

Лекция № 16

Тема «Реабилитация пациентов с патологией пищеварительной системы и нарушениями обмена веществ».

План:

1. Метаболический синдром. Основы реабилитации больных ожирением.
2. Поэтапная реабилитация больных с язвенной болезнью, гастритами, гепатитами, холециститами, панкреатитами, колитами.

Ожирение

Актуальность проблемы: по данным ВОЗ 2014 года, более 1,9 миллиарда взрослых людей в возрасте 18 лет и старше имеют избыточный вес. Из этого числа свыше 600 миллионов человек страдают от ожирения.

За последние 10 лет количество людей с ожирением увеличилось на 75%

Рост ожирения среди детей и подростков. В 2013 году 42 миллиона детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес или ожирение.

Наблюдается неуклонный рост смертей, связанных с ожирением.

65% населения мира проживает в странах, где избыточный вес и ожирение убивают больше людей, чем недостаточный вес из-за недоедания.

Ожирение - увеличение массы тела за счёт избыточного отложения жировой ткани. Выделяют три степени ожирения, 1-избыток массы тела на 30 %, 2- избыток массы тела на 30-49 %, 3- избыток массы тела на 50 % и выше. Более выраженная степень (2-3) наблюдается при церебральном ожирении.

ОЖИРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА



Метаболический синдром характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертензии.

Признаки метаболического синдрома (смертельный квартет)

1. Абдоминальное ожирение
2. Сахарный диабет 2 типа
3. Артериальная гипертензия
4. Гиперхолестеринемия

Классификация ожирения

По этиологическому принципу:

- ❖ алиментарно-конституциональное, или первичное;
- ❖ гипоталамическое (при повреждении гипоталамуса);
- ❖ эндокринное (как симптом гипотиреоза, гиперкортицизма, гипогонадизма, инсулиномы);
- ❖ ятрогенное (на фоне приема кортикостероидов, нейролептиков, трициклических антидепрессантов и т.п.).

По типу распределения жировой ткани:

- ❖ абдоминальное (андроидное, центральное);
 - ❖ гиноидное (ягодично-бедренное);
- смешанное.

По индексу массы тела:

$ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$

- ❖ Избыточная масса тела (предожирение) – **25** - 29,9
- ❖ Ожирение I степени – **30** - 34,9

- ❖ Ожирение II степени – 35 - 39,9
- ❖ Ожирение III степени – более 40

Цели лечения ожирения

- ❖ достижение оптимальной массы тела,
- ❖ профилактика развития сопутствующих ожирению заболеваний,
- ❖ поддержание достигнутой массы тела и адекватный контроль сопряженных ожирению нарушений,
- ❖ улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных.

Необходим учёт социальных и психологических аспектов ожирения (предотвращение дискриминации, стигматизации, насмешек и упрёков об отсутствии силы воли).

Методы лечения ожирения

1. Немедикаментозное лечение

- ❖ изменение образа жизни (поведенческая терапия),
- ❖ рациональное сбалансированное питание,
- ❖ повышение физической активности,
- ❖ физиолечение и санаторно-курортное лечение.

2. Медикаментозное лечение

3. Хирургическое лечение

Ожирение требует проведения **длительного лечения**, ведение пациента должно осуществляться **мультидисциплинарно** с участием терапевтов, эндокринологов, диетологов, врачей ЛФК и хирургов.

Рекомендации по тактике лечения ожирения

Индекс массы тела	Избыточная масса тела		Ожирение I ст.	Ожирение II ст.	Ожирение III ст.
	25 – 26,9	27 – 29,9	30 – 34,9	35 – 39,9	Более 40
Тактика					
Диета, физ. активность, поведенческая терапия	+	+	+	+	+
Фармакотерапия		Сопутствующая патология	+	+	+
Хирургическое лечение				Сопутствующая патология	+

Фармакотерапия

Препараты, одобренные FDA (Администрацией США по Пищевым Продуктам и Лекарственным Средствам):

- ❖ Симатомиметики (Фентермин и диэтилпропион)
- ❖ Ингибитор обратного захвата серотонина (Сибутрамин)
- ❖ Ингибитор панкреатической липазы (Орлистат)

