

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

імені Івана Боберського

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

“ЗАТВЕРДЖЕНО”

на засіданні кафедри фізичної терапії та ерготерапії

„31” серпня 2020 р. протокол № 1

Зав. каф _____ Л. М. Ціж

СТУПНИЦЬКА С. А.

ЛЕКЦІЯ 6

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У
ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ**

з навчальної дисципліни

«ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ У ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРИЇ»

для студентів

другого (магістерського) рівня вищої освіти

ступінь вищої освіти - Магістр

галузь знань 22 Охорона здоров'я

спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія

План

1. Зміни в організмі при захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ)
2. Вплив фізичних вправ на травлення
3. Клініко-фізіологічне обґрунтування застосування засобів фізичної реабілітації при захворюваннях органів травлення.
4. Покази та протипоки до призначення ЛФК.
5. Диференційований вибір засобів ЛФК залежно від порушень моторної та секреторної функцій травлення.
6. Фізична терапія при гастритах.
7. Фізична терапія при виразковій хворобі.
8. Фізична терапія при спланхонптозі.

При захворюваннях органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) спостерігаються зміни рухової, секреторної та усмоктувальної функцій. Патологічні процеси в різних відділах травного апарату перебувають у найтіснішому взаємозв'язку між собою й зумовлені порушенням нервової регуляції.

Ротова порожнина. При старінні відбуваються атрофічні зміни в ротовій порожнині. Зуби набувають жовтуватий відтінок, їх число зменшено: в літньому віці зберігається 12 зубів, в старечому - 4, у довгожителів - 2. В першу чергу втрачаються бічні зуби, а потім - передні. Деякі дослідники вважають, що здорові зуби не повинні випадати. При старінні зменшується обсяг ротової порожнини і обсяг слинних залоз, зникають ниткоподібні сосочки язика, атрофується м'яка і жувальна мускулатура, а також кістки лицьового черепа. Атрофія верхньої щелепи випереджає зменшення розмірів нижньої щелепи, що призводить до порушення прикусу, утруднення відкушування і жування.

Стравохід. При старінні відбуваються подовження і викривлення стравоходу (як наслідок збільшення кифозу грудного відділу хребта та розширення дуги аорти), атрофія секреторного епітелію, гладких м'язів і інтрамуральних сплетінь стравоходу, зниження тонуусу стравохідного сфінктера, що підвищує ймовірність розвитку рефлюксу (відрижки). При старінні утруднюється ковтання, що пов'язано з віковими змінами ядер стовбура мозку, зі зниженням секреції слини і атрофією ковтальної мускулатури.

Шлунок. При старінні відбувається атрофія слизової шлунка, його гладких м'язів і інтрамуральних сплетінь; знижується інтенсивність кровопостачання шлунка, що сам по собі підвищує швидкість розвитку атрофічних процесів у шлунку. В результаті цих змін знижується інтенсивність і обсяг секреції шлункового соку, зменшується загальна і вільна кислотність, певною мірою падає і концентрація пепсину. Моторна функція шлунка теж зменшується, у зв'язку з чим їжа тривалий час знаходиться у шлунку. Багато авторів вважають, що у літніх і старих людей спостерігається картина хронічного гастриту.

Підшлункова залоза. Атрофічні зміни в підшлунковій залозі починають розвиватися порівняно рано – після 40 років. Замість ацинозних клітин, які продукують компоненти панкреатичного соку, розростається сполучна і жирова тканина. Все це призводить до зниження секреції підшлункового соку, до зменшення вмісту і активності протеолітичних ферментів, ліпази і в меншій мірі амілази.

Тонкий кишечник. Загальна довжина кишечника з віком збільшується. За рахунок атрофії слизової (в тому числі зменшення числа й висоти мікроборсинок) і гладких м'язів, а також за рахунок розвитку в кишечнику замість молочнокислих бактерій патогенної (гнильної) мікрофлори, яка виділяє ендотоксини, порушуються мембранне травлення і всмоктування вуглеводів, амінокислот, жирних кислот, різних вітамінів.

Товстий кишечник. При старінні послаблюється моторна функція товстого кишечника, знижується прояв гастроколонального і дуоденоколонального рефлексів, що призводить до запорів і ускладнює акт дефекації.

Вплив фізичних вправ на травлення здійснюється за типом моторно-вісцеральних рефлексів. Під час виконання фізичних вправ аферентні імпульси надходять до кори великого мозку, створюючи новий осередок, домінанту, яка за законом негативної індукції сприяє загасанню «застійного осередку» і патологічної реакції на травну систему.

