

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского

Зав. Кафедрой

д.м.н., доцент Здитовецкий Д.Э.

Реферат на тему: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Выполнил: ординатор 2 года обучения

Тесленко Юрий Александрович

г.Красноярск, 2019

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта и по частоте занимает 2—3-е место после язвенной болезни и холецистита. При целенаправленном обследовании ГПОД обнаруживаются в 1-9 % случаев, а в пожилом возрасте - в 50 % случаев. ГПОД и язвенная болезнь сочетаются в 11-50 проц. случаев, а у больных с хроническим холециститом и желчекаменной болезнью в 7-15 %

Большая распространенность ГПОД, недостаточное знакомство многих практических врачей с клиникой, диагностикой и лечением, а также отсутствие методических пособий по курортной терапии указанной группы больных, послужило основанием для написания настоящих рекомендаций.

Этиопатогенез

ГПОД представляет собой смещение через диафрагмальное отверстие в заднее средостение какого-либо органа брюшной полости. Причинами, способствующими развитию ГПОД, могут послужить резкое повышение внутрибрюшного давления (поднятие тяжести, запоры, упорный сильный кашель у лиц, страдающих хроническими заболеваниями легких, повторные беременности), травмы грудной клетки, операции на брюшной полости, продольное укорочение пищевода вследствие рубцового процесса, дискинезия пищевода, спастическое сокращение продольных слоев мышечной оболочки пищевода. У пожилых людей ГПОД возникает чаще всего вследствие инволюционных анатомических изменений тканей, образующих пищеводное отверстие. У детей причиной ГПОД служит врожденный короткий пищевод («грудной желудок»).

При ГПОД нарушается нормальная деятельность нижнего физиологического пищеводного сфинктера, создаются условия для развития недостаточности кардии, в связи с чем возникает регургитация содержимого желудка в нижний отдел пищевода (желудочно-пищеводный рефлюкс).

У здоровых людей регургитации кислого содержимого и пищевод не происходит, благодаря нормальному функционированию сложного гастроэзофагального замыкательного механизма. Работа указанного физиологического механизма обеспечивается несколькими факторами:

- 1) сокращением мышечных волокон, охватывающих пищевод в диафрагмалыгом «окне»;
- 2) более высоким внутрипищеводным давлением, по сравнению с внутрижелудочным;
- 3) наличием складки Губарева, которая препятствует обратному току жидкости из желудка в пищевод;
- 4) наличием узла Гиса и
- 5) хорошо сформированным желудочным пузырем.

В предотвращении регургитации содержимого желудка в пищевод важная роль принадлежит также Функциональному состоянию тонуса нижнего пищеводного сфинктера.

При недостаточности кардии наблюдается частый и длительный рефлюкс содержимого желудка в нижний отдел пищевода, что в конечном итоге способствует развитию воспалительных изменений в слизистой пищевода, т. е. рефлюкс эзофагита. Возникновение рефлюкс-эзофагита обуславливает многообразную клиническую симптоматику ГПОД и развитие различных осложнений (кровоотечения, пептические язвы пищевода, стриктуры пищевода, инвагинации и т. д.).

Из многочисленных классификаций ГПОД, предложенных к настоящему времени, наиболее полной и удобной для клинической практики является классификация В. Х. Василенко и А. Л. Гребенева, которая с незначительными сокращениями используется в Ессентукской клинике и может быть рекомендована для применения в курортных учреждениях.

КЛАССИФИКАЦИЯ ГПОД .

I. Типы грыж

1. Фиксированные и нефиксированные.
 2. Аксиальная пищеводная, кардиальная, кардио-фундальная, субтотальная или тотально-желудочная.
 3. Параэзофагиальная (фундальная ,антральная).
 4. Врожденный короткий пищевод с «грудным желудком» (врожденная аномалия развития).
 5. Грыжи другого типа (тонкокишечные, салъниковые и пр.).
- II. Осложнения
- А. Рсфлюкс-эзофагит: а) катаральный, эрозивный, язвенный; б) пептическая язва пищевода; в) воспалительно-рубцовос стенозирование.
- Б. Острое или хроническое пищеводно-желудочное кровоотечение.
- В. Ретроградный пролапс слизистой желудка в пищевод.
- Г. Инвагинация пищевода в грыжевую часть желудка.
- Д. Перфорация пищевода.
- Е. Рефлекторная стенокардия,

Ж. Ущемление грыжи (при параэзофагиальных грыжах).