Показания для хирургического лечения ожирения

- ❖ Ожирение III степени
- ❖ Прогрессирующее увеличение массы тела, несмотря на все проводимые лечебные мероприятия
- ❖ Нарастающая функциональная недостаточность со стороны органов и систем

Виды операций:

1. Устранение локальных жировых отложений (липоэктомия, липоаспирация)

2. Внутрижелудочный баллон

Смысл этой процедуры заключается в том, что в желудок пациента вводится специальный силиконовый баллон, который заполняется водой. При этом получается, что большая часть желудка оказывается заполнена гладким шаром, объем которого составляет 500 мл. Пациент уже физически не может поглощать прежнее количество пищи. Это приводит к снижению числа потребляемых калорий. Процесс установки баллона очень напоминает проведение обычной гастроскопии. Пациент может лежать на спине или на левом боку. Под контролем эндоскопа через рот пациента в желудок вводится интрагастральный баллон. Баллон при этом находится в свернутом состоянии, в тонкой перфорированной силиконовой оболочке.

В баллоне имеется катетер, при помощи которого он заполняется физиологическим раствором после того, как окажется в просвете желудка.

После того, как баллон заполнен, силиконовая трубка отсоединяется от его клапана. Вместе с оболочкой ее извлекают через рот. После этого специалист проводит контроль месторасположения баллона, а пациент выводится из наркоза. Баллон необходимо удалить через 6 месяцев после установки. Иначе соляная кислота, вырабатываемая желудком, может разрушить стенку баллона.

3. Бариатрические операции:

В настоящее время в мире применяется несколько стандартных бариатрических операций:

бандажирование желудка (gastric banding)

рукавная гастропластика (sleeve gastrectomy)

желудочное шунтирование (gastric bypass)

билиопанкреатическое шунтирование (biliopancreatic bypass)

При бандажировании на верхнюю часть желудка накладывается кольцо (как правило, силиконовое). Бандажирование желудка — наиболее безопасное и атравматичное оперативное вмешательство для пациента среди бариатрических операций. Вместе с тем он же является самым сложным и трудным в плане организации послеоперационного периода. Бандажирование позволяет добиться снижения веса на 50-60 % от избыточной массы тела.

При рукавной гастропластике большая часть желудка удаляется, а из оставшейся части формируется тонкая трубка (рукав) диаметром 1 см. Такой

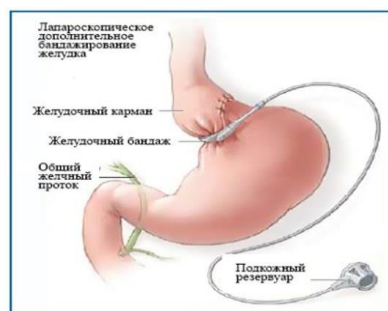
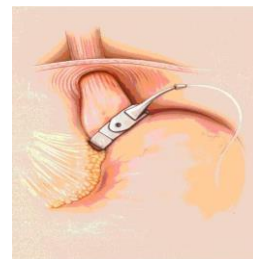
желудок вмещает совсем мало пищи, и кроме этого, тонкий рукав служит препятствием для свободного прохождения пищи.

