

# Презентация на тему: Гидронефроз

Презентацию составил  
ординатор второго года  
кафедры лучевой  
диагностики: Мустафаев  
Тамерлан Айдынович

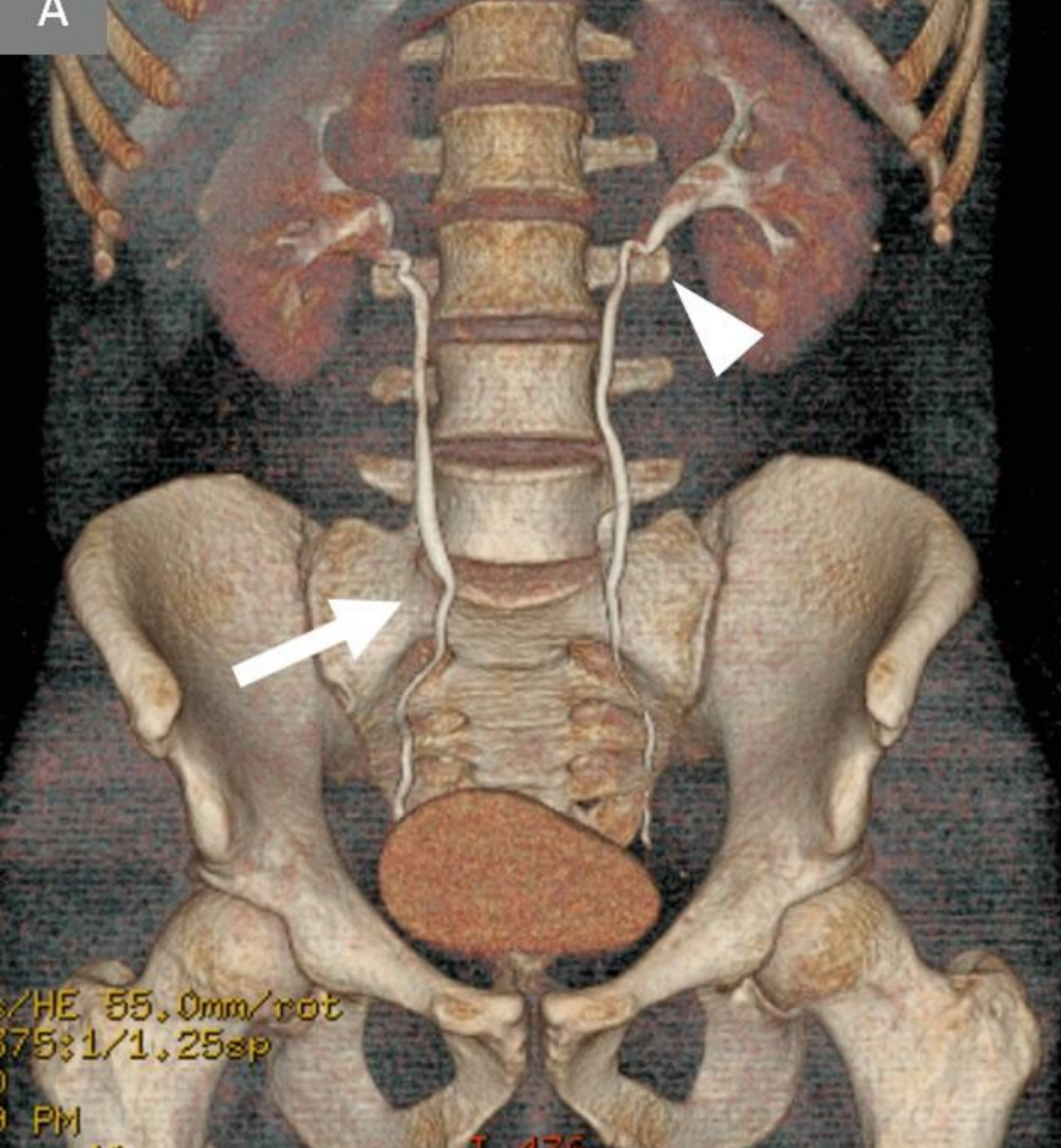
# Части презентации:

- 1. Разберем анатомию мочевыделительного тракта
- 2. Разберем главные рентгенологические находки в острой и хронической стадии
- 3. Разберем снимки

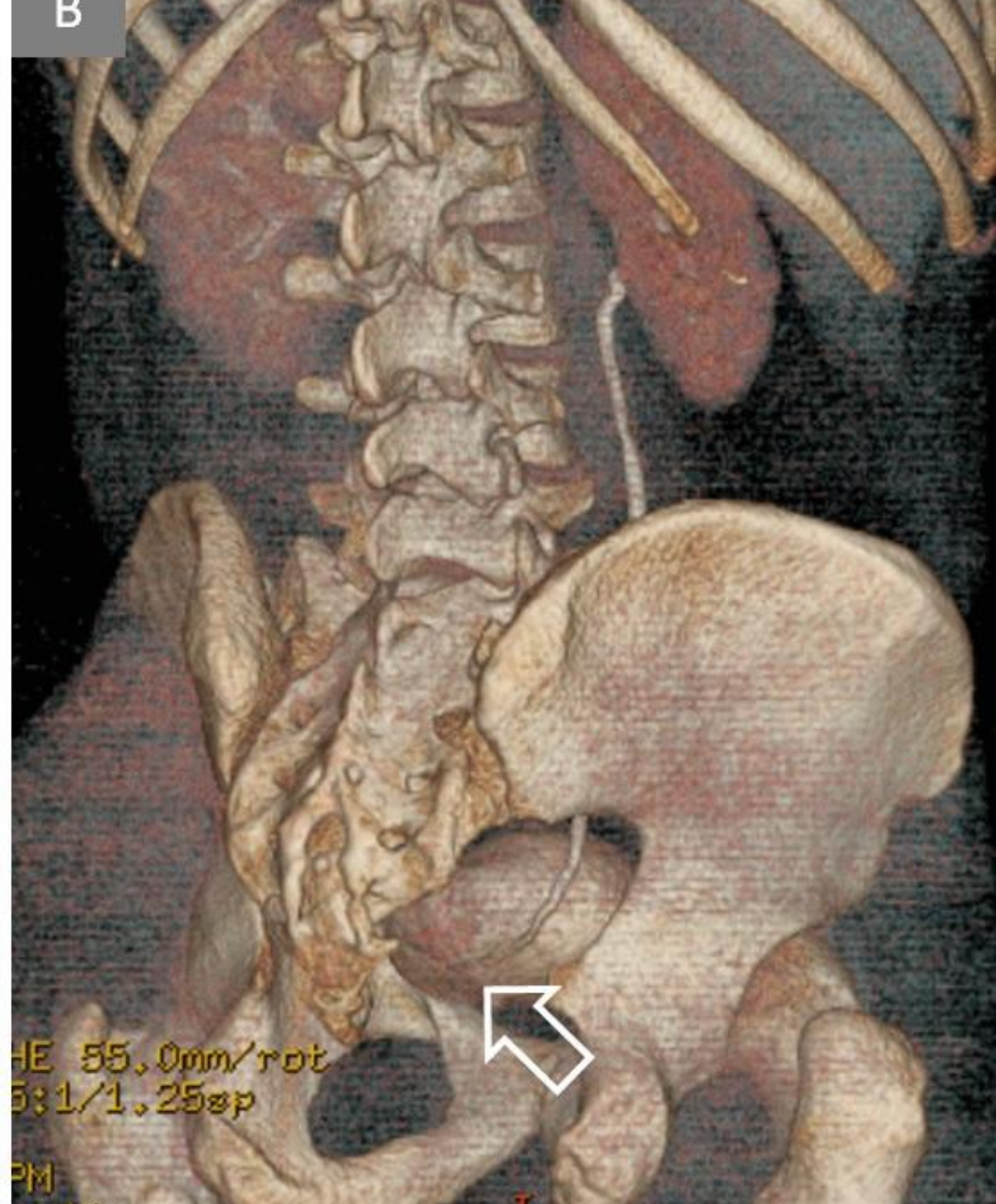
# Анатомия

- Система внутрипочечного оттока состоит из 10-25 мелких чашечек в каждой почке, которые объединяются в крупные чашечки. В конечном итоге опорожняясь в почечную лоханку. Почечная лоханка имеет треугольную форму, которая сужается по ходу к мочеточнику, образуя умеренно суженный мочеточниковый канал. Мочеточник, как и почка, находится забрюшинно. У мочеточника так же есть два других физиологических сужения: в месте пересечения мочеточника передней и/или общей подвздошной артерии и в области перехода мочеточника в мочевой пузырь.

A



B





# Анатомия

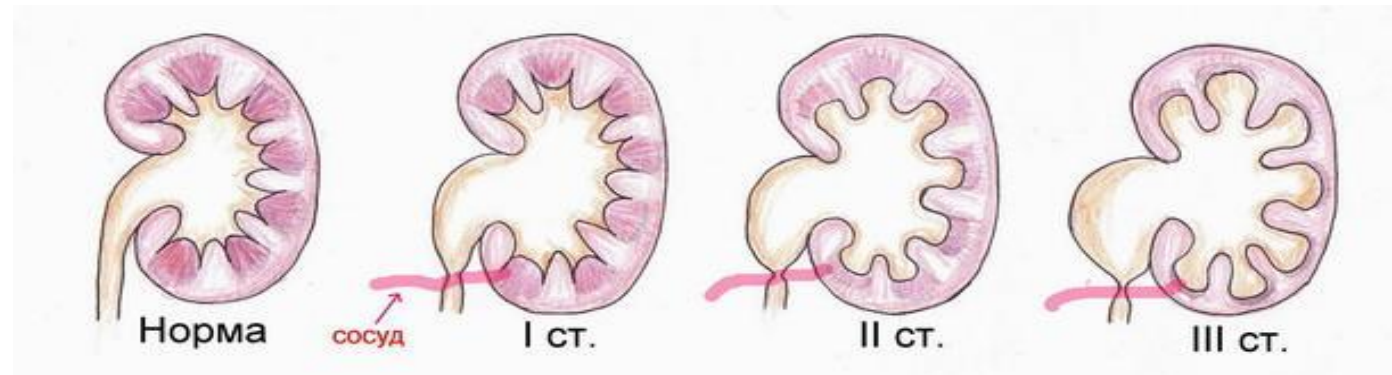
- Мочеточник имеет свою перистальтическую волну, и его частые сокращения не следует путать с патологическими стриктурами или дилатацией. Кроме того, следует иметь в виду, что мочеточник является аганглионарным органом, и именно выработка мочи вызывает его сокращения при растяжении стенки таза.

# Определение и понятие

- Гидронефроз - это отек почки из-за накопления мочи. Данное состояние происходит, когда моча не может попасть из почки в мочевой пузырь из-за закупорки или обструкции. Гидронефроз может возникнуть в одной или обеих почках.
- Выделяют первичный и вторичный гидронефроз.

## Стадии:

- В течении гидронефроза традиционно принято выделять три стадии, имеющие характерные объективные признаки.
- На I стадии гидронефроза выявляется расширение лоханки почки (пиелэктазия).
- II стадия гидронефроза характеризуется расширением не только лоханки, но и чашечек почки. На этой стадии начинает страдать ткань почки, начинается ее повреждение и атрофия.
- III стадия – финал развития гидронефроза. Почка полностью атрофируется, перестает функционировать и превращается, по сути, в тонкостенный мешок.



# Причины

- Гидронефроз является распространенным в клинической практике и характеризуется дилатацией чашечек с/или без сопутствующей дилатации мочеточника. Его этиологией является целый ряд заболеваний.
- Гидронефроз должен быть сначала охарактеризован как обструктивный или необструктивный.



