛ 3

ДІЄТОТЕРАПІЯ, ЯК ЗАСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРИТ ТА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА

3.1. Дієтотерапія при гіперсекреції та виразці шлунка

Насамперед правильне харчування хворого не тільки задовольняє потреби організму, а і активно впливає на перебіг захворювання. Будь-яке лікувальне харчування побудоване на трьох основних принципах: коригуючий, щадний та заміщуючий [29].

Щадний принцип передбачає оберігання хворого органа чи системи від хімічних, механічних та термічних чинників. Хімічно щадну дієту в основному призначають хворим з захворюваннями шлунково-кишкового тракту, якщо є необхідність зменшити моторну і секреторну функції шлунка. При цьому з харчування повинно виключати ті речовини, які посилюють секрецію (наприклад кава, алкоголь, міцний бульйон, какао, копчене та смажене м'ясо, прянощі, екстрактивні речовини та ін.), та призначають страви, які зменшують або послаблюють секрецію (молочні супи, масло, сметана, овочеve пюре та ін.).

Оберігання слизової оболонки шлунка від механічних чинників досягають шляхом певної кулінарної обробки продуктів. Тобто страви подають у подрібненому вигляді (протерті, рублені, січені, перемелені тощо). При цьому термічне щадіння досягається за допомогою контролю температури страв, а саме гарячі страви повинні бути – 57 – 60°C, а холодних – не нижче ніж 15 °C [23].

Коригуючий принцип фактично базується на збільшенні або зменшенні в харчовому раціоні хворого того чи іншого продукту. Наприклад обмеження білків показане при захворюваннях серцево-

судинної системи, посиленій шлунковій секреції та інших захворюваннях. Проте при цьому вміст білків в їжі все одно не повинен бути меншим, ніж 1 грам білка на 1 кілограм маси тіла, інакше можуть з'явитися явища білкового голодування. При певних захворюваннях інколи виникає необхідність повністю або частково поголодувати протягом 1-2 днів. Тобто зробити розвантажувальні дні. В цей період хворий може зовсім голодувати або вживати тільки молоко, сир, фрукти, тощо. Обов'язковою вимогою правильно організованого харчування є висока вітамінізація їжі та збалансованість. Заміщуючий принцип полягає в тому, що в харчовий раціон вводяться ті речовини, яких не вистачає в організмі, під час авітамінозу чи при білковому голодуванні тощо [2].

Під час лікування в стаціонарі хворим призначають відповідні дієтичні столи (дієти) залежно від захворювання. У багатопрофільних лікарнях користуються стандартними 15 дієтичними столами за Певзнером. При гастритах з підвищеною кислотністю необхідно дотримуватися дієт №1 а та №1. Дієта № 1а рекомендується під час загостренні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки протягом перших 7-8 днів, а також після кровотеч, та загостреннях хронічного гастриту з гіперсекрецією [32].

Цей стіл хімічно, механічно та термічно щадний. Дієта виключає будь-які речовини, що підвищують секрецію шлункового соку. Для запобігання цьому їжу дають в більшості в рідкому або напіврідкому вигляді. Калорійність раціону обмежують головним чином за рахунок зменшення вуглеводів. Склад та калорійність раціону: жирів 80-90 грам, білків 80 грам, з них не менше як 50 грам тваринного походження; вуглеводів 200 грам, загальна калорійність 2000 ккал (усередненні значення для людини вагою 70 кілограм). Рекомендується приймати їжу часто через кожні 2-3 години, при цьому невеликими порціями, а на ніч – для зменшення кислотності шлункового соку молоко.

Дієта № 1 призначається хворим з виразковою хворобою в стадії затухання запального процесу та при рубцюванні виразки і ремісії протягом 2-3 місяці, а також хворим на хронічний гастрит з гіперсекрецією в період загострення [2].

