

# МАССАЖ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

И.С. ВАСИЛЬЕВА



**Ирина Семеновна Васильева**  
**Массаж при желудочно-**  
**кишечных заболеваниях**  
**Серия «Массаж и фитнес»**

*Текст предоставлен правообладателем – Мульти Медиа*  
*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=164950](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=164950)*

**Аннотация**

Массаж является одним из эффективных методов лечения и профилактики развития желудочно-кишечных заболеваний. Рекомендации, предлагаемые в данном издании, смогут помочь тем, кто хочет самостоятельно освоить технику как классического, так и нетрадиционного массажа и самомассажа, с помощью которых можно улучшить самочувствие и повысить работоспособность.

# Содержание

Введение	4
Классификация желудочно-кишечных заболеваний	9
Анатомо-физиологические данные желудочно-кишечного тракта	10
Виды желудочно-кишечных заболеваний	16
Гастриты	16
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	20
Стеноз привратника	21
Рак желудка	21
Энтериты	22
Хронический колит	23
Запоры	24
Профилактика и предупреждение желудочно-кишечных заболеваний	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

# **Ирина Васильева**

## **Массаж при желудочно-кишечных заболеваниях**

### **Введение**

На сегодняшний день благодаря научно-техническому прогрессу, открытию новых методов лечения, улучшению условий жизни в экономически развитых странах за последние десятилетия ряд инфекционных и воспалительных заболеваний перестал быть первостепенной проблемой, но из-за неблагоприятной экологической обстановки, повышенного уровня радиации, химического загрязнения водоемов и почвы, постоянных стрессов одной из самых важных задач является сохранение здоровья. Несмотря на то что современная медицина обладает огромным набором терапевтических, фармакологических, хирургических и других средств, последнее место в профилактике и лечении заболеваний занимает массаж.

Древнее искусство массажа, появилось за много тысяч лет до нашей эры. Об этом говорят многочисленные письменные источники и археологические находки.

Судя по сохранившимся фрескам, алебастровым барелье-

фам и текстам папирусов, массаж был известен в Египте более 5 тысяч лет назад. А элементарными массажными приемами владели аборигены доколумбовой Америки и Африки. За тысячу лет до Рождества Христова массаж применяли в Ассирии, Персии и других странах Востока.

Когда греки узнали о массаже, доподлинно неизвестно, но они также широко использовали данный вид лечения. В отличие от египтян греки стали сочетать массаж не только с баней, но и с физическими упражнениями. Они первыми создали косметические салоны и ввели массаж в армии. А древнегреческие врачи – такие, как Гиппократ и Геродикс, – подробно описали его приемы в своих трудах.

Римляне, многое перенявшие у греков, также стали приверженцами массажа и сделали его обязательным элементом военно-физического воспитания, а в термах (банях) массаж дополняли гимнастикой.

Греческий врач Асклепиад не только открыл в Риме школы массажа, но и сделал попытку усовершенствовать его. Он разделил массаж на два вида: сухой и с маслами. В то время появилось много новых разработок, в частности Цельс предложил для снятия отеков применять растирание, а Гален подробно описал девять видов массажа.

В странах Востока практиковался силовой массаж. Он выполнялся после того, как пациента распаривали в сухой бане, а затем его массировали не только руками, но и ногами, уделяя основное внимание растираниям и движениям в су-

ставах.

В Древнем Китае, по праву считающемся родиной профилактической медицины, массаж применяли для лечения многих заболеваний. В этой стране были созданы многочисленные школы, в которых врачей обучали приемам массажа.

В Европе массаж стал известен тоже очень давно. В одном из наиболее древних эпических произведений Европы, «Калевале», есть упоминание о массаже, а ставшие теперь популярными финские бани уже тогда превратились в народную традицию, как и русские бани. У древних славян процедуру растирания и похлопывания веником также можно считать разновидностью массажа. В Средние века, когда святая инквизиция лечила только Словом Божиим, массаж в Европе почти не применялся.