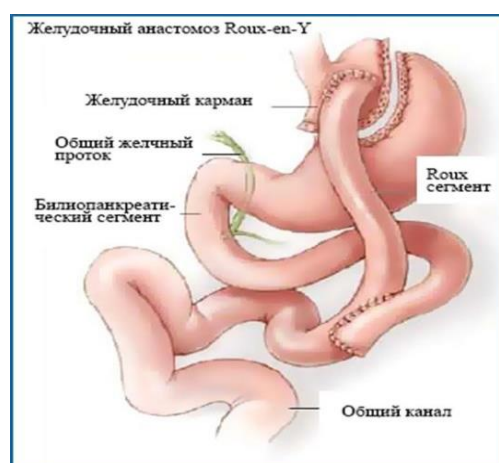
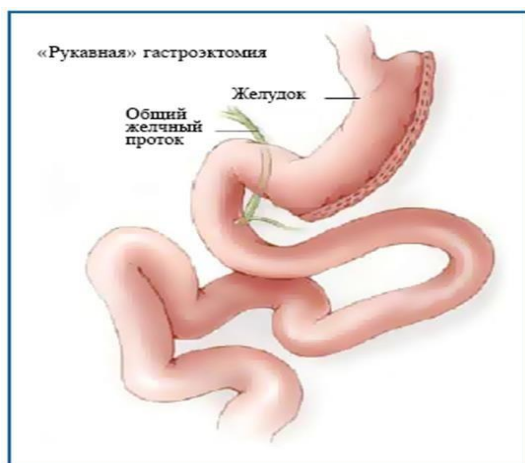
При желудочном шунтировании желудок прошивается титановыми скрепками, тем самым он разделяется на два отдела: маленький, объемом 50 мл, и большой (остальной желудок). К маленькому желудку подшивается тонкая кишка коротким путём. Таким образом, человек после этой операции может съесть совсем мало, более того, значительная часть съеденной пищи проходит по короткому пути, тем самым снижается всасывание питательных веществ. Эта операция дает 80 % снижение избыточной массы тела.

При билиопанкреатическом шунтировании желудок также прошивается скрепками и к полученному малому желудку подшивается тонкая кишка. Отличия от желудочного шунтирования заключаются в том, что объём малого желудка составляет не 50, а 200 мл, но самое главное, что тонкая кишка подшивается по совсем короткому пути — так, что для всасывания жиров остается всего около 50 см тонкой кишки. Поэтому ведущим механизмом снижения веса при этой операции является очень существенное снижение всасывания питательных веществ. Операция дает 90 % снижение избыточной массы тела.

Хирургическое лечения ожирения

Баллонирование и бандажирование желудка





Психологический аспект реабилитации

❖ Поведенческая терапия

- создание у пациента мотивации на снижение веса,
- создание мотивации на изменение образа жизни,
- ориентация больного на пожизненное выполнение программы борьбы с ожирением,
- самоконтроль с ведением дневника веса, питания и режима физической активности,
- ограничение приема препаратов, способствующих повышению веса,
- лечение депрессивных нарушений, борьба

со стрессом.

Лечебное питание при ожирении

Классическая гипокалорийная диета

- наиболее сбалансированная по всем пищевым веществам, с содержанием достаточного количества незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов и минеральных веществ в употребляемых продуктах.

- Диета № 8 с низкой энергетической ценностью

Пищевая пирамида (ВОЗ)



1. Зерновые продукты

6-9 кусочков хлеба
1 порция каши, мюсли
или маленькая булочка
1 порция макарон или риса
300 гр.

2. Картофель
3-4 картофелины
150 гр.

3. Овощи, фрукты, ягоды
2 порции салата или овощей
2-3 фрукта или порции ягод
500 гр.

4. Молочные продукты

3 стакана молочных продуктов
2-3 кусочка сыра
500 гр. + 20 гр.

5. Мясо, рыба, яйцо
3 порции мяса, рыбы или яиц
180 гр.

6. Жиры, сахар
1 стол. ложка растительного масла
3 порции сливочного масла (порция по 6 гр.)
50 гр. сахара
35 гр. + 50 гр.

Разгрузочные дни – 1 – 2 раза в неделю:

- ❖ углеводные (преимущественно фруктово-овощные);
- ❖ жировые (главным образом сметанные);
- ❖ белковые;
- ❖ комбинированные.

Углеводные разгрузочные дни

- ❖ яблочные дни (1,5 кг сырых или печеных яблок на сутки на 5 приемов через 3 ч);
- ❖ огуречные дни (2 кг огурцов на 5 приемов в течение дня);
- ❖ сыроовощные дни (наряду с огурцами и яблоками употребляются овощи, фрукты и ягоды — 1,5 – 2 кг на день);
- ❖ компотные дни (1 – 1,5 л компота из 150 – 200 г сухофруктов

на день).

