##### Клиника язвенной болезни

Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка либо двенадцатиперстной кишки в периоды обострения.

Ведущим симптомом в клинической картине язвенной болезни является боль. Ее отличительными особенностями следует считать периодичность (чередование периодов обострений и ремиссий), ритмичность (связь болей с приемом пищи), сезонность (обострение весной и осенью, а у ряда больных - зимой и летом), нарастающий характер болей по мере развития заболевания, изменение и исчезновение болей после приема пищи, антацидов; применения тепла, антихолинергических средств, после рвоты.

По времени появления болей после приема пищи они делятся на ранние, возникающие вскоре после еды, поздние (через 1,5 - 2 часа) и ночные. Ранние боли свойственны язвам, расположенным в верхнем отделе желудка. Для язв антрального отдела желудка и язв двенадцатиперстной кишки характерны поздние и ночные боли, которые могут быть и "голодными", так как уменьшаются, или прекращаются после еды.

Боли при язвенной болезни достигают максимальной силы на высоте пищеварения и только "голодные" боли исчезают после приема пищи. При наличии перигастрита или перидуоденита, боли усиливаются при физическом напряжении. Уменьшение или прекращение болей после случайно возникшей рвоты приводит к тому, что больные при появлении болей вызывают рвоту искусственным путем. Не менее типично для язвенной болезни молниеносное прекращение болей после приема щелочей. Недаром И.П. Павлов сравнивал их действие с эффектом нитроглицерина при стенокардии.

Рвота при язвенной болезни возникает без предшествующей тошноты, на высоте болей в разгар пищеварения, при различной локализации язвенного процесса частота ее варьирует. Выделение активного желудочного сока натощак нередко сопровождается рвотой. Частая утренняя рвота остатками пищи, съеденной накануне, свидетельствует о нарушении эвакуаторной функции желудка.

Из диспепсических явлений при язвенной болезни чаще возникает изжога (у 60-80% всех больных язвенной болезнью). С диагностической точки зрения важно, что отмечается она не только в периоды обострений, но может им предшествовать в течение ряда лет и имеет те же типичные черты, что и боли (периодичность, сезонность). Изжога связана с нарушением моторной функции пищевода и желудка, а не с секреторной функцией, как считалось ранее. При раздувании пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с помощью резинового баллона можно вызвать чувство жжения разной степени вплоть до ощущения "жгучей судороги".

Аппетит при язвенной болезни не только сохранен, но иногда даже резко усилен. Так как боли обычно связаны с приемом пищи, то иногда у больных появляется страх перед едой. У некоторых лиц, страдающих язвенной болезнью, периодически наблюдается усиленное слюноотделение, которому предшествует тошнота. Нередко возникает ощущение давлениям тяжести в подложечной области. Этим явлениям свойственны те же закономерности, что и болям.

Запоры нередко отмечаются в период обострения. Они обусловлены характером питания больных, постельным режимом и главным образом нервно-мышечной дистонией толстой кишки вагусного происхождения. Общее питание больных язвенной болезнью не нарушено. Похудание может наблюдаться в период обострения болезни, когда больной ограничивает прием пищи из-за страха перед возникновением болей. При поверхностной пальпации живота можно обнаружить напряжение правой прямой мышцы, которое по мере затихания патологического процесса уменьшается.

По клиническому течению различают острые, хронические и атипичные язвы. Не всякая острая язва является признаком язвенной болезни.

Типичной хронической форме язвенной болезни свойственны постепенное начало, нарастание симптомов и периодическое (циклическое) течение.

Первая стадия - прелюдия язвы, характеризуется выраженными нарушениями деятельности вегетативной нервной системы и функциональными расстройствами желудка и двенадцатиперстной кишки, вторая - появлением органических изменений вначале в форме структурной перестройки слизистой оболочки с развитием гастродуоденита, третья - образованием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, четвертая - развитием осложнений.