# Причины

- Необструктивные причины включают постобструктивную дилатацию, пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

# Причины

- Обструктивная уропатия может быть частичной или полной и может быть вызвана обструкцией в любом месте от проксимального отдела мочеточника до уретрального прохода. В остром проявлении мочекаменная болезнь является основной причиной гидронефроза. Кроме того, хронический гидронефроз имеет также несколько разных нелитиазных причин.

# Какое исследование?

Поскольку клинические проявления часто неспецифичны, визуализация является важными инструментами для точной диагностики пациентов с гидронефрозом.

Наиболее распространенными инструментальными методами для визуализации и оценки гидронефроза являются УЗИ.

КТ при последующих этапах исследования. Важно знать об общих подводных камнях, которые приводят к ложноположительному диагнозу гидронефроза, особенно врожденный мегакаликс.

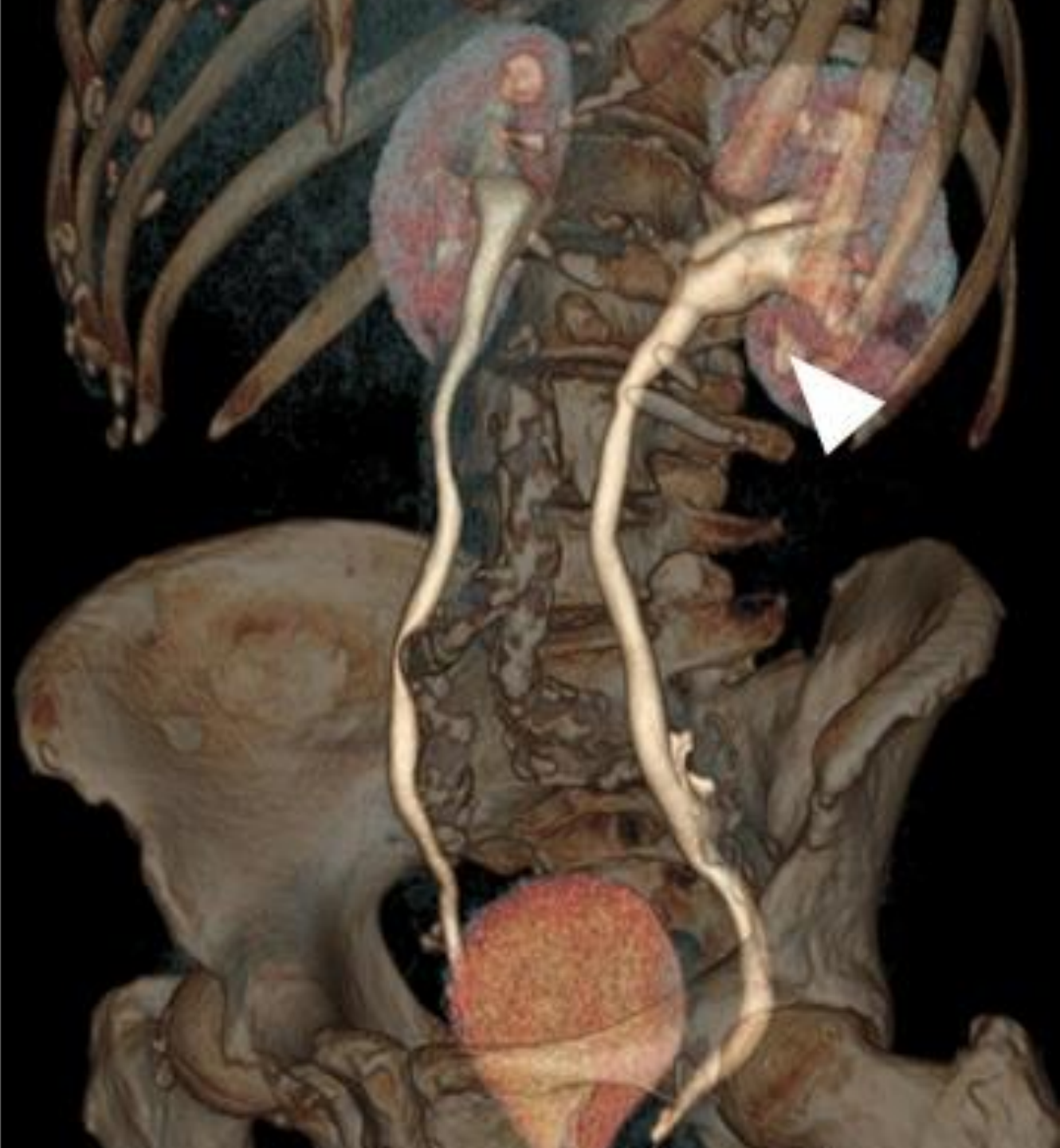


## Острая фаза:

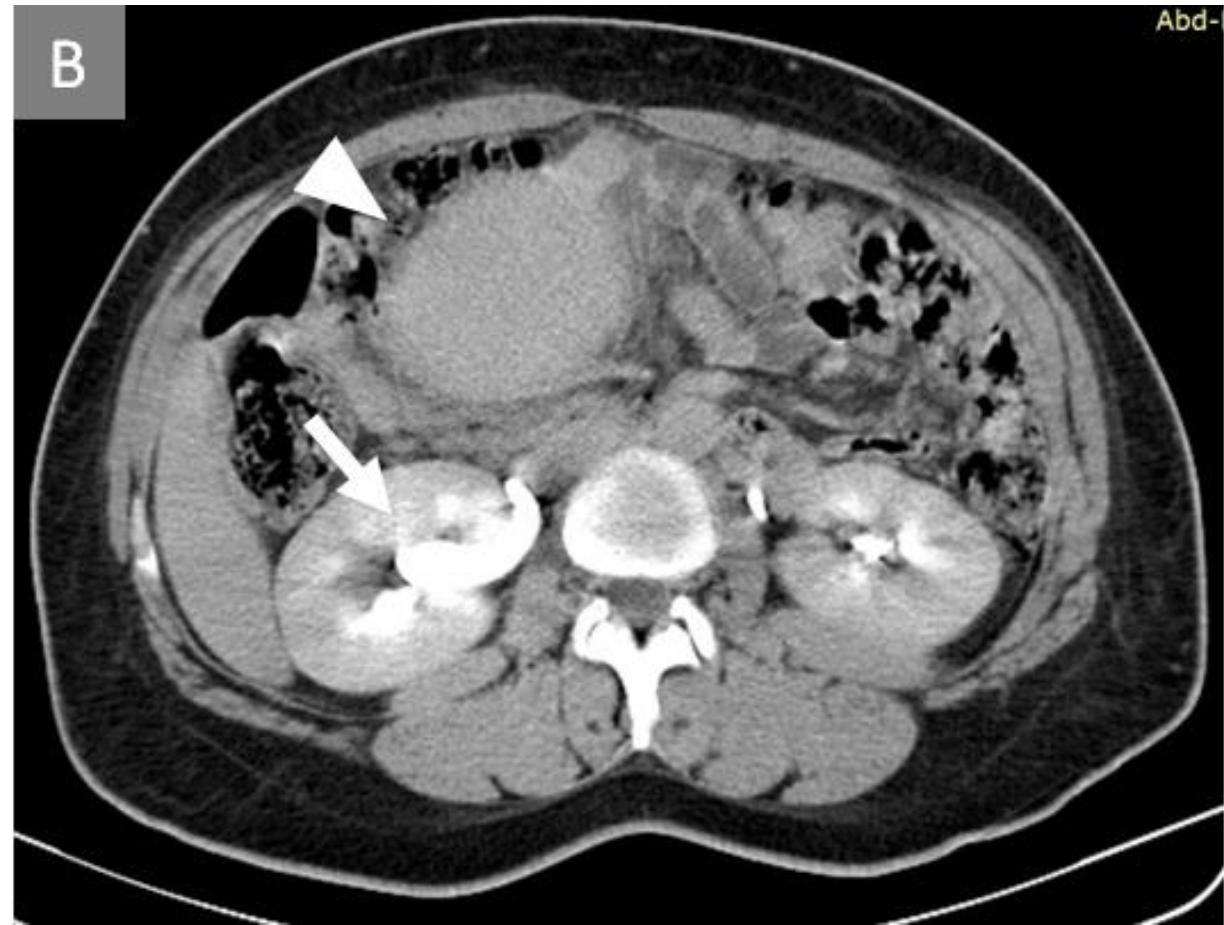
- УЗИ является отличным, неинвазивным и неионизирующим средством визуализации для скрининга и оценки гидронефроза. На исследовании будет показано как гипоэхогенная область в проекции почки, а при более значительном расширении будет выявлен калиэктаз. Также может быть выявлен расширенный мочеточник, проксимальный к обструкции. Лимитирующим фактором исследования является газ в кишечнике, хабитус пациента и пустой мочевой пузырь.
- КТ также является важным диагностическим инструментом, который может обнаружить даже минимальный калиэктаз. Кроме того, при острой обструкции КТ демонстрирует плотную нефрограмму, а так же экстрavasацию и опухоль.