Така дієта є термічно, хімічно та механічно щадною, тобто вона повністю виключає хімічні та максимально обмежує механічні подразників, що в свою чергу сприяє швидшому загоєнню та рубцюванню виразки. Їжу необхідно вживати часто, проте невеликими порціями, переважно в протертому або дрібно січеному вигляді, напіврідку або рідку, варену або приготовлену на пару. Приблизний склад і калорійність їжі: білків 80 грам, жирів 70 грам та вуглеводів 400грам, загальна калорійність близько 2500 ккал (усереднені значення, для людини вагою 70 кілограмів). Режим харчування – необхідно часте приймання їжі 5-6 разів на день, перед сном для зменшення кислотності молоко, свіжий некислий кефір або сметана.

Лікування гастриту комплексне, багатопланове та тривале. Воно включає в себе як медикаментозні, так і немедикаментозні методи. Значне місце в лікуванні захворювання займає саме харчування пацієнта. При деяких видах захворювання(особливо шлунково-кишкового тракту) дієта відіграє вирішальну роль в процесі лікування гастриту. Необхідно зазначити, що важливо не лише те, що людина їсть, але й те, як саме вона споживає цю їжу. Необхідно дотримуватися дробного харчування – по 5-6 разів на день. При цьому інтервал між прийомами їжі повинен становити близько 3-4 годин. Приймати їжу бажано кожний день в один і той же час. Не можна їсти всухом'ятку, а протягом дня необхідно споживати велику кількість чистої води, близько 30 грам води на кожний кілограм маси тіла (без урахування напоїв і рідких страв). Також не рекомендується їсти похапцем, їжу необхідно пережовувати ретельно, а прийом їжі має становити не менше 15 хвилин. Не можна забувати про те, що сніданок обов'язково повинен

бути повноцінним и висококалорійним, а не складатися з однієї чашки чаю або кави. Також не можна забагато їсти на ніч, перерва між вечірнім прийомом їжі та сном повина становити не менше 3 годин [32].

Під час загострення захворювання на деякий час необхідно взагалі виключити будь-яке вживання їжі та дати травній системі хворого відпочити, тобто зробити розвантажувальний день. У випадку, коли гостра форма захворювання викликана отруєнням неякісною їжею або прийомом певних медикаментів, спочатку необхідно зробити промивання шлунково-кишкового тракту або викликати блювання.

В перший день після загострення необхідно вживати велику кількість теплої рідини та чаю. Наступного дня, якщо стан хворого покращився, в раціон можна ввести їжу в рідкому вигляді. Спочатку рекомендується вживати рідкі протерті супи з круп та нежирного м'яса, можна молочні, потім можна ввести овочеві та рибні пюре. Також дозволені: німецький чай з медом, відвари та компоти. При загостренні захворювання слід виключити з раціону: свіжі овочі і фрукти багаті клітковиною, міцні м'ясні або рибні бульйони, кисломолочні продукти, сир, каву, газовані напої, будь-які хлібобулочні вироби та солодоці [30].

Гастрит з підвищеною кислотністю – це запалення слизових оболонок шлунка, яке відбувається внаслідок порушення функцій секреторної діяльності цього органу. Після постановки такого діагнозу в першу чергу необхідно переглянути свій раціон та внести в нього деякі зміни [31].

Овочі – основа будь-якого здорового раціону. При гастриті з підвищеною кислотністю можна вживати зварені та протерті до консистенції пюре наступні овочі: буряк, цвітна капуста, картопля та морква. У невеликих кількостях допускається в раціоні зелений горошок, проте оброблений і потовчений до кашоподібного стану вигляді, а також не протерті ранні кабачки та гарбуз, некислі помідори (не більше 100 г). При підвищеній кислотності необхідно взагалі виключити: будь-які

квашені, солоні або мариновані овочі, овочеві консервації, гриби, ріпу та редьку, білокачанну капусту, цибулю та огірки. Також доведеться відмовитися від шпинату та щавлю. Супи дуже корисні при будь-яких захворюваннях травної системи. Тому при гіперацидному гастриті важливо вживати супи-пюре з протертих дозволених овочів, які перераховані вище. Їх можна готувати на картопляному або морквяному або бульйоні. Дозволяють також супи-пюре з протертих овочів, зварені на молоці. Корисними будуть і молочні супи з додаванням макаронних виробів та деяких круп (рису, гречки, геркулеса). Супи можна заправляти вершковим маслом, вершками або яєчно-молочною сумішшю і посипати дрібно січеним кропом [23].