Фізичні вправи змінюють взаємодію процесів збудження і гальмування в ЦНС, удосконалюють і збільшують їх рухливість, що приводить до кращого впливу ЦНС на травні функції. Підвищується вплив кори великого мозку на підкіркові центри, внаслідок чого удосконалюється автономна регуляція травного апарату.

Зміна функціонального стану ЦНС і, зокрема, її вегетативного відділу **під впливом фізичних вправ** закономірно позначається на системі кровообігу. При цьому змінюється і кровопостачання органів черевної порожнини.

Відомо, що **при фізичному навантаженні** помітно зростає кровопостачання скелетної мускулатури, а кількість крові, що припливає до органів черевної порожнини, зменшується. Проте при виконанні легкого фізичного навантаження це компенсується поліпшенням венозного кровообігу, посиленням кровотоку в артеріальних судинах і лімфотоку, підвищенням утилізації кисню і поживних речовин, що сприятливо позначається на процесах травлення. Поліпшення функціонального стану органів ШКТ пов'язане також з активним впливом фізичних вправ на перебіг трофічних процесів і регенеративних потенцій тканини: ліквідується запальний процес, покращується живлення стінок шлунка і кишок, швидше загоюються виразки і тріщини, підвищується функціональна здатність й опірність їх до механічних впливів та інфекції. Особливу роль у цьому механізмі відіграє підвищення адаптаційно-трофічних функцій симпатичної нервової системи. Фізичне навантаження різного характеру й інтенсивності вибірково впливає на різноманітні функції травного апарату.

Установлено, що **інтенсивне м'язове навантаження** різко сповільнює нервову фазу шлункової секреції: зменшується загальна кількість шлункового соку, знижується його кислотність та іноді змінюється тривалість соковиділення. Механізм цих явищ залежить від центральних гальмівних впливів і перерозподілу крові, що відбуваються в момент м'язової діяльності.

Навпаки, **помірна робота** (наприклад, спокійна ходьба) стимулює соковиділення. Вплив фізичних вправ позначається і на моторній діяльності травного апарату.

Невелике фізичне напруження підсилює перистальтику шлунка, а сильне — сповільнює її. Подібна закономірність спостерігається і під час кишкової фази травлення. При застосуванні вправ із вираженим напруженням і різким підвищенням внутрішньочеревного тиску спостерігається пригнічення моторної функції. При виконанні фізичних вправ без зусилля, а також вправ у глибокому диханні рухова діяльність кишечника активізується. Помірного ступеня фізичні вправи стимулюють і процеси усмоктування.

Вплив фізичного навантаження залежить від періоду травного процесу й, отже, від стану травних центрів, який змінюється під час травлення. Так, протягом першої год після їди відбувається зниження умовних рухових рефлексів. Відновлення умовно-рефлекторної діяльності починається через годину і сягає максимуму лише на четверту годину після прийому їжі. Якщо взяти до уваги, що складнорефлекторна фаза (тривалість її сягає 1,5-2 год) здійснюється за участі головного рухового і секреторного нерва травної системи — блукаючого нерва, активність якого потребує зниження рухових реакцій, то стане зрозумілим, що виконання фізичного навантаження, особливо невдовзі після їди, порушуватиме природний хід травлення.

У зв'язку з цим **систематичне фізичне навантаження** безпосередньо після їди може стати причиною не тільки функціональних, але й органічних порушень травної системи. Дія блукаючого нерва починає помітно слабшати через 1,5-2 год після прийому їжі. Нейрогуморальна фаза, яка починається після того, визначається діяльністю автономної нервової системи шлунка, симпатико-адреналової та інших нейрогуморальних систем. Активізація симпатичної нервової системи, пов'язана з виконанням фізичного навантаження в цей період, не тільки не пригнічує, а навіть підсилює перебіг травного процесу. Це пояснює, чому фізичні навантаження (навіть дуже інтенсивні та тривалі) через 1,5-2 год після їди впливають на функції органів ШКТ.

Основними засобами фізичної терапії при різних захворюваннях органів травлення є лікувальна фізкультура, лікувальна гімнастика, загальнозміцнюючі вправи і дихальні вправи.

Основними завданнями лікувальної фізкультури є: оздоровлення організму і сприяння його зміцненню, стимулювання кровообігу в черевній порожнині, малому тазі, зміцнення м'язів черевного преса, нормалізація моторної, секретної,

всмоктувальної функції, запобігання застійних явищ в черевній порожнині, використання діафрагмального дихання, розвиток функцій повного дихання, надання позитивного впливу на психоемоційну сферу.

