

## Медицинская реабилитация при хронических гастритах

Хронические гастриты относятся к числу широко распространенных заболеваний, занимающих ведущее место среди патологических процессов желудочно-кишечного тракта. Хроническими гастритами чаще болеют мужчины, чем женщины. Заболевание характеризуется воспалительным процессом в слизистой оболочке желудка, сопровождающимся морфологическими изменениями последней (атрофия, нарушение регенерации), нарушением моторной, секреторной (кислото- и пепсинообразующей) и инкреторной (синтез гастроинтестинальных гормонов) функций желудка и определенной клинической картиной.

Одновременно с воспалением желудка при хроническом гастрите поражаются и другие внутренние органы, то есть заболевание носит не местный, а общий характер.

### Статистика

В странах с развитой статистикой хронический гастрит составляет 80–90% среди заболеваний собственно желудка. ХГ является самым распространённым заболеванием пищеварительной системы и в большинстве случаев предшествует и сопутствует таким клинически и прогностически серьёзным заболеваниям, как язва и рак желудка.

Полагают, что около 80% случаев ХГ ассоциировано с *Helicobacter pylori* (Hр), 10–15% приходится на аутоиммунный атрофический гастрит и около 5% на особые формы гастрита.

### Рабочая классификация хронических гастритов

*По типу гастритов:*

- Неатрофический (поверхностный) гастрит.
- Атрофический гастрит (аутоиммунный атрофический и мультифокальный атрофический).
- Особые формы гастритов (реактивный, радиационный, лимфоцитарный, гранулематозный, эозинофильный, гигантский гипертрофический и др.).

*По локализации* (антральный отдел желудка; тело желудка).

*По эндоскопической картине* (поверхностный, эрозивный, атрофический, геморрагический, гиперплазия слизистой, наличие рефлюкса и др.)

*По морфологии* (степень воспаления, активность воспаления, наличие атрофии желудочных желез, наличие и тип кишечной метаплазии, степень обсеменения слизистой Hр).

*По функциональному признаку:*

- Нормальная секреция.
- Повышенная секреция.
- Секреторная недостаточность (умеренная или выраженная).

*По клиническим признакам* (фаза обострения, фаза ремиссии).

*Осложнения* (кровотечения, малигнизация).

Установление клинического диагноза основывается на данных анамнеза, выявлении клинических признаков, определении типа хронического гастрита, оценке степени распространенности морфологических признаков заболевания, инфекции, наличия и выраженности нарушений функции желудка.

### Этиология и патогенез хронических гастритов

Хронические гастриты являются полиэтиологическими заболеваниями. Аналогично острым воспалениям желудка, хронический процесс могут вызвать как экзогенные, так и эндогенные факторы.

*Экзогенные факторы, способствующие возникновению ХГ:*

- инфицирование Нр;
- алиментарные факторы;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- длительный приём лекарств, раздражающих СОЖ;
- воздействие на СОЖ химических агентов;
- воздействие радиации;
- другие бактерии (кроме Нр); грибы; паразиты;

*Эндогенные факторы, способствующие возникновению ХГ:*

- генетические факторы;
- дуоденогастральный рефлюкс;
- аутоиммунные факторы;
- эндогенные интоксикации;
- гипоксемия;
- хроническая инфекция;
- нарушения обмена веществ;
- эндокринные дисфункции;
- гиповитаминозы;
- рефлекторные влияния на желудок с других поражённых органов.

К факторам, способствующим увеличению риска развития ХГ относятся гиподинамия, психическое напряжение и нервные стрессы, неблагоприятная экологическая обстановка, увеличение числа аллергических заболеваний. В частности, при ограниченной двигательной активности возникает гипергастринемия и нарушаются свойства слизистого барьера желудка. Изучение секреторной функции желудка при экспериментальной гипокинезии выявило достоверное повышение активности стимулированного желудочного секрета. Гипергастринемия способствует активизации главных и обкладочных клеток желудка, что приводит к повышению содержания соляной кислоты между приемами пищи, увеличению протеолитической активности желудочного сока. Следовательно, гипокинетический синдром следует рассматривать как один из существенных факторов риска развития заболеваний органов пищеварения, в частности желудка.