Развитие медицины, и в частности массажа, стало возможным только в эпоху Возрождения. В это время появилась целая плеяда выдающихся ученых, опубликовавших работы по анатомии (Андреас Везалий) и физиологии (Уильям Гарвей, Джованни Борелли). Эти книги дали новый толчок развитию массажа. Вышли в свет труды Меркулиса «Искусство гимнастики», Фуллера «Медицинская гимнастика», девяти томник Гофмана, пропагандирующий массаж и его методы, и, наконец, в 1780 году появилось сочинение Клемана Жозефа Тиссо «Медицинская и хирургическая гимнастика», в котором он приводил данные об оздоравливающем эффекте массажа, применяемого в послеоперационный период.

В начале XIX века в Европе появилась новая методика, разработанная Петром Генрихом Линге, которая сочетала в себе элементы массажа и гимнастики и получила название шведской системы. Линге на себе испытал ее действие, восстановив двигательную функцию своей раненой руки, после чего стал ее яростным приверженцем и пропагандистом.

Дальнейшее развитие биологии, анатомии и физиологии XIX века дало возможность научного обоснования методов массажа. Клинические и экспериментальные труды И. С. Заблудовского, В. М. Бехтерева, Н. Я. Вельяминова и многих других врачей актуальны и по сей день.

К началу XIX века в Европе и России были опубликованы работы, в которых систематизировались приемы массажа, экспериментально доказывалось его влияние на организм человека, разрабатывались рекомендации и методики проведения, оговаривались показания и противопоказания к применению.

По всей стране были созданы школы подготовки специалистов по массажу и гимнастике.

В XX веке была продолжена работа по изучению влияния массажа на организм, воздействия каждого приема на различные органы и системы человека, разработка новых методик, в результате чего в 1923 году в Московском институте физкультуры была создана первая кафедра лечебной физкультуры и появился спортивный массаж. Современные методики спортивного массажа, разработанные кандидатом

медицинских наук В. И. Дубровским, нашли широкое применение не только в нашей стране, но и за рубежом.

Огромная теоретическая база и новые достижения в области массажа разрабатывались видными российскими учеными – такими, как И. М. Саркизов-Серазини, А. Ф. Вербов, А. Е. Щербак и другие, – и послужили базой для открытия школ по массажу различных направлений.

В этой книге описана техника выполнения основных массажных приемов и дана методика проведения массажа при различных желудочно-кишечных заболеваниях. Прежде чем начать самостоятельно осваивать технику массажа и самомассажа, чтобы помочь себе и своим близким, необходимо посоветоваться с лечащим врачом, который выберет оптимальный вариант массажных процедур с учетом не только основного, но и сопутствующих заболеваний.



# Классификация желудочно-кишечных заболеваний

Очень часто, говоря о здоровом образе жизни, люди подразумевают правильное, рациональное питание. На эту тему написано огромное количество книг, в которых дана масса рекомендаций и предлагаются самые невообразимые диеты.

В чем же на самом деле заключается рациональное питание? С одной стороны, существуют довольно простые правила питания, которых следует придерживаться практически всем. Среди них: не переедать, употреблять низкокалорийную пищу, после 25 лет ограничить потребление мяса, исключить из рациона рафинированные углеводы. С другой стороны, пищеварение — довольно сложный физиологический процесс, благодаря которому в организм поступают питательные вещества. В этом процессе принимают участие все органы желудочно-кишечного тракта. В них пища подвергается физическим и химическим изменениям, без которых она не может использоваться клетками организма.

В результате неправильного питания возникают патологические изменения в органах пищеварения, вызывающие ряд заболеваний. Для того чтобы понять причины их появления, нужно сначала рассмотреть строение желудочно-кишечного тракта.

# **Анатомо-физиологические данные желудочно-кишечного тракта**

Желудочно-кишечный тракт состоит из желудка и кишечника, который делится на 3 отдела: двенадцатиперстную, толстую и тонкую кишку. Но переработка пищи начинается гораздо раньше, чем она попадает в желудок. Измельчение пищи и смачивание ее слюной, вызывающей расщепление углеводов, происходит в полости рта.

Поступив в рот, пища раздражает многочисленные рецепторы, импульсы от которых доходят до головного мозга, возбуждая секреции слюнных, желудочных и поджелудочной желез.

