

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы: признаки, диагностика и методы лечения

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) относится к категории довольно распространенных патологий, риск возникновения которых увеличивается у пациентов пропорционально их возрасту.

Так, у больных, не достигших сорокалетнего возраста, они встречаются в 8% случаев, в то время как у пациентов, перешагнувших семидесятилетний рубеж, их число увеличивается до 70%, причем женщины подвержены им в большей степени.

Почти у половины пациентов данная патология отличается полной бессимптомностью протекания, так и оставшись нераспознанной. Пациенты могут годами находиться под наблюдением гастроэнтеролога и лечить сопутствующие заболевания (язву желудка, хронический гастрит, холецистит) со сходной клинической симптоматикой.

Понятие о патологии

В международной классификации болезней грыже пищеводного отверстия диафрагмы присвоен код K44.9.

Суть данного недуга состоит в том, что целый ряд органов пищеварительного тракта – абдоминальный отрезок пищеварительной трубки, кардиальный отдел желудка и даже часть петель кишечника – изменяет свою привычную локализацию и через пищеводное отверстие диафрагмы из брюшной полости перемещается в грудную.

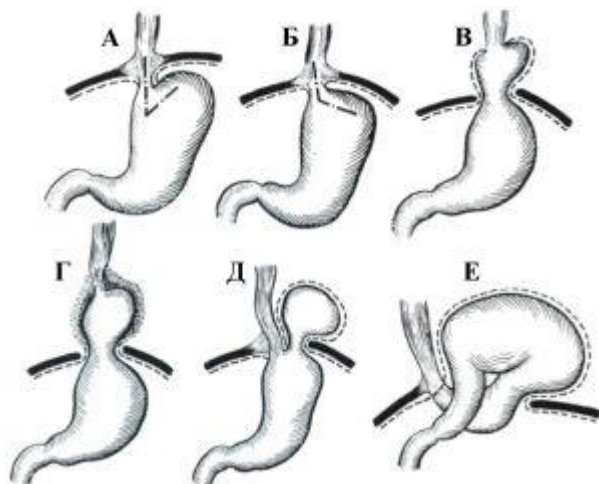
Диафрагмальные грыжи сопровождаются сильными загрудинными болями, аритмией, дисфагией (затрудненным прохождением пищи по пищеводу), изжогой, регургитацией (отрыжкой) и икотой.

Классификация

Исходя из анатомических особенностей, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы подразделяют на:

- Скользящие.
- Параэзофагеальные.
- Смешанные. В патологиях этого типа совмещаются проявления двух механизмов: параэзофагеального и аксиального.

Скользящая



Скользящая грыжа (их еще называют осевыми или аксиальными) пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется свободным перемещением абдоминального участка пищевода (так называют небольшой – протяженностью около двух сантиметров – кусочек пищеводной трубки, расположенный под диафрагмой), кардии (кольцеобразного сфинктера, находящегося между желудком и пищеводом) и дна желудка в грудную полость и столь же свободным самостоятельным возвращением перечисленных органов в брюшную полость.

Поводом для таких перемещений может быть обычное изменение положения тела.

Аксиальная

Аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы образуются в результате ослабления окружающих его диафрагмальных мышц.

Не будучи фиксированными, они проявляются не постоянно, а лишь при воздействии определенных факторов. Первоочередное значение имеют: положение тела, степень наполненности желудка и внутрибрюшное давление.

Ослабленные мышцы диафрагмы позволяют нижнему отделу пищеводной трубки и части желудка беспрепятственно проскальзывать как в грудную полость, так и в обратном направлении. Грыжи аксиального типа являются самыми распространенными патологиями.

Объем и уровень возвышения над диафрагмой смещаемых участков позволяет разделять их на:

- Кардиальные.
- Кардиофундальные. Грыжи этого типа характеризуются свободным перемещением верхнего отдела желудка.
- Субтотальные и тотально-желудочные. При этих разновидностях грыж над уровнем диафрагмы оказывается либо большая часть желудка, либо все его тело.

Кардиальная

При этом виде патологий сквозь пищеводное отверстие диафрагмы проскальзывает только кардиальный сфинктер, отделяющий пищевод от желудка.

Из всей массы аксиальных грыж 95% случаев приходится на долю патологий кардиального типа. Оставшиеся 5% распределяются между кардиофундальными, субтотальными и тотально-желудочными грыжами.

Параэзофагеальная

Случаи параэзофагеальных грыж пищеводного отдела диафрагмы являются относительно редким явлением.