*Алиментарные факторы:* Среди них важную роль играют переизбыток, употребление грубой, острой, трудноперевариваемой пищи, злоупотребление пряностями, копченостями, жирной пищей, еда всухомятку, поспешная еда с плохим пережевыванием пищи, нарушение ритма и режима питания (большой перерыв между приемами пищи, длительное голодание, обильная еда перед сном), систематический прием крепких алкогольных напитков, курение (действие никотина повышает секреторную функцию желудка). В возникновении хронического гастрита имеет значение качество употребляемой пищи: ее низкая калорийность, несбалансированность, недостаточный белковый и витаминный состав, недостаток аскорбиновой и никотиновой кислот, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, витамина А. Отсутствие в пищевом рационе полноценных белков приводит к атрофическим процессам в слизистой оболочке желудка. Имеет значение

температура пищи и принимаемой жидкости. Установлено, что горячая вода вызывает повреждения слизистой оболочки желудка, аналогичные дефектам, обусловленным действием крепких алкогольных напитков. Еще в 1956 году Эдвардс (Edwards) экспериментально показал, что у людей, предпочитающих пить горячий чай, наблюдались гистологические изменения слизистой оболочки желудка, характерные для ее воспаления.

*Алкоголь* вызывает нарушение желудочного слизеобразования, способствует слушиванию поверхностных эпителиальных клеток слизистой оболочки и подавляет их регенерацию, ведет к нарушению процессов кровообращения в слизистой оболочке желудка. Многочисленными исследованиями установлено, что одномоментный прием большого количества алкоголя может сопровождаться возникновением острого эрозивного (геморрагического) гастрита. Продолжительный многолетний прием алкоголя ведет к развитию тяжелых атрофических изменений слизистой оболочки желудка с перестройкой ее эпителия по кишечному типу. Подобные изменения оказались настолько характерными для больных хроническим алкоголизмом, что термин "алкогольный гастрит" был включен в МКБ 10 в качестве самостоятельной нозологической формы.

*Длительное курение* также может способствовать развитию и прогрессированию хронического гастрита. Курение стимулирует секрецию соляной кислоты, ведет к гиперплазии и гиперфункции обкладочных клеток слизистой оболочки желудка, вызывает различные нарушения гастродуоденальной моторики, нарушает процессы слизеобразования; приводит к возникновению хронических заболеваний различных органов и систем организма. Так, прогрессирование хронического бронхита и эмфиземы легких способствует развитию гипоксии слизистой оболочки желудка с ее последующими морфологическими изменениями.

*Воздействие на СОЖ химических агентов* чаще всего связано с профессиональными факторами. Заболевание часто развивается у рабочих горячих цехов, а также у работников мыловаренных, маргариновых, свечных заводов в результате постоянного раздражающего действия на слизистую оболочку желудка паров щелочей и жирных кислот. Хроническое воспаление желудка может быть следствием хронического свинцового отравления, заглатывания металлической, хлопковой, силикатной и угольной пыли. Профессиональные хронические гастриты часто встречаются у работников пищевой промышленности, у рабочих консервных заводов. Развитие хронического воспаления желудка у этих категорий рабочих связано с употреблением большого количества приправленного пряностями мяса, рыбы и т.д.

*Генетические факторы.* В основе развития ХГ лежит генетически обусловленный дефект восстановления слизистой оболочки желудка, поврежденной действием раздражителей.

*Гипоксемия.* Хронические гастриты могут развиваться вследствие расстройства кровообращения, гипоксии тканей желудка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, уремии, пневмосклерозе, эмфиземе легких, болезнях почек, печени, системы крови.

*Нарушения обмена веществ и эндокринные дисфункции.* Заболевания органов внутренней секреции и обмена веществ (ожирение, подагра, сахарный диабет, дефицит железа в организме). Секреторная деятельность желудка нарушается также при заболеваниях надпочечников и щитовидной железы.

*Хронические инфекции:* тонзиллиты, гаймориты, аднекситы, холециститы, кариозные зубы, хронический аппендицит, сифилис, туберкулез, малярия. Меньшую роль играют острые инфекции: грипп, дифтерия, паратифы, энтероколиты и т.д.

### **Клиническая картина хронических гастритов**

Хронические гастриты имеют весьма разнообразную симптоматику. Заболевание длительное время может протекать незаметно, поэтому обычно трудно точно установить время его начала. Независимо от формы хронического гастрита клиническая картина всех его разновидностей имеет общие черты и характеризуется наличием определенных субъективных и объективных симптомов. Выделяют также местные и общие расстройства.