Необхідно повністю виключити міцні рибні, м'ясні, грибні бульйони та наваристий борщ. Хлібобулочні вироби допускаються в раціоні хворого, декілька скибочок пшеничного хліба з борошна вищого або 1-го сорту. Але при цьому хлібу необхідно «відлежатися», він повинен бути вчорашнім або злегка підсушеним. Також зашкодить сухий бісквіт або печиво. Проте не можна супроводжувати прийоми їжі будь-яким свіжим хлібом і особливо житнім. Виключаються з раціону й вироби з листового або здобного тіста.

Птиця та м'ясо повинні бути присутніми в дієтичному меню при гастриті з підвищеною секрецією. Але сорти слід вибирати нежирні, а з птиці перед приготуванням обов'язково знімати шкіру. Хворий може вживати відварені та приготовані на пару стравами з курячого м'яса, індички та яловичини. Кролик та телятина припустимі лише у відвареному вигляді. Урізноманітнити раціон харчування допоможуть парові відбивні, котлети, зрази, бефстроганов з вареного м'яса. Повністю забороняються жирні сорти м'яса і птиці, м'ясні копченості та консерви. Також не можна вводити в меню хворого м'ясо качки і гуски [23].

Риба дозволяється також нежирних сортів: лящ, щука, тріска, хек, минтай, путасу, судак, вобла, камбала, окунь річковий, кефаль. Таку рибу

можна вживати попередньо видаливши шкіру і відваривши у воді або приготувавши на пару. Забороняється вживання жирних сортів риби, а також будь-які рибні консерви. Слід також виключити з раціону рибу в солоному і копченому вигляді.

При гастриті з підвищеною кислотністю можна використовувати крупи як гарнір або як основне блюдо. Дозволяються: манна, гречана та вівсяна каші, а також рис. З цих круп крім каш готують пудинги, парові котлети та суфле. Заборонені перлова, ячна та пшоняна каші [11].

Молочні продукти нормалізують підвищену кислотність шлункового соку тому вони теж повинні бути присутніми в раціоні хворого гастритом. При такому діагнозі корисно вживати некислий кефір, вершки, свіже молоко та сметану (у невеликих кількостях). Корисний буде й свіжий сир та страви на його основі: сирники, ліниві вареники, сирне суфле та пудинги. Сири необхідно вибирати негострих сортів і по можливості подрібнювати його на тертці перед вживанням. Інколи можна собі дозволити сир, нарізаний тонкими скибочками. Повністю заборонений солоний і гострий сир, а також молочні продукти з високою кислотністю. Яйця, у вигляді парового омлету або приготовлені не вкруто допускаються в раціон, проте не більше 3 штук в тиждень. Забороняються смажені яйця та зварені вкруту.

Солодке повністю не виключається з раціону. Дієта дозволяє вживати солодкі ягоди та фрукти в протертому, вареному та печеному вигляді. Також з них можна готувати пюре, муси, некисле варення, киселі та компоти. Дозволений мед, пастила та зефір. Забороняється морозиво та шоколад, нестиглий кислі фрукти і ягоди. Також повністю виключається під час дієти газовані напої, квас і міцна чорна кава [2].

