

Презентация на тему: Гидронефроз

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

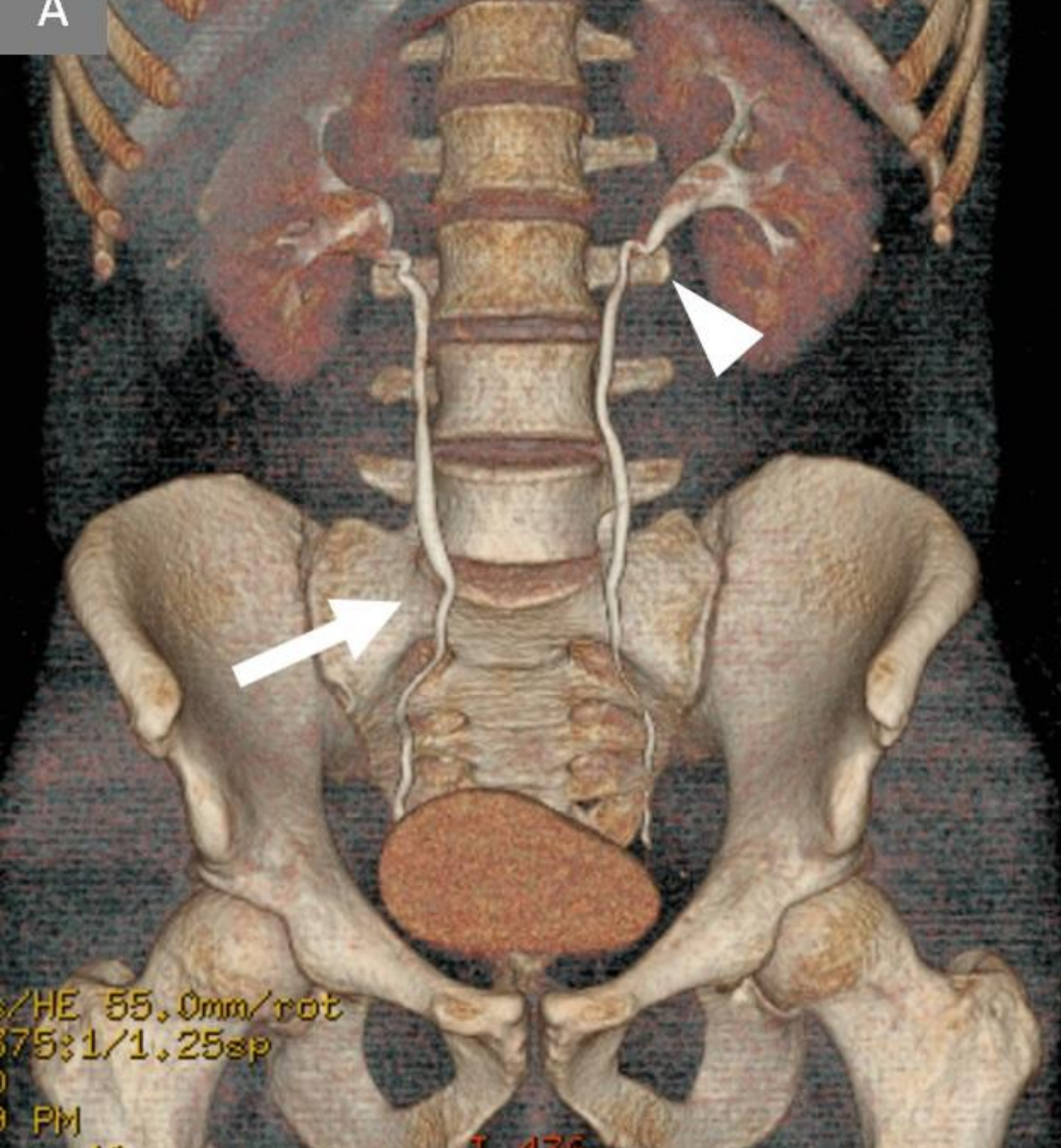
Части презентации:

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

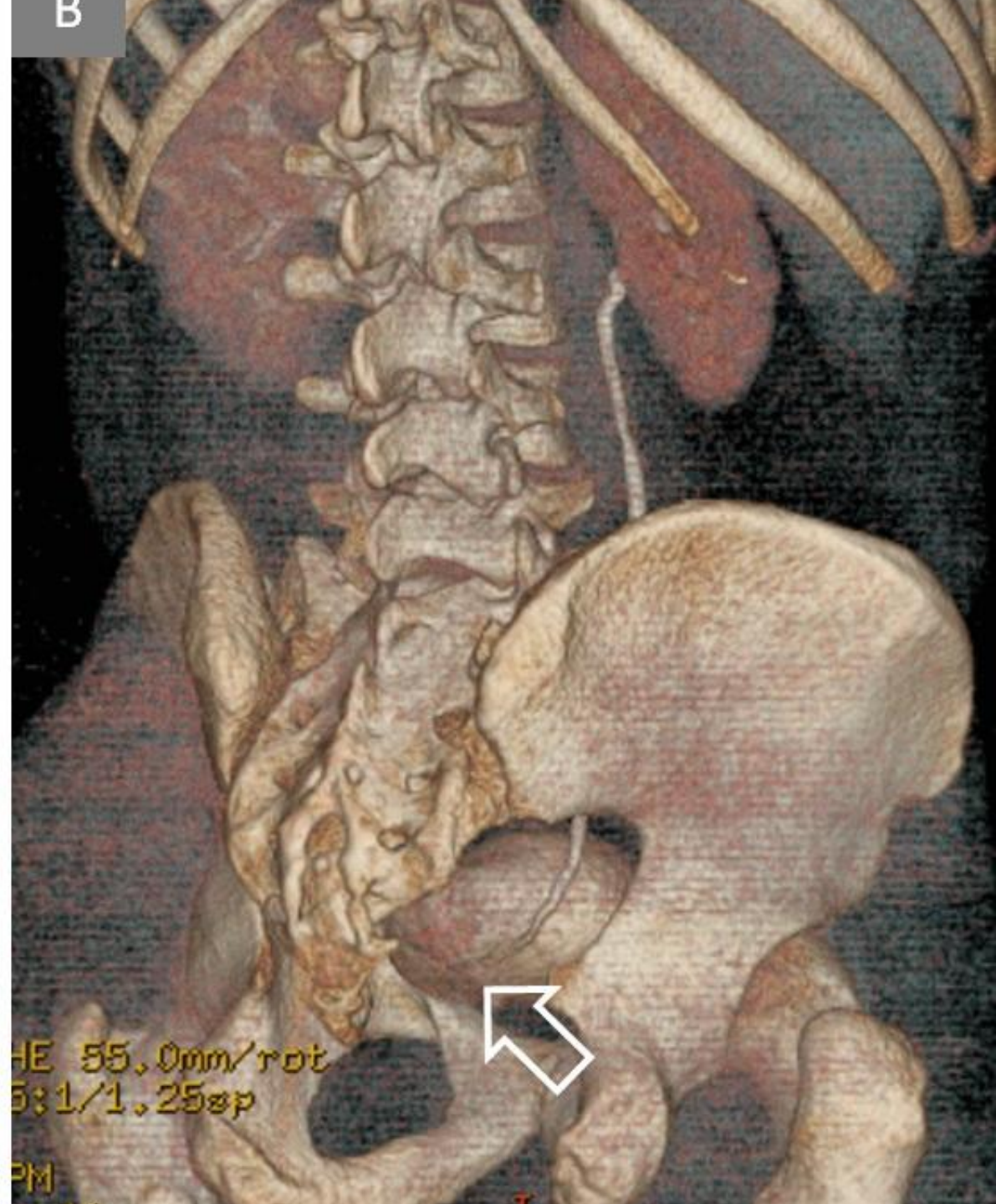
Анатомия

- 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

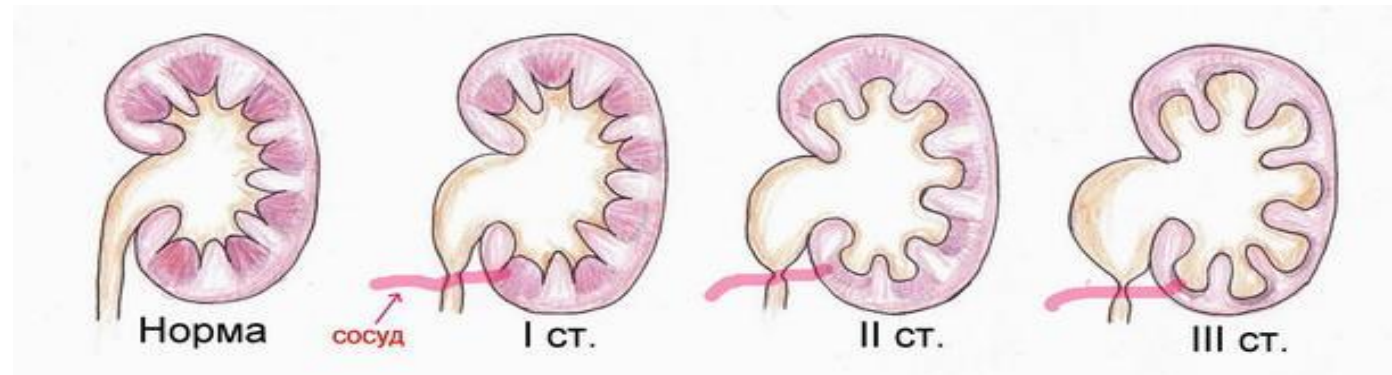
- Мочеточник имеет свою перистальтическую волну, и его частые сокращения не следует путать с патологическими стриктурами или дилатацией. Кроме того, следует иметь в виду, что мочеточник является аганглионарным органом, и именно выработка мочи вызывает его сокращения при растяжении стенки таза.

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.

