МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГАСТРИТАХ

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: студентка IV курсу
спеціальності
227 Фізична реабілітація
Освітньо-професійна програма
«Фізична терапія,ерготерапія»
Семенова Валерія Костянтинівна

Керівник к.б.н.,доцент Карпухіна Ю.В.

Рецезент к.б.н., доцент Гасюк О.М.

Херсон − 2020

ЗМІСТ

ВСТУП……3
РОЗДІЛ 1. Характеристика гастритів……..5
1.1. Класифікація гастритів…….5
1.2. Етіологічний фактор: основні причини гастритів……12
1.3. Клінічна картина і патогенез гастриту……...14
РОЗДІЛ 2. Фізична терапія при гастритах…….17
2.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування засобів фізичної терапії……...17
2.2. Методика ЛФК при гастриті……...19
2.3. Застосування бальнеотерапії в лікуванні хронічних гастритів……26
2.4. Фізіотерапевтичні методи лікування хронічних гастритів……..29
2.5. Застосування прийомів масажу в лікуванні гастритів……..32
2.6. Особливості санаторного лікування при гастритах……..41
ВИСНОВКИ……...……...43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……44

ВСТУП

Актуальність теми. Гастрит є дуже поширеним захворюванням шлунку. На думку ряду авторів, їм страждає кожна друга людина, яка проживає в індустріально розвинених країнах [1, 2, 9]. При цьому захворюванні розвивається запалення слизової оболонки шлунку, інколи і глибших шарів шлунку, яке супроводжується порушенням його функціональної активності (моторної, екскреторної і инкреторної функцій) і структур.

Серед пацієнтів з однаковою частотою зустрічаються і чоловіки, і жінки. Дане захворювання виявляється у людей різних вікових категорій, але у молодих найбільш поширеним варіантом є хронічний гастрит типу В, у літніх - типу А [6,8].

У структурі хронічних гастритів 70% припадає на гастрити, асоційовані з Helicobacter pylori (тип В), 15-18% - на аутоімунний хронічний гастрит (тип А), близько 10% - на гастрити, асоційовані з нестероїдними протизапальними засобами, менше 5% складають рефлюксгастріту (тип С) і до 1% припадає на рідкісні форми хронічного гастриту (лімфоцитарний, еозинофільний, Крона та ін.) [9,10].

Використання різних засобів і форм ЛФК, лікувального масажу, раціонального харчування, фізіотерапії сприяють підтримці на належному рівні стану ЦНС, процесів обміну та діяльності травної системи. Особливості перебігу хронічного гастриту, часті рецидиви, що вимагають тривалого протирецидивного і профілактичного лікування, визначають необхідність більш широкого використання засобів фізичної реабілітації на різних етапах відновного лікування. Найбільш важливим результатом застосування засобів фізичної реабілітації є не тільки лікування самого захворювання, але і відновлення функціонального стану пошкодженого органу і всього організму

в цілому. Тому в процесі реабілітації важливо вивчати динаміку змін функціональних показників різних систем організму.

Мета дослідження – розглянути фізичну терапію при гастритах

Завдання

1. Дослідити етіологію та патогенез гастритів.
2. Розглянути особливості проведення ЛФК при різних формах гастриту.
3. Проаналізувати прийоми масажу та фізіотерапевтичні методи реабілітації при гастритах.

Об'єкт дослідження – методи фізичної терапії при гастритах

Предмет дослідження – лікувальна фізична культура, масаж та фізіотерапевтичні засоби фізичної терапії при гастритах.

РОЗДІЛ 1
ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРИТІВ

Гастрит - запальні або запально-дистрофічні зміни слизової і підслизової оболонки шлунку. Може бути первинним і розглядатися як самостійне захворювання і вторинним, яке супроводжує ряд інфекційних і неінфекційних захворювань і інтоксикацій [38]. Розрізняють: гострий і хронічний гастрити. При гострому гастриті розвиток запальних змін в шлунку настає швидко - протягом декількох годин, навіть хвилин. Гострий буває банальний (простий або аліментарний), алергічний, гастроентероколіт (токсикоінфекція), флегмозні, коррозівний [12].

Хронічний - ускладнення гострого катару шлунку, хронічне запалення слизової і підслизової оболонки шлунку, що супроводжуються порушенням регенерації, епітелію і, внаслідок цього, атрофією, розладом його секреторною і моторної функцій. При такому гастриті порушують діяльність і інші органи травлення, а також нервова і ендокринна система. Це поступово прогресуюче захворювання, періоди загострення змінюються станом ремісії [22].

1.3. Класифікація гастритів

Існує декілька класифікацій гастриту.

За характером перебігу виділяють дві форми гастриту:

Гострий гастрит - виникає вперше, зазвичай на тлі вживання алкоголю або неякісних харчових продуктів, за протягом – бурхливий;

Хронічний гастрит - захворювання, яке протікає з частими рецидивами.

Гострий гастрит - гостре запалення слизової оболонки шлунку, викликане нетривалою дією відносно сильних подразників. Гострий гастрит часто розвивається внаслідок попадання у шлунок хімічних дратівливих

речовин, прийому деяких лікарських препаратів, вживання недоброякісної їжі. Гострий гастрит виникає і на тлі інших загальних захворювань, до останніх належать гострі інфекції або порушення обміну речовин.

Залежно від характеру пошкодження слизової оболонки шлунку і особливостей клінічної картини розрізняють катаральний, фібринозний, коррозівний і флегмонозний гастрит [11].

Катаральний гастрит (лат. Gastritis catarrhalis, син.: простий гастрит, банальний гастрит) - гострий гастрит, який характеризується інфільтрацією лейкоцитів в слизову оболонку шлунку, запальною гіперемією, дистрофічними змінами епітелію. Виникає головним чином при нераціональному харчуванні і харчових інтоксикаціях[2].

Фібринозний гастрит (лат. Gastritis fibrinosa, син.: дифтеритичний гастрит) - гострий гастрит, який характеризується дифтеритичними запаленнями слизової оболонки шлунку. Розвивається при важких інфекційних захворюваннях, при отруєннях сулемою, кислотами.

Коррозівний гастрит (лат. Gastritis corrosiva, син.: некротичний гастрит, токсико-хімічний гастрит) - гострий гастрит з некротичними змінами тканин, який розвивається у результаті попадання в шлунок концентрованих кислот або лугів, солей важких металів [18].

Флегмонозний гастрит (лат. Gastritis phlegmonosa) - гострий гастрит з гнійним розплавленням стінки шлунку і переважним поширенням гною по підслизовому шару. Виникає при травмах і як ускладнення виразкової хвороби, раку шлунку, деяких інфекційних хворобах.

Хронічний гастрит - тривало поточний рецидивуюче запальне ураження слизової оболонки шлунку, яке протікає з її структурною перебудовою і порушенням функцій шлунку. Це група різних за походженням захворювань, серед яких виділяють кілька різновидів [19].

Хронічний гастрит - поліетіологічне захворювання, обумовлене дією як зовнішніх (екзогенних), так і внутрішніх (ендогенних) факторів, тобто немає будь-якого окремого чинного початку, яке б було єдиною причиною

виникнення хронічного гастриту. Хвороба - результат дії комплексу різних факторів.

Класифікація хронічних гастритів. Найбільшого поширення в нашій країні має класифікація хронічних гастритів, запропонована С. М. Рисс (1966). Згідно з цією класифікацією хронічні гастрити поділяють:

1. За етіологічним ознакою:

а) первинний (екзогенний):

б) вторинний (ендогенний);

2. За морфологічною ознакою:

а) поверхневий гастрит:

б) гастрит з ураженням залоз без атрофії;

в) атрофічний гастрит (помірний і виражений, з перебудовою по кишковому типу):

г) гіпертрофічний гастрит;

3. За локалізацією:

а) поширений (пангастрит);

б) обмежений (антральний або фундальний);

4. За функціональною ознакою:

а) з нормальною (або підвищеної) секрецією;

б) з секреторною недостатністю (помірною або вираженою);

5. За клінічними ознаками:

а) фаза загострення;

б) фаза ремісії.

Особливі форми хронічного гастриту: ригідний, гігантський гіпертрофічний (хвороба Менетріє), поліпозний, ерозивний (геморагічний), еозинофільний (алергічний) [3].

В основі розвитку хронічного гастриту лежить генетично обумовлений дефект відновлення слизової оболонки шлунку, пошкодженої дією подразників.

Розрізняють такі основні форми хронічного перебігу захворювання: поверхневий і атрофічний гастрит. Вперше ці терміни, які базувалися на результатах даних ендоскопічних досліджень слизової шлунку, були запропоновані в 1948 році німецьким хірургом Шиндлером (R. Schindler). Ці терміни отримали загальне визнання і відображені в класифікації гастритів по МКБ-10. В основу поділу закладений фактор збереження або втрати нормальних залоз, що має очевидне функціональне і прогностичне значення.

За етіологією хронічний гастрит поділяють на три основні форми:

- тип В (бактеріальний) - антральний гастрит, пов'язаний з обсіменінням слизової оболонки шлунку бактеріями Helicobacter pylori

- тип С (хімічний) - розвивається внаслідок закидання жовчі у шлунок при дуоденогастральному рефлюксі

- тип А (аутоімунний) - фундальний гастрит; запалення викликано антитілами до обкладочних клітин шлунку[20].

Крім того, існують також змішані - АВ, АС і додаткові (лікарський, алкогольний, і ін.) типи хронічного гастриту.

Топографічне розрізняють:

- Гастрит тіла шлунку

- Гастрит антрального відділу шлунку

- Гастрит фундального відділу шлунку

- пангастріт

У 1990 році на Всесвітньому конгресі гастроентерологів в Сіднеї (Австралія) були прийняті наступні основні характеристики "Сіднейської системи" класифікації гастритів:

Етіологічна характеристика:

- аутоімунний гастрит тип А;

- асоційований з HP - бактеріальний гастрит - тип В;

- реактивний гастрит - тип С.

Топографічна характеристика:

- антральний гастрит;

- фундальний гастрит;

- пангастрит.

Ендоскопічна характеристика гастриту:

Терміни, що використовуються для опису: набряк, еритема, ексудат, ерозії (плоскі, підняті), гіперплазія складок, атрофія складок, судинна реакція, крововиливи.

Категорії гастритів: еритематозний / ексудативний, ерозивний, атрофічний, геморагічний, гіперплазія складок [34].

Гістологічні характеристики гастриту:

- запалення, активність, атрофія, кишкова метаплазія, обсіменіння HP;

- набряк, ерозії, атрофія, фіброз, гранульоми, еозинофілія;

- поверхневий, з ураженням залоз без атрофії, атрофічний.