Длительность периодов ремиссии при язвенной болезни колеблется от нескольких месяцев до многих лет. Рецидив заболевания может быть вызван психическим и физическим напряжением, инфекцией, вакцинацией, травмой, приемом лекарств (салицилаты, кортикостероиды и др.), инсоляцией.

Причины возникновения: поражения нервной системы (острые психотравмы, физическое и умственное переутомление, нервные болезни), гормональный фактор (нарушение выработки пищеварительных гормонов - гастрина, секретина и др., нарушение обмена гистамина и серотонина, под влиянием которых возрастает активность кислотно-пептического фактора).

##### 

##### ЛФК при язвенной болезни

Импульсы от рецепторов внутренних органов поступают в центральную нервную систему, сигнализируя об интенсивности функционирования и состоянии органов. При заболевании происходит нарушение рефлекторной регуляции, возникают патологические доминанты и порочные (патологические) рефлексы, извращающие течение нормальных процессов в организме человека.

Болезнь подавляет и дезорганизует двигательную активность - непременное условие нормального формирования и функционирование любого живого организма. Поэтому лечебная физкультура является очень важным элементом лечения язвенных процессов.

Уже известно, что выполнение дозированных физических упражнений, сопровождающиеся положительными сдвигами в функциональном состоянии центров подбугорной области и повышение уровня основных жизненных процессов, вызывает положительные эмоции (т.н. психогенное и условно-рефлекторное влияние). Особенно это применимо при язвенной болезни, когда нервно-психическое состояние пациентов оставляет желать лучшего (нормализация выраженных у больных явлений дистонии со стороны нервной системы). Следует отметить воздействие физических нагрузок на нервную регуляцию пищеварительного аппарата.

При регулярном выполнении физических упражнений, как и в процессе физической тренировки, постепенно возрастают энергетические запасы, увеличивается образование буферных соединений, происходит обогащение организма ферментными соединениями, витаминами, ионами калия и кальция. Это приводит к активизации окислительно-восстановительных процессов и к повышению устойчивости кислотно-щелочного равновесия, что в свою очередь благоприятно отражается на рубцевании язвенного дефекта (влияние на трофические и регенеративные потенции тканей ЖКТ).

Влияние физических упражнений определяется их интенсивностью и временем применения. Небольшие и умеренные мышечные напряжения стимулируют основные функции желудочно-кишечного тракта, когда как интенсивные - угнетают.

Отмечается благоприятное влияние ЛФК на кровообращение и дыхание, что также расширяет функциональные возможности организма и повышают его реактивность.

В зависимости от клинической направленности заболевания и функциональных возможностей больного применяются различные формы и средства.

К противопоказаниям к занятиям относят:

* Свежая язва в остром периоде.
* Язва, осложненная кровотечением.
* Преперфоративное состояние.
* Язва, осложненная стенозом в стадии декомпенсации.
* Свежие массивные парапроцессы при пенетрации.
* Выраженные диспепсические расстройства.
* Сильные боли.
* Общие противопоказания.

Принцип индивидуализации при применении лечебной физкультуры при данном заболевании обязателен.

Основными задачами ЛФК являются:

* урегулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе;
* нормализация нервно-психологического тонуса больного;
* улучшение функции дыхания, кровообращения и пищеварения, окислительно-восстановительных процессов;
* противодействие различным осложнениям, сопровождающим язвенную болезнь (спаечные процессы, застойные явления и др.);
* нормализация мышечного тонуса (являющегося мощным регулятором внутренних органов), повышение мышечной силы, проприоцептивной чувствительности;
* выработка необходимых моторных качеств, навыков и умений (дыхания, расслабления мышц, элементов аутогенной тренировки, координации движений и др.).

##### 

##### Методика ЛФК

Утренняя гигиеническая гимнастика преследует цели общего развития и укрепления здоровья, повышения работоспособности, и помогает закаливанию, содействует более полноценному переходу из заторможенного состояния в бодрствующее. В утренней гигиенической гимнастике используют небольшое (8-10) число упражнений, охватывающих основные мышечные группы; физические упражнения должны быть простыми.