Жировые разгрузочные дни

- ❖ Сметана – на пять приемов по 75 – 100 г.
- ❖ Сливки – 500 – 750 мл в день равными порциями каждые 3 ч с кофе или чаем без сахара.
- Использование жиров в разгрузочных днях тормозит переход углеводов в жиры, уменьшает гиперинсулинизм, стимулирует липолиз.

Белковые разгрузочные дни

Используют кефир, творог, простоквашу, мясо, рыбу.

- ❖ Творог употребляется по 100-150 г 4 раза в день с 15 г сметаны,
- ❖ Простокваша или кефир — по 1,5 л в день (6 раз по 250 мл).

- ❖ Нежирное мясо рекомендуется в отварном виде по 250-350 г в сутки без соли (по 50-60 г 5 раз в день с капустным гарниром).
- ❖ Можно использовать нежирные сорта рыбы (треска, судак) в том же количестве.
 - Белки повышают специфическое динамическое действие пищи,
 - обеспечивают достаточную насыщаемость,
 - не вызывают гиперинсулиемии,
 - способствуют мобилизации жира из жировых депо.

Кинезотерапия

Увеличение физической активности позволяет добиться:

- ❖ уменьшения массы жировой ткани и объема висцерального жира;
- ❖ увеличения мышечной массы;
- ❖ повышения чувствительности к инсулину;
- ❖ нормализации углеводного и липидного обменов;
- ❖ улучшения физического и психоэмоционального состояния.

Задачи ЛФК:

- ❖ Стимулировать обмен веществ;
- ❖ Улучшить функциональное состояние кардиореспираторной системы;
- ❖ Повысить физическую работоспособность;
- ❖ Укрепить мышцы брюшного пресса и спины;
- ❖ Улучшить функциональное состояние внутрибрюшных органов, опорно-двигательного аппарата.

Средства:

- ❖ Гимнастические общеразвивающие упражнения
- ❖ Дыхательная гимнастика
- ❖ Спортивно-прикладные упражнения
- ❖ Подвижные игры

Формы:

- ❖ утренняя гигиеническая гимнастика,
- ❖ лечебная гимнастика,
- ❖ прогулки,
- ❖ дозированная ходьба и бег,
- ❖ плавание,
- ❖ туризм,
- ❖ спортивные игры

Физическая нагрузка должна быть максимально индивидуализирована в соответствии с возрастом и функциональными возможностями организма больного. Для достижения эффекта различные формы лечебной физкультуры должны чередоваться в течение дня. Продолжительность процедуры лечебной гимнастики – от 5 до 30 – 40 минут, рекомендуется использовать предметы и снаряды (медицинболы, гантели, эспандеры, фитболы, мячи, скакалки и др.)

Динамическая аэробная нагрузка

- ❖ ходьба,
- ❖ дозированный бег,
- ❖ плавание,
- ❖ езда на велосипеде,
- ❖ лыжи и др.

Важно!

- регулярность выполнения аэробных упражнений (не менее 3 - 4 раз в неделю),
- постепенное увеличение интенсивности и длительности занятий с учетом состояния здоровья и переносимости физических нагрузок.

Пример подбора нагрузки

Ходьба	Темп (шагов в мин)	Продолжительность, мин	Раз в неделю
Ожирение I – II 1 этап	100	30	3 - 4
Ожирение I – II 2 этап	До 160	45 - 60	5 - 7
Ожирение III 1 этап	65	10	3
Ожирение III 2 этап	До 100	30 - 45	4 - 7

Массаж

Задачи:

- ❖ усиление обмена веществ;
- ❖ улучшение крово- , лимфообращения;
- ❖ уменьшение жировых отложений;
- ❖ стабилизация психоэмоционального тонуса;

Оптимальное время проведения массажа - утро, через 1,5 – 2 часа после еды.

Общий массаж проводят 2 раза в неделю.

Сегментарный массаж – через день.

После процедуры необходим отдых 15 – 30 минут.

Физиотерапия

Применяется в комплексной терапии ожирения с учётом основного заболевания.