III. Предполагаемая причина

IV. Сопутствующие заболевания

Клиническая симптоматика ГПОД

Клиническая симптоматика ГПОД обусловлена нарушением механизма замыкания кардии с последующим развитием желудочно-пищеводного рефлюкса и рефлюкс-эзофагита.

Наиболее частым симптомом ГПОД, осложненной рефлюкс-эзофагитом является боль. По нашим и литературным данным боль наблюдается у 70-91 проц. больных. Она чаще всего локализуется в подложечной области, за грудиной, в левом подреберье. Боли появляются вскоре или через 30 - 45 минут после приема пищи и усиливаются в положении лежа, при наклоне туловища вперед. Иногда боль появляется при физической нагрузке, при волнениях. Боли чаще бывают периодическими, но иногда становятся постоянными, длятся часами и днями. В отдельных случаях боль локализуется за грудиной и очень схожа с коронарными болями, иногда симулируя инфаркт миокарда, или вызывает аритмии сердечной деятельности.

Причиной возникновения болей служат раздражение слизистой пищевода кислым желудочным содержимым и мышечная дискинезия (эзофагоспазм).

Другим важным симптомом ГПОД является изжога, наблюдаемая более чем у 80 проц. больных. Она так же, как и боль, возникает через 40-60 минут после приема пищи (особенно обильной); при наклонах туловища вперед, волнениях, физической нагрузке.

Изжога чаще наблюдается при нормальной и повышенной кислотности желудочного сока. Однако изжога может наблюдаться и при отсутствии свободной соляной кислоты в желудочном соке в связи с развитием щелочного рефлюкс-эзофагита, возникающего при контакте желчи и поджелудочного сока со слизистой пищевода.

Возникновение изжоги обусловлено воздействием кислого желудочного сока (или органических кислот, образующихся в желудке вследствие брожения) на слизистую пищевода. Реже изжога возникает за счет механического растяжения пищевода или его дискинезии.

Очень важным симптомом ГПОД является срыгивание, которое чаще наблюдается в горизонтальном положении, и особенно при наклонах туловища, после обильного приема пищи.

Отрыжка наблюдается примерно у 30 проц. больных ГПОД. Отрыжка может быть воздухом, приносящая облегчение больным, уменьшая чувство распирания в подложечной области, или кислым желудочным содержимым, после чего нередко появляются жгучие боли за грудиной, обусловленные забросом кислого желудочного содержимого в пищевод. Отрыжка чаще всего обусловлена недостаточностью кардии.

Дисфагия - имеет место у 25-30 проц. больных.

Характерной особенностью дисфагии при ГПОД является появление ее во время приема очень холодной или горячей воды, жидкой пищи, при торопливой еде и нервном возбуждении.

Другие диспепсические симптомы - тошнота, рвота, икота - бывают крайне редко (у 3-4 проц. больных).

Разнообразие клинических проявлений ГПОД позволило выделить 5 основных форм: диспепсическая, болевая, дисфагическая, смешанная и бессимптомная. Наиболее часто в клинической практике встречаются смешанная и диспепсическая формы.

Закапчивая описание клинической симптоматики, мы считали необходимым несколько подробнее рассмотреть наблюдаемые у больных ГПОД «сердечные жалобы», которые нередко встречаются при указанной патологии. Диагностика истинной природы «сердечных жалоб» у больных ГПОД необходима для правильного оформления дифференцированного бальнеолечения, применения лекарственных средств и т. д.

Для установления истинного характера «сердечных жалоб» необходимо проводить подробный анализ характера болей (жгучие, давящие), их взаимосвязь с приемом пищи, положением тела, физическими напряжениями. При этом следует использовать электрокардиографию с обязательным проведением пробы Мастера, велоэргометрию и т. д.

Все «сердечные жалобы», наблюдаемые у больных ГПОД, могут быть условно разделены на 3 группы:

I группа - больные с псевдокоронарным синдромом.

У этой группы больных боли за грудиной и в положении лежа, при резких наклонах туловища, после приема обильной и острой пищи. Прием щелочей способствует уменьшению или исчезновению болей. Проба Мастера не выявляет скрытой коронарной недостаточности. По данным радиокордиографического исследования показатели гемодинамики в пределах нормы.

II группа - больные с эзофагокоронарным синдромом.