Лечебная гимнастика (ЛГ) является одной из основных форм ЛФК. Кроме общеразвивающих упражнений, применяют специальные упражнения для мышц брюшного пресса и тазового дна, дыхательные упражнения (статические и динамические), упражнения в произвольном расслаблении мышц (упражнения для мышц брюшного пресса в подостром периоде заболевания исключаются). Упражнения в произвольном расслаблении мышц снижают возбудительные процессы в ЦНС, способствуют ускорению процессов восстановления работающих мышц, понижают тонус не только мышц, участвующих в расслаблении, но (рефлекторно) и гладкой мускулатуры внутренних органов, в том числе желудка и кишечника, снимают спазм кишечника, привратника желудка и других сфинктеров.

Терапевтический эффект ЛГ будет значительно выше, если специальные физические упражнения будут выполняться группами мышц, получающими иннервацию от тех же сегментов спинного мозга, что и пораженный орган. Это упражнения с участием мышц шеи, трапециевидных, мышц, поднимающих лопатку, большой и малой ромбовидных, диафрагмы, межреберных мышц, передней стенки живота, подвздошно-поясничной, запирательной, мышц стопы и голени.

При заболеваниях органов пищеварения эффективность ЛГ во многом зависит от выбора исходных положений, позволяющих дифференцированно регулировать внутрибрюшное давление.

Наиболее часто применяются и.п. лежа с согнутыми ногами (на левом или правом боку, на спине); в упоре, стоя на коленях, стоя на четвереньках, стоя и сидя.

И.п. лежа рекомендуются в период обострения и непосредственно после обострения заболевания как наиболее щадящие, способствующие наименьшим функциональным сдвигам, обеспечивающие наилучшие условия для выполнения дыхательных упражнений (лежа на спине с согнутыми ногами), произвольного расслабления мышц. Эти исходные положения удобны для выполнения упражнений для мышц брюшного пресса и тазового дна.

Анатомо-топографические взаимоотношения желчного пузыря, общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки позволяют рекомендовать и.п. лежа на левом боку, стоя на четвереньках, при которых отток желчи по направлению к шейке пузыря и ампуле осуществляется под влиянием гидростатического давления. Дополнительно ускоряет отток желчи в этих исходных положениях повышение внутрибрюшного давления при полном дыхании с акцентом на диафрагму и некоторым участием мышц брюшного пресса.

И.п. стоя на коленях (на четвереньках) применяются при необходимости ограничить воздействие на мышцы живота, вызвать механическое перемещение желудка и петель кишечника; и.п. стоя и сидя используются для наибольшего воздействия на органы пищеварения.

ЛГ в водной среде проводится в бассейнах с пресной или минеральной водой. Упражнения выполняются из и.п. лежа с плавучими приспособлениями или у поручня, сидя на подвесном стульчике, стоя и в движении. Продолжительность занятия от 20 до 40 мин. Температура воды 24-26 °С. На курс лечения 12-15 процедур. Занятия проводят и индивидуальным или малогрупповым методом.

Терренкур на свежем воздухе тренирует и закаливает организм, нормализует психоэмоциональную сферу. Это естественное физическое упражнение - ходьба. Дозировать физическую нагрузку можно изменением дистанции, угла подъема, темпа ходьбы (прохождения заданной дистанции за определенный промежуток времени), числа остановок для отдыха и их продолжительности, применением дыхательных упражнений в период ходьбы и отдыха, назначением 1-2 или 3 прогулок в день, чередованием дней тренировок с днями отдыха.

Спортивные игры, с физиологической точки зрения, представляют собой сложные формы ациклической мышечной деятельности, существенно затрудняет их дозировку. Этот недостаток восполняется их высокой эмоциональностью. Игровая деятельность позволяет включать и использовать большие резервные возможности сердечно-сосудистой системы.

