

В связи с этим, актуальным в интересах сохранения здоровья в популяции, чрезвычайно важно раннее обнаружение врожденных аномалий почек и мочевых путей до проявления клинической симптоматики.

Рекомендуемый подход поэтапной диагностики больных: УЗИ-исследование, экскреторная урография, при необходимости, компьютерная диагностика.

Аномалии количества	Аномалии положения	Аномалии взаимоотношения	Аномалии мочеточников
Аплазия одной почки-5-8,6% Гипоплазия—3-5,1% Удвоенная почка-15-25% 3-я добавочная почка-1-1,7%	Дистопия 8-13,7% А) тазовая- 3-5,1% Б) подвздош-ная- 1-1,7 В) пояснич-ная – 8-13,7%	L -образная -3,4% S-образная-4,6% Подковообразная 3-5,1% Галетообразная 1 -1,7%	Удвоение – 3-5,1% Расщепление – 14-24%

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Панов Н.А., Гингольд А.З., Москачева К.А., Аномалии пороки развития мочевой системы (Рентгенодиагностика в педиатрии), М.; 1972,-с.430
2. Пытель А.Я. Заболевание почек и верхних мочевых путей. М., Медицина, 1969 – с.231.
3. Campbell M. I. Urologic consideration in pediatrics., J.3 Pediatr, 1951, стр. 3, 38

УДК: 616.329-007.43

#### ПРИОБРЕТЕННАЯ ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

М.А. Булешов, З.К. Аренова

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

#### ТҮЙІН

Жоғарыда айтылған мәліметтер негізінде рентгенологиялық анықтамалар жасалды: диафрагманың өнешке өтетін тесігінде аксиальды кардиофундальды тұрақтандырылған жарық асқазан сөлінің өнешке қарай жылжуына әкеледі де, оның қабынуына мүмкіндік береді.

Бұл байқаулар стенокардиялық шаншуды сылтауратып көкірек қуысында аурушандықты тудыратын жарық диагностикасын зерттеудің рентгенологиялық әдісінің маңызын жете бағаламауды көрсетеді.

#### SUMMARY

This article is about the method of investigation in diagnosis of acquired hiatal hernia, which accompanied by pain syndrome in the chest and stimulated stenocardiac diseases.

Наиболее распространенной классификацией диафрагмальных грыж является классификация, предложенная С.Я. Долецким (4). Он выделяет грыжи собственно диафрагмы, грыжи пищевода отверстия диафрагмы и грыжи переднего отдела диафрагмы. По данным Н.А. Панова (5), грыжи пищевода отверстия диафрагмы составляют 25% всех грыж диафрагмы.

В. Х. Василенко (2) классифицирует грыжи пищевода отверстия диафрагмы следующим образом.

1. Анатомическая характеристика:

-аксиальные или скользящие (кардиальные, кардиофундальные, субтотальные и тотальножелудочные), нефиксированные и фиксированные;

- паразофагеальные (фундальные, антральные);

- врожденный короткий пищевод с «грудным желудком» (врожденная аномалия развития).

2. Клинические формы:

- бессимптомная;

- диспепсическая;

- алгическая;

- кардиалгическая.

По данным разных авторов, грыжи пищевода отверстия диафрагмы могут бессимптомно протекать у 5-40% больных (1).

Клиническая картина диафрагмальных грыж обусловлена различными осложнениями. В случае рефлюкс-эзофагита имеются симптомы нарушения функции ЖКТ, а также болевой синдром, при котором отмечаются жгучие, тупые или острые боли на уровне мечевидного отростка, в подложечной области, в подреберье. Возникающая боль в груди имеет различное происхождение. По данным литературы, она обусловлена нарушением функции проникающего в грыжевое отверстие желудка; реже, причиной её возникновения является раздражение диафрагмального нерва. Эта боль локализуется за нижней третью грудины, иррадирует в левое плечо, в лопатку напоминая боль при стенокардии. Физическая нагрузка, вызывающая повышение внутрибрюшного давления, способна усилить эту боль, увеличив тем самым, сходство со стенокардической болью (3).

Вследствие некоторого смещения органов средостения могут отмечаться одышка, сердцебиение, рефлекторная стенокардия. Рентгенологическое исследование в таких случаях может оказать существенную помощь в установлении правильного диагноза. Уже на первом этапе исследования с помощью обзорной рентгеноскопии и рентгенографии можно получить важную диагностическую информацию.

При перемещении достаточно большой части желудка из брюшной полости в грудную в наддиафрагмальном пространстве выявляется дополнительное образование округлой или овальной формы, содержащее газ, иногда с уровнем жидкости. При исследовании в боковой проекции «образование» как правило, располагается в передне-нижнем отделе заднего средостения. С помощью контрастного метода исследования удается установить правильный диагноз.

**Приводим наше наблюдение.** Больная Р., 75 лет предъявляла жалобы на боли за грудиной, отдающие в левое плечо, усиливающиеся при физической нагрузке, периодически возникающие отрыжку и изжогу. Лечилась у терапевта по месту жительства по поводу стенокардии напряжения. Назначенная терапия давала непостоянный эффект. В анамнезе – не оперированные паховая и пупочная грыжи. Направлена в ОКДМЦ терапевтом - на рентгеноскопию желудка. При рентгеноскопии грудной клетки на фоне сердечной тени, определяется полостное образование с уровнем жидкости. В боковой проекции располагается в переднем отделе заднего средостения. После приема бариевой взвеси выявлено: пищевод свободно проходит, контрастируется на фоне полостного образования, тонус стенок понижен, кардиальная часть желудка вместе с деформированным газовым пузырем находится в грудной клетке. Рельеф слизистой извитой, перестроен. При тугом заполнении определяется рефлюкс бариевой взвеси в пищевод, медленное опорожнение грыжевого мешка. При рентгеноскопии в горизонтальном положении и позе Тренделенбурга, размер образования не меняется.

На основании выше приведенных данных, сделано рентгенологическое заключение: аксиальная кардиофундальная фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная рефлюкс-эзофагитом.

Данное наблюдение свидетельствует о недооценке значения рентгенологического метода исследования в диагностике грыж пищеводного отверстия диафрагмы, протекающих с болевым синдромом в груди, могущих имитировать стенокардические боли.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антонович В.Б. Рентгенодиагностика заболеваний пищевода, желудка, кишечника. М.: Медицина, 1987,- с.61.
2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Сольман М.М. Болезни пищевода.
3. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М.: Медицина, 1988,- с.809.
4. Долецкий С.Я. Диафрагмальные грыжи у детей, М., Медгиз, 1960,-с.46.
5. Панов Н.А., Гингольд А.З., Москочева К.А. Рентгенодиагностика в педиатрии. М.: Медицина, 1972,- с.367.

УДК: 616-021.3:616.24-002.155-07

### ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ФИБРОЗИРУЮЩЕГО АЛЬВЕОЛИТА

*К.С. Достиярова, З.К. Аренова*

*Областной консультативно – диагностический центр, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

ИФА белгілері бар барлық науқастарға амбулаторлы-емханалық жағдайда өкпенің диффузиялық кабілеттілігін анықтау үшін спирография, көкірек клеткасы органдарын рентгенография және жоғары деңгейдегі компьютерлік томография жасау ұсынылады.