У этих больных не наблюдается четкой зависимости между болями за грудиной (или в области сердца) и горизонтальным положением тела. Прием щелочей уменьшает боли. Появлению болей в области сердца предшествуют изжога, срыгивание, отрыжки. При электрокардиографическом

исследовании у большинства больных обнаруживаются изменения: отклонение ST от изоэлектрической линии и инверсия зубца Т.

Обычно сердечные жалобы и изменения ЭКГ появляются вслед за обострением рефлюкс-эзофагита. Механизм возникновения коронарной недостаточности обусловлен рефлексными влияниями с патологически измененного пищевода на коронарные артерии.

III группа - больные ГПОД с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Наконец, у части больных с ГПОД могут наблюдаться желудочковые экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия и пароксизмы мерцательной аритмии. Аритмии сердечной деятельности могут быть первичными при заболевании сердца, или возникают вторично за счет раздражения блуждающего нерва.

Правильное дифференцирование генеза «сердечных жалоб» у больных ГПОД имеет важное значение для определения тактики лечения. При псевдокоронарном синдроме может быть назначено бальнеолечение, при сопутствующей ишемической болезни сердца тактика лечения определяется степенью поражения сердца.

Клиническая симптоматика ГПОД весьма разнообразна.

Заболевание протекает с периодическими обострениями. При появлении осложнений состояние больных значительно ухудшается.

Осложнения .

Наиболее частым осложнением, особенно при аксиальных ГПОД является пептический эзофагит, клиническая симптоматика которого была нами выше описана. Более тяжелым осложнением ГПОД является пептическая язва пищевода, которая встречается в 1,5-7 проц. случаев. Пептические язвы пищевода чаще встречаются у мужчин среднего и пожилого возраста. Язвы, как правило, медленно заживают, чаще бывают больших размеров и одиночные. Пептические язвы пищевода диагностируются при эзофагоскопии и несколько реже при рентгенологическом обследовании. Ведущими симптомами пептической язвы пищевода являются боль и почти постоянная мучительная изжога, особенно в ночное время. При пептических язвах пищевода у 1/3 больных наблюдается кровотечение, чаще скрытое. При исследовании кала на кровь реакция положительная, содержание гемоглобина в крови снижено.

Более тяжелым осложнением является стриктура пищевода, которая развивается при длительном существовании эрозивно-язвенного эзофагита. В подавляющем большинстве случаев стриктура локализуется в самом нижнем отделе пищевода. При стриктурах пищевода больные жалуются на задержку пищи в пищеводе, затрудненное глотание, выраженность дисфагии может колебаться от весьма незначительных жалоб на неприятные ощущения за грудиной до невозможности приема пищи. Больные могут принимать лишь жидкую или полужидкую пищу. При заглатывании недостаточно пережеванного большого куса пищи может возникнуть полная непроходимость пищевода. Диагностика стриктур пищевода основывается на данных рентгенологического и эзофагоскопического методов исследования, с помощью которых устанавливаются степень сужения, протяженность и т.д.

Редким осложнением ГПОД является инвагинация пищевода. Больные жалуются на приступообразные боли в эпигастриальной области (особенно при наклоне туловища вперед), дисфагию и усиленную саливацию. Диагностика инвагинации пищевода основывается на данных рентгенологического исследования, проводимого в горизонтальном положении.

Ущемление ГПОД - одно из наиболее тяжелых осложнений, наблюдается крайне редко и, как правило, при параэзофагиальных грыжах. Ущемление грыжи характеризуется появлением очень сильных болей за грудиной, коллаптоидным состоянием, дисфагией. Это осложнение требует неотложного хирургического вмешательства.

Очень редко наблюдается ретроградное выпадение слизистой оболочки желудка в пищевод.

Кровотечения при ГПОД наблюдаются в 11 - 20 проц. случаев, анемия - у 20 проц. больных. Кровотечения могут быть как явными (с кровавой рвотой, дегтеобразным стулом), так и occultными (с постепенным развитием анемии). Кровотечения могут быть вследствие язв и эрозий пищевода, варикозно расширенных вен пищевода, язв грыжевого мешка и в результате диафрагмы.

Диагностика .

Основным методом диагностики являются рентгеноскопия и рентгенография желудка. Важным условием для выявления ГПОД является исследование больного в горизонтальном положении или в положении Тренделенбурга. Кроме того, используются ряд дополнительных приемов, которые способствуют повышению внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, после чего появляется возможность ретроградного заполнения грыжевой части желудка и пищевода.