Их радикальное отличие от грыж скользящего типа состоит в том, что перемещение в область эпителиальной трахеопищеводной перегородки большой кривизны желудка, его дна, а также части петель тонкого или толстого кишечника происходит при фиксированном положении кардиального клапана: он продолжает оставаться под диафрагмой.

В результате перемещения вышеперечисленные органы оказываются ущемленными. Это нередко заканчивается серьезными механическими осложнениями.

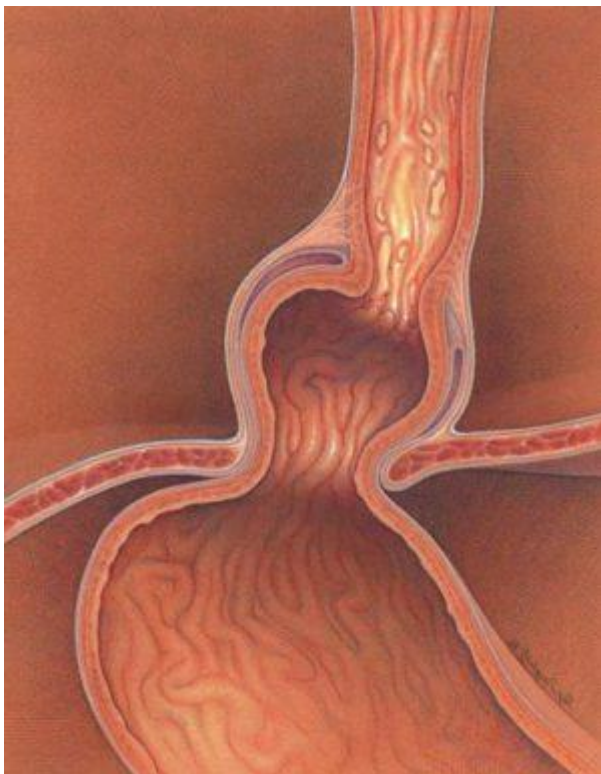
В результате миграции перитонеального мешка, окружающего желудок, в грудную клетку происходит постепенное перемещение в нее сначала фундального отдела желудка, а затем и его большой кривизны. В процессе подъема большая кривизна обращается вверх, а малая кривизна, удерживаемая кардиальным клапаном, продолжает сохранять нижнее положение.

С течением времени в грудную полость может переместиться и весь желудок (вместе с тканями париетальной плевры). Вопреки перемещению желудка и ряда органов брюшной полости в область грудной клетки фиксация желудочно-пищеводного перехода продолжает сохранять нормальное поддиафрагмальное положение.

В очень редких случаях, когда наблюдается миграция желудочно-пищеводного перехода в грудную полость, говорят о наличии смешанной грыжи, нередко сопровождающейся недостаточностью кардиального жома (кардии).

Осложнения параэзофагеальных грыж очень часто заканчиваются летальным исходом, поэтому, несмотря на бессимптомность их протекания, больным рекомендуется оперативное лечение, предпринимаемое до развития осложнений. Показанием к немедленной операции является состояние, когда в область грудной клетки перемещается до 68% желудка.

Фиксированная



Фиксированной грыжей пищеводного отверстия

диафрагмы называют патологию, при которой происходит перемещение кардиальной части желудка в область грудной клетки и постоянное (без соскальзывания обратно) пребывание ее в зоне новой локализации.

Этим и объясняется не преходящий, а постоянный характер клинической симптоматики, сопровождающей данную патологию.

Фиксированная грыжа является достаточно редкой, но гораздо более опасной (нежели аксиальная грыжа) формой патологии, намного чаще приводящей к возникновению осложнений, требующих незамедлительной помощи квалифицированного специалиста.

Ущемление грыжи, как правило, требует выполнения хирургической операции.

Нефиксированная

Нефиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (именуемая также скользящей или аксиальной) является хроническим заболеванием, при котором через вышеупомянутое отверстие происходит свободное перемещение (миграция) абдоминального отрезка пищеводной трубки, нижнего пищеводного жома и желудка из брюшной полости в грудную.

Будучи менее сложным видом заболевания, нежели вышеописанная патология, нефиксированная грыжа, тем не менее, требует столь же серьезной и незамедлительной терапии.

Причины развития

Случаи грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выявляются у 6% взрослого населения, причем половина этих случаев приходится на людей старше пятидесяти пяти лет, в организме которых

возрастные изменения (атрофия, дистрофические процессы и утрата эластичности) привели к значительному ослаблению связочного аппарата, удерживающего пищеводную трубку в правильном положении.