У практичній роботі лікарі розрізняють гастрит зі зниженою і підвищеною секрецією шлункового соку, говорять про хелікобактерної гастриті, який викликається бактеріями - хелікобактер. При попаданні бактерії в шлунок, вона здатна зберігатися в ньому тривалий час, розмножуватися, пошкоджувати оболонку шлунку[16].

Далі пояснимо особливості різних типів гастриту.

Атрофічний-гіперпластичний гастрит (відповідно до сучасної класифікації - мультифокальний атрофічний гастрит, характеризується поєднанням ділянок атрофії з ділянками гіперплазії, які виникають з недиференційованих клітин генеративної зони шлунку (її локалізація - дно шлункових ямок і шийка залоз). Осередкову гіперплазію слизової оболонки шлунку в даний час розглядають як «ранню» форму поліпа (доброякісна пухлина залозистої природи). Передраковими вважаються аденоматозні поліпи шлунку, і на їх частку припадає 4% від усіх форм поліпів [14].

Гіпертрофічний гастрит - потовщення слизової оболонки шлунку за рахунок клітинної гіперплазії власної пластинки (інтерстиціальна форма), або за рахунок гіперплазії шлункових ямок і шийки залоз (проліферативна форма), або ж за рахунок гіперплазії самих залоз (гландулярна форма).

Крайньою формою цього гастриту є гігантський гіпертрофічний гастрит (хвороба Менетріє, або «ексудативна гастропатія») [18].

Лімфоцитарний гастрит виникає на тлі ауто імунного хронічного гастриту тіла шлунку (або змішаного хронічного пангастріту) і для нього характерна велика кількість інтраепітеліальних лімфоцитів, які знаходяться серед клітин поверхневого епітелію (в нормі вони не визначаються, а при гастриті на 100 епітеліальних клітин знаходять 30 і більше лімфоцитів,). Патогенез не з'ясований. Вважають, що це особлива імунологічна реакція на HP, який в слизовій оболонці шлунку не виявляється [5].

При гранулематозному гастриті виявляються дрібні гранульоми у слизової оболонки шлунку на основі поверхневого або атрофічного гастриту. Найчастіше це хвороба Крона, хвороба Вегенера шлункової локалізації або саркоїдоз. Аналогічну картину можна спостерігати при наявності паразитів або сторонніх тілах у шлунку.

Еозинофільний гастрит розвивається на тлі атрофічного або поверхневого гастриту і характеризується вогнищевими скупченнями еозинофілів у слизової оболонки шлунку. Такий вид гастриту зустрічається, при алергічних захворюваннях і аллергозах. Причинним фактором виступають харчові алергени або паразити [38].

Для інфекційного гастриту характерно вогнищеві і / або дифузні скупчення вірусів (цитомегаловіруси), грибів (типу Candida), бактерій (гастроспірілли), і виявляється моноцитарна реакціея на них у власній пластинці слизової оболонки шлунку.

Простий гастрит найбільш розповсюджений. Основна причина екзогенного гастриту є погрішність в харчуванні, харчові інфекції, подразнююча дія ліків (броміди, саліцилати, наперстянка, бутадіон, антибіотики, сульфаніламіди), харчова алергія (на цитруси, гриби і ін.) і т. д.

Ендогенний гострий гастрит розвивається на тлі гострих інфекцій, пов'язаний з порушеннями обміну речовин і зростанні розпаду білків (при

опіках та ін.). Гостре роздратування шлунку може розвиватися при важких радіаційних ураженнях.

При катаральному гастриті має місце інфільтрація лейкоцитів; поверхневі, місцями дистрофічні, некробіотичні зміни епітелію, а також ознаки запальної гіперемії [41].

Геморагічний гастрит (ерозійний гастрит, хронічні ерозії шлунку) характеризується схильністю до шлункових кровотеч, переважають запальні та ерозивні зміни слизової оболонки шлунку, та спостерігається висока шлункова секреція. У ряді випадків кровотечі пов'язані з підвищеною проникністю судин шлунку і легкою травматизацією його слизової.

Антральний або ригідний гастрит характеризуються глибокими запально-рубцевими змінами, які виявляються переважно в антральному відділі шлунку, його деформацією і звуженням. Симптоми: біль в епігастральній ділянці, характерні диспептичні явища, спостерігається підвищена секреція шлункового соку. При рентгенологічному дослідженні виявляється трубкоподібне звуження воротаря, що викликає труднощі в діагностиці з пухлиною. Діагноз може підтвердитися гастрофіброскопією з біопсією а також допомогають динамічні спостереження за хворим [20].

Поліпозний гастрит характеризується атрофією і гіперплазію слизової оболонки шлунку, ахлоргидрією. Типової клінічної картини не має. Поліпозний гастрит диференціюють від поліпозу шлунка; вирішальне значення мають дані прицільної біопсії [44].

Гігантський гіпертрофічний гастрит (гастрит пухлиноподібний, хвороба Менетріе, поліаденома сланких та ін.) Для такого виду гастриту характерна наявність в слизовій оболонці шлунку аденоми, які мають вигляд множинних або одиничних кіст, внаслідок чого складки шлунку набувають потовщений грубий вигляд, підвищеною втратою білка з шлунковим соком, гіпопротеїнемія (у важких випадках).

Гастрит із збереженою та підвищеною шлунковою секрецією, антральний гастрит, характеризується болями, потрібно диференціювати від

виразкової хвороби; при гастриті не має сезонності загострення, на тлі загострення не виявляється виразка слизової оболонки шлунку [19].

Спроби створити раціональну класифікацію гастритів, як і багатьох інших захворювань, наштовхуються на великі труднощі. Багато схеми підрозділу гастритів на групи, запропоновані свого часу різними авторами, давно вийшли з клінічного вживання і в наші дні представляють лише історичний інтерес.

Наукова цінність будь-якої класифікації завжди є відносною. Це пояснюється поступальним рухом науки і ростом наших знань, появою більш досконалих методів дослідження, що дозволяють глибше вникнути в сутність досліджуваних явищ і процесів і розкрити нові їх якості та закономірності.

З цієї точки зору будь-яка класифікація є лише тимчасовою робочою схемою, що полегшує на даному етапі вивчення тієї чи іншої проблеми

1.4. Етіологічний фактор: основні причини гастритів

Важливо розуміти, що, як і будь-яка патологія, запальні захворювання шлунку можуть бути моноетіологічнимі (викликаними однією причиною) і полі етіологічними (викликаними одночасно або послідовно декількома причинами). Серед причин гастритів важливо виділити кілька груп. Найбільш поширеною є реактивний гастрит, асоційований з похибками пацієнтів в харчуванні, порушенням регулярності прийому їжі, ігноруванням почуття голоду, а також зловживанням алкоголем, жирної, смаженої, копченої їжею, великою кількістю спецій і «дратівливих» продуктів. Окремо слід звернути увагу на реактивний гастрит, викликаний біліарним рефлюксом, який можна або віднести до категорії хімічних гастритів, або виділити в відокремлену категорію «біліарний гастрит» [10].

Іншою значущою причиною гастриту є гелікобактерна інфекція, діагностика і лікування якої регламентуються відповідно до принципів доказової медицини, рекомендаціями Маастрихт V (2016 г.).

Гелікобактерна інфекція потенційно може викликати розвиток виразкової хвороби шлунку або атрофічного гастриту, прогресуючого до раку шлунку відповідно до каскадом Корреа [28].

Рідкісні варіанти гастритів включають аутоімунний гастрит, який можна запідозрити у жінок молодого віку з іншого аутоімунної патологією (автоімунний тиреоїдит, патологія нирок), і еозинофільний гастрит з невідомою етіологією.

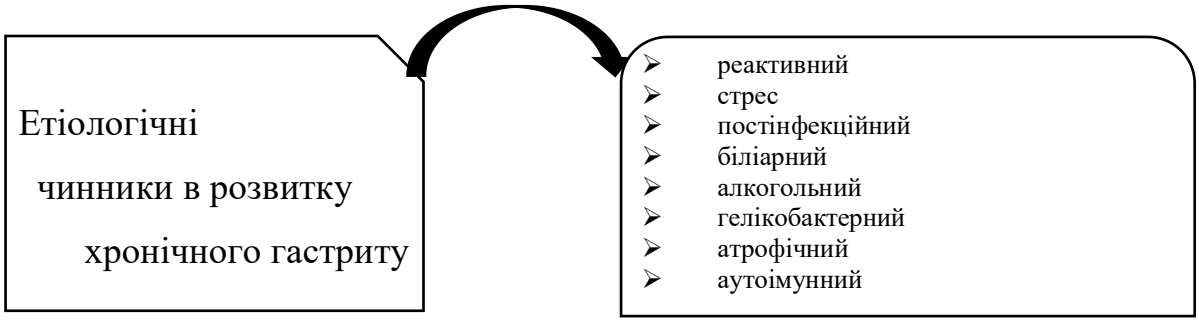

Рис. 1.1 Основні етіологічні чинники розвитку гастритів

Виникнення і розвиток еозинофільного гастриту, можливо, пов'язано з загальними механізмами виникнення алергічних реакцій або харчовою непереносимістю. Стрес індукований гастрит зустрічається рідше і може бути спровокований стресом в широкому сенсі цього терміну, у тому числі і психологічним стресом, що дає загострення навесні і восени [45].

Вкрай важливим з практичної точки зору є постінфекційний гастрит, який часто виникає внаслідок вірусного ураження слизової оболонки шлунку. Практична складність полягає в неможливості достовірної діагностики вірусної етіології гастриту.

Запідозрити постінфекційний гастрит можна на підставі даних анамнезу і за непрямими гістологічними ознаками (лімфоцитарна інфільтрація слизової).

Цей варіант гастриту через можливості достовірної діагностики породжує серед пацієнтів міфи про невиліковність гастритів, спонтанні загострення, надмірний вплив дієти [1-4]

1.3. Клінічна картина і патогенез гастриту

Причиною виникнення хронічних гастритів є цілий ряд ендогенних (внутрішніх) і екзогенних (зовнішніх) чинників. Найбільше значення в розвитку захворювання має порушення режиму і раціону харчування: нерегулярний прийом їжі з тривалими перервами, харчування «всухом'ятку», швидка їжа з недостатнім пережовування їжі, систематичне переїдання, частий прийом грубої, важкоперетравлюваної, гострої, жирної їжі, а також однаковий набір продуктів живлення.

Хронічний гастрит може розвинутися після перенесеного гострого запалення шлунку, якщо лікування було неправильним. В окремих випадках причиною розвитку хронічного гастриту може стати харчова алергія, тобто непереносимість деяких харчових продуктів. Певну роль відіграє і спадкова схильність до захворювань шлунку[37].