Для лучшего распознавания ГПОД предложено введение перед рентгенологическим исследованием внутримышечно 1-1,5-2 мл 0,1-проц. раствора атропина сульфата или 1-2 мл 0,1-проц. раствора метацина, или 1 мл 0,05-проц. раствора прозерина.

Несмотря на большую диагностическую возможность рентгенологического метода, у 6 проц. больных с отчетливой клинической симптоматикой ГПОД, проявляющейся желудочко-пищеводным рефлюксом и рефлюкс-эзофагитом, никаких признаков этого заболевания выявить не удастся.

Важное значение при диагностике ГПОД и особенно рефлюкс-эзофагита имеет эндоскопический метод.

При эзофагофиброскопии у больных аксиальной ГПОД можно выявить небольшое расширение его в нижней трети и утолщение складок слизистой. При этом отсутствует смыкание и размыкание стенок пищевода на уровне «диафрагмального» сужения. Розетка кардии зияет или периодически раскрывается, через нее наблюдается забрасывание содержимого желудка в пищевод. Следует отметить, что с помощью эзофагофиброскопии можно выявить лишь относительно большие ГПОД.

Эзофагофиброскопия имеет первостепенное значение для диагностики рефлюкс-эзофагита, пептической язвы пищевода, наличия варикозно расширенных вен пищевода. С помощью этого метода можно получить биопаты слизистой пищевода и провести гистологическое исследование.

Противопоказаны - больные ГПОД с язвенным эзофагитом, с пептической язвой пищевода, с выраженной анемией, при рубцовом стенозировании пищевода, при склонности к повторным кровотечениям.

Лечение .

Существующие в настоящее время методы консервативной и курортной терапии не устраняют грыжу.

Основной задачей лечения является уменьшение частоты и продолжительности желудочно-пищеводного рефлюкса, ликвидации рефлюкса-эзофагита, предотвращение дальнейшего прогрессирования ГПОД и развития осложнений.

Больным в зависимости от выраженности клинической симптоматики и общего состояния назначается щадящий или тренирующий режим.

Для уменьшения желудочной регургитации рекомендуется избегать тех положений, которые облегчают возникновение желудочно-пищеводного рефлюкса. Запрещается переедание, нахождение в горизонтальном положении после приема пищи, работа с частыми наклонами тела вперед, выполнение гимнастических упражнений, связанных с повышением внутрибрюшного давления, поднятие тяжести, ношение тугих поясов.

Необходимо рекомендовать больным спать с приподнятым изголовьем постели на 3-5 подушках. При этом очень важно, чтобы вся верхняя половина туловища больного была приподнята (а не только голова). При наличии запоров и метеоризма следует проводить соответствующее лечение.

Вопросы питьевого лечения минеральными водами больных ГПОД до сих пор остаются недостаточно изученными. Лишь в последние годы, благодаря широкому использованию новых функциональных и морфологических методов оценки состояния эзофагогастральной внутрипищеводной рН-метрии, эзофагофиброскопии, эзофаготоникографии), представилась возможность изучить эффективность курортной терапии и влияние Ессентукских питьевых минеральных вод «Ессентуки № 4» и «Ессентуки № 17» у больных ГПОД.

Как показали проведенные наблюдения, внутренний прием Ессентукских минеральных вод оказывает ощелачивающее и антipeптическое действие, способствуя тем самым снижению кислотного фактора, уменьшению частоты и длительности желудочно-пищеводного рефлюкса, повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нормализации моторной

деятельности пищевода и желудка, уменьшению воспалительных изменений в слизистой

Противопоказаны - больные ГПОД с язвенным эзофагитом, с пептической язвой пищевода, с выраженной анемией, при рубцовом стенозировании пищевода, при склонности к повторным кровотечениям.

Лечение .

Существующие в настоящее время методы консервативной и курортной терапии не устраняют грыжу.

Основной задачей лечения является уменьшение частоты и продолжительности желудочно-пищеводного рефлюкса, ликвидации рефлюкса-эзофагита, предотвращение дальнейшего прогрессирования ГПОД и развития осложнений.

Больным в зависимости от выраженности клинической симптоматики и общего состояния назначается щадящий или тренирующий режим.

Для уменьшения желудочной регургитации рекомендуется избегать тех положений, которые облегчают возникновение желудочно-пищеводного рефлюкса. Запрещается переедание, нахождение в горизонтальном положении после приема пищи, работа с частыми наклонами тела вперед, выполнение гимнастических упражнений, связанных с повышением внутрибрюшного давления, поднятие тяжести, ношение тугих поясов.