1. Методы общего воздействия (на организм в целом):

- ❖ Коррекция центральных механизмов регуляции жирового обмена
- ❖ Повышение термогенеза
- ❖ Стимуляция моторной функции кишечника

2. Методы местного воздействия (на участки гипертрофированной жировой ткани)

- ❖ Активация обмена адипоцитов
- ❖ Коррекция адипостаза жировой ткани
- ❖ Улучшение микроциркуляции подкожно-жирового слоя

Методы общего воздействия

Коррекция регуляции жирового обмена:

- Электросон и другие методы транскраниальной электротерапии
- Битемпоральная УВЧ-терапия
- СВЧ на область щитовидной железы

Повышение термогенеза:

- Электромиостимуляция
- Теплолечение
- Криотерапия
- Гидротерапия (души, влажные укутывания, бани)

Стимуляция моторной функции кишечника

- Гидроколонотерапия

VBLOC®-терапия (англ. VBLOC® Therapy, от Vagal Blocking Therapy)

- метод лечения ожирения воздействием на блуждающий нерв электродами, которые имплантируются в область пищеводно-желудочного перехода с помощью лапароскопической бариатрической операции.

- ❖ Воздействие на блуждающий нерв вызывает различные физиологические эффекты, влияющие на восприятие пациентом голода и сытости.
- ❖ VBLOC-терапия заключается в периодическом блокировании в блуждающем нерве сигналов, передающих между мозгом и желудком сообщения, связанные с потреблением и переработкой пищи, с помощью аналогичного кардиостимулятора устройства Maestro System и имплантируемых электродов.

Методы местного воздействия

- ❖ Электролиполиз
- ❖ Лимфодренаж
- ❖ Прессотерапия
- ❖ Микротоковая терапия
- ❖ Вибровакуум-терапия
- ❖ Сегментарная баротерапия

Санаторно-курортное лечение

- ❖ Режим
- ❖ Диетотерапия, разгрузочные дни
- ❖ Психотерапия
- ❖ Климатотерапия
- ❖ Кинезотерапия:
 - ❖ процедуры ЛФК, прогулки, игры на свежем воздухе, плавание, динамическая аэробная нагрузка,
 - ❖ массаж
- ❖ Бальнеотерапия
 - ❖ внутреннее применение минеральных вод,
 - ❖ минеральные ванны
- ❖ Физиотерапия
- ❖ Гидротерапия
- ❖ Фитотерапия

Критерии эффективности (ВОЗ)

- ❖ На этапе снижения массы тела лечение считается успешным, если:
 - ❖ пациент снизил массу тела больше чем на 5 кг,
 - ❖ при этом уменьшились факторы риска развития сопряженных ожирению заболеваний,
 - ❖ На этапе поддержания массы тела:
 - ❖ допускается увеличение массы тела, но не более 3 кг в течение 2 лет наблюдения
 - ❖ при устойчивом уменьшении окружности талии на 4 см.

При похудении более чем на 15% неизбежен рецидив

Даже после бариатрических операций пациенты способны вновь набрать вес, поэтому они должны придерживаться изменений в образе жизни и диеты, высыпаться и стараться избегать стрессов.

Лечебная физкультура при заболеваниях органов пищеварения

Болезни системы пищеварения занимают существенное место в клинической медицине. Заболевания органов пищеварения часто поражают людей наиболее трудоспособного возраста, обуславливая высокий показатель временной нетрудоспособности и инвалидизации. Тесная анатомо-физиологическая связь между органами пищеварения делает невозможным раздельное лечение того или иного органа при его заболевании.

При заболеваниях пищеварительной системы наблюдаются изменения двигательной, секреторной и всасывающей функций. Патологические процессы желудочно-кишечного тракта находятся в теснейшей взаимосвязи между собой и обусловлены нарушением нервной регуляции.

В результате нарушения секреторной функции развиваются гастриты, язва желудка и двенадцатиперстной кишки и др., а при расстройстве моторной функции - колиты, запоры и др.

Основными средствами лечения болезней органов пищеварения являются диетотерапия, лекарственные средства, массаж, движения (ЛФК, умеренные физические нагрузки и пр.), физио- и гидропроцедуры. ЛФК при этой патологии оказывает общетонизирующее действие, отлаживает нейрогуморальную регуляцию, стимулирует крово- и лимфообращение в органах брюшной полости, укрепляет мышцы брюшного пресса, способствует нормализации эвакуаторной и моторной функций кишечника и др.