Причиною хронічного гастриту можуть послужити захворювання інших органів травного тракту (холецистити, коліти, гепатити, панкреатити та ін.), а також інші осередки хронічної інфекції в організмі людини (гайморит, тонзиліт, карієс, захворювання нирок, пневмонії, туберкульоз, ревматизм і ін.)

Крім того, хронічний гастрит може розвинутися на тлі неврозів. Слід пам'ятати, що тривалий прийом деяких лікарських засобів може спровокувати хронічне запалення слизової оболонки шлунку. До числа таких ліків - «провокаторів» відносяться глюкокортикоїдні гормони, саліцилати, цитостатичні препарати, антибіотики.

Причиною захворювання можуть стати паразитарні захворювання. Сприяє виникненню гастриту і негативний емоційний фон – конфлікти в сім'ї, неприємні розмови і обстановка під час прийому їжі і т.д.

Клінічна картина хронічних гастритів [28].

На початку захворювання мають місце функціональні розлади шлунку, які поступово прогресують і призводять до виражених змін в його структурі.

При цьому певну роль відіграють аутоімунні процеси. Розвитку захворювання сприяє прорив захисного слизового бар'єру - його утворює в'язкий секрет і шар слизеутворюючих епітелію, який розташовується над головними і околодочними клітинами слизової оболонки шлунку. Причиною цього може стати прийом грубої їжі [32].

Початок захворювання у дітей збігається за часом зі вступом до школи. І це можна пояснити: різко змінюється загальний і харчової режим, зростають фізичні емоційні навантаження. Часті випадки захворювання дошкільнят. До періоду статевого дозрівання серед захворілих переважають дівчинки, пізніше показники захворюваності серед хлопчиків і дівчаток стають приблизно однаковими. На ранній стадії розвитку хронічного гастриту основу клінічної картини захворювання складають симптоми, які свідчать про наявність функціональних розладів шлунку[22].

При хронічних гастритах, як правило, в клінічній картині захворювання відзначаються різноманіття і яскравість суб'єктивних відчуттів на тлі відносної бідності даних огляду хворого і його об'єктивного обстеження.

Тому велике значення набуває ретельний збір даних анамнезу.

Клінічна картина має деякі відмітні ознаки, залежно від функціональної активності шлункових залоз (хронічний гастрит з підвищеною або зниженою кислотністю), а також від поширеності та локалізації процесу (антральний, фундальний гастрит або пангастрит).

Хворі часто скаржаться на болі в животі. Найчастіше болі локалізуються в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. Порівняно часто зустрічаються розлиті болю у животі. Інтенсивність, характер і час появи болів можуть бути різними [13].

Для хронічного гастриту із збереженою і підвищеною секреторною функцією шлункових залоз характерні гострі, приступко подібні болі, часто пов'язані з прийомом грубої, гострої, важко перетравлюваної їжі і виникають через 1-2 години після прийому їжі [20].

Поряд з больовим симптомом, хворих турбують прояви діспепсичного синдрому, які також мають свої особливості та обумовлені формою хронічного гастриту.

Так, при гастриті зі зниженою секреторною активністю шлункових залоз відзначаються зниження апетиту, відраза до ряду харчових продуктів (до каш, молочних страв і т.д.), часто турбують нудота і блювота, які зазвичай починаються через 2-3 години [10].

При хронічних гастритах із збереженою і підвищеною кислотністю шлункового соку апетит, як правило, не страждає. Нудота і блювання спостерігаються значно рідше. У той же час у таких хворих частими симптомами захворювання бувають печія, відрижка кислим, тобто прояви ацідізму. Хронічний гастрит часто поєднується з патологією дванадцятипалої кишки[18].

РОЗДІЛ 2
ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ГАСТРИТАХ

2.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування засобів фізичної терапії

Відомо, що реабілітаційний процес може бути успішним лише в разі врахування характеру і особливостей відновлення порушених при тому чи іншому захворюванні функцій. Для призначення адекватного комплексного диференційованого відновного лікування необхідна правильна оцінка стану хворого по ряду параметрів, які є значущими для ефективності реабілітації. З цією метою застосовується спеціальна діагностика і методи контролю за поточним станом хворого в процесі реабілітації [3].

Фізичні вправи є необхідним засобом профілактики і лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, оскільки створюють позитивний вплив на організм хворого, нормалізують його загальний режим і сприяють поліпшенню ряду порушених функцій. Перш за все фізичні вправи впливають на травну систему через нервові центри і провідні шляхи - по типу моторно-вісцеральних рефлексів. Дозовані навантаження (як правило, малої та середньої інтенсивності) підвищують збудливість кори великих півкуль головного мозку, а значить, і харчового центру, тим самим активізуючи вегетативні функції, покращуючи травлення, стимулюючи функцію печінки, тонізуючи мускулатуру шлунку і кишок.

М'язова робота впливає на різні функції системи травлення за принципом моторно-вісцеральних рефлексів. Зміни, що настають у результаті фізичного навантаження, різні. Інтенсивна м'язова робота різко гальмує моторну, секреторну і всмоктувальної функції, а помірні навантаження стимулюють діяльність травної системи [22].

У свою чергу фізичні навантаження за допомогою аферентної, пропріоцептивної імпульсації від працюючих м'язів впливають на центральні

механізми регуляції травлення у головному мозку. Спеціальні фізичні вправи для м'язів черевного преса безпосередньо впливають на внутрішньочеревний тиск, вправи на діафрагмальне дихання змінюють положення діафрагми, тиснучи на печінку, жовчний міхур. Поєднання всіх цих факторів визначає позитивну роль у застосувані ЛФК в комплексному лікуванні хворих із захворюваннями органів травлення [22].

У гострій фазі гастриту і при загостреннях виражені болі, нудота, блювота. Після стихання цих явищ можна призначати лікувальну гімнастику, але виключити вправи для черевного преса. Застосовувати вправи загально зміцнюючи для рук, ніг в поєднанні з дихальними вправами.

У хронічній стадії без загострення особливості ЛФК залежать від характеру секреції.

При зниженій секреції навантаження повинне бути помірним. Застосовують загально зміцнюючи і спеціальні вправи для м'язів черевного преса і черевне дихання в положенні стоячи, сидячи, лежачи; призначають ускладнену ходьбу. Тривалість процедур - 20-30 хв.

Рекомендовано проводити процедуру лікувальної гімнастики до прийому мінеральної води. У хворих з нормальною і підвищеною секрецією загальне фізичне навантаження має бути більшим і навіть субмаксимальним, проте слід обмежити і зменшити вправи для черевного пресу. Лікувальну фізкультуру проводять після прийому мінеральної води, до прийому їжі.

Якщо пацієнт проходить курс лікування в санаторії, то можуть бути рекомендовані прогулянки, теренкур, , веслування, плавання, лижі, ковзани, рухливі і спортивні ігри. Для проведення масажу живота, застосовують всі прийоми; при спастичному стані кишечника виключають прийоми розминання [7].

Фізичні вправи активізують обмін речовин. Під впливом спеціальних вправ поліпшується кровообіг в органах черевної порожнини, що сприяє затиханню запальних процесів в органах травлення і прискоренню регенеративних процесів. Фізичні вправи роблять позитивний вплив на

моторну і секреторну функції травного тракту. Поєднання всіх цих факторів визначає позитивну роль застосування ЛФК в комплексному лікуванні хворих на хронічний гастрит [4, 5].

Крім ЛФК для хворих на хронічний гастрит ефективним є також сегментарний масаж. При цьому впливають на паравертебральні зони в області спинно-мозкових сегментів С3-С8 - зліва. У період ремісії (в поліклініці, санаторії) застосовується широкий арсенал засобів реабілітації: ЛФК, масаж (різні види), фізичні фактори, прийом мінеральної води, природні фактори - з метою вирівнювання порушених функцій шлунково-кишкового тракту, поліпшення функціонування організму і відновлення працездатності людини [5, 11]

2.2. Методика ЛФК при гастриті

При загостренні хронічного гастриту засоби ЛФК слід призначати тільки після стихання симптомів роздратованого шлунку (болі, нудоти, блювоти). У цьому підгострому періоді показана лише лікувальна гімнастика з виключенням вправ для м'язів черевного преса, які можуть спровокувати загострення. Судинна дистонія і лабільність серцево-судинної системи не є протипоказанням до застосування лікувальної гімнастики, оскільки фізичні вправи сприятимуть їх зменшення (ліквідації);

Порушення діяльності кишечника (пронос) вимагає відстрочки призначення лікувальної гімнастики до припинення ентериту. Запори не є протипоказанням для застосування фізичних вправ, оскільки вони сприяють поліпшенню роботи кишечника [15].

Наряду з вправами без обтяження в комплекс лікувальної гімнастики необхідно вводити і емоційні вправи, спрямовані на підвищення тонусу нервової системи, особливо у хворих зі зниженою секрецією (наприклад, комбіновані руху, що супроводжуються ударами, і ін.).

Вправи при ходьбі рекомендується виконувати з високим підніманням стегон. Підскоки слід замінити присіданнями, які не будуть викликати струсу черевних органів.

Спеціальні навантажувальні вправи для м'язів черевного пресу в першій половині курсу лікувальної гімнастики не рекомендуються, оскільки і без цих вправ м'язи залучаються до роботи при нахилах і поворотах тулуба в сторони.

Вправи з гімнастичними предметами (гантелі, булави і ін.) повинні бути маховими і поєднуватися з дихальними вправами, доцільніше застосовувати динамічні дихальні вправи [19].

Загальна кількість вправ в занятті лікувальною гімнастикою 15-25 в залежності від загального стану хворого. Меншу кількість вправ потребують хворі зі зниженою секрецією, більшу кількість вправ виконують хворі із нормальною і підвищеною секрецією (зазвичай досить вгодовані).

Дозування вправ при хронічному гастриті зі зниженою секрецією повинно бути помірним, а при хронічному гастриті з нормальною та підвищеною секрецією - сильнішим. Для цього при хронічному гастриті зі зниженою секрецією рекомендується 3-4 повторення кожної вправи, вправи слід проводити плавно, в спокійному темпі, а при хронічному гастриті з нормальною та підвищеною секрецією число повторень доводити до 5-6 і виконувати вправи в середньому темпі [22].

Із засобів і форм ЛФК показані різні види фізичних вправ, ранкова гігієнічна гімнастика, пішохідні прогулянки, плавання, лижні та велосипедні прогулянки і елементи спортивних ігор (теніс, волейбол та ін.).