Необходимо рекомендовать больным спать с приподнятым изголовьем постели на 3-5 подушках. При этом очень важно, чтобы вся верхняя половина туловища больного была приподнята (а не только голова). При наличии запоров и метеоризма следует проводить соответствующее лечение.

Вопросы питьевого лечения минеральными водами больных ГПОД до сих пор остаются недостаточно изученными. Лишь в последние годы, благодаря широкому использованию новых функциональных и морфологических методов оценки состояния эзофагогастральной внутрипищеводной рН-метрии, эзофагофиброскопии, эзофаготономографии), представилась возможность изучить эффективность курортной терапии и влияние Эссентукских питьевых минеральных вод «Эссентуки № 4» и «Эссентуки № 17» у больных ГПОД.

Как показали проведенные наблюдения, внутренний прием Эссентукских минеральных вод оказывает ощелачивающее и антipeптическое действие, способствуя тем самым снижению кислотного фактора, уменьшению частоты и длительности желудочно-пищеводного рефлюкса, повышению тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нормализации моторной

деятельности пищевода и желудка, уменьшению воспалительных изменений в слизистой признаках (потеря аппетита, тошнота, слабость и др.) отменить или значительно уменьшить их дозировку.

В последние годы, особенно при лечении больных язвенной болезнью и ГПОД, стал применяться мощный ингибитор желудочной секреции, блокирующий H₂-рецепторы гистамина (циметидин, тагомст). Результаты проведенных исследований в Эссентукской клинике показали, что однократный прием циметидина в дозе 100 и 200 мг резко угнетает базальную и гистаминстимулированную секрецию желудочных желез на 65—89 проц. При ГПОД, протекающих с повышенной секрецией свободной соляной кислоты, в период выраженного обострения, наличия эрозивных изменений в слизистой пищевода, а также при оккультных кровотечениях циметидин назначается по 200 мг 3 раза в день до еды и на ночь 200 мг в течение 3-4 недель.

Для повышения резистентности слизистой эзофагогастродуоденальной зоны могут быть назначены солкосерил и цоллимин.

В качестве репарантов при наличии пептического, эрозивного и язвенного эзофагита применяются метилурацил (по 0,5 три раза в день—20 дней), пентоксил (по 0,5 три раза в день - 30 дней). При выраженном эзофагите, особенно при язве пищевода, весьма эффективно внутрипищеводное капельное введение 0,7-проц. водного раствора метилурацила (на курс лечения 20—25 процедур).

Для уменьшения воспалительных изменений слизистой пищевода назначается 0,5% раствор колларгола по 2 столовой ложки натощак в течение 10—12 дней. Пить колларгол необходимо в горизонтальном положении маленькими глотками в течение 5-10 мин.

Растворы вяжущих и обволакивающих веществ больные должны принимать лежа (с низко опущенным изголовьем), в теплом виде, мелкими глотками в течение 5-10 мин., что способствует более длительному контакту лекарственного вещества со слизистой оболочкой пищевода.

При выраженных невротических расстройствах, нарушении функции сна, повышенной раздражительности, чувстве страха и т. д. применяются седуксен, тазепам, тардил и др. седативные препараты по 1-2-3 таблетки в день в течение нескольких дней.

В последние годы при ГПОД весьма широко применяются меклопрамид (реглан, церукал).

Последний стимулирует моторную функцию желудка, способствуя более быстрой эвакуации содержимого желудка, и одновременно повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера. В связи с этим, значительно уменьшается частота и длительность забросов содержимого желудка в пищевод. Следует избегать переедания и употребления пищи, трудно перевариваемой или вызывающей метеоризм, а также выпивать большое количество жидкости, так как эти факторы способствуют появлению желудочно-пищеводного рефлюкса. Назначаемая диета должна оказывать минимальное механическое, химическое и термическое действие на слизистую пищевода. Соблюдение строгой диеты («пищеводный стол», диета 1-а и 1-б и 1 по Певзнеру) обязательно при обострении рефлюкс-эзофагита, наличии эрозивного и язвенного эзофагита. По мере исчезновения и уменьшения боли и изжоги, диета может быть расширена до № 1. Назначаемая больным диета должна быть полноценной, содержать достаточное количество пищевых веществ, обладающих антацидными свойствами. У тучных больных следует ограничить калораж. Больным с выраженной стриктурой пищевода назначается измельченная, протертая, жидкая или полужидкая пища.