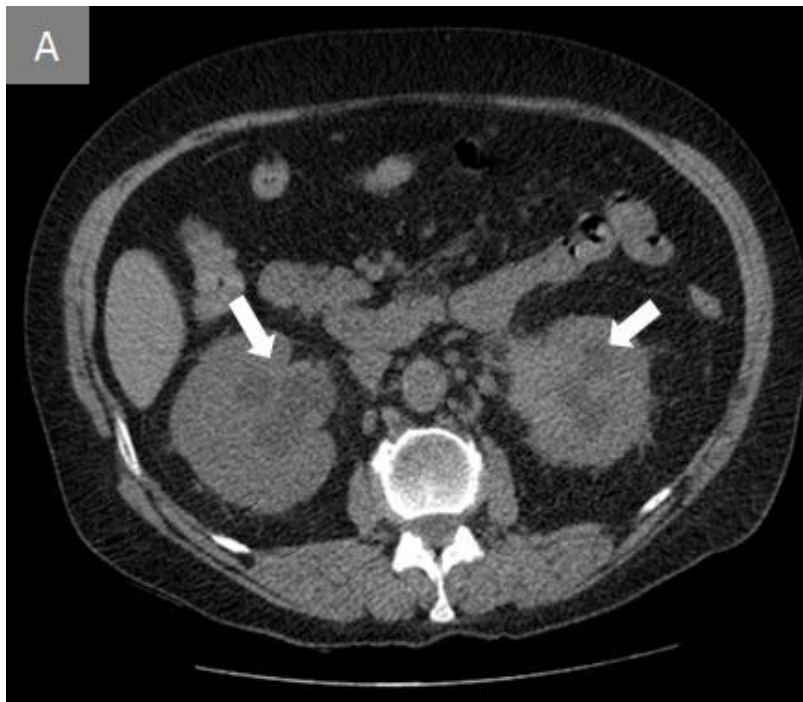
## Хроническая фаза

- При хронической обструкции потеря почечной ткани изначально более выражена в мозговом веществе. Это приводит к истончению паренхимы, но размеры почек могут оставаться неизменными или даже увеличиваться. При КТ паренхима плохо очерчена на нефрографической фазе.









к нелангергансовым гистиоцитозам. Происхождение болезни неизвестно. Заболевание обычно поражает скелет (96% пациентов), а также центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, легкие и забрюшинное пространство / почки. Последнее является результатом гистиоцитарной инфильтрации забрюшинного пространства, и типичные результаты визуализации включают инфильтрацию периренального жира («волосатая почка»), которая усиливается после внутривенного введения контраста. При интенсивной инфильтрации почечного ложа может возникнуть постренальная обструкция, гидронефроз. Основным дифференциальным диагнозом - идиопатический забрюшинный фиброз (болезнь Ормонда) и вторичный забрюшинный фиброз.