Завдання ЛФК:

- тонізувати і нормалізувати діяльність центральної нервової системи і відновити нормальні кортико-вісцеральні зв'язки;
- нормалізувати секреторну і моторну функції шлунково-кишкового тракту;
- нормалізувати обмін речовин;

- поліпшити діяльність серцево-судинної і дихальної системи,
- забезпечити адаптацію пацієнта до зростаючого фізичного навантаження.

Методика ЛГ при хронічних гастритах залежить від форми захворювання.

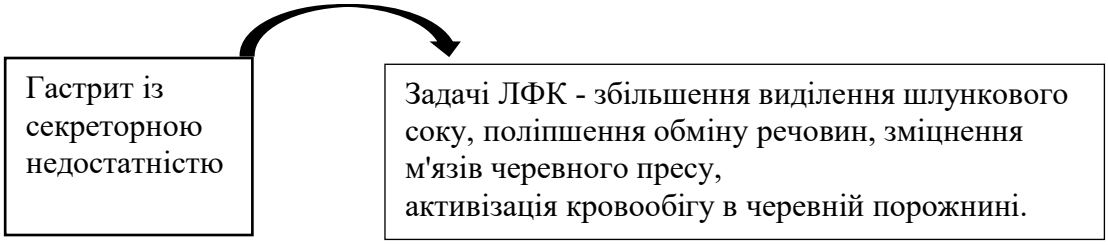

Рис.2.1. Основні задачі ЛФК при гастриті із секреторною недостатністю.

При зниженій секреторній функції шлунку (гастрит із секреторною недостатністю) лікувальна гімнастика застосовується з метою загального помірного впливу фізичного навантаження на організм. Основна спрямованість лікувальної гімнастики - врегулювання процесів соковиділення, поліпшення обміну речовин, зміцнення м'язів черевного пресу, активізація кровообігу в черевній порожнині. Для стимуляції секреторної і моторної функцій шлунку на тлі загально зміцнюючих вправ у заняттях лікувальної гімнастики застосовують спеціальні вправи для м'язів черевного преса в початковому положенні стоячи, сидячи та лежачи з поступовим збільшенням навантаження. Доцільно використовувати вправи, що охоплюють великі м'язові групи, дихальні вправи, ускладнені види ходьби, вправи з гімнастичними предметами і снарядами [13].

Завдання лікувальної гімнастики при підвищеній секреторній функції шлунку - нормалізація функції вегетативної нервової системи і урівноваження нервових процесів. Позитивний емоційний фон є важливою умовою ЛФК у цих хворих. Рекомендується вводити в процедуру лікувальної гімнастики більш складні по координації вправи в поєднанні з дихальними. Вплив на м'язи черевного преса має бути обмеженим.

Хворі з підвищеною секрецією шлункового соку повинні виконувати вправи з більшим навантаженням, ніж ті, у яких секреція знижена.

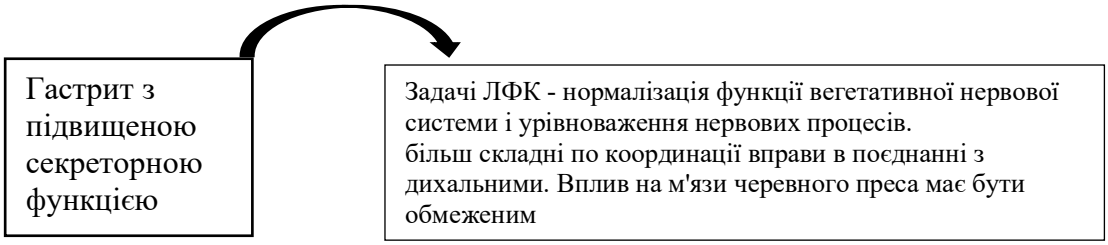

Рис.2.2. Основні задачі ЛФК при гастриті із підвищеною секреторною функцією.

Інтенсивність навантаження можна підвищити, прискорюючи виконання вправ, збільшуючи число повторень, вводячи вправи з обтяженням. При виконанні помірного фізичного навантаження секреція шлункового соку підвищується, а інтенсивна м'язова робота зменшує шлункову секрецію.

У санаторно-курортних умовах широко використовують естафети в ігровій формі (з м'ячем, булавами, з гімнастичними обручами), прогулянки, спортивні вправи (плавання, лижні прогулянки, ковзани і ін.) І масаж живота (за седативною методикою) [19].

У противорецидивне лікування доцільно включати також і лікувальну фізкультуру. Фізкультура тонізуюче впливає на весь організм, покращує обмін речовин, нормалізує нервові реакції, змінює внутрішньочеревний тиск, покращує кровообіг в черевній порожнині.

Лікувальна фізкультура для хворих на хронічний гастрит, що протікає з секреторною недостатністю повинна бути помірною і спрямованої на зміцнення м'язів черевного преса, загально міцніючою. Рекомендуються прогулянки, а також дозована ходьба.

У хворих з підвищеною секрецією навантаження на заняттях повинно бути значно більшим - на рівні субмаксимальної потужності роботи, але число вправ для м'язів черевного преса має бути обмежено і виконуватися вони повинні з помірним навантаженням. При поєднанні дієтичного

харчування, прийому мінеральної води та лікувальної фізкультури найбільш доцільно при хронічних гастритах з підвищеною секрецією травних залоз мінеральну воду пити перед заняттями фізкультурою, а їжу приймати через 15-20 хвилин після занять.

Таблиця 2.1

Рекомендований комплекс фізичних вправ під час ремісії

№	Фізичні вправи	Кількість повторів	Методика проведення
1	Ходьба проста та ускладнена (поєднує рухи верхніх та ніжних кінцівок). Ритмічно, в спокійному темпі.	5-10	Поступове втягування в навантаження, розвиток координації рухів.
2	Вправи для рук і ніг в поєднанні з рухами корпусу і дихальними вправами в положеннями сидячи.	7-14	Те ж, поступове збільшення внутрішньочеревного тиску. Посилення кровообігу в черевній порожнині.
3	Стоячи. Вправи в метанні і ловлі м'ячів, естафети. Чергування з дихальними вправами.	10-15	Загально фізіологічне навантаження. Створення умов для розвитку позитивних емоцій. Розвиток функцій повного дихання.
4	Вправи на розвиток рівноваги в чергуванні з вправами на гімнастичній стінці типу змішаних висів.	10-15	Загально тонізуючий вплив на нервову систему, розвиток статико-динамічної стійкості.
5	Лежачи. Елементарні вправи для кінцівок в поєднанні з глибоким диханням.	5-10	Зниження навантаження. Розвиток повного дихання.

При гастритах зі зниженою секрецією пити мінеральну воду слід після фізкультурних занять за 15-20 хвилин до їжі.

Дотримання правильного режиму харчування, боротьба з курінням і зловживанням алкоголем, виявлення і лікування інших захворювань органів травлення, санація порожнини рота - всі ці заходи попередять виникнення і прогресування хронічного гастриту.

Біг сприяє нормалізації кислотності шлункового соку. При зниженій секреції шлункового соку перед бігом рекомендовано випити склянку намагніченої води - це посилить секреторну функцію шлунку. Бігати рекомендовано не менше 30 хвилин і не більше години[25].

Коли секреція підвищена або нормальна, можна перед бігом випити склянку вівсянки або геркулесу для нейтралізації підвищеної кислотності.

Методика проведення фізичних вправ

Вправа 1. Відставити праву ногу назад, підняти руки вгору - вдих, повернутися в початкове положення - видих. Те ж для лівої ноги. Темп повільний. Виконувати 3-4 рази.

Вправа 2. Повороти тулуба. Руки в сторони - вдих, поворот на 90 ° вправо - видих, повернення в початкове положення - вдих; поворот на 90 ° вліво - видих, повернення в вихідне положення - вдих. Темп повільний. Виконувати 3-4 рази в кожну сторону.

Вправа 3. Нахили в сторону. Нахилитися вправо - видих, випрямитися - вдих; нахилитися вліво - видих, випрямитися - вдих. Дихання рівномірне. Темп повільний. Виконати 3-4 рази.

Вправа 4. Вправа "дроворуб". Нахиляючись вперед - видих, повертаючись в початкове положення - вдих. Вправа імітує рубання дров. Темп швидкий. Виконати 3-4 рази.

Вправа 5. Повне дихання. Темп повільний. Виконати 3-4 рази.

Вправа 6. Початкове положення - сидячи. Ноги прямі, руки в упорі ззаду. Прогнутися - вдих, повернутися в початкове положення - видих. Темп повільний. Виконати 4-6 разів.

Для виконання вправ з 7 по 9 вихідне положення - лежачи на спині.

Вправа 7. Почергове піднімання то правою, то лівою прямою ногою. Піднімаючи ногу - видих, опускаючи - вдих. Темп повільний. Виконати 4-6 разів.

Вправа 8. Вправа "велосипед". Дихання рівномірне. Темп середній. Виконувати протягом 15-25 секунд.

Вправа 9. Повний глибоке дихання - 3-4 рази. Темп повільний.

Вправа 10. Початкове положення - лежачи на животі. Згинання рук в упорі. Віджимаючись від статі, робимо видих, повертаючись у вихідне положення - вдих. Темп середній. Виконати 5-10 разів.

Для виконання вправ 11 і 12 вихідне положення - стоячи.

Вправа 11. Присідання. Присідаючи, робимо видих, повертаючись у вихідне положення - вдих. Темп середній. Виконати 5-15раз.

Вправа 12. Підняти пряму праву ногу - видих, відвести назад - вдих. Темп середній. Виконати 4-6 разів. Те ж для лівої ноги[22].

Для виконання вправ 13 і 14 вихідне положення - сидячи.

Вправа 13. Знайти упор для ніг. Нахилитися назад - вдих, повернутися в початкове положення - видих. Темп повільний. Виконати 3-5 разів.

Вправа 14. Початкове положення - сидячи. Повне повільне дихання під контролем рук. Праву руку покласти на груди, ліву - на живіт.

На рахунок раз-два починаємо робити повільний діафрагмальний вдих, діафрагма йде вниз, живіт при цьому випинається. Це рух фіксує ліва рука. На рахунок три-чотири продовжуємо робити повний вдих, але вже грудьми. Це фіксує права рука. При цьому груди піднімається, плечі розгортаються, а голова трохи відкидається назад. На рахунок п'ять-шість починаємо робити повільний діафрагмальний видих, діафрагма йде вгору, а живіт втягується. Це рух фіксує ліва рука. На рахунок сім-вісім продовжуємо виконувати повний видих, але вже грудьми. Це фіксує права рука. При цьому груди опускаються, плечі зводяться, голова опускається на груди. На рахунок дев'ять-десять спробувати затримати подих на повному видиху. (Надалі час

затримки дихання на повному видиху слід намагатися поступово збільшувати, але не робити це через силу.) Вправа повторити 3-5 разів.