При наличии у больных ГПОД сопутствующего холецистита назначается диета 5-а. Лекарственная терапия.

(! Использование медикаментов ТОЛЬКО после консультации у врача !)

В условиях курортной практики у больных ГПОД осложненной рефлюкс-эзофагитом, весьма часто приходится прибегать к назначению различных лекарственных средств,

Основной целью лекарственной терапии является ингибирование агрессивного кислотопептического фактора, коррекция двигательных расстройств эзофагогастроудоденальной системы, повышение резистентности слизистой пищевода и улучшение ее регенераторной способности, повышение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, нормализации деятельности центральной и вегетативной нервной систем.

Для ингибирования кислотно-пептической активности назначаются антациды и адсорбенты. Антациды, нейтрализуя кислое желудочное содержимое, тем самым предотвращают его действие на слизистую пищевода, устраняют пилороагзм, улучшают моторную и эвакуаторную функции желудка. Могут быть использованы как всасывающиеся антациды (натрия бикарбонат, кальция бикарбонат, окись магния), так и невсасывающиеся антациды (гидрат окиси алюминия, гидрат окиси магния и трисиликат магния). Широко применяются комплексные препараты - ротср, викалип, викаир, риопан, алмагель, гастрогель, фосфалугель. Адсорбирующий эффект достигается при назначении висмута, гидроокиси алюминия. Следует указать, что при длительном назначении антацидов может развиваться молочно-щелочной синдром. Необходимо при появлении первых признаков. Для устранения эзофагогастральной дискинезии, а также уменьшения коррозионных свойств желудочного сока широко применяются холинолитики с выраженной антисекреторной и спазмолитической активностью. С целью достижения более выраженного терапевтического эффекта холинолитики следует назначать совместно с антацидами, вяжущими, и анестезирующими средствами.

Время назначения холинолитиков определяется индивидуально, в зависимости от суточной ритмики болей (за 30-40 минут до начала болей).

Из готовых лекарственных средств рекомендуются бикарбон, белластезин, беллалгин. Менее эффективны препараты, содержащие платифиллин (палюдин).

При выраженном болевом синдроме назначают метацин, папаверин, ношпу (по 2 мл 2-проц. раствора).

При резко выраженном эзофагите и пептической язве пищевода за 1-1,5 часа до еды можно назначить внутрь 1 столовую ложку растительного масла или 30-40 г. сливочного масла. Непосредственно перед едой назначаются местноанестезирующие препараты - анестезии (по 0,25-0,3 г. 3-4 раза в день), новокаин (0,5-проц. раствор по 15-20 мл 3-4 раза в день) и т. д.

При эзофагоспазме рекомендуется диета № 1-а, антиспазматические препараты (атропин, белладонна, папаверин), витамины (В), Вг, Вб, никотиновая кислота). Из физиотерапевтических процедур могут быть назначены электрофорез с новокаином, сернокислой магнезией или хлористым кальцием на область шейных симпатических нервных узлов или гальванический воротник по Ил (ербаку и т. д.).

При анемии назначаются препараты железа, витамин В12. При кровотечениях проводят кровоостанавливающую терапию, переливание крови.

Проведенные в Ессентукской клинике и в санатории «Аврора» специальные исследования о влиянии желчегонных средств на базальную и гастриномстимулирующую секрецию желудка, ощелачивающую способность двенадцатиперстной кишки, частоту и длительность желудочно-пищеводного рефлюкса показали, что аллахол, хологон, лиобил, оксафенамид статистически достоверно стимулируют базальную секрецию и увеличивают частоту и продолжительность желудочно-пищеводного рефлюкса. Результаты этих наблюдений позволяют считать не целесообразным назначения указанных желчегонных средств больным ГПОД с сочетающимся хроническим холециститом.

Результаты клинических наблюдений показали, что под влиянием комплексной курортной терапии, в Ессентуках у 82 проц. больных наблюдается исчезновение и значительное уменьшение основных клинических симптомов рефлюкс-эзофагита. Однако, для предотвращения обострения больные должны в домашних условиях соблюдать режим питания, избегать резких нарушений в питании, приеме алкоголя, физических нагрузок. Периодически (2 раза в год) проводить профилактическое медикаментозное лечение.

Используемая литература:

Сайт: <https://www.bestreferat.ru/referat-405613.html>