

# Оглавление

<b>Введение</b> .....	<b>4</b>
<b>Глава 1. Методика МСКТ-исследования почек с контрастным усилением. МСКТ-урография.</b> .....	<b>11</b>
<b>Глава 2. Возможные диагностические причины, требующие подробного описания состояния почек при МСКТ брюшной полости</b> .....	<b>21</b>
2.1. Выявление патологии почек при обследовании по поводу иного заболевания .....	21
2.2. Аномалии почек .....	23
2.3. Аномалии мочеточников .....	23
2.4. Тазовая дистопия почек .....	26
2.5. Аномалии сосудов почек .....	30
2.6. Патологические состояния чашечек и лоханок почек .....	34
2.7. Гидронефротическая трансформация почки .....	37
2.8. Мочекаменная болезнь .....	37
2.9. Воспалительные заболевания .....	40
2.10. Травма почки .....	40
2.11. Рак почки .....	43
2.11.1. <i>Малый резектабельный рак почки</i> .....	44
2.11.2. <i>Трудности определения прорастания чашечно-лоханочной системы</i> .....	50
2.12. Роль динамического мониторинга .....	56
2.13. Роль мультипланарного реформирования в диагностике рака надпочечников .....	58
2.14. Контрастное усиление как методика выявления метастазирования рака почки в печень и в поджелудочную железу и другие паренхиматозные органы .....	60
2.15. Безрецидивное течение послеоперационного периода .....	67
2.16. Рецидив опухоли .....	68
2.17. Поздние метастазы .....	70
<b>Глава 3. Дифференциальная диагностика рака почки.</b> .....	<b>73</b>
3.1. Липома .....	74
3.2. Ангиомиолипома .....	75
3.3. Кисты почек .....	80
3.4. Кистозные опухоли .....	82
3.4. Поликистоз .....	84
<b>Глава 4. Опухоли мочеточников и мочевого пузыря</b> .....	<b>87</b>
4.1. Опухоли мочеточников .....	87
4.2. Опухоли мочевого пузыря .....	89
Заключение .....	94

## **Глава 2. Возможные диагностические причины, требующие подробного описания состояния почек при МСКТ брюшной полости**

Наука развивается по спирали. Это диалектический принцип. Следуя ему, нужно и описывать серию компьютерных томограмм брюшной полости. Фокусируем взгляд на зоне печеночно-двенадцатиперстной связки. Смотрим на 9 часов виртуального часового циферблата, где расположена латеральная поверхность печени, и начинаем медленно «ползти по часовой стрелке», не забывая соседей почек – поджелудочную железу, селезенку, сосуды, их питающие и венозную кровь от них уносящие, надпочечники, аорту и нижнюю полую вену. Наконец – сами почки.

Современные технологии существенно упростили восприятие данных и методику описания отклонений от нормы. Врач может и должен описывать патологические состояния в аксиальной, фронтальной, сагиттальной плоскостях, прибегать к постпроцессорному 3D-реформированию изображений и криволинейным реконструкциям.