Вправа 15. Початкове положення - рачки. Синхронне піднімання руки і ноги. Піднімаємо праву руку і праву ногу - вдих, опускаємо - видих; піднімаємо ліву руку і ліву ногу - вдих, опускаємо - видих. Темп середній. Виконати 3-8 разів.

Для виконання вправ з 16 по 18 вихідне положення - стоячи.

Вправа 16. Підскоки. Дихання рівномірне. Виконати 15-60 разів, потім перейти на ходьбу.

Вправа 17. Ходьба на місці 1,5 хвилини.

Вправа 18. Повне дихання - 1,5-2 хвилини. Темп повільний.

Крім лікувальної гімнастики і прогулянок хворим з гіпоацидним і анацидного гастритом рекомендується займатися плаванням (особливо при опущенні шлунку і кишечника), веслуванням, волейболом, тенісом, туризмом вихідного дня, ходьбою на лижах і катанням на ковзанах. Дуже добре таким хворим, поряд з вправами для всіх м'язових груп, виконувати вправи з навантаженням на м'язи черевного преса.

При запорах, які дуже часто супроводжують гастрит, слід виконувати додаткові вправи, пов'язані зі струсом тіла (біг, стрибки зі скакалкою, верхова їзда, спортивні ігри, лижі і веслування) [18].

Таким чином, завдяки комплексному застосуванню лікувально-оздоровчої гімнастики, протизапальної і репаративної терапії, гігієнічних процедур і дієтотерапії в поєднанні з медотерапію стає можливим вирішення глобальної задачі по нормалізації роботи шлунково-кишкового тракту.

2.3. Застосування бальнеотерапії в лікуванні хронічних гастритів

Прийнято вважати, що хронічний гастрит – це запалення слизової оболонки шлунку, яке характеризується певними структурними змінами її та відповідними клінічними проявами. Разом з тим у багатьох хворих з

гістологічно доведеним хронічним гастритом не відзначається вираженої клінічної симптоматики, незважаючи на це, захворювання привертає увагу дослідників у зв'язку зі схильністю до прогресування і залученню до процес інших органів травлення. Особливо це відноситься до хронічного атрофічного гастриту. Типовим для хронічного гастриту із секреторною недостатністю, є залучення до процесу інших органів системи травлення - печінки, підшлункової залози, кишечника [22].

Всіма визнана роль комплексного курортного лікування в поліпшенні перебігу захворювання та профілактиці його рецидивів. Головним завданням, яке ставиться при лікуванні хронічного гастриту, є запобігання прогресування змін слизової оболонки шлунку та відновлення її структури, поліпшення її функції, вплив на запальний процес у слизовій шлунку, а також на функцію інших органів травлення, втягнутих в патологічний процес при цьому захворюванні. Комплексне курортне лікування включає пиття мінеральних вод, лікувальне харчування, бальнео- і кліматолікування, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру. Вплив мінеральних вод на секреторну функцію шлунку в основному залежить від часу їх прийому по відношенню до прийому їжі. Хворим на хронічний гастрит, яке супроводжується підвищенням секреторної функції шлунку, води призначають по 150 - 200 мл за 1 годину до прийому їжі, хворим на гастрит із секреторною недостатністю - за 15-30 хв. При прискореної евакуації їжі зі шлунку пиття мінеральної води рекомендують за 10-15 хв. до їди, хворим з нормальною секрецією - за 45-60 хв. до їди [43].

Розходження в ступені гальмуючої або стимулюючої дії вод в свою чергу залежать від мінералізації, хімічного складу їх і температури води.

Більш мінералізовані води (типу Єсентуки №17) мають виражену здатність стимулювати секреторну функцію шлунку, менш мінералізовані води (Смирновська, Слав’яновска) більшою мірою викликають гальмівну дію. Воду п'ють безпосередньо у джерела по 1 склянці 3 рази в день протягом курсу лікування. При гіперсекреторної функції шлунку воду слід пити

швидкими ковтками, при секреторній недостатності, навпаки, повільно, невеликими ковтками. При гастритах з секреторною недостатністю, що супроводжуються проносами, доцільно зменшити разову дозу води до 1/4 - 1/2 склянки, збільшивши її температуру до 40-44 С, і тільки після поліпшення клінічного перебігу захворювання слід перейти до звичайних доз води. Чи виправдало себе стимулююча дія на секреторну функцію шлунку хлорідно натрієвих, гідрокарбонатно-хлорідних натрієвих вод, особливо що містять вуглекислоту.

Набагато складніше йде справа з хворими на хронічний гастрит зі збереженою і підвищеною секреторною функцією, у яких під впливом мінеральних вод гальмування секреції настає далеко не завжди. Проте поки не отримано вагомих доказів переваг будь-якої іншої, крім загальноприйнятої, методики, призначають мінеральні води за одну – півтори години до їжі в теплому вигляді (38-40°С). При наявності різко виражених явищ ацідізму можна призначити додатково прийом 1/4 склянки води на висоті травлення з метою антацидної дії. Тривалість питного курсу 3-4 тижні. При гастритах з підвищеною секреторною функцією шлунку показані мало- і середньо мінералізовані води - гідрокарбонат натрієві, гідрокарбонат натрієві кальцієві, сульфатно-гідрокарбонатно-хлоридні, кальцієво-магнієві, сульфатні кальцієво-магнієво-натрієві, гідрокарбонатно-хлоридні натрієві, сульфатно-гідрокарбонатні кальцієво-натрієві і натрієво-магнієві і ін. [26].

З питних вод Криму для застосування при хронічному гастриті при будь-якому варіанті кислотоутворюючої функції шлунку показані хлоридно-гідрокарбонатні води «Євпаторійська», «Каламітська», «Айвазовська». При гастриті з нормальною та підвищеною кислотоутворюючою функцією показана також хлоридно-гідрокарбонатна борна вода «Планета», найбільш ефективним є застосування води з бювету. При хронічному гастриті з нормальною та пониженою кислотоутворюючою функцією показано також застосування води «Єлизаветівська» і води бювету курорту Євпаторія. У фазі ремісії хронічного гастриту із збереженою кислотністю показано

використання мінеральної води кімнатної температури (18-20 ° С), 3 рази на день, дорослим з урахуванням маси тіла і переносимості питного лікування в середньому 100-200-250 мл на один прийом (дітям - в залежності від віку і маси тіла). Мінеральну воду слід пити за 20-30 хв. до їди, середніми швидкими ковтками. При хронічному гастриті зі зниженим кислото утворенням хлоридну натрієву воду застосовують натщесерце і за 30 хв. до прийому їжі, не поспішаючи, повільними ковтками, індиферентної температури (37 ° С), починаючи з 50-100 мл, з подальшим збільшенням дози одноразового прийому до 200-250 мл і зниженням температури води до 25-22 ºС - або з підвищенням температури води до 38-40 ºС при наявності болю, при схильності до проносу.

Для пацієнтів з хронічним неатрофічним гастритом із збереженою або зниженою кислотністю в стадії субкомпенсації (при вираженому больовому синдромі, наявності проносу) застосовується методика внутрішнього застосування хлоридних натрієвих, рідше хлоридно-гідрокарбонатних мінеральних вод: на початку курсу лікування призначається вода в теплому вигляді (38- 42 ºС), 2 рази на день, через 30-40 хв. після їжі, виключаючи ранковий прийом (з розрахунку 4-5 мл на 1 кг маси тіла). У міру стихання гострих явищ і в фазі компенсації захворювання застосовується мінеральна вода кімнатної температури (18-20 ° С), в дегазувати вигляді, до 200-250 мл на прийом, за 20-30 хв. до їди, 3 рази на день, швидкими середніми ковтками. Дітям з 3-х річного віку мінеральні води призначаються з розрахунку 3,0-3,2 мл на 1 кг маси тіла, дітям старшого шкільного віку і дорослим в середньому 50-100-150 мл на один прийом (в залежності від віку і маси тіла, з розрахунку 4-5 мл на 1 кг маси тіла). При хронічних атрофічних гастритах у фазі декомпенсації хлоридні мінеральні води призначаються за 60 хв. до їди, на початку курсу лікування без газу (при застосуванні пляшкової води), потім їх можна застосовувати в газованому вигляді індиферентної температури (37 ° С), починаючи з 50-100 мл, 3 рази на день , невеликими ковтками. Рекомендується проведення двох курсів питного лікування в рік.

2.4. Фізіотерапевтичні методи лікування хронічних гастритів

Одним з ефективних преформованих фізичних чинників є індуктотермія. Зазвичай використовуються дві методики впливу.

При першій методиці індуктор-диск розташовують над надчеревною областю на відстані 1-1,5 см від поверхні тіла; використовують апарат ІКВ-4, слаботеплову дозу (положення потужності «3», «4» і «5»). Тривалість процедури становить 8-10 хв. На курс призначають 10 - 12 процедур через день [23].

При другій методиці електрод - кабель в 2,5 витка розташовують навколо тулуба на рівні надчеревної області при тих же параметрах впливу.

Відзначено хороший терапевтичний ефект при використанні обох методик. Це проявляється в поліпшенні клінічного стану хворих, достовірному збільшенні зниженій кислотності шлункового соку, більш вираженому при застосуванні електрода-кабелю. Відзначено поява вільної соляної кислоти при стимулюванні гістаміном у хворих, яким проводився вплив на надчеревну область. Хороший ефект також дає застосування діадинамичних струмів.

Пластинчасті електроди (площа активного електрода 200 $см^2$) накладають на область проекції шлунку. Активний електрод з'єднують з позитивним або негативним полюсом в залежності від вихідного стану секреторної діяльності шлунку. Позитивний полюс використовують при підвищеній, негативний - при зниженій секреції. Хворим з підвищеною секреторною функцією шлунку призначають протягом 1 хв двотактний фіксований струм силою 6-15 мА, який змінюють впливом протягом 1 хв однотактного фіксованого струму силою 3-6 мА. Таке чергування проводять 4-5 разів протягом процедури, тривалість якої становить 8-10 хв. Всього призначають 10-12 процедур [42].

Хворим з секреторною недостатністю призначають поперемінно двотактний фіксований струм протягом 30 с, а потім струм, модульований

довгими періодами, також протягом 30 с. Тривалість процедури становить 6 хв. На курс застосовують 10-15 процедур.

Хороший ефект відзначається при лікуванні хронічного гастриту із секреторною недостатністю синусоїдальні модульовані струмами. Вплив проводять від апарату «ампліпульс-3» або «Ампліпульс-4».