Местные расстройства представлены желудочной и/или кишечной диспепсией и болями или тяжестью в эпигастральной области, возникающей во время или вскоре после еды.

К общим расстройствам относится астеноневротический синдром (слабость, раздражительность, нарушения со стороны сердечнососудистой системы – кардиалгии, аритмии, лабильность АД с склонностью к гипотонии). При атрофических формах ХГ может развиваться симптомокомплекс, схожий с демпинг-синдромом (внезапная слабость, неустойчивый стул, икота, бледность, потливость, сонливость, возникающие вскоре после еды, быстрая насыщаемость). У больных ХГ тела и развитием В<sub>12</sub>-дефицитной анемии появляются астенический синдром; возникают боли и жжение во рту, языке, симметричные парестезии в нижних и верхних конечностях. У больных антральным, Нр-ассоциированным ХГ в стадии секреторной гиперфункции может развиваться «язвенноподобный» симптомокомплекс, нередко свидетельствующий о предъязвенном состоянии.

**Лабораторно-инструментальные исследования** при ХГ включают: общие анализы крови, мочи, кала; биохимический анализ крови; тесты на *H. Pylori* (гистологическое и цитологическое исследование биоптата); ФЭГДС; рентгенологическое исследование; УЗИ брюшной полости; фракционное исследование желудочной секреции; выявление антител к париетальным клеткам желудка.

При лечении ХГ необходимо учитывать фазу болезни, клинический и морфологический вариант гастрита, особенности секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка.

### **Комплексная программа реабилитации при ХГ**

1. Медикаментозная терапия.
2. Диетотерапия.
3. Прекращение курения, отказ от алкоголя, устранение вредных профессиональных факторов.
4. Прекращения приема лекарственных препаратов, оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку желудка (прежде всего НПВП).
5. Физиотерапия.
6. Кинезотерапия.
7. Коррекция психологического состояния.
8. Индивидуальная регламентация труда и отдыха, нормализация режима дня (ограничение командировок, освобождение от ночных работ и дежурств и др.).
9. Выявление и санация всех очагов хронической инфекции.

Терапия ХГ у большинства пациентов осуществляется в амбулаторных условиях. При выраженном обострении болезни (боли, стойкая желудочная диспепсия, похудание) показана госпитализация. Госпитализация необходима также при угрозе или наличии осложнений (кровотечение из эрозий) и при затруднении в дифференциальной диагностике.

### **Госпитальный этап реабилитации**

*Цель* – стабилизировать состояние больного, устранить клиническую симптоматику, восстановить структуру слизистой оболочки желудка, секреторную и моторную функции желудка, нормализовать функциональное состояние других органов пищеварения, предупредить возможные осложнения.

#### *Задачи:*

- оценка функциональных возможностей организма и определение показаний для реабилитации;
- диагностика и коррекция психологических нарушений;
- составление комплексной, индивидуальной реабилитационной программы;
- ранняя физическая реабилитация по щадящему режиму;
- подготовка больного к следующему реабилитационному этапу.

#### *Методы:*

##### *1. Медикаментозное лечение.*

Группы препаратов, традиционно используемые в терапии гастрита, представлены ингибиторами протонной помпы (омепразол, эзомепразол и др.), антагонистами H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина (фамотидин и др.), селективными M-холинолитиками (пирензепин и др.), антацидами (гастрогель, алмагель, гелюсил, фосфалюгель, маалокс и др.), прокинетики – (домперидон и др.). При наличии хронического Нр-ассоциированного антрального гастрита назначается эрадикационная терапия, включающая антибиотики, ингибиторы протонной помпы или препараты висмута. При атрофическом гастрите назначается желудочный сок, прокинетики; при развитии В<sub>12</sub>-дефицитной анемии проводится лечение витамином В<sub>12</sub>. Нередко наблюдаемое снижение экскреторной функции поджелудочной железы компенсируется заместительной терапией (панкреатин, креон, панзинорм и др.).