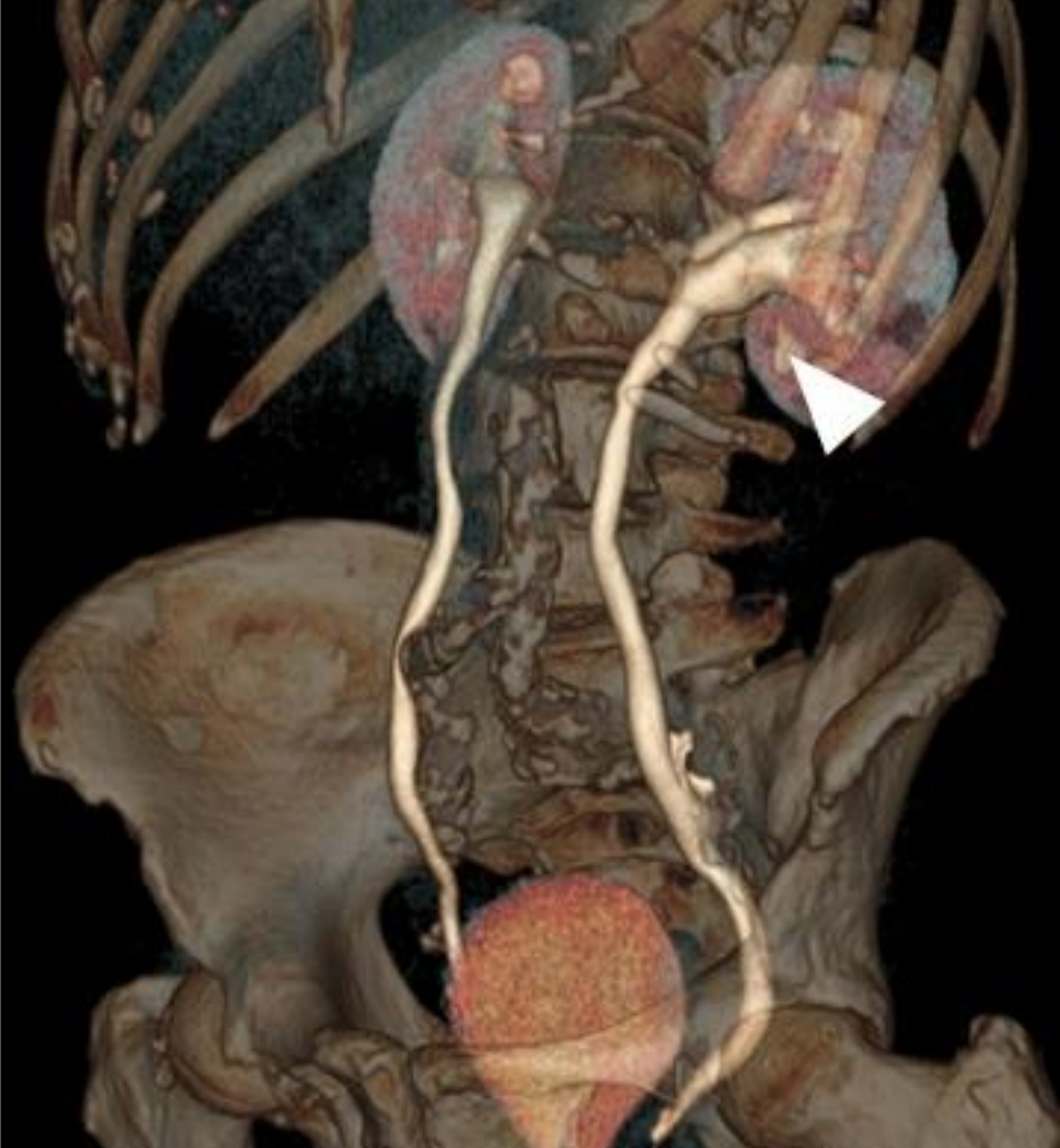