Один електрод розміром 10х8 см поміщають на надчеревну область. Другий площею 20х10 см встановлюють симетрично ззаду на область спини на рівні сегментів Тх1-х11-L1. Процедури проводять при змінному режимі, частотою 100 Гц, глибині модуляцій від 25 до 100%. Використовують II і III РР, по 3 хв кожен. Тривалість імпульсу становить 5 с. На курс призначають 10-12 процедур, через день.

СМТ сприяють стимуляції секреторної функції шлунку. У випадках, де ще не настала глибока атрофія шлункових залоз, під впливом цих струмів в значній мірі пожвавлюється діяльність секреторного апарату шлунку. Одночасно відбувається збільшення перетравлювальної сили шлункового соку, а також поліпшення функціональної діяльності печінки, кишечника, підшлункової залози, про що свідчить нормалізація ферментів крові (амілаза, трипсин та інгібітор трипсину).

Сприятливою дією володіють дециметрові хвилі. Призначають процедури ДМВ на надчревну область від апарату «Хвиля-2» довгастим випромінювачем із зазором 3-5 см, потужністю 25 Вт, 8-15 хв, на курс 8-10 процедур, через день. Хворим на хронічний гастрит із супутнім ураженням печінки більш показані ДМВ потужністю 35 Вт [16].

При хронічному гастриті зі збереженою і підвищеною секрецією рекомендується гальванізація області шлунку з розташуванням позитивного електрода в надчеревній області. При секреторній недостатності в надчеревній області мають у своєму розпорядженні анод. Відзначено сприятливий вплив УВЧ при хронічному гастриті. Конденсаторні пластини розміщують в надчеревній області при повітряному зазорі 3-4 см. Тривалість процедури 10-15 хв. На курс застосовують 10-12 процедур щодня або через

день. При больовий формі у ряді випадків ефективно УФ-випромінювання. Призначають 2 еритемних дози на шкіру живота і спини в області проекції шлунку загальною площею 300-400 см^2 [22].

Лікувальним методом вибору при гастриті зі збереженою і підвищеною секрецією є ультразвук. Процедури проводять в стаціонарних умовах не раніше, ніж через 1-2 години після прийому рідкої їжі (молоко, кисіль, рідка каша, протертий суп без хліба). Безпосередньо перед процедурою з метою витіснення з шлунку повітряного міхура хворий повинен випити 0,5 л води або чаю. Впливають на три поля. Першим полем є область шлунку, другим і третім - паравертебральні області - від Tv-T1x з двох сторін. Режим за даною методикою безперервний, методика рухома, контакт прямий. Інтенсивність УЗ становить 0,4 - 0,6 Вт/см^2 на область шлунку 0,2-0,4 Вт/см^2 на паравертебральні області. Тривалість дії дорівнює 3 хв на паравертебральні області та 5 хв на область шлунку. Процедури проводять через день в положенні хворого сидячи або стоячи. На курс лікування призначають 10-12 процедур [18].

Для впливу на функціональний стан нервової системи поряд з преформованими факторами доцільно застосовувати хвойні, радонові (40 нки/л) та інші ванни температура не повинна перевішувати 36-37 °С. Призначають через день.

2.5. Застосування прийомів масажу в лікуванні гастритів

Масаж, який використовується при гастриті, є лікувальним. Цей вид масажу вже давно став широко застосовуватися в якості лікувального методу, який впливає на організм з великою ефективністю. Його використовують в різних лікувально-профілактичних установах, санаторіях в комплексі з іншими видами лікування при будь-яких захворюваннях, пошкодженнях, травмах і т. п. Як правило, лікувальний масаж складається з прийомів класичного масажу, проте він має свої особливості [22].

Так, класифікація лікувального масажу грунтується на характері захворювання: масаж при захворюваннях органів дихання, масаж при захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату і, нарешті, масаж при захворюваннях органів травлення. Характер захворювання визначає і методику призначається масажу. Наприклад, при захворюваннях серцево-судинної системи вона поділяється на методику масажу при гіпертонічній хворобі серця, методику масажу при ішемічній хворобі серця і т. д. У нашому випадку це буде методика масажу при хворобах кишечника, методика масажу при виразковій хворобі шлунку і дванадцятипалої кишки, при гастриті і т. д.

Однак методика проведеного масажу залежить не тільки від характеру захворювання, а й від кожного конкретного випадку: етіології, патогенезу захворювання, клінічних форм його перебігу і, звичайно, від того, який вплив виявляється на організм окремими прийомами масажу. Крім того, методика проведення масажу залежить і від стадії захворювання. До того ж одне і те ж захворювання не у всіх протікає однаково. Тому при розробці методики масажу враховується індивідуальний характер захворювання [28].

Техніка і методика проведення прийомів ті ж, що і при гігієнічному масажі. При проведенні масажу враховуються ті ж нюанси (напрямок лімфатичних шляхів, конфігурація м'язів і ін.). Все це доповнюється тільки тим, що основну роль при виборі тих чи інших прийомів відіграє характер захворювання [12].

Оскільки масаж може бути загальним (всіх областей тіла) і локальним, приватним (окремої частини тіла), то при проведенні першого особливо ретельному масування піддаються ті області, які найбільше потребують масажу. Звичайна його тривалість - 50-70 хвилин, однак вона залежить від стану пацієнта. При приватному масажі методика виконання прийомів та ж, що і при загальному масажі, але на окремі області проводиться більшу кількість прийомів і з особливою ретельністю. Час, протягом якого проводять

масаж, коливається від декількох хвилин до півгодини і залежить від того, яка область тіла масажується [22].

При проведенні масажу і самомасажу існує ряд правил, які необхідно виконувати.

Особливо важливо враховувати, що масаж протипоказаний при ряді захворювань і при запальних процесах в організмі:

- гострий запальний процес;
- висока температура тіла;
- гострі гарячкові стани;
- захворювання крові;
- наявність кровотеч, схильність до них;
- цинга;
- різні гнійні процеси;
- всілякі захворювання шкіри, нігтів, волосистої частини голови інфекційного, грибкового і нез'ясованого походження, бородавки, різноманітні шкірні висипання, пошкодження, подразнення шкіри, плоскі бородавки, гнійничкові та гострі запальні ураження шкіри, екзема, герпес, контагіозний молюск, гірсутизм;
- наявність ран та інших шкірних ушкоджень (садна і тріщини);
- трофічні виразки, гангрена при захворюваннях периферичних судин;
- тромбоз, гостре запалення, значне варикозне розширення вен з трофічними порушеннями;
- ангиит;
- атеросклероз периферичних судин, тромбангіїт в поєднанні з атеросклерозом мозкових судин, що супроводжуються церебральними кризами;
- запалення лімфатичних вузлів, судин, збільшені лімфатичні вузли, спаяні з шкірою і підлеглими тканинами;
- аневризми судин, аорти, серця;

- захворювання вегетативної нервової системи в період загострення (гангліоніт, диенцефальний криз);

- алергія з геморагічними і іншими запаленнями, крововиливи в шкіру;

- туберкульоз (його активна форма), кровотечі в зв'язку з виразковою хворобою, а також викликані захворюваннями жіночої статевої сфери і травмою;

- хронічний остеомієліт;

- казаулгіческій синдром після травми периферичних нервів;

- доброякісні та злоякісні пухлини різної локалізації тільки до хірургічного їх лікування (без хірургічного лікування при міомах дозволяється масаж комірцевої зони, рук, гомілок і стоп);

- надмірне психічне або фізичне стомлення;

- психічні захворювання з надмірним збудженням, значно зміненою психікою;

- недостатність кровообігу III ступеня;

- декомпенсація кровообігу кінцівок у хворих атеросклеротичними оклюзії і тромбангіітом;

- гострий період гіпертонічного або гіпотонічного кризу, гостра ішемія міокарда, яка виникає раптово;

- виражений склероз мозкових судин з схильністю до тромбозів і крововиливів;

- набряк Квінке;

- загальний важкий стан при різних захворюваннях і травмах;

- гострі респіраторні захворювання та протягом 2-5 днів після них;

- бронхоектатична хвороба в стадії тканинного розпаду;

- легенево-серцева недостатність III ступеня;

- захворювання органів черевної порожнини з схильністю до кровотечі;

- нудота, блювота, біль при пальпації живота (при різних захворюваннях);

- сифіліс I і II стадії, інші гострі венеричні захворювання;

- гострий біль, що вимагає призначення наркотиків. Масаж протипоказаний і в післяопераційний період при наступних станах пацієнта: набряк легенів, гостра серцево-судинна недостатність (інфаркт міокарда, зниження коронарного кровопостачання, крововтрата); емболія легеневої артерії; ниркова і печінкова недостатність; гострі шкірні алергічні реакції (кропив'янка тощо) [17].

Втім, масаж дозволяється, якщо протипоказання носили тимчасовий характер. Так, коли у пацієнта перестануть відзначатися загострення захворювання вегетативної нервової системи, гарячковий стан, гнійний процес, гострий запальний процес, можна проводити сеанси масажу. Крім того, лікувальний масаж рекомендується після радикального видалення пухлин, при стиханні явищ гіпертонічного або гіпотонічного кризу, після застосовуваного медикаментозного лікування; після гострої ішемії міокарда (з 2-6-го дня) [25].

Допускається проведення масажу, якщо пошкодження шкіри незначні, а при локальних алергічних висипах його можна виконувати тільки на тих областях тіла, які знаходяться на великій відстані від ураженого місця. При наявних у пацієнта шкірних захворюваннях, псоріазі, екземі ручний масаж проводити не можна. При аневризмі судин, хворобах крові масаж строго протипоказаний. При масажі враховуються такі протипоказання: під час вагітності, в післяпологовий період, а також протягом двох місяців після аборту заборонений масаж живота, поперекової області і стегон. Також він не допускається при грижі, менструації, при каменях в жовчному міхурі і нирках. Не можна робити масаж поперекової області, стегон, живота при міомах, при захворюваннях нирок в період загострення процесу, в дні менструації. Можна проводити тільки масаж інших областей тіла.

Масаж при гастриті використовується як один з ефективних засобів лікування цього захворювання, застосовується також для попередження загострення хвороби навесні та восени. Безпосередньо при загостреннях

масаж строго протипоказаний, оскільки його проведенням можна викликати кровотечу. Є також ще деякі протипоказання до масажу:

- наявність кровотеч;
- загострення виразкової хвороби;
- супутній гнійний холецистит;
- туберкульозні ураження і новоутворення органів черевної порожнини;
- гострі і запальні процеси жіночих статевих органів;
- вагітність, післяпологовий і післяабортний періоди (протягом не менше 2 місяців).