##### *2. Диетотерапия.*

В период обострения заболевания назначается щадящая диета, включающая механические, химические и объёмные ограничения (диета № 1 по Певзнеру). Диета характеризуется физиологическим содержанием белков, жиров и углеводов, обогащена витаминами, минеральными веществами. Режим питания дробный, 5-6 раз в день, порции небольшие. По мере улучшения самочувствия количество приемов пищи сокращается до обычного 4-разового режима питания. Особенности технологии приготовления блюд является механическое, химическое, термическое щажение. Блюда готовятся в отварном виде или на пару, запеченные. Каши, супы – протертые, мясо – в виде котлет, фрикаделей, кнелей. Больным рекомендуются продукты, обладающие хорошими буферными свойствами: отварные мясо и рыба, яйцо всмятку и др. В пищевой рацион включаются также макаронные изделия, каши, черствый белый хлеб, сухой бисквит и сухое печенье, молочные супы. Овощи (картофель, морковь, цветная капуста) желателно тушить или готовить в виде пюре и паровых суфле. Кроме того, больным разрешаются кисели, муссы, желе, печеные яблоки, какао с молоком, слабый чай. Исключаются продукты, богатые экстрактивными веществами (усиливающие секрецию соляной кислоты) – жирные и

жареные блюда, наваристые бульоны, острые закуски, приправы, копчености, богатые эфирными маслами продукты (лук, чеснок, редька, редис, шпинат, щавель), изделия из сдобного теста, ограничивается поваренная соль до 6-8 г/сут. Температура пищи от 15 °С до 65 °С. Но в то же время питание должно быть разнообразным, богатым белками и далеким от употребления исключительно киселей, бульонов и манной каши.

Эти ограничения действуют только в период обострения; по мере его купирования питание должно становиться полноценным с соблюдением стимулирующего принципа в период ремиссии у больных с подавленной или с пониженной кислотной продукцией. Больным гастритом любого типа абсолютно противопоказаны шоколад, кофе, газированные напитки, алкоголь.

### 3. ЛФК.

В фазе обострения ХГ в стационаре назначают полупостельный режим. ЛФК в форме лечебной гимнастики показана в период стихания обострения с целью улучшения кровообращения в брюшной полости и создания благоприятных условий для репаративных процессов, улучшения трофики слизистой оболочки желудка, воздействия на секреторную, моторную функции желудка и нейрогуморальную регуляцию пищеварительных процессов, оказания положительного влияния на нервно-психическую сферу больного, его эмоциональное состояние.

Противопоказаниями к проведению лечебной гимнастики являются: выраженный болевой синдром, многократная рвота, сильная тошнота.

Курс ЛФК в стационаре 10–12 занятий. Первые 5–6 занятий лечебной гимнастикой проводят вне зависимости от характера секреции с малой нагрузкой, исключаются упражнения для брюшного пресса. Лечебная гимнастика – это основная форма применения ЛФК в стационаре; кроме нее больным показана ходьба – простая и в сочетании с дыхательными и гимнастическими упражнениями.

Последующие занятия лечебной гимнастикой в стационаре, при стихании болей и отсутствии жалоб больного на плохую переносимость физической нагрузки, выполняются со средней нагрузкой; а для больных с тяжелым течением ХГ – с малой нагрузкой. Методика занятий в этот период зависит от характера секреторной активности желудка (нормальная, повышенная или пониженная). Освоенный в последние дни пребывания в стационаре комплекс лечебной гимнастики должен выполняться больными самостоятельно и после выписки.

*При ХГ с пониженной секреторной функцией* специальный комплекс лечебной гимнастики проводится за 1–2 ч до приема пищи. Применяются гимнастические упражнения для мышц передней брюшной стенки, диафрагмы, промежности в исходных положениях лежа на спине, сидя, стоя. На стационарном этапе общая нагрузка должна быть в пределах средней. Для эмоциональной окраски занятий рекомендуется включать музыкальное сопровождение. Продолжительность занятий 30–40 мин. Самостоятельная ходьба, медленная, через 1–2 ч после еды.

*При ХГ с нормальной или повышенной секреторной функцией* специальный комплекс гимнастики может проводиться непосредственно перед приемом или через 1–2 ч после приема пищи. Исходное положение – лежа, сидя, стоя. Упражнения проводятся в спокойном темпе, ритмично. При этих формах гастрита занятия лечебной физкультурой в стационаре проводятся при среднем уровне физической нагрузки. В содержание занятий лечебной гимнастикой и других форм ЛФК необходимо включать упражнения для крупных и средних мышц с большим числом повторений, маховые упражнения, упражнения со снарядами. Часто из снарядов используются гантели; начинать следует с гантелей массой не более 2 кг, затем по мере тренированности мужчинам можно постепенно увеличивать массу тяжести, женщинам этого можно и не делать.