Из ротовой полости пища поступает в начальный отрезок пищевода, а оттуда – в желудок (*рис. 1*). Желудок расположен в верхней части брюшной полости и состоит из входной части – кардиального отверстия (кардия), основной части – свода (дно), средней части органа – тела (корпус). Заканчивается желудок пилорической (антральной) частью, которая отделена от желудка привратниковым сфинктером.

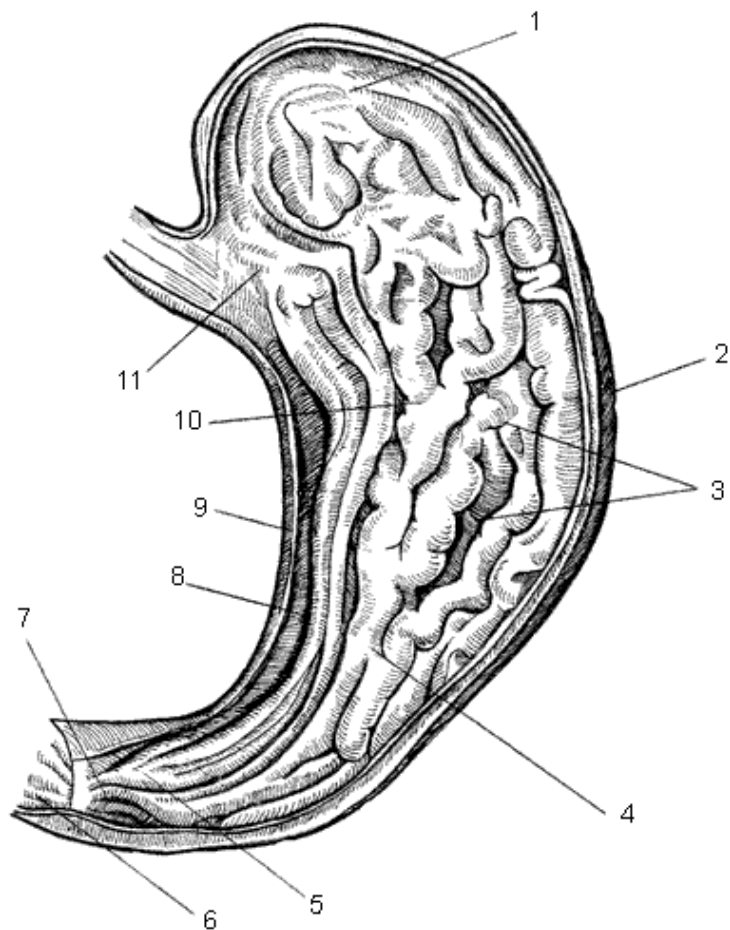


Рис. 1. Строение желудка: 1 – свод; 2 – большая кривизна; 3 – складки слизистой оболочки; 4 – синус; 5 – пилорический

*отдел; 6 – двенадцатиперстная кишка; 7 – привратник; 8 – пищевая дорожка; 9 – малая кривизна; 10 – тело; 11 – вход*

У желудка различают два вида кривизны: малую, обращенную к печени, и большую, обращенную к селезенке. Стенка желудка состоит из наружного слоя (серозная оболочка) и трех внутренних слоев: мышечного, подслизистого и слизистой оболочки.

В области тела желудка расположены железы, обеспечивающие желудочное пищеварение посредством выделения пепсина и соляной кислоты.

В слизистой оболочке желудка (в антральном отделе) имеются клетки, вырабатывающие слизь, которая играет защитную роль, создавая барьер, препятствующий самоперевариванию слизистой оболочки желудка.

Основные функции желудка – секреторно-пищеварительная и моторная. Кроме того, он выполняет всасывательную и выделительную функции. Секреторная функция заключается в выделении желудочного сока. Этот процесс определяется приемом пищи и осуществляется в несколько фаз: рефлексорный акт (выделение желудочных соков под влиянием условных и безусловных рефлексов), стимуляция главных клеток гастрином (гормон, вызывающий образование пепсиногена и соляной кислоты).