Метою масажу є поліпшення секреторної і моторної функцій діяльності шлунку, кровообігу, при наявних виразках - більш швидке їх рубцювання. Зазвичай призначається курс лікування з 12-14 сеансів, що проводяться через день [16].

Можна здійснювати загальний масаж, особливу увагу приділяючи необхідним зонам. При цьому на всіх інших частинах тіла, крім живота, виконуються звичайні прийоми. В області живота техніка проведення масажних прийомів змінюється, щоб безпосередньо впливати на органи травлення.

Як і при звичайному масажі, спочатку масажують спину, вплив на яку має величезне значення, оскільки в цій області знаходиться безліч нервових закінчень.

Попередньо поверхню спини змащують маслом. Розташувавши долоні на верхній її частині, роблять ковзаючі рухи вздовж лінії хребта, потім ведуть долоні до плечових суглобів по бічних поверхнях. Рухи можна повторити, щоб вся поверхня спини була рівномірно змазана маслом. При проведенні процедури масажиста найкраще знаходитися з лівого боку від пацієнта, поруч з тазостегновим суглобом[12].

На всій області спини проводяться погладжування і вичавлювання, потім розминка на довгих м'язах спини (колоподібне за допомогою подушечки великого пальця, колоподібне подушечками чотирьох пальців,

колоподібне фалангами зігнутих пальців, щипцевидное, колоподібне за допомогою великих пальців обох рук). Потім - розминка найширших м'язів спини (ординарне, подвійний гриф, подвійне кільцеве, колоподібне фалангами зігнутих пальців). Поздовжнє розминання чергується з накочуванням. Також виконується безперервна вібрація, легке поплескування.

Масаж спини проводиться в напрямку від поперекової області до шийного відділу. При русі по осям лопаток долоні розходяться в сторони.

Масажуючи поперекову область, погладжування роблять від хребта в сторони і вниз, до лімфатичних вузлів, що знаходяться в паховій області.

При масажі плечових суглобів перш масажують плече з боку, яке протилежно повороту голови [10].

При розминці м'язів лопатки руки рухаються в колоподібному напрямку. При цьому окремі ділянки м'язів навколо лопатки збирають і стискають по черзі обома руками. Особливо ретельно масажують кут лівої лопатки.

Після цього проводять масаж шиї і трапецієвидного м'яза. При масажуванні шиї використовують великі пальці обох рук. М'якими, але в достатній мірі сильними рухами рук здійснюють масажні прийоми в цій області. Потім знову масажують спину вздовж лінії хребта за допомогою великих пальців. Натискаючи на точки, що знаходяться на цій лінії, за допомогою швидких, сильних рухів переміщаються від основи шиї до середини спини, а потім легкими рухами - знову до основи шиї [19].

При масажуванні лопаток одну руку розташовують під плечем, а інший виробляють масажні руху на області навколо лопатки. Їх напрямок - вниз від верхньої частини плеча. Роблячи колоподібні рухи на плоскій частині лопатки, не здійснюють занадто великих кіл. Потрібно промасажувати всю область лопатки, кілька разів повторивши прийом. Проводити масаж спини потрібно до тих пір, поки пацієнт не розслабиться повністю. При цьому у нього не повинно виникати ніяких больових відчуттів або почуття дискомфорту[18].

Про це слід пам'ятати і при проведенні масажу хребта. Його необхідно виконувати з граничною обережністю, уникаючи прямого впливу на хребці. Всі прийоми відбуваються тільки по сторонам хребетного стовпа. Використовуються в основному розтирання, розминка і погладжування. Перше виконують кінчиками пальців. Розташувавши одну руку на нижньому відділі хребта, її накривають іншою. Після цього зверху вниз з деяким тиском просувають руки. Натискаючи на ділянці спини по обидва боки хребта за допомогою кінчиків середнього та вказівного пальців зверху вниз, пересувають руки одну за одною. Переміщують їх до верхнього відділу хребта.

Розминка проводять, використовуючи великі пальці. Напрямок рухів - від низу до верху уздовж лінії хребта. Виконують розминку короткими глибокими рухами, рухаючись по колу. Зробивши розминку в даному напрямку, потім виконують її в зворотному. Рухи при цьому також повинні бути повільними.

Безсумнівно, вплив на ці області тіла відіграє дуже велику роль в масажі при гастриті. Однак слід пам'ятати, що в цьому випадку виконувати його потрібно з ще більшою обережністю. Попередньо масажист зобов'язаний простежити за процесом дихання пацієнта, щоб не завдати пацієнтові шкоду масажем, якщо є будь-які відхилення від норми. Неодмінно потрібно дізнатися, як поводяться в русі деякі частини тіла пацієнта на вдиху і видиху. Перед тим як проводити масаж, верхня частина тіла масажованого повинна бути ретельно змазана спеціальним маслом або будь-яким іншим засобом, що полегшує ковзання рук по тілу [2].

Пацієнту потрібно лягти на спину, витягнувши руки вздовж тіла, в той час як масажист знаходиться за його головою. Коли наноситься масло, не можна забувати про те, що на ділянці сонячного сплетіння дотику і руху повинні виконуватися особливо ніжно, плавно і дуже щадне. Оскільки дана область, яка масажується дуже чутлива і більш за інших піддана травм, то, отже, все швидкі, різкі прийоми тут виключені.

Перш за все масажують грудну клітку. Масаж цієї області тіла важливий у всіх відносинах, надаючи вплив на міжреберні м'язи, сприяючи їх розслабленню і поліпшенню гнучкості. Це, в свою чергу, сприяє більш глибокому диханню, і саме воно є правильним і корисним для здоров'я людини [12].

Спочатку зазвичай виконується погладжування. Його роблять по колу, при цьому молочні залози не масажують. Погладжування здійснюють в напрямку від грудини до пахвових лімфатичних вузлів, а також від грудини до бічних поверхонь тулуба. Крім цього, можна виконати розтирання за допомогою подушечок пальців і розминання великих грудних м'язів. Виконують рухи від пупка до грудини (масаж надчеревній області), при цьому особливу увагу приділяючи лівим над- і підключичним ребровим дугам.

Необхідно також виконати масаж міжреберних проміжків. Масажист при цьому знаходиться за головою масажованого. Розташувавши вказівний і середній пальці кожної руки з відповідною їй боку верхньої області грудної клітини між верхніми ребрами, він повинен здійснювати ними досить сильні натиски. При цьому пальці пересуваються до бічних поверхонь тулуба. Такі натиски потрібно виконати уздовж кожного міжреберних проміжків. Не слід забувати, що натиски не проводяться на м'яких тканинах грудних залоз. Всі активні масажні прийоми можна виконувати тільки на областях нижче грудних залоз [13].

Далі масажують живіт. При цьому враховується форма гастриту - гіперацидні або гипацидні. Перші прийоми слід виконувати особливо м'яко, ніжно, легкими рухами, а при другому прийомі можна проводити струс, струшування, здійснюючи їх енергійно, в інтенсивному ритмі.

При масажі живота використовуються прийоми на прямих і косих м'язах живота, а також в тих зонах, які пов'язані зі шлунком і дванадцятипалої кишкою. Всі прийоми виконуються масажистом, хто стоїть збоку від пацієнта на рівні його шлунку. Спочатку він обережним рухом кладе обидві

руки на живіт масажованого на деякий час, і тільки після цього приступає до виконання масажних прийомів [21].

Починається масаж живота з кругових рухів. Руки масажиста - у вихідному положенні, виконують кругові рухи за годинниковою стрілкою. Проти годинникової стрілки їх проведення неприпустимо, оскільки саме за годинниковою стрілкою відбувається перистальтика в товстій кишці. Можна злегка збільшити силу натиску, після того як буде зроблено кілька широких рухів по колу. Поступово їх діаметр треба зменшувати.

Виконуючи масаж живота, потрібно спостерігати за тим, щоб ритм дихання і ритм масажних рухів збігався. Коли пацієнт буде повністю розслаблений і його дихання стане досить повільним і глибоким, можна переходити до наступного прийому - погладжування грудної клітини і живота. При цьому пальці руки масажиста, розташовані на животі пацієнта, повинні бути спрямовані вгору. Їх пересування проводиться на вдиху масажованого під час підняття грудної клітини. Руки при цьому переміщаються у напрямку вгору - до середини грудної клітки. На видиху при опусканні грудної клітки, масажист виконує руками кругові рухи, роблячи їх навколо плечового суглоба і вниз з боків тулуба. Особлива увага приділяється області лівого підребер'я.

На завершення масажу живота проводиться погладжування в напрямку зліва направо і вниз [11].

2.6. Особливості санаторного лікування при гастритах

Лікування фізичними факторами протипоказано при загостренні хронічного гастриту, наявності одиночного поліпа або поліпозу слизової оболонки шлунка, а також хворим з антральним гастритом. При загостренні хронічного гастриту, яке може настати в ході лікування анацидного гастриту курортними і фізіотерапевтичними факторами, слід застосувати медикаментозні засоби: анаболічні препарати, неробол по 5-10 мг 2-3 рази на

день, хлористоводородную кислоту з пепсином, ацідінпепсін. При гастритах з підвищеною секреторною функцією шлунка призначають холіноблокуючу препарати (атропін, платифілін, беладона). При цій же формі доцільний прийом антацидів (альмагель, вікалін, викаир, палена магнезія, питна сода). Після стихання явищ загострення ці препарати скасовуються [2].

При хронічних гастритах з вираженим больовим синдромом, перигастриту, перидуодениту, супутніх ураженнях інших органів травлення показана пелоїдотерапія (ілова сапропелева, торф'яна лікувальні грязі). Лікувальні грязі застосовують у вигляді аплікацій на надчеревну область і сегментарні області впливів. Температура аплікацій 38-42°С, тривалість застосування протягом 10 - 20 хв, через день, на курс лікування 10-12 процедур в чергуванні з мінеральними, газовими або радоновими ваннами. При гастриті з секреторною недостатністю грязелікування стимулює секреторну і пептичну функцію шлунку, мабуть, за рахунок стимуляції виділення гастріну. При гастриті з підвищеною секрецією помітного зниження кислотності не відзначається. Однак при цьому поліпшується кровообіг, мікроциркуляція, рухова функція шлунку, нейрогуморальна регуляція, функція печінки, підшлункової залози, кишечника. Сумація цих ефектів, очевидно, забезпечує терапевтичний результат при цьому захворюванні. На курортах, де немає лікувальних грязей, можна застосувати аплікації озокериту та парафіну[2].