Показання для призначення ЛФК:

- хронічні гастрити з нормальною, підвищеною та зниженою секрецією;
- виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки;
- дискінезії жовчовивідних шляхів і хронічні холецистити;
- хронічні гепатити;
- хронічні коліти, в основному зі схильністю до запорів;
- спланхоптоз (опущення внутрішніх органів).

Протипоказання для призначення ЛФК:

- загальні;
- період загострення захворювання з вираженим больовим синдромом, блювотою і нудотою;
- ускладнений перебіг захворювання: кровотеча при виразковій хворобі шлунка і 12-палої кишки, виразковий коліт, прорив виразки, гострі перивісцерити (перигастрит, перидуоденіт).

Диференційований вибір засобів ЛФК залежно від порушень моторної та секреторної функцій травлення

Методика ЛФК при хронічних гастритах залежить від характеру секреторної діяльності.

Заняття ЛФК можна починати при затуханні симптомів подразнення шлунка, після стихання болю, припинення блювання і нудоти. У перші дні використовують загальнозміцнювальні вправи (переважно для інцівок) у поєднанні з дихальними. Не слід виконувати вправи для м'язів передньої черевної стінки, щоб не спровокувати загострення. При хронічних гастритах зі зниженою секреторною функцією навантаження має бути помірним. Застосовують загальнорозвиваючі вправи з невеликою кількістю повторень згідно з руховим режимом, а також ігри малої та середньої рухливості. Призначають і спеціальні вправи: для м'язів черевного преса (кількість цих вправ підвищують із настанням ремісії), вправи статичні та динамічні дихальні, ускладнені види ходьби. Вихідні положення важливі не тільки для регулювання навантаження, яке має залишатися помірним, але для впливу на внутрішньочеревний тиск. При виражених клінічних явищах гастриту лікувальну гімнастику виконують у положенні лежачи на спині, напівлежачи, сидячи; при стиханні болів і зменшенні диспептичних розладів — лежачи на спині та на боці, сидячи, стоячи, у ходьбі. На початку ремісії можна обережно включати вправи з

підвищенням внутрішньочеревного тиску і використанням вихідного положення лежачи на животі. Крім процедури лікувальної гімнастики, рекомендуються прогулянки, пішохідні екскурсії, плавання, лижі, ковзани та ін.

Разом з фізичними вправами або як самостійну процедуру проводять **масаж** передньої черевної стінки за ходом годинникової стрілки, використовуючи прийоми погладження, розтирання і розминання.

При хронічних гастритах з нормальною або підвищеною секреторною функцією вправи лікувальної гімнастики виконують у повільному темпі, ритмічно, обов'язково у поєднанні з дихальними вправами і вправами в розслабленні м'язів. Поступово включають вправи з більшим навантаженням: для середніх і великих м'язових груп із значною кількістю повторень, махові рухи, вправи з предметами. Протягом усього курсу лікування навантаження на м'язи черевного преса має бути обмеженим, щоб не стимулювати секрецію.

Процедуру лікувальної гімнастики при хронічних гастритах зі зниженою секреторною функцією здійснюють за 1,5-2 год до прийому їди і за 20-40 хв до пиття мінеральної води. Через 1,5-2 год після їди рекомендується ходьба. При хронічній або підвищеною секреторною функцією процедуру лікувальної гімнастики слід проводити між денними прийомами мінеральної води (її п'ють за 45 хв до їди) і за 15-20 хв до прийому їжі, тому що при такій послідовності мінеральна вода впливає на секрецію шлунка, або через 2 год після прийому їжі.

Фізична терапія при гастритах. Лікарняний етап терапії у хворих на хронічний гастрит (ХГ) застосовують у випадку вираженого загострення захворювання, а також з метою диференціальної діагностики з виразковою хворобою чи пухлиною шлунка.

На госпітальному етапі основними завданнями лікування є: диференціальна діагностика захворювання; активна медикаментозна терапія загострень захворювання з досягненням ерадикації *H. Pylori* або підбором замісної терапії (від типу гастриту); нормалізація функціонального стану шлунково-кишкового тракту (ШКТ); формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу, в тому числі відмова від шкідливих звичок, зміна режиму та характеру харчування. Після підтвердження діагнозу хронічного гастриту та ліквідації значного загострення (режим, дієта, медикаментозне лікування) пацієнт переводиться на амбулаторно-поліклінічний етап, який є основним для даної категорії пацієнтів.