Еще одной категорией лиц, подверженных данному недугу, являются люди с астеническим типом телосложения или никогда не занимавшиеся спортом.

Ослабление связочно-мышечного аппарата и образование грыж пищеводного отверстия диафрагмы может произойти под влиянием:

1. Анатомических особенностей организма, сформировавшихся в период внутриутробного развития плода на этапе образования мышечных структур.
2. Сопутствующих заболеваний, обусловленных слабостью соединительных тканей. К этой группе недугов могут быть причислены: геморрой, плоскостопие, дивертикулез кишечника, синдром Марфана, варикозное расширение вен. У таких пациентов грыжа пищеводного отверстия диафрагмы нередко сопровождается пупочной, бедренной и паховой грыжей и предбрюшинной липомой (грыжей белой линии живота).
3. **Резкого повышения внутрибрюшного давления, происходящего по вине:**
 - метеоризма;
 - неукротимой рвоты;
 - брюшной водянки – состояния, сопровождающегося скоплением жидкости в брюшной полости;
 - констипации (хронических запоров);
 - крупных опухолей, локализованных в брюшной полости;
 - травмирования живота;
 - беременности;
 - резких наклонов;
 - тяжелых физических нагрузок;
 - одномоментного подъема непомерно тяжелого предмета;
 - крайней степени ожирения;
 - продолжительного и очень сильного кашля, возникающего у больных, страдающих какой-либо неспецифической болезнью легких (например, бронхиальной астмой или хроническим обструктивным бронхитом).
4. Дискинезии – нарушенной перистальтики пищеводной трубки и других органов желудочно-кишечного тракта – явления, сопровождающего хронический гастродуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, калькулезный холецистит и хронический панкреатит.
5. Продольного укорочения пищеводной трубки, возникающего вследствие рубцово-воспалительных процессов, ставших результатом термических или химических ожогов, рефлюкс-эзофагита или наличия пептической (эзофагеальной) язвы.
6. Патологий, являющихся следствием пороков внутриутробного развития плода. К их числу относят «грудной» желудок и слишком короткий пищевод.

Симптомы



У половины пациентов грыжа пищеводного отдела диафрагмы протекает либо бессимптомно, либо с минимальным набором клинических проявлений. Бессимптомным характером отличаются грыжевые выпячивания небольших размеров.

Как правило, они выявляются совершенно случайно в ходе диагностических исследований, предпринимаемых по поводу других заболеваний.

- При грыже, достигшей внушительных размеров, но сопровождающейся нормальной работой запирающих клапанов, основным клиническим симптомом являются спазматические боли, исходящие из области грудины. Возникающие в области желудка, они постепенно распространяются по пищеводной трубке, в ряде случаев иррадиируя (распространяясь) между лопатками или в спину.
- При появлении опоясывающих болей ГПОД может маскироваться под хронический панкреатит в стадии обострения.
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может привести к появлению кардиалгии – болей, локализованных в левой стороне груди и не имеющих никакого отношения к патологиям сердечной мышцы. Человек, не имеющий отношения к медицине, может принять их за проявление стенокардии или инфаркта миокарда.
- Примерно у трети больных, страдающих ГПОД, главным проявлением этого заболевания является наличие нарушенного сердечного ритма, напоминающего экстрасистолию или пароксизмальную тахикардию. По вине этого симптома пациентам нередко выносятся ошибочный кардиологический диагноз. Все попытки излечить несуществующую болезнь сердца заканчиваются неудачей.

Чтобы избежать ошибок в диагностировании недуга, при дифференцировании болевых ощущений следует ориентироваться на целый ряд специфических признаков. **При ГПОД:**

- появление болей наблюдается сразу после еды, серьезных физических нагрузок, принятия горизонтального положения и при наличии метеоризма;
- резкое усиление болевого синдрома происходит при наклоне корпуса вперед;
- смягчение или полное исчезновение болей происходит после перемены позы, глубокого вдоха, нескольких глотков воды или появления отрыжки.

При ущемлении грыжи возникают очень сильные схваткообразные боли за грудиной, отдающие в область лопаток и сопровождающиеся появлением:

- тошноты;
- одышки;
- рвоты с кровью;
- тахикардии – состояния, характеризующегося увеличением частоты сердечных сокращений;
- синюшности слизистых оболочек и кожных покровов (цианоза);
- гипотонии – понижения артериального давления.