Для ліквідації запального процесу в тілі шлунку хворим з гіперсекрецією можна вживати відвар або настій листя подорожника (з розрахунку 15 грам на 200 мілілітрів води) по 1-2 столовій ложки перед прийомом їжі, або плантаглюцид по 1 чайній ложці на 0,5 стакана води

протягом 3-4 тижнів. Також як протизапальні засоби таким хворим рекомендується вживати відвари чи настойки лікувальних трав, таких як трава звіробою, тисячелисника, кореня валеріани, квіток ромашки та чистотілу великого. За призначенням лікаря можна вживати мінеральну воду, а саме Боржомі, Джермук, Славяновська, Смирновська, Московська, Кашинська. Їх необхідно пити в теплому вигляді за годину півтори до прийому їжі з розрахунку 10 мл на 1 кг маси тіла на добу [26].

Приклад денного меню при гіперацидному гастриті:

1) Сніданок: яйце всмятку, підсушений хліб – 50 г, вівсяна каша – 100 г (в сухому вигляді), відвар з яблука і шипшини.

Другий сніданок: компот із сухофруктів (1 склянка), сирники з нежирного сиру – 300 г.

Обід: гречаний суп – 300 г, гарбузове пюре – 200 г, курячі зрази – 150 г, чай з молоком.

Полудень: стакан нежирного молока, кислого молока або кефіру, домашнє вівсяне печиво – 100 г.

Вечеря: рис – 70 г (в сухому вигляді), биточки з яловичини приготованими на пару – 100 г, овочевий сала з вареного буряка заправлений олією – 200 г.

2) Сніданок: ліниві вареники – 300 г, печені яблука з медом – 200 г, склянка киселю.

Другий сніданок : пудинг з манки – 200 г, склянка вишневого компоту та домашній зефір – 100 г.

Обід: суп-пюре з кабачків – 300 г, тріска на пару – 200 г, булгур – 100 г (в сухому вигляді).

Полудень: молочне суфле з некислими ягодами – 300 г.

Вечеря: запіканка з овочів – 300 г, биточки з кролика – 150 г, склянка медового трав'яного відвару.

3.2. Дієтотерапія при гіпосекреції шлунка

При складанні раціона харчування пацієнтів з гіпоацидним гастритом слід враховувати його особливості. Через зниження кислотності шлункового соку їжа недостатньо добре їм розщеплюється. Таким чином організм недоотримує з їжі всі необхідні компоненти – а саме вітаміни, вуглеводи, білки та жири. При цьому збільшується навантаження на кишечник. Дієта при захворюванні зі зниженою кислотністю має враховувати цей фактор. Тому страви повинні бути легко засвоюваними та містити мінімум компонентів, що подразнюють кишечник [32].

При хронічному гастриті із гіпосекрецією показана дієта №2, яка сприяє нормалізації моторної та секреторної функцій шлунка та кишечника. Вона фізіологічно повноцінна дієта зі збереженням всіх екстрактивних та інших речовин, що стимулюють посилене виділення шлункового соку. Проте обмежуються терміні та механічні подразники. Страви дають у січеному, протертому або рубленому вигляді. Приблизна калорійність та склад раціону: білків 70-80г, жирів 70-80 г, вуглеводів 400 г, загальна калорійність 2500 ккал (усереднене значення для людини вагою 70 кілограм). Вітаміну С - 100 мг, інші вітаміни в підвищеній кількості [31].

При гіпоацидному гастриті дієта має першочергове значення. В період загострення захворювання харчування має бути щадним. Протягом першого місяця після загострення захворювання необхідно особливо уважно ставитися до харчування. З часом у міру покращання стану пацієнта, поступово починають вводити продукти, що сприяють посиленому виробленню шлункового соку [18].

Харчування при гастриті з секреторною недостатністю повинно містити набір продуктів, які легко засвоюються шлунком, при цьому не травмуючи й так запалену слизову оболонку. Головна мета дієти при гастриті з секреторною недостатністю є стимуляція вироблення шлункового соку. Необхідно вживати продукти які стимулюють секреторну функцію, але при цьому не подразнюють стінки шлунка, і таким чином лікувати це захворювання [30].