На поліклінічному етапі хворі на ХГ перебувають під динамічним диспансерним спостереженням, контрольні огляди терапевтом та комплексні обстеження проводять кожних півроку. За показаннями хворим призначають консультації гастроентеролога, хірурга, проводять езофаго-гастро-дуоденоскопію, дослідження шлункового вмісту, рентгеноскопію шлунка, обстеження з клінічними аналізами крові, сечі, калу та ін. Пацієнтам дають рекомендації щодо режиму харчування, виключення вживання алкоголю та нікотину, проводять замісну терапію

або лікування антацидами залежно від типу гастриту. При загостренні захворювання або при підозрі на пухлину пацієнта направляють в стаціонар.

При відсутності протипоказань до санаторно-курортного лікування хворому рекомендують санаторно-курортне лікування на бальнеологічному або бальнеогрязевому курорті.

Хворих на гастрит із збереженою секреторною функцією шлунка слід направляти переважно в санаторії з маломінералізованими гідрокарбонатно-натрієвими вуглекислими водами (Поляна Квасова, Лужанська), зі зниженою секреторною функцією - в санаторії хлоридно-натрієвими водами середньої мінералізації (Нарзан кримський, Миргородська).

Якщо пацієнт не має змоги лікуватися в санаторії, слід максимально використати можливості **диспансерного етапу** (фізіотерапевтичне, бальнеологічне відділення поліклініки, місцевий санаторій або санаторій-профілакторій).

Фізіотерапія: призначають електросон, центральну електроаналгезію, транскраніальний електрофорез для відновлення порушеної кірково-підкіркової рівноваги та механізмів саморегуляції; солюкс, СМХ-, ДМХ-терапію, індуктотермію, ультразвук або фонофорез токоферолу ацетату на епігастральну ділянку для покращення трофіки та функціонального стану шлунка; загальне УФО за основною схемою та місцеве (на ділянку епігастрію), 2-3 біодози, через 2-3 дні, катодну гальванізацію шлунка тривалістю 10-15 хв з метою підвищення збудливості нервової системи та стимуляції секреції. З цією ж метою призначають діадинамотерапію (однотактними струмами) або ампліпульс-терапію (II-IV рід роботи) надчеревної ділянки.

Кліматотерапія: перебування на відкритому повітрі до 10 годин на добу; повітряні ванни в палаті при температурі повітря 20-22 °С; денний сон на свіжому повітрі до 2 год; сонячні ванни розсіяної радіації від 0,5 до 1,5 біодоз; обтирання морською водою, купання або плавання в літній п-10 хв при температурі води не нижче +20 °С. Зовнішня бальнеотерапія: загальні обливання та обтирання (температура води 30-25 °С, ванни перлинні, натрієвохлоридні, вуглекислі, мінеральні, хвойні, шавлієві температурою 36-38 °С, 8-10 хв, через день, 8-10 процедур на курс лікування; циркулярний, віялоподібний, дощовий душі температурою 35-37 °С, 2-3 хв, 8-10 процедур на курс лікування.

Теплолікування проводять залежно від фази загострення. Фаза нестійкої ремісії: грязьові, озокеритові, парафінові аплікації на епігастральну ділянку або передню черевну стінку та поперекову зону (при відсутності супутньої патології). Грязьові аплікації температурою 39-40 °С, тривалістю 20 хв, процедур на курс лікування.

Процедури індуктогрязетерапії на епігастральну ділянку проводять при слаботепловій дозі впливу, тривалістю 15-20 хв, через день 8-10 процедур на курс лікування. Фаза стійкої ремісії: проводять вищеперераховані теплові процедури

(озокеритові, парафінові, грязьові аплікації, індуктогрязі такого ж дозування), а також гальваногрязь або електрофорез грязьового віджиму на епігастральну ділянку. Бальнеопиттєве лікування проводиться залежно від ступеня порушення шлункової секреції:

Виражена секреторна недостатність: приймання мінеральної води (хлоридно-натрієвої середньої мінералізації) об'ємом від 50 до 100 мл 2 рази на добу в теплому вигляді за 20-30 хв до їди, поступово збільшуючи її об'єм до 200 мл тричі на добу. У хворих зі схильністю до проносів застосовують лише маломінералізовані води в обмеженій кількості. Помірна та незначна секреторна недостатність: застосовують той же тип мінеральної води, але в більшій кількості - 100-150 мл 2 рази на день, поступово нарощуючи її об'єм до 200-250 мл тричі на день за умови доброї переносимості процедури.