Большое значение в процессе пищеварения имеет моторная функция, поскольку в покое желудок сокращается лишь

изредка, а во время глотания сокращения прекращаются и в дальнейшем возникают перистальтические движения, приводящие к измельчению пищи и ее продвижению в двенадцатиперстную кишку.

Функция сфинктера-привратника заключается в отделении желудка от двенадцатиперстной кишки. Это осуществляется особым запирательным рефлексом со стороны двенадцатиперстной кишки, возникающим при попадании в нее кислого содержимого или жира.

Проглоченная пища в желудке располагается слоями по мере ее поступления. Причем наружные слои перевариваются и поступают в двенадцатиперстную кишку раньше, чем находящиеся ближе к центру желудка.

Кишечник начинается от привратника и заканчивается задним проходом, являясь главным отделом пищеварительного тракта. В нем происходит переваривание пищи и всасывание продуктов ее расщепления. Кроме того, кишечник осуществляет двигательную функцию.

Из брыжеечных артерий кишечник снабжается кровью, с помощью которой вырабатывается ряд биологически активных веществ, оказывающих влияние на пищеварительный процесс и обеспечивающих его координацию. Регуляция деятельности кишечника происходит также через ветви блуждающего нерва и симпатическую нервную систему посредством нервных сплетений слизистой оболочки.

Кишечник делится на 3 отдела: двенадцатиперстную, тон-

кую и толстую кишку. Из кишечника пища поступает в двенадцатиперстную кишку, где подвергается действию поджелудочного сока, желчи, поступающей из печени, а также сока желез (расположенных в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки), которые расщепляют жиры и белки. Двенадцатиперстная кишка располагается в виде подковы, а ее длина составляет 25–30 см. Двенадцатиперстная кишка состоит из 3 частей: начальной (луковицы), вертикальной и нижней горизонтальной.

Продолжением двенадцатиперстной кишки является тонкая кишка, первые  $\frac{2}{5}$  части которой составляет тощая кишка, а  $\frac{3}{5}$  части – подвздошная кишка. В тонкой кишке продолжается процесс переваривания пищи за счет ферментов, поступающих из двенадцатиперстной кишки. Выделение кишечных ферментов происходит под влиянием желудочного сока, продуктов расщепления белков и других составных частей пищи и гормонов, вырабатываемых двенадцатиперстной кишкой.

Тонкая кишка состоит из серозной оболочки, мышечного слоя и слизистой оболочки. Всасывающие функции осуществляют ворсинки слизистой оболочки. Аминокислоты и моносахара всасываются непосредственно в кровь, кислоты попадают в печень через воротниковую вену, а нейтральные (расщепленные) жиры – в лимфатические пути, минуя печень, а оттуда в кровь. Большинство витаминов попадают в организм через тонкую кишку.

Из тонкой кишки не всосавшаяся часть пищи попадает в начальный участок толстой кишки – слепую кишку, после этого в ободочную, поперечную, затем в нисходящую часть и, наконец, в сигмовидную кишку, соединенную с прямой кишкой и заканчивающуюся заднепроходным отверстием. Толстая кишка в виде неполного полуобода окружает петли тонкой кишки.

Основное количество пищи переваривается и всасывается в тонкой кишке. В толстой кишке осуществляется дополнительное переваривание клетчатки и соединительной ткани под воздействием бактериальной флоры. Подавление бактериальной флоры может привести к авитаминозам, поскольку она участвует в образовании витаминов.

В толстом кишечнике в основном всасывается вода, что приводит к образованию плотных каловых масс. Кроме того, в просвет толстого кишечника могут выделяться соли железа, ртути, висмута, кальция и токсины.

# Виды желудочно-кишечных заболеваний

Основными симптомами заболеваний желудка и кишечника, как правило, являются боли в животе, отрыжка, нарушение аппетита, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, понос, запор, желудочные и кишечные кровотечения.

При желудочно-кишечных болезнях точный диагноз (на основе расспроса, пальпации и анализов) может поставить только врач, поскольку многие из вышеперечисленных симптомов характерны и для ряда других заболеваний.

## Гастриты

Гастрит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают два вида гастрита: острый и хронический.

