

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования « Красноярский государственный медицинский
Университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого « Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Миинздрава России



Кафедра физической и реабилитационной медицины с курсом ПО
Заведующий кафедрой : ДМН, профессор – Можейко Елена Юрьевна
Реферат на тему : Физиотерапевтическое лечение при гастрите.

Выполнил: Клинический ординатор

Сыч Ольга Игоревна

Проверил преподаватель: КМН, Доцент

Зубрицкая Е.М.

Красноярск 2023 г.

Оглавление:

1. Введение
2. Определение
3. Этиология заболевания
4. Типы гастрита с патогенетической позиции
5. Классификация и симптомы заболевания
6. Медикаментозное и немедикаментозное лечение
7. Физические методы лечения и методика проведения при гастрите
8. Санаторно-курортное лечение (показание и противопоказание)
9. Физиопрофилактика
10. Заключение
11. Список использованной литературы

Введение:

Природные и преформированные методы физиотерапии широко используются в лечении больных с гастроэнтерологическими заболеваниями. Исследования последних лет убедительно показали благоприятное действие физической терапии на основные патогенетические механизмы заболеваний пищеварительной системы. При правильном выборе и назначении в дозировках, адекватных стадии заболевания, физические факторы оказывают системное воздействие на организм пациента, способствуют нормализации функционального состояния центральной нервной системы, эндокринной и иммунной систем. Физиотерапия уменьшает воспалительные явления, вызывает обезболивающий эффект, усиливает микроциркуляцию, способствует устранению гипоксии тканей, тем самым улучшая трофику пораженных органов. Лечебный эффект, возникающий при однократном воздействии физическим фактором, закрепляется и суммируется последующими процедурами. Важно отметить, что для физиотерапии характерно длительное последствие, вследствие чего полученные положительные клинические результаты сохраняются на протяжении нескольких месяцев. Основными элементами лечебного комплекса при заболеваниях пищеварительной системы являются питьевые минеральные воды, бальнео и грязелечение, аппаратная физиотерапия. Все это в совокупности с диетотерапией и лечебной гимнастикой дает выраженный лечебный эффект, сохраняющийся длительное время. По данным гастроскопического исследования, в поликлинике рецидивы язвенной болезни, в течение 1-го месяца после выписки больных из стационара, снизились с 10 до 5 %.

Хронический гастрит (гастродуоденит)

это заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки, проявляющееся длительным воспалением слизистой оболочки данных органов пищеварения. Течение волнообразное в виде обострений и длительных ремиссий.

Этиология заболевания:

Среди причин ХГ выделяют экзогенные и эндогенные.

К экзогенным причинам относят :

1. нарушения качественного и количественного состава пищи,
2. режима и ритма питания,
3. механические и термические раздражители,
4. острые и хронические стрессы,
5. неблагоприятные профессиональные факторы (пары кислот и щелочей, угольная, хлопковая и другая пыль и т.д.),
6. злоупотребление алкоголем и его суррогатами (цитотоксическое действие),
7. лекарственные раздражители (нестероидные противовоспалительные агенты, препараты калия, некоторые антибиотики, гликозиды),
8. Курение ,
9. инфицирование слизистой оболочки преимущественно антрального отдела желудка геликобактером.

К эндогенным причинам относят :

1. сопутствующие заболевания гепатодуоденопанкреатической зоны,
2. ослабление локального иммунитета,
3. обменно-эндокринные нарушения,
4. тканевую гипоксию при сердечной недостаточности, портальную гипертензию,
5. пищевую аллергию .

Типы гастрита:

С патогенетических позиций выделяют несколько основных типов ХГ:

Хронический гастрит типа А — аутоиммунное заболевание, обусловленное генетическими факторами, связанное с антигенами гистосовместимости HLA-B8, DK-3 и DK-4. Отчетливо прослеживается семейный характер болезни, а также связь с рядом аутоиммунных эндокринопатий (болезнь Хасимото, сахарный диабет I типа, анемия Аддисона—Бирмера). Инициаторами аутоиммунного воспаления являются антитела к обкладочным клеткам, у которых денатурируется белок, развивается сенсibilизация иммуноцитов, клеточная реакция в виде лимфоцитарного инфильтрата. Участвующие в воспалении плазмоциты являются носителями антител, разрушающих соседние клетки. Особенностью ХГ типа А является изначально направленный процесс атрофии, с прогрессирующим уменьшением числа обкладочных клеток, преимущественная локализация в дне и теле желудка, раннее падение регенераторного потенциала, проявляющееся резким снижением выработки соляной кислоты и внутреннего фактора Касла. В результате атрофии слизистой оболочки тела желудка и гибели главных желез происходит стойкое снижение секреторной функции желудка, отличительной особенностью которой является резистентность к стимуляции. Такая форма гастрита может быть инициирована какими-либо внешними факторами, но затем в патогенетическую цепь обязательно включаются аутоиммунные механизмы, которые у генетически детерминированных пациентов приводят к прогрессированию и «закреплению» заболевания. Этот вид ХГ часто сочетается с пернициозной анемией и раком желудка.

Хронический гастрит типа В нередко начинается в молодые годы с поверхностных изменений слизистой оболочки в антральном отделе, с последующим углублением морфологических изменений, нарастанием лимфоплазмоцитарной инфильтрации в собственном слое, формированием лимфоидных фолликулов, эрозий или метаплазии эпителия по кишечному типу. Именно при ХГ типа В почти в 100 % случаев причиной заболевания является *Helicobacter pylori*, который разлагает мочевины до углекислого газа и аммиака. Аммиак угнетает митохондриальное окисление, замедляет клеточное деление, оказывает прямое цитотоксическое действие. Протеазы и фосфолипазы А и С нарушают мицелярную структуру и вязкость желудочной слизи, открывая доступ непосредственному действию микроба на эпителиальный слой желудка, приводящему к его разрушению. Одновременно образуется активный медиатор воспаления — фактор агрегации тромбоцитов, вызывающий расстройства местного кровообращения, ишемию и эрозии слизистой оболочки.

Хронический гастрит типа С — по существу токсико-химическая форма болезни, которую подразделяют на рефлюкс-гастрит и ятрогенный гастрит. При рефлюкс-гастрите

имеет место дуоденогастральный рефлюкс с забросом кишечного содержимого в просвет желудка вместе с желчью, богатой лизолецитином и желчными кислотами — детергентами, оказывающими токсическое (мембранолитическое) воздействие на эпителиальные клетки. Наряду с этим происходит изменение липидов стенок эпителиоцитов и разрушение слизисто-бикарбонатного барьера. При ятрогенном гастрите основным этиологическим фактором является раздражение слизистой оболочки желудка медикаментозными препаратами, чаще поражается антральный отдел.

Симптомы заболевания в период обострения зависят от кислотности желудочного сока.

При секреторной недостаточности больные жалуются на тяжесть и боли ноющие характера в подложечной области, чувство переполнения желудка во время еды, тошнота, срыгивание, отрыжка чаще воздухом. Из-за желудочного дискомфорта некоторые больные сдерживают себя в еде, что приводит к исхуданию. При пальпации желудка отмечается умеренная болезненность в подложечной и пилородуоденальной области.

Гастрит с повышенной кислотностью в основном встречается в молодом возрасте. Помимо болевого синдрома у больных появляются изжога после еды, отрыжка кислым, склонность к запорам. Часто хронический гастрит сочетается с гастродуоденитом — воспалением слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Медикаментозное и немедикаментозное лечение

При множестве вариантов лечение хронического гастрита не может быть сведено к какой-либо одной схеме.

Используют немедикаментозные методы:

Диета должна быть механически и химически щадящей. Рекомендуется соблюдать режим и ритм питания — не реже 4—5 раз в день. В последние годы в гастроэнтерологии существует положение о целесообразности индивидуальных рекомендаций по приему пищи без строгих диетических ограничений в ее составе, но благоприятно переносимой пациентом.

Медикаментозная терапия включает следующие меры:

1. Эрадикация *Helicobacter pylori* состоит из сочетания трех (1 или 2 антибиотиков, производных имидазола и блокатора протонной помпы) или четырех (дополнительно включающая пленкообразующее средство) препаратов, мер по снижению факторов агрессии (преимущественно при гиперацидных гастритах),
2. Антацидов (наилучшим вариантом являются вещества, содержащие альгиновую кислоту, которая образует пенную антацидную взвесь, плавающую на поверхности желудочного содержимого и при рефлюксе оседающую на стенке пищевода),
3. Антисекреторных препаратов (H₂-гистаминоблокаторов — ранитидина, фамотидина и др. и блокаторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол и др.),
4. Холинолитиков (метацин, атропин и др.).