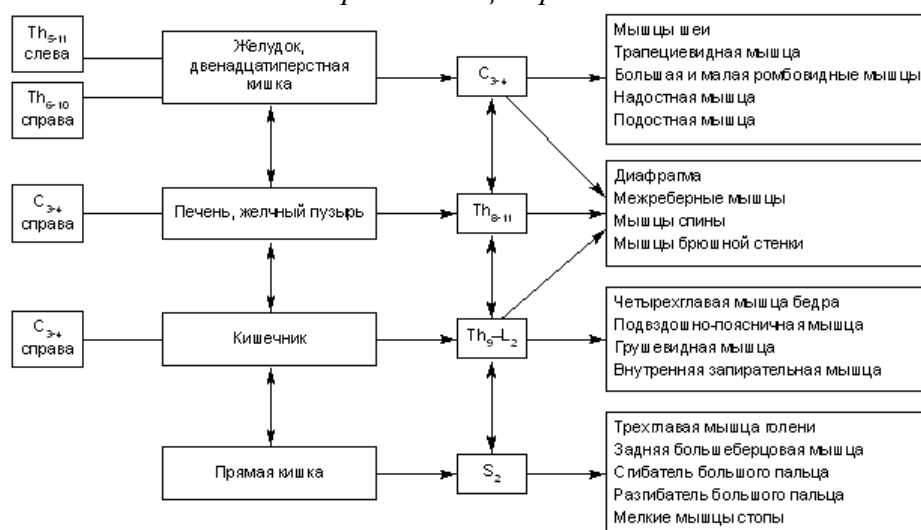
Упражнения для мышц брюшного пресса при болевом синдроме исключаются, а в дальнейшем их количество постепенно возрастает.

#### 4. Массаж.

В сочетании с лечебной гимнастикой или в форме самостоятельной процедуры у больных ХГ с высоким эффектом применяется сегментарный массаж, который назначается в первые 3 дня пребывания в стационаре. Курс 8–10 процедур. При заболеваниях желудка поражаются сегменты С<sub>3</sub>–Т<sub>8</sub> слева и наблюдаются рефлекторные явления в соответствующих зонах. При сегментарном массаже с рефлекторных зон стимулируется кровоснабжение желудка, нормализуется тонус вегетативной нервной системы и исчезают или уменьшаются проявления синдрома желудочной диспепсии.

План проведения массажа: воздействие в области сегментарных корешков, на паравerteбральные зоны и рефлексогенные зоны спины, шеи, живота; массаж желудка; массаж мышц брюшного пресса.

#### Обоснование выбора средств ЛФК (специальные упражнения и массаж) при заболеваниях органов пищеварения



#### 5. Психотерапия.

Психологический аспект реабилитации при ХГ на госпитальном этапе заключается в мотивировании пациента к выздоровлению, приему лекарственных препаратов, соблюдению диеты, здоровому образу жизни и отказу от курения. Пациент должен получить и усвоить необходимую информацию о болезни; совет и эмоциональную поддержку у специалистов. Необходимо улучшить психо-эмоциональное состояние пациента, т.к. это будет способствовать нормализации нейро-гуморальной регуляции функций ЖКТ, усиливать выработку «факторов защиты» слизистой желудка.

#### 6. Физиотерапия.

Физические методы назначают при обострении заболевания с первых дней пребывания больного в стационаре или находящимся на амбулаторном лечении. Они могут активно влиять на моторную и секреторную функции желудка как в сторону увеличения, так и торможения этих функций, оказывать выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие.

Цель физиотерапии – купирование воспаления, восстановление нарушенной структуры слизистой оболочки желудка, восстановление секреторной и моторной функции желудка.

Противопоказания к физиотерапии при ХГ: эрозивный гастрит с наличием кровотечений, доброкачественные и злокачественные новообразования, полипы желудка, стеноз привратника,

гастроптоз II-III степени; гастриты ригидный, гигантский гипертрофический; общие противопоказания к физиотерапии.

При ХГ назначают следующие физические методы лечения:

- вегетокорректирующие – для активации нейрогуморальной регуляции секреторной и моторной функций желудка;
- противовоспалительные – для купирования воспаления слизистой оболочки;
- репаративно-регенеративные – для восстановления нарушенной структуры слизистой оболочки;
- спазмолитические методы;
- секретокорректирующие – для восстановления нарушенной секреторной функции желудка.