При вираженій **супутній атонії шлунка**, гастроптозі, які супроводжуються печією, а також при відсутності ерозивного гастриту показане зрошування шлунка теплою мінеральною водою 2 рази на тиждень (4-5 процедур на курс лікування).

Фізична терапія при виразковій хворобі. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки - хвороба, що має хронічну форму. Це захворювання схильне до рецидивів.

Головний показник захворювання поява дефекту (виразки) на слизовій оболонці стінки шлунка або дванадцятипалої кишки, виразка має тенденцію прогресувати і може спровокувати патологічні зміни як у дванадцятипалій кишці та шлунку, так і в багатьох інших органах травної системи. Можливе виникнення ускладнень, небезпечних для життя пацієнта.

На лікарняному етапі реабілітації основними завданнями лікування є: активна медикаментозна терапія загострень захворювання з досягненням ерадикації *H. Pylori*;

профілактика загострень захворювання та стабілізація ремісії;

нормалізація стану вегетативної нервової системи та ЦНС;

активна терапія порушень трофіки уражених відділів ШКТ (в зової шлунка);

нормалізація функціонального стану шлунково-кишкового тракту;

формування адекватної психологічної реакції хворого на хворобу, в т.ч. відмова від шкідливих звичок, зміна режиму та характеру харчування (дієтотерапія, психотерапія).

У **період загострення виразкової хвороби (ВХ)** хворого доцільно госпіталізувати на 7-10 днів, призначити напівліжковий режим, лікувальне харчування, а також медикаментозне лікування. Адекватна медикаментозна терапія

загострення ВХ має дуже важливе значення, оскільки її дієвість визначає тривалість і ефективність ремісії.

Лікувальна фізкультура головним чином проводиться у вигляді ранкової гігієнічної та лікувальної гімнастики. Вправи, які включаються у лікувальний комплекс, повинні знижувати збудливість ЦНС, помірно посилювати моторику шлунка та дванадцятипалої кишки. Значні фізичні навантаження, вправи, які виконуються у швидкому темпі, а також вправи, які значно напружують черевний прес, до наступлення стійкої ремісії протипоказані.

Фізіотерапія. У фазі загострення процесу хворим, особливо при наявності порушень функцій вегетативної нервової системи, розладів сну, рекомендують електросон, рефлексотерапію, КВЧ-терапію. Ефективно зменшує больового синдрому та має значний трофічний, протизапальний, регуляторний вплив електрофорез новокаїну з анода, розміщеного в епігастральній ділянці; загальний бромелектрофорез; ампліпульстерапія; діадинамотерапія. Виражений протизапальний та репаративно-регенераторний вплив має УВЧ-терапія (в загостренні застосовують субтермічні, слаботеплові дозування). Ультразвук показаний в невеликих дозах за лабільною методикою на надчеревну ділянку, причому перед процедурою пацієнт повинен випити 1-2 склянки води для відтискання газового міхура у верхні відділи шлунка. Вплив проводять у положенні пацієнта сидячи або стоячи. Останнім часом застосовується опромінення низькоенергетичним лазерним випромінюванням ділянки епігастрію, а також дефекту слизової безпосередньо через світловод фіброскопа.

Хворим з неускладненою виразковою хворобою у фазі затухаючого загострення починають призначати ДМХ-терапію епігастрально та на ділянку щитоподібної залози, парафінові, озокеритові аплікації ї на проекцію шлунка, що має значний трофічний, репаративний вплив.

Локалізація виразки у тілі шлунка потребує онкологічної настороженості з боку лікаря. Тому перед тим, як застосовувати фізичні фактори, необхідно провести гастроскопію шлунка з прицільною біопсією. При підозрі на малігнізацію виразки фізіотерапевтичне лікування не проводиться. Якщо ж виразка шлунка безперервно рецидивує і протягом року тенденції до рубцювання не відбувається, необхідно вирішити питання планового хірургічного лікування.

Поліклінічний етап терапії. Основним завданням диспансерно-поліклінічного етапу є досягнення і підтримання повної стійкої ремісії. Для досягнення цієї мети хворі на ВХ дванадцятипалої кишки перебувають під динамічним диспансерним спостереженням протягом п'яти років за відсутності загострень і постійно - коли загострення спостерігаються або хворий має виразку шлунка. Контрольні огляди та комплексні обстеження хворих проводять кожних півроку.