ЛГ применяют по прошествии острого периода заболевания. Следует осторожно выполнять упражнения, если они усиливают боли. Жалобы часто не отражают объективного состояния и язва может прогрессировать при субъективном благополучии (исчезновение болей и др.). В связи с этим при лечении больных следует щадить область живота и очень осторожно, постепенно повышать нагрузку на мышцы брюшного пресса. Можно постепенно расширять двигательный режим больного путем возрастания общей нагрузки при выполнении большинства упражнений, в том числе упражнений в диафрагмальном дыхании и упражнений для мышц брюшного пресса.

Занятия ЛГ сначала проводят применительно к постельному режиму. В первые занятия необходимо научить больного брюшному дыханию при небольшой амплитуде колебаний брюшной стенки. Эти упражнения, вызывая незначительные изменения внутрибрюшного давления, содействуют улучшению кровообращения и нежному массажу органов брюшной полости, уменьшению спастических явлений и нормализации перистальтики. Движения в крупных суставах конечностей выполняют сначала с укороченным рычагом и небольшой амплитудой. Можно использовать упражнения в статическом напряжении мышц пояса верхних конечностей, брюшного пресса и нижних конечностей. Поворачиваться в постели и переходить в положение, сидя необходимо спокойно, без значительных напряжений.

Продолжительность занятий ЛГ 8-12 мин.

При заметном стихании болей и других явлений обострения, исчезновении или уменьшении ригидности брюшной стенки, уменьшении болезненности и улучшении общего состояния назначают палатный режим (примерно через 2 нед. после поступления в стационар). Упражнения из и.п. лежа, сидя, стоя, в упоре стоя на коленях выполняют с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп (за исключением мышц брюшного пресса), с неполной амплитудой, в медленном и среднем темпе. Допускаются кратковременные умеренные напряжения мышц брюшного пресса в положении лежа на спине. Постепенно углубляется диафрагмальное дыхание.

Продолжительность занятий ЛГ 15-18 мин.

После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии назначают свободный режим. В занятиях ЛГ используют упражнения для всех мышечных групп (щадя область живота и исключая резкие движения) с возрастающим усилием из различных исходных положений. Включают упражнения с гантелями (0,5-2 кг), набивными мячами (до 2 кг), упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Диафрагмальное дыхание осуществляется с максимальной глубиной. Ходьба доводится до 2-3 км в день, ходьба по лестнице - до 4-6 этажей, желательны прогулки на открытом воздухе. Продолжительность занятия ЛГ 20-25 мин.

В условиях санаториев и курортов, где проходят лечение больные в период ремиссии, объем, и интенсивность занятий ЛГ увеличиваются: широко используют общеукрепляющие, дыхательные упражнения, упражнения на координацию движений, разрешают подвижные и некоторые спортивные игры (бадминтон, настольный теннис), эстафеты. Следует рекомендовать терренкур, прогулки, а зимой ходьбу на лыжах (маршрут должен исключать подъемы и спуски с крутизной, превышающей 15-20°; показан попеременный стиль ходьбы). В процедуре ЛГ исключают силовые, скоростно-силовые упражнения, статические усилия и напряжения, прыжки и подскоки, выполнение упражнений в быстром темпе.

##### Примерные схемы двигательных режимов

##### 1. Режим с малой физической активностью (щадящий).

Режим с малой физической активностью (щадящий) применяют для восстановления адаптации к нагрузкам расширенного режима; стимуляции обменных процессов; борьбы с застойными явлениями в брюшной полости; нормализации регенераторных процессов; положительного влияния на психо-эмоциональную сферу больных и умеренного повышения адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам. При щадящем режиме периоды отдыха преобладают над периодами нагрузки.

Содержание режима: предусматривают бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика проводится малогрупповым методом с малой нагрузкой, продолжительностью 10-15 минут, плотность занятия ЛГ 40-50%. ЛГ проводится малогрупповым методом или индивидуально, продолжительность 20-25 минут, плотность занятия - 50%. Дозированные прогулки по ровной местности протяженностью 0,5-1,5 км 1-2 раза в день с интервалом для отдыха не менее 1-2 часа, в темпе, свойственном динамическому стереотипу больного. Самостоятельные занятия физическими упражнениями 1-2 раза в день по 6-8 специальных упражнений. Малоподвижные игры (крокет, кегельбан) до 30 минут. Показания к назначению режима: заболевания желудочно-кишечного тракта в стадии затухающего обострения, плохое общее состояние (резкая слабость, утомляемость).