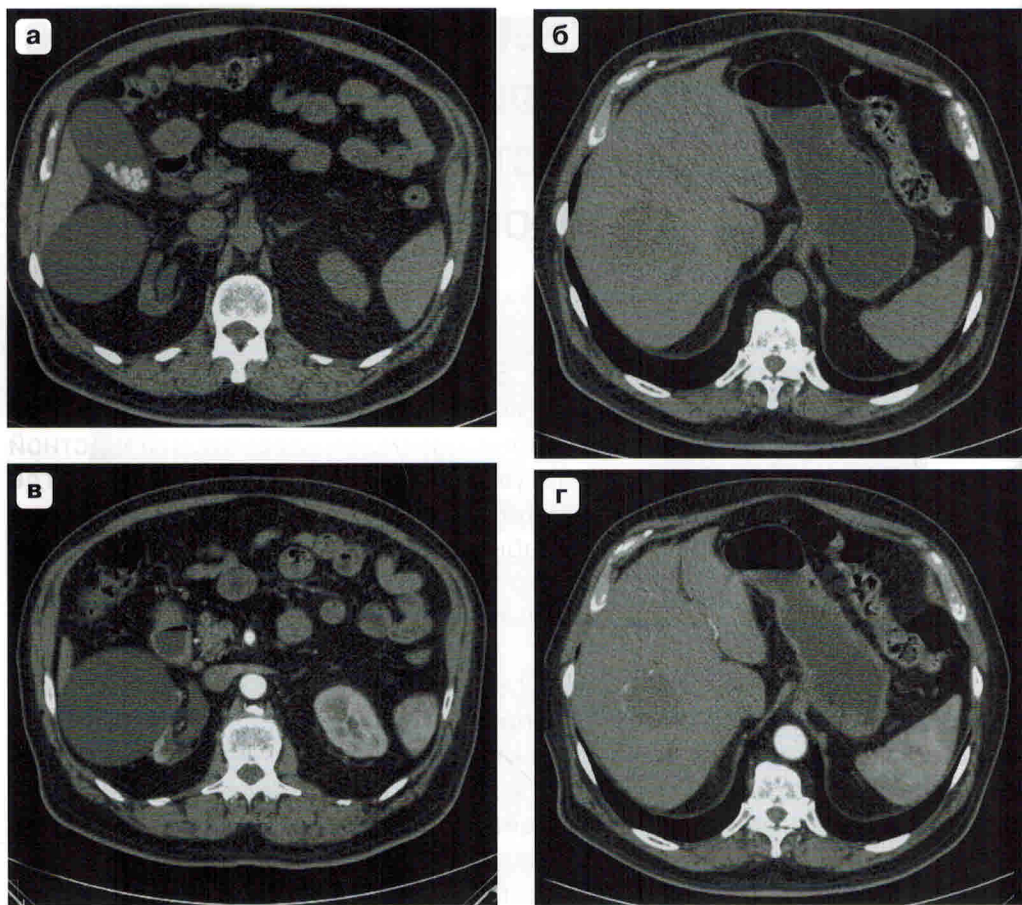
Написание протокола исследования должно строиться на «доминантном принципе». Важнейшие патологические состояния выносятся в заключение исследования на первое место и т.д. Начинать заключение описания МСКТ-исследования согласно собранной информации по «спиральному принципу рассматривания органов» недопустимо.

Поражения почек могут быть основным заболеванием пациента, сопутствующим заболеванием и случайной находкой, которая не влияет на тактику лечения основного заболевания и последующего обследования пациента либо принципиально видоизменяет их, либо при плановом обследовании почек обнаруживаются заболевания других органов.

Рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся варианты, проявления которых стало возможным выявлять благодаря использованию контрастных препаратов (МСКТ с болюсным контрастным усилением).

### **2.1. Выявление патологии почек при обследовании по поводу иного заболевания**

С этим диагностическим феноменом в повседневной практике сталкиваются очень часто (рис. 6).



**Рис. 6.** Случайная диагностика заболевания почек. Больной обследован по поводу желчно-каменной болезни (а). При нативном исследовании у него также выявлено гиподенсное образование печени гомогенной структуры (б) и кистозное образование под правой долей печени (а). Для дифференциальной диагностики требуется проведение исследования с контрастным усилением. При контрастном усилении выявлено, что кистозное образование не только тесно граничит с гипоплазированной правой почкой с расширенной экстракорпоральной лоханкой (в), но и исходит из нее. Образование в печени в артериальную фазу имеет периферическое контрастирование (г), а в венозную фазу накапливает контрастное вещество (д) и в отсроченную фазу (е) становится изоденсным окружающей паренхиме, что типично для гемангиомы.

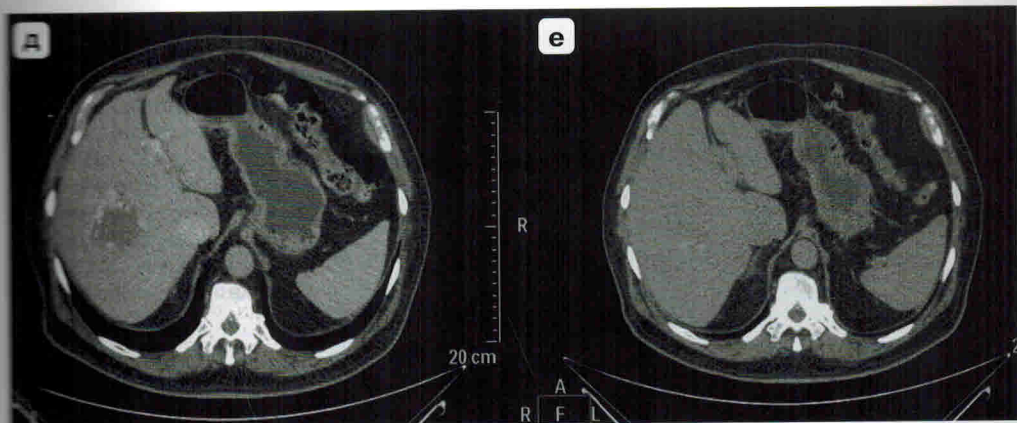


Рис. 6 (окончание).