Развитие ГЭРБ – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни – неизменной спутницы грыжи пищеводного отверстия диафрагмы провоцирует возникновение нового комплекса клинических симптомов. **У больного появляется:**

- Отрыжка желчью или содержимым желудка.
- Регургитация (срыгивание пищи, не предваряемое тошнотой), возникающая в ночные часы, поскольку пациент принимает лежачее положение. Возникновению этого симптома способствует запоздалый и очень плотный ужин.
- Воздушная отрыжка.

Наиболее характерным (патогномичным) проявлением ГПОД, дающим основание для постановки диагноза, является наличие дисфагии – патологии, характеризующейся всевозможными нарушениями, возникающими при прохождении пищевого кома по пищеводной трубке.

Появлению дисфагии способствует: употребление чересчур горячих блюд, слишком холодных напитков, вредная привычка торопливо, не прожевывая, заглатывать пищу или выпивать жидкость, делая один большой глоток.

Не менее специфичными признаками ГПОД можно считать наличие:

- сильной изжоги;
- мучительной и упорной икоты;
- жжения и боли в корне языка;
- охрипшего голоса.

У больных, страдающих грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, как правило, отмечается наличие анемического синдрома, характеризующегося сочетанием клинических признаков (бледности кожи, повышенной утомляемости, тахикардии, слабости, головокружений) и лабораторных показателей анемии, указывающих на пониженное содержание гемоглобина и эритроцитов в крови.

Как правило, анемия развивается вследствие внутренних кровотечений из желудка и нижних участков пищеводной трубки, возникающих под воздействием:

- эрозивного гастрита;

- пептических язв;
- рефлюкс-эзофагита.

Степени заболевания

Основанием для выделения степеней грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются данные рентгенологического исследования, позволяющие судить о том, какая часть желудка (вместе с прилегающими к нему структурами) оказалась над уровнем диафрагмы.

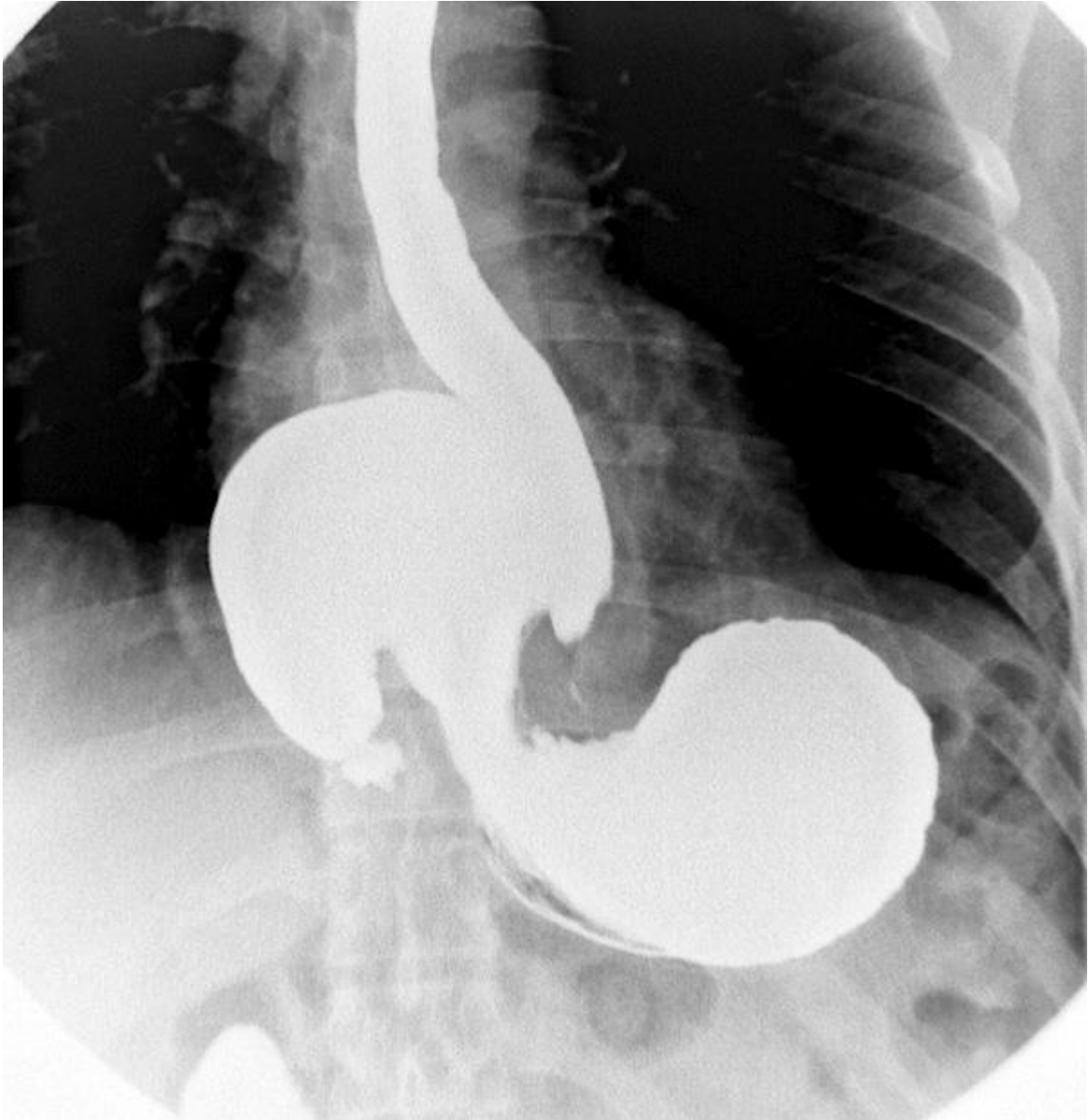
- **Самая легкая – первая** – степень патологии характеризуется переходом в грудную полость лишь абдоминальной части пищеводной трубки. Размеры пищеводного отверстия диафрагмы таковы, что желудок не в состоянии пройти сквозь него, поэтому на этом этапе патологии главный пищеварительный орган сохраняет свое нормальное физиологическое положение.
- **Заболевание второй степени** сопровождается перемещением в грудную полость не только абдоминального отрезка пищевода, но и верхней части желудка: она локализуется на уровне пищеводного отверстия диафрагмы.
- **При недуге третьей степени** наблюдается миграция в грудную полость всех органов, располагавшихся прежде в брюшной полости – под диафрагмой. Группа этих органов состоит из абдоминального участка пищеводной трубки, кардиального клапана и всего желудка (его тела, дна и структур антрального отдела).