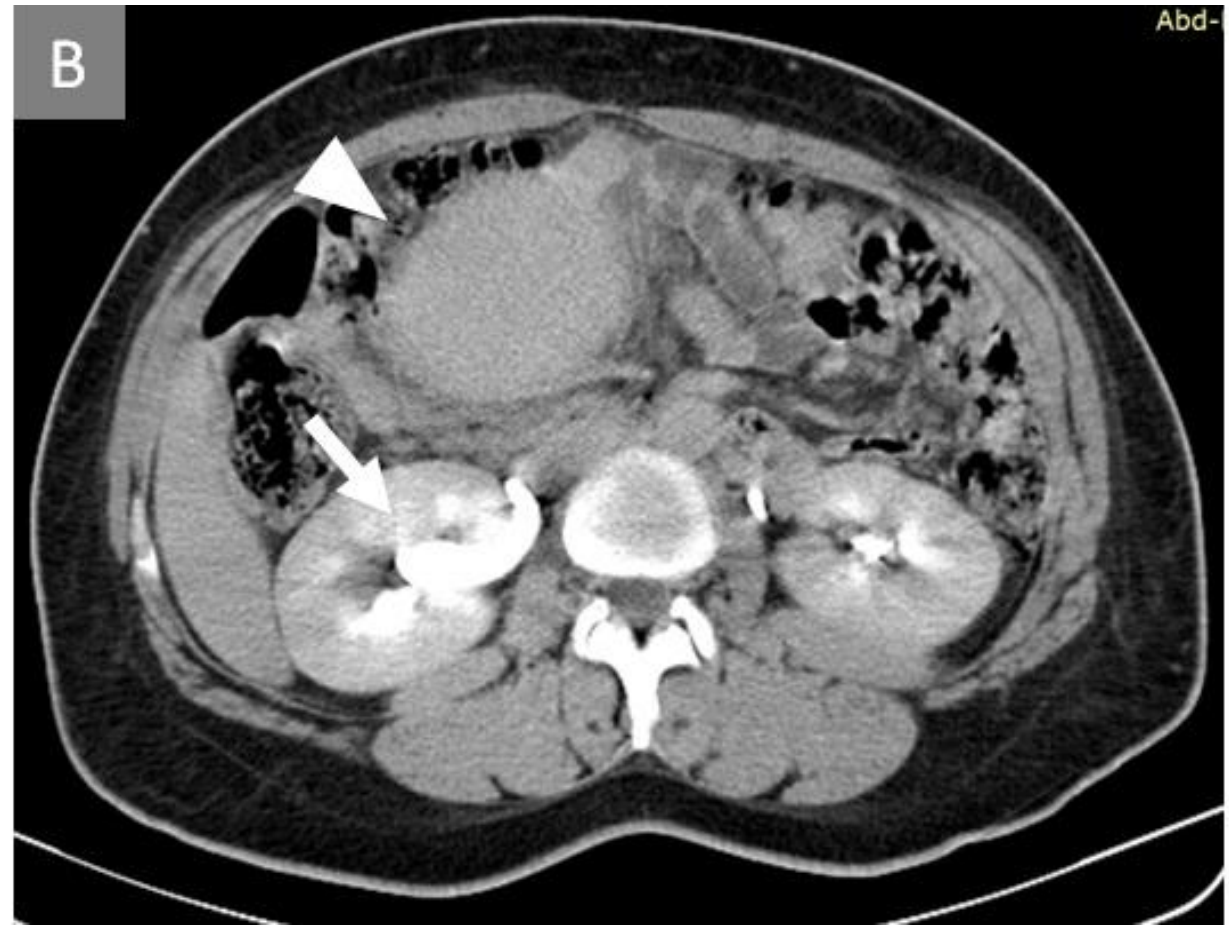
Острая фаза:

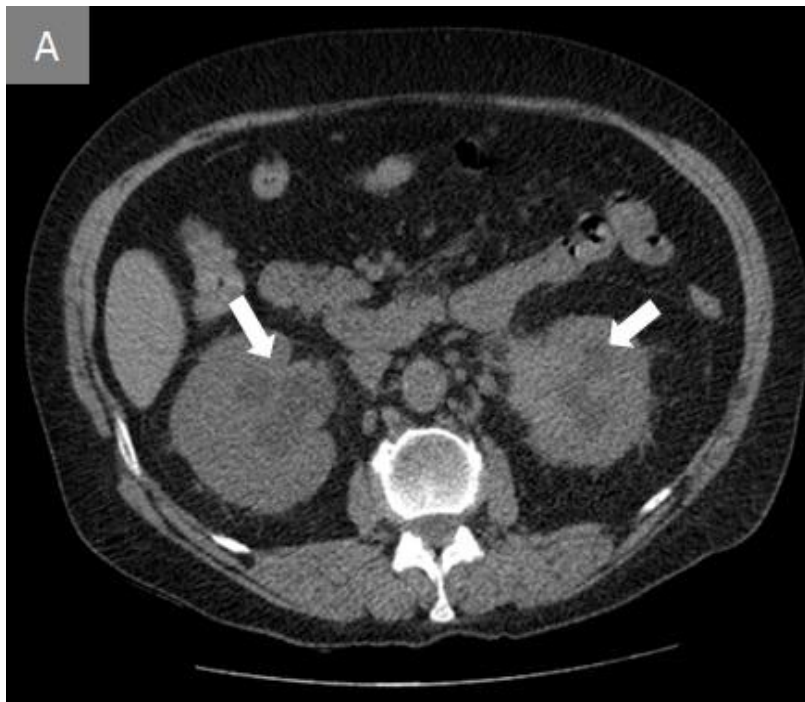
- УЗИ является отличным, неинвазивным и неионизирующим средством визуализации для скрининга и оценки гидронефроза. На исследовании будет показано как гипоэхогенная область в проекции почки, а при более значительном расширении будет выявлен калиэктаз. Также может быть выявлен расширенный мочеточник, проксимальный 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.