Основні правила раціонального лікувального харчування:

1. Харчуватися необхідно невеликими порціями, досить часто 5-6 разів на день, перерва між прийомами їжі повинна бути не більше 2-3 годин.

2. Оскільки травлення починається вже в ротовій порожнині, то їжу необхідно ретельно пережовувати.

3. Щоб покращити травлення їжу рекомендують вживати переважно у вигляді пюре. Овочі перед вживанням бажано піддавати термічній обробці, оскільки вони в своєму складі мають клітковину, яка дає зайве навантаження на хворий шлунок.

4. Не слід вживати дуже гарячу або холодну їжу. Необхідно дотримуватися температурного режиму харчування [2].

Не можна вживати продукти, які викликають процеси бродіння. До них відносяться: редис, яблука, молочні продукти, кондитерські вироби, дріжджова випічка. Здобу та смажені вироби повністю виключають з раціону. Капусту, бобові і цибулю необхідно виключити в період загострення. Суворі заборони на алкогольні та газовані напої, також слід відмовитися від сигарет. В перші місяці після загострення хвороби їжу необхідно готувати на пару або запікати у власному соку. Після стабілізації стану здоров'я інколи дозволяється вживати злегка засмажені продукти. Проте солоне, копчене і гостре краще взагалі виключити з меню.

Стимулювати виділення шлункового соку допомагають: виноградний і морквяний сік, ягоди — полуниця, чорна смородина, агрус, малина, морси та інші напої з журавлини, обліпихи, шипшини, брусниці [29].

При зниженій секреції шлункового соку раціон повинен включати наступні продукти:

1. Наваристі бульйони, квашені овочі та в невеликих кількостях навіть оселедець, підвищують кислотність, тому їх можна вживати.

2. Хліб також може бути присутнім в дієтичному харчуванні, але тільки вчорашній або у вигляді сухариків. Не рекомендується вживання житнього хлібу, так як він сприяє процесу бродіння. Можна їсти будь-які каші, крім перлової. Обов'язкова присутність в раціоні дієтичного м'яса та риби нежирних сортів.

3. Також дозволяється вживати гарбуз, картоплю, кабачки, моркву та огірки, дозволені всі молочні продукти з невисоким відсотком жирності.

4. Інколи можливе вживання неміцної кави в невеликих кількостях.

Гастрит з зниженою секреторною функцією може перейти в атрофічний гастрит зі зниженою кислотністю. В свою чергу це захворювання небезпечно запаленням слизової оболонки шлунка, яке постійно прогресує та провокує її стоншення і в подальшому зменшення кількості залоз. При атрофічному гастриті зі зниженою кислотністю проводиться комплексне лікування з дієтичним харчуванням. Дієта допомагає знизити больові відчуття, зменшити навантаження на шлунок, поліпшити засвоєння поживних речовин та допомогти швидкому одужанню. Рекомендації щодо дієтичного харчування залишаються такі ж, як і при гастриті зі зниженою кислотністю. Суворе обмеження в харчуванні необхідно дотримуватися в перші кілька днів після загострення хвороби. Після

стабілізації стану в меню поступово додають продукти, які стимулюють роботу секреторних залоз [31].

Дієта при атрофічному гастриті зі зниженою кислотністю у початковій стадії лікування потребує виключення з раціону таких продуктів як, м'ясо жирних сортів, незбиране молоко здобні вироби, хліб свіжої випічки, виноград, продукти, що багаті клітковиною. Так як у хворих частіше за все відсутній апетит, то необхідно ввести в раціон продукти, які стимулюють виділення шлункового соку. Добре піднімають апетит м'ясні та рибні бульйони. Корисним буде яблучно-гарбузове пюре з додаванням меду та лимонного соку. Також можна вживати абрикоси і відвар з шипшини. Гарним доповненням до лікувального харчування стане морквяний та капустияний сік [30].