Диагностика

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может быть выявлена в ходе выполнения:

- Обзорной рентгенографии органов грудной клетки.
- Рентгеноконтрастного диагностического исследования желудка и пищевода.
- Эзофагоскопии – эндоскопического обследования пищеводной трубки, проводимого с использованием оптического аппарата – эзофагоскопа.
- Эзофагогастроскопии – диагностической методики, позволяющей оценить состояние слизистых оболочек желудка и пищевода. Все манипуляции производятся при помощи гибкой оптической трубки – фиброэзофагогастроскопа.

Фото грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на рентгенограмме



К рентгенологическим признакам ГПОД относят:

- высокую локализацию глоточного сфинктера;
- расположение кардиального клапана над уровнем диафрагмы;
- перемещение поддиафрагмального сегмента пищевода в грудную полость;
- увеличение размера диафрагмального отверстия;
- задержку рентгеноконтрастного вещества в структурах грыжевого выпячивания.

Результаты эндоскопических исследований, как правило, указывают на:

- перемещение пищевода и желудка из поддиафрагмального пространства;
- наличие симптоматики эзофагита (недуга, сопровождаемого воспалением слизистых оболочек пищевода) и гастрита.

Чтобы исключить наличие пищеводных опухолей, проводят [эндоскопическую биопсию](#) его слизистых оболочек, подвергая ткани взятого биоптата морфологическому исследованию. Для

выявления скрытых кровотечений из органов ЖКТ каловые массы пациента исследуют на скрытую кровь.

Большое значение в диагностике ГПОД имеет эзофагеальная манометрия – диагностическая методика, исследующая сократительную активность пищеводной трубки и скоординированность ее моторики с работой сфинктеров (глоточного и кардиального). При оценке двигательных функций пищевода учитывают амплитуду, длительность и характер (он может быть перистальтическим или спастическим) его сокращений.

Результаты эзофагеальной манометрии позволяют сделать выводы о том, насколько успешным является консервативное лечение.