Результат воздействия физических упражнений зависит от их вида, дозировки, ритма и темпа выполнения, от этапа их применения, продолжительности курса, а также от сочетания их с диетой и другими лечебными средствами.

Исследования показали, что умеренные занятия физкультурой нормализуют секреторную и эвакуаторную функции желудка, а интенсивные физические тренировки - напротив, угнетают. Применение специальных упражнений и сегментарно-рефлекторного массажа способствует нормализации нарушенных функций. Так, упражнения для мышц брюшной стенки и тазового дна хорошо помогают при хронических колитах, холециститах, дискинезиях и др., а дыхательные упражнения оказывают «массирующее» действие на внутренние органы, улучшая крово- и лимфообращение в брюшной полости. Вместе с тем упражнения для брюшного пресса, как показали исследования, резко повышают внутрибрюшное давление, поэтому они противопоказаны больным с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при спастических колитах. Таким больным полезны дыхательная гимнастика, упражнения на расслабление лёжа на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, или же в коленно-локтевом положении.

Массаж облегчает выделение желчи за счёт усиления крово- и лимфообращения в печени и органах брюшной полости. Физические упражнения способствуют нормализации нарушенных функций при дискинезии желудочно-кишечного тракта и желчевыведительных путей.

Таким образом, ЛФК и массаж оказывают положительное влияние на органы брюшной полости, стимулируют регуляторные механизмы пищеварительной системы.

Гастрит с повышенной секреторной функцией желудка и хронический гастрит с секреторной недостаточностью

Хронический гастрит с нормальной или повышенной секреторной функцией желудка чаще развивается первично, проявляется изжогой, отрыжкой кислым, нередко рвотой. Характерны боли, возникающие через 1-

1,5 часа после еды или натощак, локализующиеся преимущественно в эпигастральной области. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью желудка чаще возникает вторично, на фоне другого заболевания. Больные жалуются на отрыжку пищей или воздухом, тошноту, изредка изжогу, тупые, давящие или ноющие боли в верхней половине живота, чувство полноты и распирания в эпигастральной области. У больных наблюдается похудение, признаки гиповитаминоза В, С, РР. В патологический процесс вовлекаются и другие органы пищеварения.

Лечение и реабилитация при хроническом гастрите носят комплексный характер и включают в себя следующие мероприятия:

1. Медикаментозное лечение, направленное на снятие воспалительного процесса и воздействие на патогенетические звенья патологического процесса
2. Лечебная физическая культура (ЛФК, подвижные игры, элементы спортивных игр - волейбол, теннис)
3. Диета (лечебное питание и соблюдение режима питания)
4. Устранение профессиональных и других вредностей
5. Физиотерапия (электрофорез, теплолечение, диатермия, грязелечение и водолечение)
6. Местное воздействие на слизистую оболочку желудка (масло шиповника или облепихи, минеральные воды)

ЛФК в фазе обострения хронического гастрита назначается в стационаре на полупостельном режиме. Как только обострение стихает, назначаются занятия для улучшения кровообращения в брюшной полости и создания благоприятных условий для регенеративных процессов, улучшения трофики слизистой оболочки желудка, воздействия на секреторную, моторную функцию желудка и нейрогуморальную регуляцию пищеварительных процессов.

Курс ЛФК в стационаре - 10-12 занятий. Первые 5-6 занятий ЛФК проводятся с малой нагрузкой, исключаются упражнения для мышц брюшного пресса; при улучшении состояния больного последующие занятия выполняются со средней нагрузкой. Помимо гимнастических упражнений больным показана обычная ходьба в сочетании с дыхательными упражнениями. При хроническом гастрите с пониженной секреторной функцией специальный комплекс ЛФК проводится за 1,5-2 ч до приема пищи и за 20-40 мин до приема минеральной воды для улучшения кровообращения в желудке. Исходные положения лежа на спине, на боку, полулежа, затем сидя и стоя. Продолжительность занятий 20-25 мин. Кроме того, через 1,5-2 ч после еды проводится ходьба. Темп ходьбы медленный, постепенно увеличивается.