Підвищити кислотність та нормалізувати секрецію шлункового соку допоможуть настої з полину, материнки, золототисячника і подорожника. Бажано регулярно (2–3 рази на день) за 15–20 хвилин до прийому їжі вживати по склянці теплої мінеральної води Бадамлі № 4, Арзні, Єсентуки №4 або №17, Угличська, Друскінінкай. Для поліпшення стану слизової шлунка корисні настої і відвари кореня солодки, сухоцвіту, шипшини та ромашки натщесерце [27].

Приклад денного меню при гіпоацидному гастриті:

1) Сніданок: вівсяна каша на молоці – 300 г, свіжа малина – 150 г, склянка морсу з обліпихи.

Другий сніданок: запечений гарбуз з медом – 300 г, 20 г будь-яких горіхів, що були попередньо замочені в воді.

Обід: суп з нежирних сортів риби – 300 г, макарони з твердих сортів пшениці – 100 г (в сухому вигляді), запечена курица грудка – 150 г.

Полудень: варення з чорної смородини – 50 г, декілька шматочків підсушеного тосту, склянка морквяного соку.

Вечеря: гречка – 100 г (в сухому вигляді), відварна телятина – 150 г, відварна морква з зеленим горошком – 300 г, чай з молоком.

2) Сніданок: рис – 100 г (в сухому вигляді) зварений на молоці, склянка відвару з шипшини, полуниця – 200 г.

Другий сніданок: сухарі – 100 г, склянка нежирного молока.

Обід: суп-пюре з цвітної капусти – 300 г, котлети з нежирного м'яса приготовані на пару – 200 г, запіканка з вівсянки – 200 г.

Полудень: абрикоси – 200 г, кисломолочний сир – 200 г, мед та горіхи – 20 г (що були попередньо замочені).

Вечеря: вермішель – 100 г (в сухому вигляді), відварна курка – 150 г, овочевий салат – 200 г, какао з молоком, шматочок сухого бісквіту – 100 г.

ВИСНОВКИ

1. Гастрит – це запальні або запально-дистрофічні зміни слизової оболонки шлунка та глибших шарів його стінки. Може бути первинним та вторинним. Гастрити поділяються на гострі і хронічні. Під час гострого гастриту розвиток запальних змін в слизовій оболонці шлунку настає швидко – протягом декількох годин, а іноді навіть хвилин. Найбільш часте захворювання – хронічний гастрит, характерною особливістю якого є поступовий розвиток запального процесу, порушення моторної і секреторної функцій шлунка. Розрізняють хронічний гастрит із секреторною недостатністю, нормальною, та підвищеною секрецією. Виразкова хвороба шлунка – це хронічне, постійно рецидивуюче захворювання з циклічним перебігом, яке характеризується утворенням виразки на слизовій оболонці шлунку. Виразкова хвороба як і гастрит відноситься до числа найбільш розповсюджених захворювань шлунково-кишкового тракту та загалом органів травлення.

2. При хронічних гастритах лікувальна фізкультура є невід'ємною частиною комплексної терапії. Основний вплив фізичних вправ: зменшення та ліквідація явищ запалення; стимуляція крово- та лімфообігу в органах черевної порожнини, а також покращення трофіки шлунково-кишкового тракту; нормалізація моторної та секреторної функцій шлунка; покращення нейрогуморальної регуляції травлення; адаптація до фізичних навантажень, запобігання гіподинамії. Основний вплив масажу: надання знеболюючої дії; нормалізація секреторної і моторної функції шлунка; активізація крово- та лімфообігу; усунення наявного венозного застою; стимуляція функцій кишечника. Фізіотерапія при гастритах знімає біль та запалення а також нормалізує

секреторні функції шлунка. Фізіолікування використовують під час ремісії захворювання, при відсутності вираженого больового синдрому. Вплив струму, ультразвукових хвиль, лазера, магнітних полів, вживання мінеральної води та інші фізіотерапевтичні процедури значно покращують стан хворого.