Слід звернути увагу на необхідність ретельного обстеження хворих на хронічний гастрит, особливо з секреторною недостатністю, перед направленням на курортне лікування та призначенням бальнеопроцедур (в тому числі теплових). Цим можна уникнути діагностичних помилок і важких наслідків, пов'язаних із застосуванням теплових факторів тим хворим, яким вони не показані. Лікування на курортах рекомендують хворим на хронічний гастрит (дифузним і осередковим) з підвищеною, зниженою і нормальною секреторною і моторно-евакуаторною функцією шлунку поза фазою загострення. Для амбулаторного курортного лікування показані хворі з

легкими формами захворювання при помірному ураженні інших органів системи травлення [15].

Лікування на курортах протипоказано при загостренні хронічного гастриту. Застосування в цей період бальнеологічних факторів, як правило, веде до посилення наявного загострення. Не можна направляти на курортне лікування хворих на хронічний гастрит при наявності поліпа або поліпозу слизової оболонки, а також хворих на ригідний антральний гастрит. Таких хворих можна направляти в місцеві санаторії для хворих із захворюваннями органів травлення. Застосування будь-яких бальнеологічних і фізіотерапевтичних чинників цим хворим протипоказано.

ВИСНОВКИ

1. Найбільш поширеною причиною гастриту є реактивний гастрит, асоційований з похибками пацієнтів в харчуванні, порушенням регулярності прийому їжі, ігноруванням почуття голоду, а також зловживанням алкоголем, жирної, смаженої, копченої їжею, великою кількістю спецій і «дратівливих» продуктів. Значущою причиною гастриту є гелікобактерна інфекція.

2. Основна спрямованість лікувальної гімнастики при гастриті із секреторною недостатністю - врегулювання процесів соковиділення, поліпшення обміну речовин, зміцнення м'язів черевного пресу, активізація кровообігу в черевній порожнині. Завдання лікувальної гімнастики при підвищеній секреторній функції шлунку - нормалізація функції вегетативної нервової системи і урівноваження нервових процесів.

3. Одним з ефективних преформованих фізичних чинників є індуктотермія. Хороший ефект відзначається при лікуванні хронічного гастриту із секреторною недостатністю синусоїдальні модульовані струмами, дециметрові хвилі. При гастриті зі збереженою і підвищеною секрецією застосовують ультразвук. Масаж поліпшує секреторну і моторну функції діяльності шлунку та кровообігу.

СПИСОК ВИКОРИТСНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксенова А.М. Глубокий рефлекторно-мышечный массаж и растягивание скелетных мышц в лечении заболеваний ЖКТ / А.М.Аксенова. – С.-Пб.: Академия, 1999 г., 43с.
2. Аруин Л.Н. Хронические гастриты / Л.Н. Аруин. – Амстердам, 1993. – 362 с.
3. Бабак О.Я. Атрофический гастрит: прогнозы и перспективы // Здоровье Украины. — 2006. — № 21 (1). — С. 1-3.
4. Баранов А.А., Климановская Е.В. – Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии // Педиатрия. – 1995. - №5 – с. 48 – 51.
5. Барановский А.Ю. – Лечебное питание больных после операции на органах
6. Барановский А.Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных в работе терапевта и семейного врача / А.Ю. Барановский. – СПб: Фолиант, 2001. – 416 с.
7. Белоусов Ю.В. Функциональная диспепсия или хронический гастрит // Здоровье Украины. — 2009. — № 6 (1). — С. 44-45.
8. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Секреторно-моторные взаимо связи органов гастродуоденальной зоны у детей // Врачебная практика. — 2002. — С. 84-88.
9. Белякова Н.Н. – Гастриты / Н.Н Белякова. – М.: Крон-Пресс, 2000 г., 240 с.
10. Бирюков А.А., Валеев Н.М., Гарасева Т.С. – Физическая реабилитация. – М.:
11. Бубеев В.Б. – Пролонгированное зондирование в комплексном лечении эзофагогастральных воспалительных процессов. – Иркутск: Автореферат, 1998 г., 24 с.
12. Бурлуцкая А.В., Карпенко Л.В., Левицкая Н.В. Структура заболеваемости верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей г. Краснодара по

данным детского стационара // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы XIII Конгресса детских гастроэнтерологов России. — Москва, 2006. — С. 104-105.

13. Валеева И. Д., Валеева Г. В. – Комплексы упражнений по лечебной гимнастике. – Уфа : Автореферат, 2001 г., 24 с.
14. Вахтангишвили Р.Ш. Гастроэнтерология: заболевания желудка / Р.Ш. Вахтангишвили, В.В. Кржечковская. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – 669 с.
15. Волошин К.В. Функціональна диспепсія у дітей: критерії діагностики та диференційної діагностики: Автореф. дис… канд. мед.наук. — Харків, 2010. — 20 с.
16. Гурова М.М., Гусева С.П., Дутлова Е.Д., Ляляева Т.В. Эндоскопические и морфологические особенности хронических гастродуоденитов у детей, проживающих в условиях Курской магнитной аномалии // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы XI Конгресса детских гастроэнтерологов России. — Москва, 2004. — С. 184-185.
17. Денисюк Т.А. Секреторно-моторні взаємозв’язки у дітей з хронічною Helicobacter pylory-асоційованою гастродуоденальною патологією та ефективність ерадикаційної терапії з використанням вітчизняних препаратів: Автореф. дис… канд. мед. наук. — Харків, 2010. — 20 с.
18. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: [учебное пособие для Вузов] / В.А. Епифанов. – М.: Изд. дом «ГЭОТАРМЕД», 2006. – С. 249-262.
19. Єфіменко П.Б. Техніка та методика класичного масажу / П.Б.Єфіменко. – [2-е вид., перероб. й доп.]. – Харків: ХНАДУ, 2013. – С. 256-258.
20. Загорский С.Э., Назаренко А.Н. Морфологические особенности эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы XVII Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ. — Москва, 2010. — С. 86-87.

21. Кольяшкин М.А. Лечебное питание / М.А. Кольяшкин. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 254 с.
22. Куничев Л.А. Лечебный массаж / Л.А. Куничев. – Л.: Медицина, 1979. – С. 161-162.
23. Лечебная физическая культура / [С.Н. Попов, Н.М. Валеев, Т.С. Гарасеева и др.]; под ред. С.Н. Попова. – [5-е изд., стер.]. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 416 с.
24. Лея Ю.Я. Новые подходы в pH-метрии желудка / Ю.Я. Лея // Клиническая медицина. – 2005. – №11. – С. 65-69.
25. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / [Абрамов В.В., Клапчук В.В., Магльований А.В., Смирнова О.Л.]. – Дніпропетровськ: ДДМА, 2005. – 124 с.
26. Лікування хронічного гастриту з секреторною недостатністю / Ю.М. Степанов, І.Я. Будзак, І.М. Кононов, С.В. Косинська // Сучас. гастроентерологія. – 2004. – № 2. – С. 4-7.
27. Лысиков Ю.А., Малицына Т.А., Рославцева Е.А. Трудности в диагностике атрофических гастритов у детей // Педиатрия. — 2006. — № 6. — С. 1-3.
28. Маев И.В. Современные представления о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с Helicobacter pylori / И.В. Маев // Терапевтический архив. – 2006. – Т. 64, № 2. – С.10-15.
29. Макарова Г.А. Спортивная медицина: Учебник / Г.А. Макарова. – М.: Советский спорт, 2003. – 480 с.
30. Малямова Л.Н., Чередниченко А.М., Медведева С.Ю. Дискуссионные вопросы прогрессирования морфологических изменений слизистой оболочки желудка у детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной области // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы XI Конгресса детских гастроэнтерологов России. — Москва, 2004. — С. 132-134.

31. Методика лечебной физкультуры при хронических гастритах у студентов [Электронный ресурс] / В.М. Шидловская // Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту. – 2005. – № 10. – С. 187-190.
32. Мосійчук Л.М., Зак М.Ю. Оптимізація діагностики хронічного атрофічного гастриту сучасними неінвазивними методами // Сучасна гастроентерологія. — 2010. — № 4 (54). — С. 52-56.
33. Новикова В.П., Мельникова И.Ю., Струков Е.Л., Антонов П.В. Морфологическая картина слизистой оболочки желудка у детей с хроническим гастродуоденитом в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Материалы 8-й конференции «Детская гастроэнтерология 2001». — Москва, 2001. — С. 72-73.
34. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 1. Диагностика болезней органов пищеварения / А.Н. Окороков. – М.: Мед. лит., 2003. – 560 с.
35. Парменова Л.П. Клинические и морфологические особенности хронического гастрита у детей // Актуальные проблемы абдоминальной патологи у детей. Материалы XII Конгресса детских гастроэнтерологов России. — Москва, 2005. — С. 208-209.
36. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости / И.И. Пархотик. – К.: Олимпийская литература, 2003. – С. 5-83.
37. Пищеварения / А.Ю. Барановский. – М.: Бином, 2006г., 160 с
38. Пюрвеева К.В., Лапина Т.Л., Ивашкин В.Т. Значение сывороточных показателей пепсиногена-1, пепсиногена-2 и гастрина-17 в диагностике атрофического гастрита // Российский журнал гастроэнтерол., гематолог., колопроктол. — 2005. — № 3. — С. 48-51.
39. Романчук А.П. Лікарсько-педагогічний контроль в оздоровчій фізичній культурі: [навчально-методичний посібник] / А.П.Романчук. – Одеса: видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2010.– 206 с.

40. Сичинава И.В., Новикова А.В., Каганов Б.С., Шерешевская А.Я. и соавт. Течение хронического гастрита у детей // Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Сборник материалов 7-й конференции «Детская гастроэнтерология-2000». — Москва, 2000. — С. 107-108.
41. Триняк М.Г. Спортивна медицина (лікарський контроль) / М.Г. Триняк. – Чернівці: Рута, 2005. – 128 с.
42. Физическая реабилитация / под общей ред. С.Н. Попова. – [3-е.изд.]. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
43. 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.
44. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии / О.А.Саблин, В.Б. Гриневич, Ю.П. Успенский, В.А. Ратников. – СПб.:Медицина, 2002. – 88 с.
45. Хронический атрофический гастрит - перспективы лечения в курортологии / Н.В. Драгомирецкая, И.Б. Заболотная, Т.И. Малыхина, А.Н. Ижа // Сучас. гастроентерологія. – 2007. – № 3. – С. 85-90.
46. Хронический гастрит: вопросы диагностики и лечения / О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Т.Б. Топчий, Д.В. Володин // Гастроэнтерология. – 2008. – № 2-3. – С. 78-80.
47. Хронічний гастрит / Є.М. Нейко, Н.В. Скробач // Архів клініч. медицини. – 2004. – № 2. – С. 4-13.
48. Чабаненко С.Н. Массаж при заболеваниях органов пищеварения / С.Н. Чабаненко. – М.: Вече, 2004. – 176 с