В фазу обострения ХГ на госпитальном этапе целесообразно использовать следующие методы:

*Противовоспалительные:*

- Локальная криотерапия в эпигастральной области, (t криопакета от 5 до 10 °С, по 5-7 мин, с перерывом 5 мин, количество аппликаций 2-3 ежедневно; курс 5-6 процедур). Эрозивный гастрит со склонностью к кровотечениям не является противопоказанием.
- Низкоинтенсивная УВЧ-терапия или ДМВ-терапия на эпигастральную область, курс 8-10 процедур.
- УФО передней брюшной стенки и спины

*Спазмолитические:*

- Гальванизация желудка и внутриорганный электрофорез спазмолитиков (папаверин, но-шпа, метацин, платифиллин).
- Парафинотерапия. Парафиновые аппликации проводят на область желудка и сегментарную зону спины (Th<sub>5</sub> – Th<sub>9</sub>), t 48-50 °С, по 15-20 мин, ежедневно или через день; курс 10-15 процедур.
- ИК-термокресло «Гравитон» на область спины, t 40 °С, 20-30 мин.

*Вегетокорректирующие:*

- Электросонотерапия и модификации электросна (анальгетический, вегетокорректирующий, трофостимулирующий, седативный эффекты).
- Гальванизация воротниковой области по Щербак (седативное действие).

При стихании обострения и в фазу ремиссии добавляют

*Репаративно-регенеративные методы:*

- Инфракрасная лазеротерапия на эпигастральную область и на паравертебральные зоны.
- ДМВ-терапия.
- Низкочастотная магнитотерапия. Не назначают при склонности к кровотечениям из-за выраженного гипокоагулирующего действия.
- Ультразвуковая терапия. Воздействуют на эпигастральную (пилородуоденальную) область и рефлексогенно-сегментарные зоны спины в непрерывном режиме (при гиперсекреторном состоянии желудка) или импульсном режиме (при гипосекреторном состоянии желудка).
- Амплипульстерапия на эпигастральную область.

### **Амбулаторно-поликлинический этап реабилитации**

*Цель* – сохранение здоровья и трудоспособности, предупреждение прогрессирования патологического процесса.



### *Задачи:*

- Поддержание достигнутого уровня функционального состояния больного и дальнейшее его повышение.
- Проведение вторичной профилактики заболевания.
- Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
- Санаторно-курортный отбор.

Всем пациентам с хроническим гастритом показано диспансерное наблюдение в условиях поликлиники, с контрольным осмотром у терапевта 2 раза в год. При необходимости назначаются консультации узких специалистов (гастроэнтеролога, хирурга). Контролируются лабораторные показатели, ФЭГДС, желудочная Рh-метрия и другие, в зависимости от вида гастрита.

Из реабилитационных мероприятий на этом этапе на первый план выходят немедикаментозные методы – диетотерапия, кинезотерапия, физиолечение, соблюдение правил ЗОЖ. Медикаментозная терапия является симптоматической, используется по показаниям. Кроме того, медикаментозная терапия может использоваться с целью санации хронических очагов инфекции, которые являются провоцирующими обострение факторами.

### *Диетотерапия*

В ремиссию ХГ питание должно быть разнообразным, полноценным, сбалансированным по составу. Необходим 4-5-кратный прием пищи, небольшими порциями. Сохраняется принцип «химического щажения» желудка – не рекомендуются продукты, содержащие большое количество экстрактивных веществ (консервы, концентраты и искусственные добавки, острые пряности и специи, а также продукция «Fast-food», копченая, жирная и жареная пища. Блюда не протираются, можно употреблять свежие фрукты и овощи. При ХГ с секреторной недостаточностью напротив, необходима химическая стимуляция пищевыми раздражителями отделения желудочного сока. С этой целью в рацион включают «сокогонные» мясные, рыбные и овощные бульоны, сельдь.

Больным гастритом любого типа противопоказаны шоколад, кофе, газированные напитки, алкоголь.

### *ЛФК*

В фазе ремиссии применяется ЛФК с целью восстановления нарушенных функций желудочно-кишечного тракта, ЦНС, адаптации к повышающимся физическим нагрузкам и восстановления трудоспособности.

### *Формы ЛФК:*

- утренняя гигиеническая гимнастика;
- лечебная гимнастика;
- дозированная ходьба, терренкур, плавание, велотренинг;
- подвижные игры, элементы спортивных игр (волейбол, теннис и т.д.).