*Острый гастрит* – острое воспалительное заболевание желудка. Он подразделяется на простой, при котором поражается только слизистая оболочка желудка; коррозивный, при котором вовлекается и подслизистый слой с возникновением эрозий, геморрагий и некроза; флегмонозный, характеризующийся гнойным воспалением всех слоев желудка.

Причин, вызывающих острый гастрит, несколько. Самая главная – нарушение питания. Прием грубой, трудно пере-



вариваемой, холодной или слишком горячей пищи, алкоголя приводит к раздражению слизистой оболочки желудка и в результате к гастриту. Острый гастрит развивается при острых и хронических инфекционных заболеваниях (корь, скарлатина, грипп, пневмония). Повреждение слизистой желудка вызывают ряд лекарственных препаратов – таких, как стероидные гормоны, салицилаты йода и другие, а также некоторые химические вещества (каустическая сода, уксусная кислота, лизол и другие). Иногда гастрит возникает на фоне аллергических реакций, связанных с непереносимостью некоторых пищевых продуктов, у людей с нарушенным иммунитетом или из-за нервно-психического перенапряжения.

Острый гастрит проявляется в виде болей, от незначительных до резко выраженных, потери аппетита, тошноты, рвоты, иногда повышения температуры тела. При пальпации возникает резкая боль в подложечной области и увеличивается тошнота. Воспалительный процесс начинается через 2–4 часа после попадания раздражителя, а клинические симптомы возникают через 6–8 часов.

*Хронический гастрит* характеризуется поражением слизистой оболочки желудка с нарушением секреторной, моторной и других функций. На основании классификации хронических гастритов основными их формами являются:

1. Хронический гастрит В (антральный) составляет большую часть всех хронических гастритов. Он является след-

ствием нарушения физиологической стимуляции желез желудка.

2. Хронический гастрит А (аутоиммунный) характеризуется образованием антител к клеткам, вырабатывающим соляную кислоту и пепсин, при этом нарушается всасывание витамина В12 и развивается дефицитная анемия.

3. Хронический рефлюкс-гастрит возникает у больных, перенесших резекцию желудка вследствие заброса в него желчи.

4. Редкие формы хронических гастритов возникают при болезни Крона (гранулематозный), при бронхиальной астме (эозинофильный), при пищевой аллергии (лимфоцитарный).

5. Хронический гастрит, вызванный нестероидными противовоспалительными средствами.

6. Смешанные формы хронических гастритов А и В.

Чаще всего причинами возникновения этого заболевания является неполноценное питание (дефицит белка, железа, витаминов), слишком горячая пища, употребление алкоголя, курение, еда всухомятку, вдыхание паров кислот, щелочей и другие. К внутренним факторам, вызывающим заболевание, относятся сопутствующие болезни желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, заболевания желчного пузыря, поджелудочной и щитовидной желез, гипопаратиреоз, нарушения обмена веществ (сахарный диабет, подагра, ожирение и другие).

По степени секреторных расстройств различают гастриты с нормальной и повышенной функцией и с секреторной недостаточностью:

1. Хронический гастрит с нормальной или повышенной кислотностью чаще всего наблюдается у курящих и лиц, злоупотребляющих алкоголем. Для заболевания характерны боли в подложечной области, возникающие через 2—3 часа после приема пищи, изжога, кислая отрыжка, запоры. Желудочно-кишечные расстройства иногда сочетаются с симптомами неврастения и вегетососудистой дистонии (раздражительность, плохой сон, утомляемость, потливость, гипотония, слюнотечение и т. д.).

2. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью протекает медленно, с чередованием периодов ремиссий и обострений. Для этого вида гастрита характерны диспепсические расстройства: отрыжка воздухом, тошнота, ощущение тяжести в подложечной области, рвота натошак и понос. При длительном течении к хроническому гастриту присоединяется энтерит, колит, холецистит и анемия.

К особым формам хронического гастрита относят геморрагический, ригидный, гигантский гипертрофический (болезнь Менетрие) и полипозный гастрит.

