

В клинической картине присутствуют две большие группы симптомов: гастроинтестинальные и кардиореспираторные.

Клиника зависит от разнообразных сочетаний вида выпавших органов, степени их наполнения, а также размеров и локализации грыжевых ворот.

Диафрагмальные грыжи встречаются чаще слева, чем справа, так как правая часть диафрагмы в большей степени прикрыта снизу печенью. Врожденная диафрагмальная грыжа у детей иногда сопровождается с первых дней рождения тяжелыми расстройствами (рвота, непроходимость, глубокие нарушения питания), приводящими к смерти новорожденного.

Иногда грыжа протекает бессимптомно, пока не будет обнаружена случайно при рентгеновском обследовании. Приобретенная (травматическая) диафрагмальная грыжа тоже иногда протекает бессимптомно, но подозрение на нее может возникнуть при наличии рубца после ранения грудной клетки, особенно в нижнем отделе. В других случаях имеется клиническая симптоматика: боль в одной половине грудной клетки (чаще слева), наступающая без видимой причины и проходящая самостоятельно, иногда после опорожнения кишечника; чувство стеснения в груди без выявляемых нарушений со стороны сердца; запор.

При перемещении кишечника в грудную полость симптоматика диафрагмальной грыжи совпадает с симптоматикой непроходимости кишечника. Это бывает при ущемлении кишечных петель в диафрагмальной грыже. Вспомогательные данные для диагностики диафрагмальной грыжи получают при перкуссии грудной клетки, обнаруживающей наличие газа в плевральной полости и аускультации, обнаруживающей кишечные шумы.

Достоверный диагноз может быть установлен рентгенологически, когда в плевральной полости обнаруживаются петли кишечника.

Лечение больных с диафрагмальной грыжей может быть только хирургическое. При подозрении на диафрагмальную грыжу следует направить больного в хирургический стационар. При подозрении на ущемление госпитализация должна быть срочной.

Близко к диафрагмальной грыже стоит релаксация диафрагмы. Однако при этой врожденной аномалии в диафрагме нет патологического отверстия, но купол ее на одной стороне стоит так высоко, что достигает уровня верхних ребер. Таким образом, органы брюшной полости территориально оказываются в грудной клетке, оставаясь, однако, прикрытыми диафрагмой.

Клиническая картина может отсутствовать или быть очень скудной; ущемления не бывает, поэтому часто аномалия остается скрытой и обнаруживается при рентгенологическом исследовании по поводу нарушений со стороны желудка и кишечника. Если эти явления выражены сильно и обусловлены релаксацией диафрагмы, могут возникнуть показания к операции.

Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — одна из распространенных заболеваний. Проблема этой патологии в относительно небольшой известности заболевания среди врачей и населения. ГПОД составляют 90% всех грыж диафрагмы.