Чтобы получить данные о характере среды в желудочно-кишечном тракте, применяются диагностические методики:

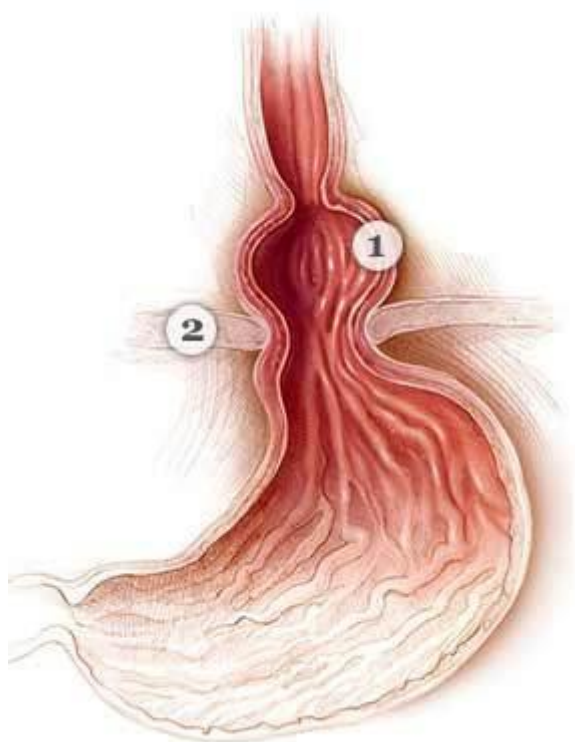
- Внутриводной и внутрижелудочной рН-метрии. В ходе данных исследований, призванных оценить секреторную активность органов ЖКТ, измеряют кислотность желудочного сока в разных участках пищеварительной системы, а также изучают динамику кислотно-щелочного баланса при воздействии тех или иных лекарственных средств.
- Импедансометрии – исследования функций желудка и пищевода, основанного на замерах импеданса (сопротивления), возникающего между электродами особого зонда, введенного в верхние участки желудочно-кишечного тракта через ротовую полость.
- Гастрокардиомониторинга – комбинированного электрофизиологического исследования, совмещающего электрокардиографию (методику регистрации электрических полей, возникающих при работе сердечной мышцы) и замеры кислотности пищеварительного сока.

Эндоскопические признаки

Эндоскопические признаки ГПОД указывают на наличие:

- Уменьшенного расстояния от центральных резцов до кардиального сфинктера.
- Неполного смыкания или зияния кардиального жома.
- Патологического образования (именуемого пролапсом слизистой желудка в пищевод) – складки, образованной слизистыми оболочками желудка и смещенной в сторону пищеводной трубки.
- Гастроэзофагального рефлюкса содержимого желудка.
- Хиатального сужения пищевода, именуемого «вторым входом» в желудок.
- Проявлений гастрита и эзофагита.
- Грыжевой полости.

Как лечить грыжу пищевода?



На первом этапе используют методы консервативного лечения.

Чтобы устранить клинические проявления всех сопутствующих заболеваний органов пищеварения (гастритов, гастроэзофагеального рефлюкса, язв, дискинезии и эрозий), для каждого больного разрабатывают индивидуальную программу комплексной медикаментозной терапии, предусматривающую применение:

- **Антацидов** (представленных альмагелем, маалоксом и гасталом).
- **Ингибиторов протонной помпы** (эзомепразола, омепразола, пантопразола).
- **H₂-антигистаминных средств** (чаще всего – ранитидина).
- **Прокинетики**, улучшающих состояние слизистых оболочек пищевода (ганатона, мотилиума, тримебутина, мотилака).
- **Витаминов группы В**, способных ускорить восстановление структур желудка.

Для купирования болевого синдрома пациентам могут быть назначены нестероидные противовоспалительные препараты (представленные парацетамолом, ибупрофеном, нурофеном). В некоторых случаях прием этих лекарственных средств может спровоцировать усиление клинических проявлений, характерных для гастроэнтерологических болезней.

Для усиления эффективности медикаментозного лечения пациентам рекомендуется:

- придерживаться щадящей диеты;
- заняться нормализацией веса;
- во время ночного сна занимать полусидячее положение (благодаря приподнятому изголовью кровати);
- избегать каких бы то ни было физических нагрузок.

Хирургическое лечение

Показанием к необходимости хирургического вмешательства является наличие:

- полной безрезультативности медикаментозного лечения;
- осложненных форм диафрагмальных грыж;
- предраковых (их также именуют диспластическими) изменений слизистых оболочек пищевода.

