

Батоева Туяна Баторовна,
Балданова Сэсэгма Альбертовна,
Бакланова Светлана Николаевна,
студенты, Читинской государственной медицинской академии
Министерства здравоохранения РФ, г. Чита

Мирошникова Алина Николаевна,
преподаватель кафедры физической культуры
ФГБОУ ВО ЧГМА М Россия, г.Чита.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.

Аннотация: ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся регулярно повторяющимся забросом в пищевод содержимого желудка, а иногда и ДПК, что приводит к появлению клинических симптомов, ухудшающих качество жизни пациентов, повреждению *слизистой оболочки* (СО) дистального отдела пищевода с развитием в нем дистрофических изменений неороговевающего многослойного плоского эпителия, катарального или эрозивно-язвенного эзофагита (рефлюкс-эзофагит), а у части больных — цилиндроклеточной метаплазии.

Ключевые слова: лечебная физкультура, заболевание, противопоказание, упражнения.

Batoeva Tuyana Batorovna,
Baldanova Sesegma Albertovna,
Baklanova Svetlana Nikolaevna,
students, Chita State Medical Academy

Ministry of Health of the Russian Federation, Chita

Miroshnikova Alina Nikolaevna,

teacher of the Department of Physical Culture

FGBOU VO CHGMA M Russia, Chita.

Physical therapy for gastroesophageal reflux disease.

Abstract: GERD is a chronic recurrent disease caused by a violation of the motor — evacuation function of the organs of the gastroesophageal zone and characterized by regularly repeated throwing of stomach contents into the esophagus, and sometimes the duodenum, which leads to the appearance of clinical symptoms that worsen the quality of life of patients, damage to the mucous membrane (CO) of the distal esophagus with the development of dystrophic changes in the non-corneal multilayer squamous epithelium, catarrhal or erosive-ulcerative esophagitis (reflux-esophagitis), and in some patients — cylindrical cell metaplasia.

Key words: physical therapy, disease, contraindication, exercise.

Это кислотозависимое заболевание, при котором соляная кислота желудочного сока служит основным повреждающим фактором при развитии клинических симптомов и морфологических проявлений ГЭРБ.

Патологический рефлюкс при этом возникает вследствие недостаточности *нижнего пищеводного сфинктера* (НПС), т. е. ГЭРБ — заболевание с исходным нарушением двигательной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет до 40%. Результаты широких эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что 40% людей постоянно (с различной частотой) испытывают изжогу, которая является основным симптомом ГЭРБ. В России распространенность ГЭРБ среди взрослого населения составляет 18–46%, причем у 45–80% больных с ГЭРБ обнаруживают эзофагит. В общей

популяции населения распространенность эзофагита оценивают в 5–6%, при этом у 65–90% больных отмечается незначительно и умеренно выраженный эзофагит, у 10–35% — тяжелый эзофагит. Частота возникновения тяжелого эзофагита в общей популяции составляет 5 случаев на 100 000 населения в год.

Распространенность пищевода Баррета среди больных с эзофагитом приближается к 8%, колеблясь от 5 до 30%. В последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости АКП, которая развивается на фоне прогрессирования диспластических изменений в метаплазированном по кишечному типу эпителии СО дистального отдела пищевода. АКП и дисплазия высокой степени ежегодно развиваются у 0,4–0,6% больных с пищеводом Баррета с кишечной метаплазией. АКП ежегодно образуется у 0,5% больных при низкой степени дисплазии эпителия, у 6% — при высокой степени и менее чем у 0,1% — в отсутствие дисплазии.

Факторы риска:

- Стресс (нарушения регуляции деятельности пищевода со стороны вегетативной нервной системы.)
- Повышение внутрибрюшного давления (ожирение, беременность, запор)
- Внутрижелудочное давления (желудочный стаз, дуоденостаз)
- Курение
- Диафрагмальная грыжа
- Лекарства (спазмолитики, бета-блокаторы, антихолинэргические препараты)
- Обильная еда, погрешности в питании

Первичные и вторичные поражения пищевода (ахалазия кардии, склеродермия, ревматоидный артрит, СКВ, сахарный диабет, амилоидоз, хронический алкоголизм, микседема)

Цель лечения ГЭРБ - купирование и контроль симптомов, длительная ремиссия и, как следствие, улучшение самочувствия и качества жизни, предотвращение развития осложнений.

Помимо медикаментов (антисекреторные препараты, прокинетики, антациды, альгинаты), также немаловажную роль играет изменение образа жизни и соблюдение диеты.

Задачи лечебной физической культуры при ГЭРБ:

- восстановление нарушенных кортико-висцеральных связей, регулирование процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе;
- нормализация вегетативных функций, оказывающих влияние на секреторную, моторную функцию желудка, способствующих повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера;
- стимуляция обменных процессов; профилактика застойных явлений в брюшной полости;
- улучшение регенеративных процессов слизистой пищевода при развитии эзофагита;
- повышение факторов защиты слизистой оболочки желудка, приспособление организма к физическим нагрузкам бытового и трудового характера;
- улучшение психоэмоционального состояния.