Перечисленные формы ЛФК дозируют в соответствии с физической подготовленностью больных, функциональным состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем и наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих физическую работоспособность.

При проведении лечебной гимнастики учитывается тип ХГ и соблюдаются все принципы, перечисленные на госпитальном этапе.

### *Массаж*

На амбулаторном этапе можно продолжить курс массажа, начатого на госпитальном этапе. Также показаны профилактические курсы весной и осенью. Проводится классический массаж спины, сегментарный массаж, массаж желудка и передней брюшной стенки.

### *Физиотерапия*

В ремиссию из физиотерапевтических методов на первый план выходят репаративно-регенеративные и секретокорректирующие методы. К последним относятся секретостимулирующие и секретолитические методы.

*Секретостимулирующие* (при пониженной секреторной функции)

- Высокоинтенсивная высокочастотная магнитотерапия на эпигастральную область в слаботепловой дозе
- Гидрокарбонатно-хлоридные, натрий-кальциевые минеральные воды: (Ессентуки № 4 и № 17, Железноводская, Омская-1, Ижевская, Карачинская. Начальные приемы 75-100 мл комнатной температуры (18-24 ° С), можно с газом, прием воды за 15-20 мин до еды маленькими глотками, 3 в день; курс 1-1,5 мес, повторный курс через 4-6 мес.

*Секретолитические методы*

- Сульфатные натриево-магниевые минеральные воды: Азовская, Боржоми, Славяновская, Смирновская, Дарасун. Начальные приемы 50-100 мл, в теплом виде (температура воды 38-40° С), прием воды за 1-1,5 час до еды быстрыми глотками в течение 1-2 мин, количество приемов 3-4 в день; курс 1-1,5 мес, повторный курс через 4-6 мес.

*Психотерапия* направлена на формирование мотивации к здоровому образу жизни – нормализации режима дня, соблюдение режима труда и отдыха, соблюдение принципов рационального питания, отказу от курения и алкоголя. Необходима борьба со стрессом.

В порядке санаторно-курортного отбора определяют показания к санаторно-курортному лечению: хронические гастриты в фазу ремиссии. Не направляются на СКЛ пациенты с противопоказаниями к курортному лечению, а также к проведению любых бальнеологических процедур (гастриты ригидный и гигантский гипертрофический, полипоз и новообразования желудка, осложнения после операций на желудке). Кроме того, обязательно учитываются возраст и наличие сопутствующих заболеваний, что определяет выбор климатического региона для СКЛ.

Пациенты с ХГ преимущественно направляются на бальнеологические или бальнеогрязелечебные курорты.

### **Санаторно-курортный этап реабилитации**

*Цель* – достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания, подготовка к возобновлению трудовой деятельности.

*Задачи:*

- Восстановление функциональных резервов и повышение неспецифической резистентности организма.
- Повышение толерантности к физической нагрузке.
- Нормализация психоэмоционального состояния.
- Предупреждение прогрессирования заболевания.

Ведущими методами этого этапа являются немедикаментозные: естественные природные факторы (климат, минеральная вода, лечебная грязь), искусственно моделированные природные факторы, преформированные методы аппаратной физиотерапии, кинезотерапия (разнообразные формы и средства ЛФК, массаж), психотерапия (арттерапия), диетотерапия, фитотерапия и другие.

Реабилитация пациентов на санаторном этапе происходит в соответствии с режимами – щадящим, тонизирующим и тренирующим, которые выбираются в зависимости от времени пребывания в санатории, характера заболевания и адаптационных возможностей организма. От

режима СКЛ зависит количество процедур и интенсивность действующих факторов. В комплекс санаторного лечения при ХГ включаются следующие методы:

*Диетотерапия* – основные принципы питания в ремиссию ХГ.

*Климатолечение* проводится в случае выбора курорта с благоприятным климатом, в летнее время года. Назначаются прогулки, пребывание в течение дня и сон на открытом воздухе; воздушные и солнечные ванны рассеянной радиации. На приморских курортах – талассотерапия.

*Бальнеотерапия* – ведущий метод санаторно-курортного этапа реабилитации при ХГ.