При *хронических гастритах с нормальной или повышенной секреторной* функцией упражнения ЛФК выполняют в спокойном темпе, ритмично, обязательно в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями на расслабление. Исходные положения лежа, сидя, стоя. На

протяжении курса лечения нагрузка на мышцы брюшного пресса должна быть ограничена. ЛГ следует проводить между дневным приёмом минеральной воды и обедом, так как это оказывает тормозящее

В фазе ремиссии (в поликлинике, санатории-профилактории, санатории, курорте) применяется широкий арсенал средств ЛФК, массаж (различные виды), физические факторы, прием минеральной воды, естественные факторы природы для восстановления нарушенных функций желудочно-кишечного тракта, улучшения функций организма и восстановления трудоспособности.

Физическая реабилитация при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь относится к числу наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Заболевание отличается длительным течением, склонностью к рецидивированию и обострению, что повышает степень экономического ущерба от этого заболевания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это хроническое, циклически протекающее, рецидивирующее заболевание, характеризующееся язвообразованием в гастродуоденальной зоне.

Установлено, что развитию язвенной болезни способствуют разнообразные поражения нервной системы, (острые психотравмы, физическое и особенно умственное перенапряжение, различные нервные болезни). Следует также отметить значение гормонального фактора, в частности нарушение выработки пищеварительных гормонов (гастрина, секретина и др.), а также нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых возрастает активность кислотно-пептического фактора. Определенное значение имеет и нарушение режима питания и состава пищи. В последние годы все большее место отводится и инфекционной (вирусной) природе этого заболевания. Определенную роль в развитии язвенной болезни играют также наследственные и конституциональные факторы.

Клинические проявления язвенной болезни весьма разнообразны. Основным ее симптомом является боль, чаще всего в подложечной области, при язве в двенадцатиперстной кишке боли локализуются обычно справа от средней линии живота. В зависимости от локализации язвы боли бывают ранние (0,5-1 ч после еды) и поздние (1,5-2 ч после еды). Порой возникают боли натощак, а также ночные боли. Довольно частыми клиническими симптомами при язвенной болезни является изжога, которая, как и боль, может иметь ритмический характер, довольно часто наблюдается кислая отрыжка и рвота также с кислым содержимым, как правило, после еды. В течение язвенной болезни выделяют четыре фазы: обострения, затухающего обострения, неполной ремиссии и полной ремиссии. Наиболее опасное осложнение язвенной болезни прободение стенки желудка, сопровождающееся острой «кинжальной» болью в животе и признаками

воспаления брюшины. При этом требуется немедленное оперативное вмешательство.

В комплекс реабилитационных мер входят: лекарства, двигательный режим, ЛФК и другие физические методы лечения, массаж, лечебное питание. ЛФК и массаж улучшают и нормализуют нервно-трофические процессы и обмен веществ, способствуя восстановлению секреторной, моторной, всасывательной и экскреторной функций пищеварительного канала.

Занятия ЛФК на постельном режиме назначают при отсутствии противопоказаний (сильные боли, язвенное кровотечение). Обычно это совпадает со 2-4 днем после госпитализации. В задачи этого периода входят:

Период протекает около двух недель. В это время показаны дыхательные упражнения статического характера, усиливающие процессы торможения в коре головного мозга. Выполняемые в исходном положении лежа на спине с расслаблением всех мышечных групп, эти упражнения в состоянии привести больного в дремотное состояние, способствовать уменьшению болей, устранению диспептических расстройств, нормализации сна. Используются также простые гимнастические упражнения для малых и средних мышечных групп небольшим числом повторений в сочетании с дыхательными упражнениями и упражнениями в расслаблении, но противопоказаны упражнения, способствующие повышению внутрибрюшного давления. Продолжительность занятий 12-15 минут, темп выполнения упражнений медленный, интенсивность малая.