5. Для повышения факторов защиты слизистой оболочки желудка используют пленкообразующие препараты (де-нол, сукральфат), некоторые антисекреторные препараты (ранитидин, фамотидин), синтетические аналоги простагландина E1 . •
6. Для нормализации моторики желудка применяют при рефлюксах прокинетики (мотилиум, метоклопрамид) или при усиленной перистальтике спазмолитики (ношпа, дюспаталин).
7. Для улучшения обменных и репаративных процессов в слизистой оболочке назначают солкосерил, трентал и др.
8. Нормализацию нейровегетативного статуса осуществляют за счет седативных средств, транквилизаторов и др.
9. Заместительная секреторная терапия или стимуляция секреции требуется при атрофических формах ХГ — используют препараты кальция, лимонной и янтарной кислоты, горечей, при рефрактерной стимуляции ахлоргидрии — разведенную соляную кислоту.
10. При реактивных гастритах показана терапия основного заболевания.

Физические методы лечения при гастрите

Цель физиотерапии — купирование воспаления слизистой оболочки желудка и восстановление его секреторной функции. Физические методы лечения применяют для восстановления нарушенной секреторной функции желудка, активации нейрогуморальной регуляции секреторной и моторной функций), купирования воспаления слизистой оболочки (противовоспалительные методы), восстановления нарушенной структуры (репаративно-регенеративные методы) и местного иммунитета (иммуномодулирующие методы).

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 секретообразующую функцию желудка и двенадцатиперстной кишки (как в сторону увеличения, так и торможения этих функций), оказывать выраженное обезболивающее, противовоспалительное действие

При повышенной секреторной функции желудка:

1. Гальванизация желудка. Методика расположения пластинчатых электродов поперечная: анод — на пилородуоденальную область, катод — на спину. Сила тока 5–8 мА. Физические факторы в комплексном лечении и реабилитации больных продолжительность воздействия 15–20 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.
2. Электрофорез но-шпы, папаверина, платифиллина внутриорганным методом. Разовую дозу водного раствора препарата больной принимает внутрь. Процедуру гальванизации выполняют по вышеописанной методике (п. 1). Курс лечения 10 сеансов.
3. ДМВ-терапия. Цилиндрический излучатель аппарата «Волна-2» устанавливают над пилородуоденальной и эпигастральной областью, зазор 5 см, мощность 30–50 Вт. Продолжительность воздействия 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 12 процедур.

4. Амплипульстерапия. Пластинчатые электроды располагают поперечно на эпигастральную область — спину. Синусоидальный ток частотой 70–90 Гц, глубина модуляции 50–70 %, длительность посылок 1,0–1,5 с. Сила тока 20–30 мА. Продолжительность воздействия при роде работы III и IV по 5 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

5. Парафиновые аппликации на желудок. Температура парафина 48–50 °С. Продолжительность 20–30 мин ежедневно. Курс лечения 10–15 процедур.

6. ИК-излучение на область спины креслом «Гравитон». Температура 40 °С. Продолжительность воздействия 20–30 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур;

При пониженной кислотообразующей функции:

1. Гальванизация желудка. Методика расположения пластинчатых электродов поперечная: катод — на переднюю брюшную стенку, анод — на спину. Сила тока 10–12 мА. Продолжительность воздействия 20–30 мин ежедневно. Курс лечения 12 процедур.

2. Амплипульстерапия. Пластинчатые электроды располагают поперечно на эпигастральную область — спину. Параметры тока: синусоидальный ток частотой 10–30 Гц, глубина модуляции 75–100 %, длительность посылок 5–6 с. Сила тока 20–30 мА. Продолжительность воздействия при III роде работы 3 мин, при II роде работы — 10 мин ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.

3. Диадинамотерапия желудка. Методика расположения пластинчатых электродов поперечная: катод — на брюшную стенку в области желудка, анод — на спину. Двухполу Глава 15. Заболевания органов пищеварения 361 периодным током воздействуют в течение 1 мин; током, модулированным короткими периодами, — 2 мин; током, модулированным длинными периодами, — 3 мин; током «ритм-синкопа» — 3 мин. Сила тока 10–20 мА, процедуры ежедневно. Курс лечения 12 процедур.