- Питьевое лечение минеральными водами
- Минеральные ванны

Больным ХГ со сниженной секреторной функцией желудка назначают питьевые средне- и высокоминерализованные хлоридно-натриевые, гидрокарбонатные натриевые водами (курорты Бобруйск, Горячий Ключ, Ессентуки, Нальчик, Старая Русса, Усть-Качка, Юрмала и др.). С целью стимуляции секреции желудочного сока и соляной кислоты минеральную воду назначают за 15-20 минут до еды, 3 раза в день.

Больным ХГ с повышенной секреторной функцией желудка назначают питьевые слабо- и среднеминерализованные углекислые гидрокарбонатные натриевые, натриево-кальциевые, сульфатные кальциево-магниево-натриевыми воды (Боржоми, Березовские минеральные воды, Дарасун, Железноводск, Ижевские минеральные воды и др.). С целью подавления секреции желудочного сока и соляной кислоты минеральную воду назначают за 1-1,5 часа до еды, 3 раза в день.

Кроме влияния на секрецию желудочного сока и соляной кислоты, внутренний прием минеральной воды способствует стимуляции выделения гастрина, желчи и панкреатического сока, улучшению микроциркуляции в желудке, кишечнике, печени, уменьшению тканевой гипоксии.

Как уже было сказано, минеральная вода назначается 3 раза в день, перед едой (с учётом кислотообразующей функции желудка), в дозе от 0,5 до 1 стакана. Желательно постепенное нарастание минерализации принимаемой воды. Пить минеральную воду следует медленно, не торопясь, небольшими глотками, в тёплом виде. Прохладная вода, принятая быстро обладает слабительным действием. Продолжительность курса питьевого лечения от 3 – 4 до 5 – 6 недель. Повторение желательно через 9 – 12 мес. После возвращения с курорта показано проведение курса лечения бутылочной минеральной водой через 3 – 4 мес.

Также пациентам назначаются минеральные ванны – хлоридно-натриевые, йодо-бромные, сульфатные, углекислые, радоновые. При наружном применении минеральных вод происходят следующие процессы:

- Улучшение трофики тканей и их функциональной активности.
- Усиление кровообращения и стимуляция насосной функции сердца.
- Противовоспалительное и обезболивающее действие.
- Нормализация состояния вегетативной нервной системы.
- Регуляция психоэмоционального состояния.
- Стимуляция адаптационно-приспособительных механизмов организма.

*Пелоидотерапия (грязелечение)*

Чаще всего назначаются грязевые аппликации на эпигастральную область, а при хорошей переносимости – на всю брюшную стенку и поясничную область. При проведении грязевых аппликаций происходит глубокое прогревание подлежащих органов и тканей, что приводит к улучшению питания и трофики тканей, изменению уровня окислительно-восстановительных процессов, стимуляции гормонального и витаминного обмена, улучшению микроциркуляции,

расслаблению мышц, понижению возбудимости нервной системы и седативному действию. Биологически активные компоненты, содержащиеся в лечебной грязи раздражают рецепторы кожи, обуславливают различные рефлекторные и общие изменения в организме, что способствует стимуляции адаптационно-приспособительных сил организма и восстановлению нарушенных функций.

Назначаются и сочетанные грязелечебные процедуры – с аппаратной физиотерапией, например, гальваногрязь, пелоиндуктотерапия, пелофонотерапия, электрофорез грязевого раствора.

#### *Кинезотерапия*

ЛФК на санаторном этапе назначается в таких же формах, как и на амбулаторно-поликлиническом этапе – УГГ, ЛГ, различные динамические аэробные нагрузки. Одной из главных форм ЛФК являются физические тренировки, которые позволяют реализовать одну из главных задач курса ЛФК в санатории – адаптировать больного к повышающимся физическим нагрузкам и восстановить его трудоспособность. Физические тренировки имеют традиционное построение: в вводной и заключительной частях – дыхательные упражнения с общеразвивающими для рук и ног, в основной части – ходьба в интервальном режиме. Лечебная гимнастика при ХГД с сохраненной или повышенной желудочной секрецией проводится через 20–40 мин после приема минеральной воды и непосредственно перед приемом пищи, с пониженной желудочной секрецией – за 20–40 мин до приема минеральной воды и за 1–2 ч до приема пищи.

В комплексном лечении назначается *массаж* спины, желудка и передней брюшной стенки, а также сегментарный массаж.

*Физиотерапия* включает вегетокорректирующие, секретокорректирующие и репаративно-регенеративные методы.