

Классификация (И. Л. Тагер, А. А. Липко, 1965):

1 ст. – над диафрагмой лежит брюшной сегмент пищевода, а кардия на уровне диафрагмы.

2 ст. – кардия лежит над диафрагмой.

3 ст. – часть желудка в грудной полости.

Чем меньше грыжа, тем больше её подвижность.

Клиника ГПОД полиморфна. Множество масок – “маскарад верхнего отдела живота” (С. Harrington, 1948). Проблема в схожести или даже совпадении с признаками таких заболеваний, как язва желудка и дуоденум, холецистит, панкреатит, дуоденит, колит, ишемическая болезнь.

Ядро клинической манифестации – постепенно развивающийся рефлюкс-эзофагит. Частое сочетание с другими болезнями пищеварительного тракта. При этом симптомы рефлюкс-эзофагита входят в общую клиническую картину, как часть. Однако у 10-20 % бессимптомное течение.

Боли имеют разнообразную локализацию и эмоциональную окраску. Кроме рефлюкс-эзофагита причинами могут быть сдавление нервных окончаний в пролабированном отделе пищевода, натяжение п. vagus, растяжение хиатального отверстия, спазм пищевода.

Локализация болей: подложечная область, загрудинное пространство, в области сердца, френикус-симптом. Могут быть эпизодическими или постоянными. Слабыми и сильными. Характерно появление болей после еды, в горизонтальном положении тела, при физической нагрузке, кашле, метеоризме и быстрая связь с этими факторами. Типично также быстрое ослабление болей после отрыжки, срыгивания, рвоты, перехода в вертикальное положение, и др., вызывающего снижение внутрижелудочного и внутрибрюшного давления.

У ряда больных имеется регургитация во время сна.

Возможна дисфагия за счет спазма, воспаления, отека слизистой или функционального расстройства пищевода (гиперкинезии). В 1/3 наблюдается пептическая стриктура. От раковой эта дисфагия отличается длительным непрогрессирующим течением, зависимостью от качества и количества пищи, появлением в конце еды (дисфагия последнего куска).

Кровотечение — четвертый по частоте симптом. Явное и скрытое. Причина в поражении слизистой.

Анемический синдром в результате: 1) хронических кровотечений из эрозий, трещин, язв; 2) функциональной агастрии; 3) недостатка железа (гипохромная анемия).

Бронхопищеводный синдром с частыми бронхитами, трахеобронхитами, пневмониями и плевритами, бронхиальной астмой. “Симптом мокрой подушки” вследствие ночной гастроэзофагеальной регургитации. Может быть пневмония с ателектазом нижних долей, чаще слева из-за прямого сдавления.

В 25% псевдокоронарный синдром. В основе его лежит феномен Bergmann (1932): при раздувании воздухом пищевода и кардии в хиатальном отверстии коронарный кровоток снижается на 66%. Отличает: нитроглицерин не эффективен, нет стабильных изменений на ЭКГ, связь с приемом пищи и положением тела.