Существует достаточно большое количество вариантов хирургического лечения диафрагмальных грыж. **Для удобства их принято разделять на группы, в которые входят операции, направленные:**

- На ушивание грыжевого отверстия (именуемого грыжевыми воротами) и укрепление пищеводно-диафрагмальной связки. К этой группе хирургических вмешательств относят крурорафию (операцию по ушиванию ножек диафрагмы) и пластику диафрагмальной грыжи.
- На восстановление острого угла между абдоминальным отделом пищеводной трубки и дном желудка. Такие задачи решает операция фундопликации. В ходе ее выполнения дно желудка оборачивается вокруг пищеводной трубки. В результате получается манжетка, предотвращающая заброс содержимого желудка в пищевод.
- На фиксацию желудка. В ходе гастропексии – именно так называется этот вид оперативного вмешательства – желудок подшивают к задней или передней брюшной стенке.
- На удаление значительной части пищевода (в пределах здоровых тканей) в ходе его резекции.

В современных клиниках предпочтение отдается лапароскопическим операциям, позволяющим навсегда устранить диафрагмальную грыжу через небольшие (длиной 5-10 мм) проколы в коже. Для предотвращения рецидивов брюшная стенка пациента укрепляется при помощи особого сетчатого имплантата.

Диета после операции



- В течение первого дня после операции пациенту разрешено пить воду (не более 300 мл).
- На второй день предлагается небольшая порция низкокалорийного супа.

- Постепенно в рацион пациента вводится мягкая пища, способная без затруднений продвигаться по пищеводной трубке.
- Большое значение имеет температура употребляемых блюд и напитков: она должна быть максимально приближена к температуре тела. Соблюдение этого требования поможет пище без проблем пройти через отекший после операции кардиальный клапан. При более высоких или низких температурах он может сжаться и не пропустить пищу в желудок.

Соблюдение строгой послеоперационной диеты рекомендовано на протяжении восьми недель.

После этого переходят к более мягкому варианту питания, придерживаться которого следует в течение полугода. Далее необходимость в соблюдении диеты и приеме лекарственных препаратов, как правило, отпадает. Тем не менее, вопрос о возможности возвращения к прежнему способу питания может решить только лечащий врач.

Лечение народными средствами



Применение народных средств не может устранить грыжу, однако с их помощью можно добиться некоторого облегчения ее проявлений и ускорения процесса переваривания пищи.

Использование травяных отваров и чаев помогает нейтрализовать повышенную кислотность желудочного сока, ускорить продвижение пищевого кома по желудочно-кишечному тракту и существенно снизить уровень газообразования в кишечнике.

Наибольшей эффективностью в смягчении симптоматики ГПОД отличаются:

- Чай из мяты или ромашки, устраняющий изжогу, снижающий газообразование и болезненность.
- Отвары из лекарственных сборов, содержащих шалфей, кору красного вяза или дуба, мать-и-мачеху, манжетку, льняное семя и алтей лекарственный.
- Каша из семени льна. Обволакивая слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, она успокаивает раздражение и помогает справиться с изжогой.
- Отвар семян моркови помогает снизить дискомфортные ощущения в структурах пищевода и желудка.

Меню

Поскольку грыжа пищеводного отверстия диафрагмы протекает на фоне нестерпимой изжоги, из рациона больного необходимо исключить продукты, способные спровоцировать ее возникновение. Столь же нежелательны напитки и блюда, употребление которых ведет к вздутию желудка.

Больному с ГПОД следует отказаться от употребления:

- Любых жирных, жареных и острых блюд.
- Жирных продуктов из коровьего молока.
- Сливочного и растительного масла.
- Кофе, шоколада и какао.
- Лука (и зеленого, и репчатого) и чеснока.
- Грубой клетчатки, содержащейся в цельных орехах и зернах, твердых сырых фруктах и овощах, отрубях.
- Блюдов (в том числе напитков и соусов) из томатов.
- Солений.
- Сухариков и чипсов.
- Мороженого.
- Горчицы, кетчупа и уксуса.
- Любых газированных напитков.

Список продуктов, способных помочь организму больного человека справиться с болезнью, не менее внушителен. **Рацион пациента с ГПОД требует присутствия:**

- Каш, приготовленных на обезжиренном молоке или воде.
- Блюдов из нежирного козьего и коровьего молока.
- Мяса и рыбы постных сортов.
- Запеченных или протертых яблок.
- Свежих бананов.
- Печеного картофеля и моркови.
- Яичных белков.
- Зеленого горошка и стручковой фасоли.
- Брокколи, приготовленной на пару.
- Мягкого печенья.
- Выпечки из рисовой муки.
- Мармелада, зефира, желе и пастилы.

Основные правила питания пациента, страдающего диафрагмальной грыжей, включают несколько пунктов, требующих обязательного соблюдения:

- Переедание недопустимо. Объем пищи, съедаемой за один прием, не должен превышать 250 г.
- Интервалы между приемами пищи должны быть не больше трех часов.
- Ужин, съедаемый за пару часов до сна, должен быть легким.