Загальна програма фізичної терапії хворих на ВХ на поліклінічному етапі включає:

1. Режим праці і відпочинку (звільнення від нічних змін та відряджень).
2. Здоровий спосіб життя, ліквідацію шкідливих звичок та стресових ситуацій.
3. Психотерапію, особливо хворих з невротичними розладами.
4. Дієту з 4-5-разовим щоденним харчуванням протягом року.
5. ЛФК - загальнозміцнювальна гімнастика.
6. Масаж сегментарних зон.
7. Курси протирецидивного лікування весною і восени.
8. Санацію порожнини рота, при потребі - протезування зубів. Застосування фізичних факторів - електросон, КВЧ-, ДМХ-терапія, ультразвук, лужні мінеральні води (пляшкові).

11. Працетерапію - роботи на свіжому повітрі (присадибна ділянка, город). вання або розвиток ускладнень (пенетрація, перфорація або малігнізація виразки, кровотеча, розвиток стенозування пілоричного відділу шлунка) потребує госпіталізації пацієнта в гастроентерологічний або хірургічний стаціонар. У випадку стійкої часткової або повної втрати працездатності хворого направляють на лікарсько-трудова експертизу.

Під час диспансерного спостереження проводять відбір і хворих на неускладнену ВХ в період затухаючого загострення та ремісії направляють на бальнеологічні (бальнеопитні) або бальнеогрязьові курорти.

Фізична терапія при захворюваннях кишечника.

Лікувальну фізкультуру застосовують при хронічних колітах, ентероколітах, дисфункціях кишечника, що супроводжуються запорами, тобто при захворюваннях із вираженими порушеннями моторної функції кишечника.

Протипоказана ЛФК при різкому загостренні хронічного ентериту і коліту, виразковому коліті з кровотечами, вираженій діареї, гострих перипроцесах. Завдання ЛФК: нормалізація нейрогуморальної регуляції травлення; ліквідація запального процесу, поліпшення крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини і малого таза; нормалізація секреторної, усмоктувальної та моторно-евакуаторної функції кишок; регуляція внутрішньочеревного тиску, зміцнення м'язів живота і тазового дна; поліпшення психоемоційного стану.

Ефективність ЛФК багато в чому залежить від вибору вихідного положення. При вертикальному положенні внутрішньочеревний тиск у нижніх відділах живота підвищений, а у піддіафрагмальній ділянці утворюється потенційний простір із негативним тиском. Тиск у прямій д. ст., а у сидячому положенні — 30-32 см вод. ст., тимчасом як у горизонтальному положенні він не перевищує 0-5 см вод. ст. У положенні сидячи і стоячи тиск також підвищений у сліпій і сигмоподібній кишках.

При вертикальному положенні тулуба просування кишкових газів ускладнюється їх скупченням у місцях із меншим тиском, тобто у більш високо розташованих відділах товстої кишки, створюються додаткові труднощі у відновленні еної моторно-евакуаторної функції кишки.

При переході в горизонтальне положення внутрішні органи переміщуються догори, а в нижніх відділах черевної порожнини тиск наближається до негативного. У горизонтальному положенні всі відділи товстої кишки розташовуються на одному рівні, завдяки чому створюються сприятливі умови для евакуації кишкових газів і нормалізації рухової діяльності кишечнику.

Усуненню спастичних явищ сприяють положення, що супроводжуються значним зниженням внутрішньочеревного тиску (наприклад, стоячи на чотирьох кінцівках). Виконання у вихідному положенні лежачи на спині та стоячи на чотирьох кінцівках вправ на розслаблення м'язів і глибоке дихання допомагають усунути спастичні явища у кишечнику. Вправи загального впливу на організм і спеціальні вправи (для м'язів передньої черевної стінки, спини, тазового дна, на розслаблення, стрибки, підскоки), що позитивно впливають на орну функцію кишок, добирають з урахуванням особливостей перебігу патологічного процесу. Побудова методики занять визначається в першу чергу видом порушення моторики.

При хронічних колітах, що проявляються спастичними запорами, обмежується застосування вправ із навантаженням на черевний прес і вправ, у яких є виражений момент зусилля (наприклад, піднімання й опускання прямих ніг у положенні лежачи), оскільки вони посилюють спастичний стан кишечнику. Широко використовують вправи на розслаблення з діафрагмальним диханням, вправи для верхніх і нижніх кінцівок. Переважні вихідні положення — лежачи на спині з зігнутими в колінних і тазостегнових суглобах ногами, напівлежачи з опущеними ногами, що сприяють розслабленню передньої черевної стінки. З нормалізацією рухової функції кишечнику обережно вводять вправи для м'язів живота і тазового дна, вправи з предметами, дозовану ходьбу, плавання, малорухливі ігри.