3. При гастритах з підвищеною кислотністю необхідно дотримуватися дієт №1 а та №1. Цей стіл хімічно, механічно та термічно щадний. Дієта виключає будь-які речовини, що підвищують секрецію шлункового соку. Для запобігання цьому їжу дають в більшості в рідкому або напіврідкому вигляді. При хронічному гастриті із гіпосекрецією показана дієта №2, яка сприяє нормалізації моторної та секреторної функцій шлунка та кишечника. Вона стимулюють посилене виділення шлункового соку.

4. Денний раціон харчування для хворих з гіперсекрецією та гіпосекрецією шлунку складений та представлений у роботі на сторінках 34 та 39 – 40.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аруін Л. І. Морфологічна діагностика хвороб шлунка і кишечника / Л. І. Аруін, Л. Л. Капулер, В. А. Ісаков. – М. : «Тріада-Х», 1998. – 483 с.
2. Барановський А. Дієтологія / Андрій Барановський. – СПб. : Правда, 2012. – 1024 с.
3. Бірюков А. Лікувальний масаж: Підруч. для студ. вищ. навч. закладів / Анатолій Бірюков. – М. : Академія, 2004. – 368 с.
4. Боголюбов В. М. Загальна фізіотерапія / В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко. – СПб. : Правда, 1998. – 480 с.
5. Боголюбов В. Фізичні фактори у профілактиці, лікуванні та медичній реабілітації / Василь Боголюбов. – М. : Медицина, 2000. – 432 с.
6. Децик Ю. І. Основи внутрішньої медицини: пропедевтика внутрішніх хвороб / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Є. М. Нейко. – К. : Здоров'я, 2004. – 500 с.
7. Дубровський В. Лікувальна фізична культура (кінетотерапія) / Володимир Дубровський. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 608 с.
8. Дубровський В. Масаж: Підруч. для студ. серед. і вищ. навч. закладів / Володимир Дубровський. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 496 с.
9. Епіфанов В. Атлас професійного масажу / Віталій Епіфанов. – М. : Ексмо, 2009. – 384 с.
10. Епіфанов В. Лікувальна фізична культура / Віталій Епіфанов. – М. : Медицина, 2001. – 592 с.
11. Клячкін Л. М. Медична реабілітація хворих з захворюваннями внутрішніх органів: Посібник для лікарів / Л. М. Клячкін, А. М. Щегольков. – М. : Медицина, 2000. – 328 с.

12. Курик О. Г. Хронічний гастрит: сучасні клініко-морфологічні уявлення [Електроний ресурс] / О. Г. Курик, М. Ю. Коломоєць // Клінічна та профілактична медицина. – 2018. – №1(4). – С. 84 – 96. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Clinprevmed_2018_1_13
13. М. Вейс Фізіотерапія / [пер. з польської] / М. Вейс, А. Зембатий – М. : Медицина, 2004. – 496 с.
14. Магльована Г. Основи фізичної реабілітації / Галина Магльована. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 146 с.
15. Минушкін О. Хронічний гастрит / О. Минушкін // Лікуючий лікар. – 2003. – №5. – С. 24 – 31.
16. Мухін В. Фізична реабілітація: підручник 3-тє вид., переробл. та доповн. / Володимир Мухін. – К. : Олімп. л-ра, 2009. – 488 с.
17. Нейко Є. Внутрішні хвороби / Євген Нейко. – К. : Здоров'я, 2008. – 324 с.
18. Оржешковський В. Клінічна фізіотерапія / Володимир Оржешковський. – К. : Здоров'я, 1999. – 215 с.
19. Плиска С. Фізіологія / Світлана Плиска. – К. : Здоров'я, 2007. – 235 с.
20. Попов С. Лікувальна фізична культура. Посібник для студентів інститутів фіз. культ. / Сергій Попов. – М. : ФіС, 1998. – 270 с.
21. Попов С. Фізична реабілітація / Сергій Попов. – Ростов-на-Дону: Фенікс, 2005. – 345 с.
22. Порада А. М. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник / А. М. Порада, О. В. Солодовник, Н. Є. Прокопчук. – К. : Медицина, 2008. – 248 с.
23. Самсонов М. А. Про класифікацію лікувальних дієт / М. А. Самсонов // Питання харчування. – 2007. – Т.76, № 1. – С. 47 – 57.