##### 2. Режим со средней физической активностью (щадяще-тренирующий).

**Цель**: восстановление адаптации к тренирующим нагрузкам. Регулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, нормализация вегетативных функций. Стимуляция обменных процессов, борьба с застойными явлениями в брюшной полости, улучшение регенеративных процессов.

**Содержание режима**: предусматривают бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика групповым методом с малой нагрузкой (продолжительностью 12-15 мин, моторной плотностью 50-60%). ЛГ со средней нагрузкой (продолжительностью 25-30 мин, 3-4 занятия в день по 5-10 минут). Дозированные прогулки в медленном и среднем темпе протяженностью 6 км и углом подъема до 10° 1-2 раза в день. Разрешается игра в крокет, кегельбан, городки, настольный теннис, бадминтон по упрощенным правилам с малой нагрузкой, в среднем до 40-60 минут. Спортивные упражнения (водный и зимний спорт) с малой нагрузкой, дозированная гребля, езда верхом, лыжные прогулки.

**Показания к назначению режима**: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в фазе полной ремиссии, 1-3 года после резекции желудка. Режим также показан больным, переведенным со щадящего режима.

##### 3. Режим с большой физической активностью (тренирующий).

**Цель**: поддержание работоспособности на максимально доступном уровне.

**Содержание режима**: в режиме дня предусматриваются бальнео- и физиотерапевтические процедуры. Утренняя гигиеническая гимнастика групповым методом со средней нагрузкой (15-20 минут, моторная плотность 60-70%). ЛГ с большой нагрузкой по специальной методике (30-45 минут, моторная плотность 60-70%). Самостоятельные занятия больных специальными упражнениями 3-4 раза в день. Дозированные прогулки в медленном темпе по маршрутам протяженностью от 10 до 20 км с углом подъема до 20°. Допускается участие в соревнованиях по упрощенным правилам. Спортивные упражнения (водный и зимний спорт) со средней нагрузкой. Физические нагрузки преобладают над покоем и отдыхом.

**Показания к назначению режима**: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта в фазе стойкой ремиссии при устойчивой компенсации функций. Режим назначают также больным, переведенным с щадяще-тренирующего режима, во вторую половину курса лечения при условии положительной динамики. Длительность пребывания больного на том или ином режиме движения не обусловлена определенным числом дней. С одного режима на другой больного переводит лечащий врач на основе благоприятных сдвигов в его клиническом состоянии с адаптацией сердечно-сосудистой системы и организма в целом к предшествующему режиму движения. Не обязательно назначать все формы ЛФК нового режима: тренирующий эффект может быть достигнут и при увеличении нагрузки только в одной форме ЛФК.

##### 4. Общетонизирующий тренирующий режим упражнений.

Назначают после исчезновения болей и явлений обострения при отсутствии жалоб на основные признаки проявления заболевания при общем улучшении состояния. Сроки назначения - через 20-26 дней.

**Целевая установка**: восстановление адаптации больного к нагрузкам расширенного режима. Возрастающая стимуляция обменных процессов, воздействие на урегулирование процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, воздействие на нормализацию вегетативных функций. Борьба с застойными явлениями в брюшной полости. Содействие регенеративным процессам в желудочно-кишечном тракте.

**Содержание режима**: при относительном щажении области живота проводят тренирование силы и выносливости. Постепенно расширяется амплитуда движений в крупных суставах и углубляется дыхание до максимально возможного в каждом случае. Для борьбы с дискинезией толстого кишечника учащается смена исходных положений. Исключаются резкие движения.