Фізичне навантаження — нижче середньої інтенсивності; підвищення його — повільне, з урахуванням стану хворого та його адаптивних реакцій. Рекомендується розслаблювальний масаж: спочатку сегментарний (сегменти D 6 - D9 праворуч і D 0 - Dn ліворуч), потім — передньої черевної стінки легкими колоподібними вібраційними погладженнями.

Дуже ефективним є точковий масаж. При атонії кишечнику на заняттях лікувальною гімнастикою слід робити акцент на вправах для м'язів живота у поєднанні з силовими елементами, вправах зі струсом тіла (підскоки, стрибки) та для м'язів спини (повороти, нахили, згинання тулуба). Рекомендується часта зміна вихідних положень, з яких виконуються загальнорозвиваючі вправи; середній і швидкий темп виконання. Навантаження швидко доводити до середнього і вище за середнє.

Важливо стежити за правильним поєднанням вправ і дихання. Крім занять лікувальною гімнастикою, застосовують пішохідні прогулянки, біг, плавання, дозовану їзду на велосипеді, спортивні ігри та ін. Масаж живота має бути активним і глибоким.

Фізична реабілітація при спланхонптозі. Спланхноптоз – опущення внутрішніх органів.

Захворювання пов'язане зі слабкістю мускулатури і зв'язкового апарату, які утримують внутрішні органи в нормальному положенні. Недостатність м'язів і зв'язок може бути вродженою чи обумовленою конституціональною астеною. Придбана недостатність м'язово-зв'язкового апарату виникає внаслідок ослаблення і переростягнення зв'язкового апарату і м'язів черевного преса. Цьому можуть сприяти значне схуднення, численні пологи у жінок, постійне фізичне перенапруження (наприклад, важка фізична праця, силові види спорту та ін.) В результаті гіпотонії м'язів, оточуючих черевну порожнину і тазове дно, порушується їх підтримуюча функція: шлунок, кишечник і тазові органи зміщуються вниз, а зв'язки, які утримують їх, перерозтягуються.

Головна мета ЛФК – створити міцний м'язовий корсет. М'язи зміцнюють тільки фізичні вправи. Активізація м'язів його підтримуючу функцію: під час роботи м'язів відбувається своєрідний масаж органів черевної порожнини, що стимулює моторну та секреторну функцію, підвищує активність перетравлення та всмоктування їжі, активізує активність кишківника. Внаслідок цього припиняються нудота, відрижка, закрепи.

Головним елементом комплексно-функціонального методу є спеціально розроблена ЛГ, яка складається із вправ, спрямованих на зміцнення всього нервово-м'язового апарату, але з вираженими акцентами на залучення м'язів черевного преса, тазового дна та активацію функціональної діяльності шлунка і кишківника.

Перевагу віддають таким вправам, при виконанні яких органи черевної порожнини зміщуються до ьовий синдром, зловикісні утворення, тяжкий загальний стан. Протипоказані хворим стрибки, біг, вправи на розтягування, вис, вправи із струсами тіла, нахили у В.П. стоячи, вправи з медичним болем, булавами. При ходьбі на місці не слід робити ривків, але піднімати зігнуту ногу якомога вище і м'яко опускати її донизу. Темп - повільний.

Найвигідніше ВП для вправ ЛГ на початку лікування – лежачи на спині. Хворі відчувають себе ще краще, коли лежачи на кушетці нижній кінець підняти на 10-12 см. Таке створює умови для іншого розподілу тиску: внизу черевної порожнини він стає від'ємним, а вгорі - позитивним. Велику увагу слід приділяти виробленню правильної постави, бо від неї також залежить розміщення внутрішніх органів. Заняття краще проводити індивідуальним методом. Дуже важливо, закінчуючи вправу, виконувати її на подовженому видихові, щоб залучити до роботи м'язи

нижньої частини черевного преса. ЛГ проводиться двічі на день: перед сніданком та о 18 годині.

До повного одужання, яке настає не раніше, як через 3-5 місяців хворий не може піднімати важких речей, бігати, стрибати. Хворим рекомендується після прийняття їжі відпочинок у ліжку протягом 30-60 хв., а щоб їжа легше переходила з шлунка в кишки, лежати треба більше на правому боці.