24. Соколовський В. С. Лікувальна фізична культура: Підручник / В. С. Соколовський, Н. О. Романова, О. Г. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 234 с.
25. Степанов Ю. М. Хвороби органів травлення та гастроентерологічна допомога населенню України: здобутки, проблеми та шляхи їх вирішення [Електронний ресурс] / Ю. М. Степанов // Здоров'я України. – 2014. – №3. – С. 10. – Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2014_Gastro_3/10-11.pdf
26. Ушаков О. Практична фізіотерапія / Олександр Ушаков. – М. : Медичне інформаційне агентство, 2009. – 608 с.
27. Федорів Я. М. Загальна фізіотерапія / Я. М. Федорів, А. Л. Філіпюк, Р. Ю. Грицько. – К. : Здоров'я, 2004. – 224 с.
28. Філіппов Ю. О. Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню [Електронний ресурс] / Ю. О. Філіппов // Новинки медицини і фармації. – 2008. – № 239. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4840>
29. Харченко Н. В. Дієтологія / Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна. – К. : Меридіан, 2012. – 526 с.
30. Харченко Н. В. Сучасна дієтотерапія захворювань органів травлення / Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна. – К. : Медицина, 2005. – 144 с.
31. Харченко Н. Клінічна гастроентерологія / Наталія Харченко. – К. : Здоров'я, 2000. – 448 с.
32. Хвороби органів травлення (Діагностика та лікування): Навч. посібник / П. Л. Григор'єв, Е. М. Стародуб, Е. П. Яковенкота ін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 448 с.
33. Хомерики С. Нові підходи до морфологічної класифікації хронічного гастриту/ С. Хомерики // Consilium-Medicum. Гастроентерологія. – 2008. – №1. – С. 10 – 13.

34. Ben Slama S., Ben Ghachem D., Dhaoui A., Jomni M. T., Dougui M. H., Bellil K. / *Helicobacter pylori* gastritis: assessment of OLGA and OLGIM staging systems // *Pan Afr. Med. J.* – 2016. – № 4. – P. 23 – 28.

35. Brosnan J. T. and Young V. R. *Integration of Metabolism 2: Protein and Amino Acids / Nutrition and Metabolism* (Michael J. Gibney, Lan A. Macdonald and Helen M. Roche) // Blackwell Science NS. – 2003. – P. 1– 5.

36. Isajevs S., Janciauskas D., Moisejevs G., Putnins V., Funka K., Kikuste I., Vanags A., / Gastritis staging: interobserver agreement by applying OLGA and OLGIM systems // *Virchows Arch.* – 2014. – № 464. – P. 403 – 407.

37. Quach D. T., Le H. M., Hiyama T., Nguyen O. T., Nguyen T. S., / Relationship between endoscopic and histologic gastric atrophy and intestinal metaplasia // *Helicobacter.* – 2013. – № 18. – P. 151 – 157.

38. Zhang L, Blot W. J, You W. C, Chang Y. S, Kneller R. W, Jin M. L. / *Helicobacter pylori* antibodies in relation to precancerous gastric lesions in a high-risk Chinese population // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 1996. – № 5. – P.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Олеся Ірина Біскупівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна
добročесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ:**

- дотримуватися:
 - вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
 - безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
 - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
 - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
 - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
 - не підроблювати документи;
 - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
 - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки;
 - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
 - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
 - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
 - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягти власних корисних цілей;
 - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальностей до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

01.04.2020
(дата)


(підпис)

Олеся Ірина
(ім'я, прізвище)

Рис.1. Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти
Херсонського державного університету