4. Импульсная магнитотерапия на эпигастральную область. Аппарат: АМТ2-«АГС». Частота импульса 0,5 Гц, интенсивность 400–600 мТл. Продолжительность воздействия 10–15 мин. Курс лечения 10 процедур.

5. УФ-облучение передней брюшной стенки и спины. Проводится по зонам площадью 400 см². Доза: 2–3 биодозы на каждый участок. Процедуры проводят через 1–2 дня. Курс лечения 5–6 облучений.

6. Грязевые аппликации на желудок. Температура лечебной грязи 40–42 °С. Продолжительность 20–30 мин. Курс лечения 12 процедур.

Санаторно-курортное лечение:

Больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью вне фазы обострения, а также с сохраненной и повышенной секрецией, хроническим гастродуоденитом вне фазы обострения направляют на бальнеолечебные и климатобальнеолечебные курорты (Ессентуки, Пятигорск, Шмаковка, Кульдур, Боржоми, Друскининкай, Лазаревское, Семигорск, Железноводск, Карлови-Вари, Рогашка, Баден-Баден, Виши). Они нормализуют процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга, повышают тонус подкорковых структур и центров вегетативной нервной системы, усиливают

ангиогемодинамику головного мозга, повышают психоэмоциональную сферу, интеллектуальную деятельность и физическую работоспособность.

Противопоказаниями к направлению на лечение являются:

- ригидный и гипертрофический гастрит (болезнь Менетрие),
- гиперпластические изменения слизистой оболочки желудка (при невозможности исключить злокачественное перерождение),
- полипоз желудка (2 полипа и более),
- одиночные кровоточащие полипы желудка;
- аденоматозные полипы на широком основании размерами 1 см и более с тенденцией к росту в течение последнего года,
- осложнения после операций на желудке (незаживающий послеоперационный рубец, свищи,
- синдром приводящей петли,
- послеоперационный панкреатит,
- демпингсиндром тяжелой степени,
- атония культи желудка,
- обострение послеоперационного гастрита,
- холецистита,
- гепатита,
- тяжелая форма постваготомической диареи.

У больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью вне фазы обострения улучшение состояния после санаторно-курортного лечения характеризуется исчезновением диспепсических расстройств, болей, расстройств стула, возможностью расширения диетического режима, появлением свободной соляной кислоты в желудочном соке (при функциональной ахилии), уропепсиногена в моче (при исходном его отсутствии) и восстановлением моторной функции желудка; стойкое улучшение — сохранением ремиссии на протяжении года по клиническим и эндоскопическим признакам; ухудшение — усилением диспепсии, метеоризма, нарушением стула, ухудшением самочувствия.

Улучшение состояния больных хроническим гастритом с сохраненной и повышенной секрецией вне фазы обострения проявляется в исчезновении болей, диспепсических проявлений, изжоги, значительном снижении пальпаторных болей в эпигастрии, расширении диеты и отказе от медикаментов, улучшении вегетативной регуляции функций по данным орто- и клиностатической проб и восстановлении кислотообразующей и моторной функций желудка. Уменьшение всех или некоторых

симптомов заболевания с сохранением ремиссии на протяжении года по клиническим и эндоскопическим признакам свидетельствует о стойком улучшении, а усиление болей, диспепсии и необходимость медикаментозного лечения — об ухудшении состояния больных.

Физиопрофилактика

Направлена на повышение местного иммунитета и неспецифической резистентности организма, а также предупреждения прогрессирования и купирования основных проявлений заболевания в постклинический период путем восстановления секреторной функции желудка (секретокорректирующие методы), активации вегетативной регуляции (вегетокорректирующие методы) и стимуляции местного иммунитета (иммуностимулирующие методы).

Заключение :

Данные методы физиотерапевтического лечения положительно оказывает действия на основные патогенетические механизмы пищеварительной системы. Физиотерапевтическое лечение оказывает обезболивающий эффект, улучшает трофику пораженных органов, уменьшает признаки воспаления.

Список используемой литературы:

- 1.«Физиотерапия и курортология» под редакцией В.М. Боголюбова том2,
- 2.«ПРАКТИЧЕСКАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ» А.А. Ушаков,
3. « Частная физиотерапия» под редакцией Г.Н. Пономаренко.