Реабилитация второго периода назначается при переводе больного на палатный режим. К задачам первого периода добавляются задачи бытовой и трудовой реабилитации больного, восстановление правильной осанки при ходьбе, улучшение координации движений. Второй период занятий начинается при значительном улучшении состояния больного. Рекомендуются УГГ, ЛГ, массаж брюшной стенки. Упражнения выполняются в положении лежа, сидя, в упоре коленях, стоя с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп, по-прежнему исключая мышцы брюшного пресса. Наиболее приемлемым является положение лежа на спине: оно позволяет увеличивать подвижность диафрагмы, оказывает щадящее влияние на мышцы живота и способствует улучшению кровообращения в брюшной полости. Упражнения для мышц брюшного пресса больные выполняют без напряжения, с небольшим числом повторений.

При замедленной эвакуаторной функции желудка в комплексы ЛГ следует побольше включать упражнения лежа на правом боку, при умеренной - на левом боку. В этот период больным рекомендуют также массаж, малоподвижные игры, ходьбу. Средняя продолжительность занятия при палатном режиме составляет 15-20 мин, темп выполнения упражнений медленный, интенсивность малая. Лечебная гимнастика проводится 1-2 раза в день.

Физическая реабилитация при колитах

Энтериты это воспаление тонкого кишечника, при котором одновременно вовлекается в процесс и желудок или толстая кишка энтероколит. Причиной являются нарушения в питании, различные интоксикации, алкоголизм, пищевая аллергия и т.д. У больных отмечаются боли, чаще тупого характера, тошнота, редко - рвота, диарея (понос), метеоризм, общее недомогание.

В период обострения лечебная физкультура противопоказана. В подострый период занятия ЛГ должны носить щадящий характер, методика несколько схожа с методикой ЛФК при гастритах и язвенной болезни в первом и втором периодах. Следует учитывать то обстоятельство, что внутрикишечное давление существенно зависит от исходного положения пациента: наиболее благоприятны положения лежа на спине, на боку, коленно-локтевое. В этих положениях выполняются общеразвивающие упражнения в сочетании с дыхательными, темп выполнения упражнений сначала медленный, нагрузку последовательно увеличивают, вместе с этим подключают и упражнения в релаксации.

Массаж проводится также по щадящей методике, массируется живот поглаживающими приемами по ходу часовой стрелки, в последующем - с легкими надавливаниями по ходу толстого кишечника, поочередно с поглаживаниями и потряхиваниями.

Контрольные вопросы для закрепления:

1. Дайте определение метаболическому синдрому.
2. Охарактеризуйте основы реабилитации больных ожирением.
3. Расскажите о поэтапной реабилитации больных с: язвенной болезнью, гастритами, гепатитами, холециститами, панкреатитами, колитами.

Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Быковская Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская [и др.] ; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д :Феникс, 2015. – 430 с. – (Среднее медицинское образование)
2. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие / Л. В. Козлова, С. А . Козлов, Л. А . Семенов; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. – Изд. 7-е. – Ростов н /Д : Феникс, 2012. – 475 с. : ил. – (Среднее профессиональное образование).

Дополнительная литература:

1. Быковская Т.Ю. Виды реабилитации: физиотерапия, лечебная физкультура, массаж: учеб. пособие / Т.Ю. Быковская, А.Б. Кабарухин, Л.А.

Семенов, Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Т.В. Бесараб; под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов н/Д : Феникс, 2010. – 557 с. (Медицина).

2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж: учебник для медицинских училищ и колледжей / В.А. Епифанов – «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 528 с.

3. Ерёмускин М.А. Классический массаж: учебник для медицинских училищ и колледжей / под ред. М.А. Ерёмускина – «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 448 с.

4. Соколова Н. Г. Физиотерапия / Н. Г. Соколова. – Ростов н/Д: Феникс, 2018. – 350 : ил. – (Дополнительное медицинское образование).

Электронные ресурсы:

1. Ожирение: Глобальные Практические Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации (WGO Global Guideline Obesity)

Материалы сайта www.gastroscan.ru

2. Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация <http://www.gastro.ru/>

3 Национальная Школа Гастроэнтерологии, Гепатологии

<http://gastrohep.ru/about.html>

4. Школа для пациентов <http://gastrohep.ru/shkola-dlya-pacientov>