Характеристика применяемых физических упражнений. Из исходных положений лежа, на боку и др. постепенно расширяют движения до полной амплитуды для крупных суставов в медленном и среднем темпе. Включают упражнения для всех мышц брюшного пресса, выполняющиеся в медленном темпе с ограничением амплитуды и с исключением резких движений.

Постепенно возрастает (примерно до 40-50% от мах.) и интенсивность выполнения упражнений на сопротивление для мышц плечевого пояса и межрёберных мышц с целью рефлекторного воздействия на органы пищеварения. Можно применять гантели весом до 2-4 кг, набивные мячи весом не более 2-3 кг, упражнения на спортивных снарядах. Для борьбы с застойными явлениями хороший эффект дается при диафрагмальном дыхании из различных исходных положений, которое доводится до большой глубины, чередующееся с грудным и полным дыханиями; помогает также более частая смена и.п., упражнений, игр и нагрузок при их усложнении. Постепенно в занятия включаются усложняющиеся упражнения на внимание. Плотность занятий при этом остается не выше среднего.

Ходьба доводится до 4-5 км в день. При общем хорошем самочувствии и отсутствии болей разрешаются игры с мячом (волейбол и др.) с учетом индивидуальных реакций продолжительностью не более 25-35 минут. Включение в курс различного вида игр способствует поддержанию интереса и повышает продукцию положительных эмоций при общей физической нагрузке.

В процессе всего курса следует указывать пациенту на положительные сдвиги, достигнутые в его состоянии и физическом развитии, внушать, что нарушения со стороны желудка незначительны и легко поправимы (психологическое воздействие).

ЛФК эффективна только при условии длительного, систематического проведения занятий с постепенным увеличением нагрузки как в каждом из них, так и на протяжении всего курса. Ниже приведена таблица примерного построения занятия для стадии ремиссии язвенного процесса.

Строгая последовательность в увеличении нагрузки и её индивидуализация являются основными условиями при проведении всех занятий. При этом должно учитываться состояние, реакция занимающихся, особенности клинического течения, сопутствующие заболевания и физ.подготовленность учащихся.

Важно и другое: занимаясь физическими упражнениями, больной сам активно участвует в лечебно-оздоровительном процессе, а это благотворно воздействует на его психо-эмоциональную сферу.

##### Схема процедуры ЛГ для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии в условиях санаторно-курортного лечения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Содержание раздела | Дозировка, мин | Задачи раздела, процедуры |
| 1. | Ходьба простая и усложненная, ритмичная, в спокойном темпе | 3-4 | Постепенное втягивание в нагрузку, развитие координации |
| 2. | Упражнения для рук и ног в сочетании с движениями туловища, дыхательные упражнения в положении сидя | 5-6 | Периодическое повышение внутрибрюшного давления, усиление кровообращения в брюшной полости |
| 3. | Стоя упражнения в метании и ловле мяча, перебрасывание медбола (до 2 кг), эстафеты, чередование с дыхательными упражнениями | 6-7 | Общефизиологическая нагрузка, создание положительных эмоций, развитие функции полного дыхания |
| 4. | Упражнения на гимнастической стенке типа смешанных висов | 7-8 | Общетонизирующее воздействие на центральную нервную систему, развитие статико-динамической устойчивости |
| 5. | Элементарные упражнения лежа для конечностей в сочетании с глубоким дыханием | 4-5 | Снижение нагрузки, развитие полного дыхания |

Занятия имеют и воспитательное значение: больные привыкают систематически выполнять физические упражнения, это становится их повседневной привычкой. Занятия ЛФК переходят в занятия общей физкультурой, становятся потребностью человека и после выздоровления.

##### Литература:

1. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни желудка и 12-ти перстной кишки. - М.: Медицина, 1988.
2. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. - М.: Медицина, 1990.
3. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. Институтов / Под ред. В.А. Епифанова, Г.А. Апанасенко. - М.: Медицина, 1990.
4. Лечебная физкультура: Справочник / Под ред. В.А. Епифанова - М.: Медицина, 1988.
5. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой.- М.: Медицина, 1995.