ГЭРБ относится к группе Б по классификации физической подготовленности с учетом показаний и противопоказаний имеющегося заболевания.

Задачи физического воспитания для данной группы:

- Укрепление мышц брюшного пресса.
- Активизация кровообращения в брюшной полости и малом тазу.
- Воздействие специальными упражнениями на нейро-гуморальную регуляцию пищеварительных процессов.
- Активизация перистальтики желчного пузыря.

- Нормализация моторики и секреции желудка с помощью специально подобранных и строго дозированных физических упражнений.
- Повышение общего тонуса и улучшение психоэмоционального состояния.
- Повышение физической работоспособности.
- Общие противопоказания:
 - острый период заболевания;
 - высокая температура тела;
 - опасность сильного кровотечения;
 - общее тяжелое состояние студента, выраженное болевым синдромом;
 - частота сердечных сокращений на начало занятия более 100 ударов в минуту, общее плохое самочувствие

Противопоказания:

- сдача нормативов на голодный желудок,
- упражнения с натуживанием, задержкой дыхания, вызывающие сильное утомление.

При исходном тестировании и тестировании в начале семестра ограничить резкие движения (тест челночный бег),

- длительный бег (бег 6 мин)

Таблица рекомендаций.

Рекомендации	Ограничения	Противопоказания
Необходимо выполнять комплекс ОРУ через 3-3,5 часа после приема пищи. Укрепление мышц брюшного	Упражнения, вызывающие сотрясение органов Отягощающие упражнения	Нервно-психическое переутомление Выполнение упражнений

<p>пресса с помощью упражнений:</p> <p>Дыхательные упражнения</p> <p>Терренкур</p> <p>Бег трусцой</p> <p>Плавание гребля</p> <p>Прогулки на лыжах</p> <p>Катание на велосипеде</p> <p>Подвижные игры</p> <p>Упражнения, развивающие перистальтику и опорожнение желчного пузыря в исходном положении лежа на спине, на правом и левом боку, упоре стоя на коленях.</p>	<p>Со статическим напряжением мышц</p> <p>С подскоками</p> <p>С переохлаждением</p> <p>Спортивные игры</p>	<p>при появлении болей в брюшной полости, ухудшении самочувствия.</p> <p>Упражнения силового характера на мышцы брюшного пресса</p> <p>Интенсивные статические нагрузки</p>
--	--	--

При наличии изжоги и регургитации у больных во время занятий не применяют наклоны и упражнения для мышц брюшного пресса.

Эффективность лечебной гимнастики во многом зависит от выбора исходных положений, позволяющих дифференцированно регулировать внутрибрюшное давление.

Занятия ЛФК проводятся не ранее чем через 2–2,5 ч после приема пищи.

В начале курса лечения применяют основные исходные положения — лежа на спине и правом боку на наклонной плоскости с поднятым на 15–20 см головным концом.

В комплекс физических упражнений постепенно вводят движения ногами, повороты туловища в исходном положении лежа на спине, на правом, а позже и на левом боку, стоя на коленях и стоя.

Для восстановления мышечного тонуса диафрагмы рекомендуется включать в комплекс лечебной гимнастики дыхательные упражнения, которые улучшают вентиляционную функцию легких.

При выполнении дыхательных упражнений не должно быть задержки дыхания, натуживания.

Интенсивная мышечная работа тормозит моторную и секреторную функции ЖКТ, а умеренная физическая нагрузка оказывает стимулирующее действие.

Все вышеперечисленное обуславливает необходимость оптимизации методики ЛФК при ГЭРБ, которая способствовала бы достижению стойкой ремиссии, уменьшала медикаментозную нагрузку и улучшала качество жизни пациентов.

С целью увеличения эффективности дозированной физической нагрузки при данной патологии нами предложено включение в комплекс лечебной гимнастики регламентированных дыхательных упражнений с учетом тонуса ВНС, а также статических и динамических упражнений на основе элементов йоговских асан.

Список литературы:

1. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни В.Т. Ивашкин¹, И.В. Маев², А.С. Трухманов^{1,*}, Т.Л. Лапина¹, О.А. Сторонова, О.В. Зайратьянц², О.Б. Дронова³, Ю.А. Кучерявый², С.С. Пирогов⁴, Р.Г. Сайфутдинов⁵, Ю.П. Успенский⁶, А.А. Шептулин¹, Д.Н. Андреев², Д.Е. Румянцева

2. Внутренние болезни, Говорин А.В., Филев А.П. с.143-177

3. Методические рекомендации к проведению занятий физической культурой со студентами специальной медицинской группы, УГЛТУ 2014.

4. Антонян В. В. Особенности вегетативного статуса у больных гастродуоденальными эрозиями / В. В. Антонян, А. А. Панов, С. В. Антонян // Астрахан. мед. журн. — 2011. — № 1, Т. 6. — С. 74–78.

5. Оптимизация методов лечебной физической культуры при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, обусловленной вегетативной дисфункцией проф. Е. Е. Дорофеева, доц. О. Б. Неханевич, г. С. Урдина