Істотну користь у зміцненні м'язів черевного преса дає масаж живота і поперека. Масаж доповнює ЛГ, сприяючи поліпшенню підтримувальної функції черевного преса, крово- та лімфообігу, зменшенню застійних явищ у органах травлення. Масажують тільки нижню частину живота, усі рухи (погладження, спіралеподібне розтирання, поштовхоподібні рухи зігнутими пальцями, розминання ребром долоні) роблять тільки зліва направо, за ходом товстої кишки. Крім того, рекомендується плавання, пішохідні прогулянки, веслування, лижі, малорухливі ігри, вібраційний масаж живота, трудотерапія, пов'язана з роботою м'язів ніг і яка має відношення до підсилення м'язів живота.

Найважливішим найшвидшим результатом лікування є поліпшення самопочуття хворого, припинення болю, зникнення відрижки, нудоти, нормалізація випорожнень та лення. При адекватному лікуванні гастроптозу через 3 місяці від початку терапії нижня границя шлунку піднімається на 1-1,5 см, що підтверджується Рологічно, нормалізується і його евакуаторно-моторна функція. Збільшення маси тіла хворих на птоз - дуже бажаний і добрий об'єктивний показник.

Профілактика спланхноптозу:

- а) організація правильного фізичного виховання дітей;
- б) дотримання гігієни праці та відпочинку, харчування дорослих;
- в) загартування і зміцнення організму протягом усього життя;

Не можна дотримуватись частих і тривалих перерв у прийманні їжі, не слід переповнювати шлунок надмірною кількістю їжі. Після їжі не слід піднімати важких речей. Важливо приймати їжу і привчити кишечник спорожнитися в одні і ті ж самі години.

Не слід застосовувати занадто різноманітні комплекси ЛГ і часто їх міняти, так як на навчання правильному виконанню вправ потрібна значна кількість часу (часом до одного тижня); тільки після того як хворий опанував комплекс ЛГ, починає проявлятися терапевтичний ефект. Комплекс ЛГ не слід міняти раніше ніж через один місяць.

Для збільшення обсягу фізичних навантажень слід збільшити число повторень вправ і тривалість заняття. При досягненні клінічного ефекту хворий повинен

продовжувати протягом усього життя займатися оздоровчою гімнастикою (по 20-30 хв щодня). Масаж. Область живота масажують погладженням і легким розтиранням (по ходу годинникової стрілки). Після цього слід переходити до масажу спини (розтирання, розминання і погладження). Показаний самомасаж.

Рекомендована література

Основна:

1. Валенкевич, Л. Н. Гастроэнтерология в гериатрии / Л. Н. Валенкевич. - М. : Медицина, 2017. – 234 с.
2. Дубровский В.И. Лечебная физическая терапия: Учебник для студентов вузов. – М. : Гуманитарный издательский центр Владос, 1998. – 608 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Учебник. – М.: Медицина, 1999. – 304 с
4. Лікувальна фізична культура: підручник / В. С. Соколовський, Н. О. Романова, О. П. Юшковська. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. – 234 с.
5. 7. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасева и др.; Под ред. С. Н. Попова. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 416 с.
6. Лечебная физическая культура: Справочник / Под редакцией проф. В. А. Епифанова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 2004. – 592 с.
7. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник / В.М. Мухін. – 3-те вид., переробл. та доповн. – К. : Олімпійська література, 2009. – 488 с.
8. Марченко О. К. Основы физической реабилитации: учеб. для студентов вузов / О. К. Марченко. – К.: Олімпійська література, 2012. – 196 с.
9. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В. А. Епифанова. – М. : Медпресс-информ, 2005. – 328 с.
10. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 402 с.
11. Осіпов В. М. Основы физической реабилитации: навчальний посібник (для студентів напряму підготовки 6.010203 «Здоров'я людини»). – Бердянськ: БДПУ, 2013. – 225 с.
12. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. С.Н. Попова. – Ростов-н/Дону: Феникс, 2004. – 608 с.

Допоміжна:

1. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитологии / А. С. Медведев. – Минск: Беларус. навука, 2010. – 435 с.
2. Філак Ф. Г., Філак Я. Ф. Загальні основи фізичної реабілітації. / Метод. рекомендації. Для самостійної. Роб. студ. – Ужгород: „ФОП Бреза”, 2014. – 51с.

3. Філак Ф. Г. Фізична реабілітація при захворюваннях органів травлення. / Метод. рекомендації. – Ужгород: „ТУРпрес”, 2004. – 35с.
4. Серебряна Л. А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. – К. : Здоров'я, 1989. – 168с.
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю. М. Мостового. — Вид. 7-е, доп. і перероб. — Вінниця: ДПДКФ, 2005. — 480 с.
6. Самсон Е. И., Триняк Н. Г. Лечебная физкультура при заболеваниях желудка и кишок. — К. : Здоров'я, 1983. — 64 с.