- После еды пациент с ГПОД ни в коем случае не должен ложиться, поэтому ему рекомендуются небольшие пешие прогулки (желательно по лесу или парку).
- Любые приседания и наклоны после еды запрещены.

Упражнения



- Лучшей физической нагрузкой для пациентов с диафрагмальной грыжей являются пешие прогулки (непрерывно на свежем воздухе). Во время ходьбы желательно поддерживать быстрый темп, следя за правильностью осанки и напряжением мышц брюшного пресса. Такая ходьба поможет несколько снизить ощущение постоянного давления в груди.
- Очень полезны невысокие прыжки на месте. Вкупе с вертикальным положением тела они способствуют возвращению желудка в нормальное физиологическое положение.
- Для укрепления мышц живота в комплекс лечебной гимнастики обязательно включают наклоны и приседания. Главное условие – умеренность и отсутствие напряжения.
- Идеальным вариантом для больных, страдающих ГПОД, являются занятия пилатесом или йогой, поскольку они способствуют укреплению не только отдельных мышц, но и всего организма в целом.

Почувствовав сильную боль, пациент с диафрагмальной грыжей может попытаться справиться с ней следующим образом: выпив стакан чистой воды, надо встать на небольшое возвышение (вполне подойдет нижняя ступенька) и сделать с него несколько амортизирующих прыжков.

Вес выпитой воды, утяжеляющей желудок, поможет ему опуститься вниз и занять правильное положение.

Чем опасна грыжа пищеводного отверстия диафрагмы?

- Заброс содержимого желудка в просвет дыхательных путей чреват развитием аспирационной пневмонии, трахеобронхита (диффузного воспалительного процесса, затрагивающего бронхи и трахею) и бронхиальной астмы.
- Наибольшую опасность представляет вероятность ущемления органов, проникших в грудную полость через увеличенное отверстие диафрагмы: пищевода, желудка и даже кишечных петель. Это состояние сопряжено с возникновением очень сильных болей в области груди, нарушением глотательной функции, появлением тошноты и рвоты.
- ГПОД может привести к возникновению [пищеводной язвы](#), к [рубцовому сужению](#) или [перфорации пищеводной трубки](#). Эти патологии могут спровоцировать

начало внутреннего кровотечения (пищеводного или желудочного), представляющего серьезную угрозу для жизни больного.

- Осложненное протекание диафрагмальной грыжи может закончиться развитием [рефлюкс-эзофагита](#) – очень опасного заболевания, сопровождающегося постоянным попаданием желудочного сока в просвет пищевода. При длительном воздействии концентрированной соляной кислоты, входящей в состав пищеварительного сока, может произойти злокачественное перерождение клеток слизистых оболочек пищеводной трубки, чреватое возникновением патологических новообразований и развитием рака.

Прогноз и профилактика

В случае несвоевременного диагностирования и при ошибочной тактике лечения грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может спровоцировать появление:

- Рефлекторной стенокардии.
- Перфорации пищеводной трубки.
- Пептических язв пищевода и желудка.
- Разных форм ([эрозивной](#), катаральной, язвенной) эзофагита.
- Рубцового стенозирования пищевода.

Для 30% заболевших отсутствие лечения ГПОД может закончиться [раком пищевода](#). При адекватной и своевременной терапии диафрагмальных грыж в 80% случаев состояние пациентов существенно улучшается. Заболевания I степени излечиваются полностью. Случаи рецидивов чрезвычайно редки.

Комплекс профилактических мер должен предусматривать:

- Нормализацию массы тела.
- Неукоснительное соблюдение правильного режима питания, предписывающего принимать пищу каждые три часа.
- Полный отказ от употребления алкоголя и курения табака.
- Полноценный ночной сон на удобной постели с приподнятым изголовьем (во время сна пациент должен находиться либо в полусидячем положении, либо на правом боку).
- Отказ от интенсивных физических нагрузок. Из комплексов гимнастики необходимо исключить упражнения с наклоном корпуса вперед, уделяя особое внимание укреплению мышц живота.
- Ношение удобной одежды. Тугие корсеты, ремни и бандажи, стягивающие живот, должны навсегда исчезнуть из гардероба.
- Нормализацию работы кишечника и предотвращение запоров.
- Употребление 120 мл минеральной воды (без газа) за один час до каждого приема пищи. Идеальным вариантом является лечебно-столовая вода торговой марки «Боржоми».