*Геморрагический гастрит* (с эрозиями), как правило, сочетается с другими формами гастрита и является одной из наиболее частых причин желудочного кровотечения. При стрессовых ситуациях, приеме ацетилсалициловой кислоты,

гормональных препаратов в результате нарушения кровоснабжения желудка возникают эрозии.

*Ригидный гастрит* характеризуется воспалительно-рубцовыми изменениями антрального отдела желудка.

*Гигантский гипертрофический гастрит* (болезнь Менетрие), по мнению врачей, относится к предраковым изменениям. Диагноз болезни устанавливается на основе рентгенологических и эндоскопических исследований.

## **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки**

Язвенная болезнь – хроническое заболевание с характерными сезонными обострениями, с возникновением язвы на стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

Причинами возникновения язвенной болезни, как правило, являются нарушение питания, нервно-психическое перенапряжение, курение, злоупотребление алкоголем, хронические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. Огромное значение, особенно при язве двенадцатиперстной кишки, имеет наследственная предрасположенность.

Как правило, различают 4 вида язв желудка и двенадцатиперстной кишки: простая (без изменений вокруг нее), каллезная (характеризуется утолщением краев), пенетрирующая (проникающая в соседние органы) и прободная (проникающая в брюшную полость).

В желудке язвы наиболее часто локализуются на малой кривизне, реже – в кардиальном отделе, а в двенадцатиперстной кишке язвы располагаются в луковице.

Основными признаками язвенной болезни желудка, как правило, являются боли в поджелудочной области, а двенадцатиперстной кишки – в левом подреберье, левой лопатке или спине. Голодные боли возникают при язве двенадцатиперстной кишки, а после еды они исчезают.

Иногда при язве двенадцатиперстной кишки возникает тошнота и рвота, уменьшается вес тела в результате снижения аппетита.

## **Стеноз привратника**

При длительно текущих язвах происходит сужение привратника. При этом наблюдаются сильные ночные боли, рвота. Отмечается потеря аппетита и похудание. При переходе язвы в рак боли становятся постоянными, в кале присутствует скрытая кровь, развивается анемия, и лечебные мероприятия становятся малоэффективными.

## **Рак желудка**

Рак желудка по смертности занимает первое место среди злокачественных опухолей. Считается, что предрасполагающими факторами являются прием горячей и грубой пищи,

употребление алкоголя и курение. Кроме того, его возникновению способствуют хронический атрофический гастрит, язва желудка, полипы желудка и пернициозная анемия.

Профилактика заболевания направлена прежде всего на обследование и лечение предраковых заболеваний – таких, как хронический атрофический гастрит, полипоз желудка, каллезная язва. При лечении рака желудка эффективно только хирургическое вмешательство.

## Энтериты

Энтерит – это воспалительное заболевание тонкого кишечника.

*Острый энтерит* чаще всего возникает вследствие переедания или приема недоброкачественной пищи, отравления (грибами, лекарственными препаратами, ядами и т. д.), воздействия микроорганизмов (сальмонеллы, стафилококки, холерный вибрион и т. д.) и их токсинов, аллергии к пищевым продуктам и медикаментам.

Основными симптомами заболевания являются понос, тошнота, рвота, боли в животе, урчание и вздутие кишечника. В тяжелых случаях повышается температура тела и падает артериальное давление. В результате выведения с калом большого количества жидкости и солей наступает обезвоживание организма.

*Хронический энтерит*, как правило, является следствием

ранее перенесенного острого энтерита и возникает одновременно с хроническим гастритом или колитом. Заболевание развивается при нехватке в пище витаминов, белков, секреторной недостаточности желудка и поджелудочной железы, в результате чего нарушается всасывание пищевых продуктов, что приводит к расстройству двигательной и секреторной функций тонкой кишки.

Основными симптомами заболевания являются боли и вздутие живота, урчание, снижение аппетита, бледность кожных покровов, похудание, метеоризм, частый стул.

## **Хронический колит**

Воспаление толстой кишки с нарушением ее функций называют хроническим колитом. Заболевание чаще всего возникает после перенесенной дизентерии, кишечных лямблий, гельминтозов. Отравления тяжелыми металлами вызывают токсические колиты. Существуют также аллергические и неспецифические колиты.

Основными симптомами заболевания являются боли в животе, вздутие живота, тенезмы (ложные позывы), поносы с выделением слизи, сменяющиеся запорами, тошнота, рвота, горечь во рту, снижение аппетита и похудание, урчание по ходу толстой кишки. Часто выявляются нарушения центральной нервной системы, появляются раздражительность, головная боль и бессонница.

Диагностика хронического колита основывается на клинических данных, результатах анализа кала, рентгенологического исследования и эндоскопии.

## Запоры

Запор – это хроническая задержка стула более чем на 48 часов, сопровождающаяся затруднением акта дефекации, а также малым количеством или повышенной твердостью и сухостью фекалий.

Иногда причиной запоров являются аномалии развития толстой кишки, ее опухоль, трещины анальной зоны, геморрой. Их устраняют при помощи хирургической коррекции.

Чаще всего встречаются так называемые привычные запоры, связанные с функциональными нарушениями в кишечнике.

Длительные запоры приводят к изменениям в кишечнике (обострение геморроя, появление трещин прямой кишки, проктит и т. д.), становятся причиной интоксикации, потери массы тела, быстрой утомляемости, снижения работоспособности, психологических расстройств.

*Неврогенный* запор возникает в связи с нарушениями нервных механизмов регуляции моторики в нервной системе. Наиболее частая форма этого вида запора – дискинетическая. Причинами возникновения дискинезии кишечника могут быть психическое перенапряжение, конфликтные си-



туации, депрессии, страхи и т. д.

*Рефлекторный* запор обусловлен дискинезией толстой кишки и является следствием подавления позывов на дефекацию.

Основными причинами рефлекторного запора можно назвать утреннюю спешку, работу в разные смены, изменение условий жизни и труда, антисанитарные условия в туалетах и т. д.

*Гиподинамический* запор является следствием длительного соблюдения постельного режима.

*Воспалительный* запор возникает на почве воспалительных заболеваний тонкой и толстой кишки.

*Проктогенный* запор бывает у людей с патологией аноректальной области.

*Механический* запор развивается при опухолях кишечника, сужении толстой кишки, механическом сдавливании прямой кишки извне.

*Токсический* запор встречается при злоупотреблении пищевыми продуктами с высоким содержанием дубильных веществ, отравлении никотином и при профессиональных интоксикациях (свинцом, ртутью, таллием и т. д.).

*Медикаментозный* запор может быть вызван морфином, седативными средствами, транквилизаторами и т. д.

*Эндокринный* запор встречается при сахарном диабете, климаксе, гипопитарных расстройствах, микседеме, гиперпаратиреозидизме.

Длительные и хронические запоры приводят, как правило, к нарушению всасывания белков и повышению уровня аммиака в крови, изменениям в иммунной системе.

Основными симптомами являются нарушение стула, вздутие живота, боли в животе. Запор может стать причиной вторичного колита, заболеваний анальной зоны прямой кишки, энтерита, гепатита, желчных путей и рака толстой кишки.

# Профилактика и предупреждение желудочно-кишечных заболеваний

Как мы выяснили, основными причинами возникновения желудочно-кишечных заболеваний являются нарушение режима питания, пристрастие к алкоголю, курение, нервно-психическое перенапряжение, наследственная предрасположенность, лекарственные средства и т. д.

Профилактика желудочно-кишечных заболеваний складывается из широкого круга мероприятий, в которых немаловажную роль играют укрепление нервной системы, полноценный сон, здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, правильное питание, фитотерапия и массаж.

Причинами заболевания являются сразу несколько отрицательных факторов. Наличие факторов риска необязательно приводит к развитию заболевания, но увеличивает возможность его возникновения. Поэтому для сохранения здоровья необходимо уменьшить их число. Зная причины, способствующие развитию заболевания, следует направить основные усилия на их устранение или хотя бы на уменьшение влияния факторов риска. Прежде всего нужно отказаться от вредных привычек – таких, как курение, чрезмерное потребление алкоголя, неумеренный прием пищи и другие. Для укрепления здоровья необходимо сочетать в комплексе

лечебные и профилактические мероприятия.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.