## 2.2. Аномалии почек

Как и все в организме, почки проходят эмбриональный этап, на котором возможны различные отклонения от нормальной программы закладки, дифференцировки и развития тканей. В результате в более зрелом возрасте органа врач и сам пациент могут столкнуться с проявлениями так называемых аномалий почек.

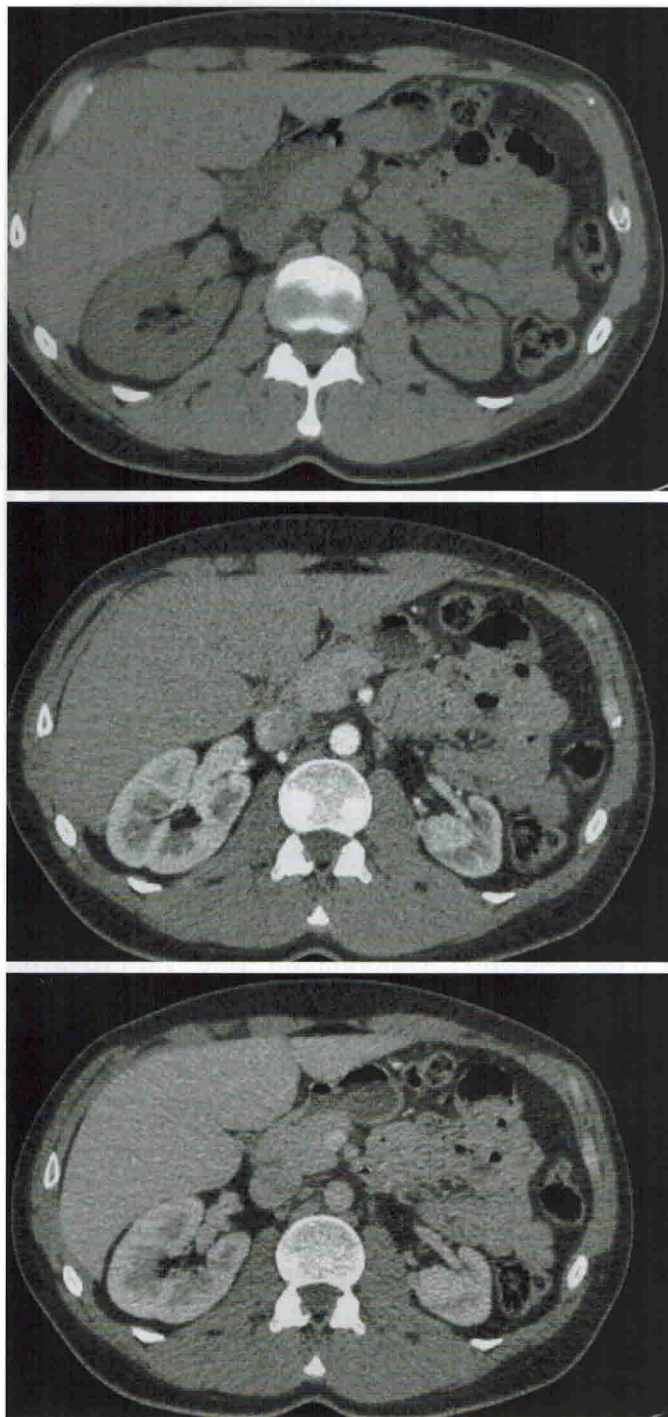
Аномалии почек подразделяются на:

- аномалии количества (агенезия, аплазия, добавочная почка, удвоение почечных лоханок и мочеточников);
- аномалии положения: дистопия (торакальная, поясничная, подвздошная и тазовая), сращение почек – перекрестная дистопия – S- или L-образная почка, подковообразная почка;
- аномалии структуры (гидронефроз, гипоплазия (рис. 7), губчатая почка, простая киста почки, поликистоз почки).

По своей сути аномалии – это уродства развития, которые могут имитировать воспалительные и опухолевые процессы. О них нужно помнить, когда речь идет о диагностике и дифференциации сложных случаев и редких заболеваний.

## 2.3. Аномалии мочеточников

Аномалии мочеточников (рис. 8, 9) крайне важно распознать до операции, так как отсутствие информации может существенно повлиять на ее объем.



**Рис. 7.** Гипоплазия левой почки. При контрастном усилении отмечается уплотнение кортикального слоя задней губы в средней трети левой почки, имитирующее опухоль. Однако контрастирование этого участка однородное, синхронное с остальными отделами кортикального слоя почки.

Рис. 7 (окончание).

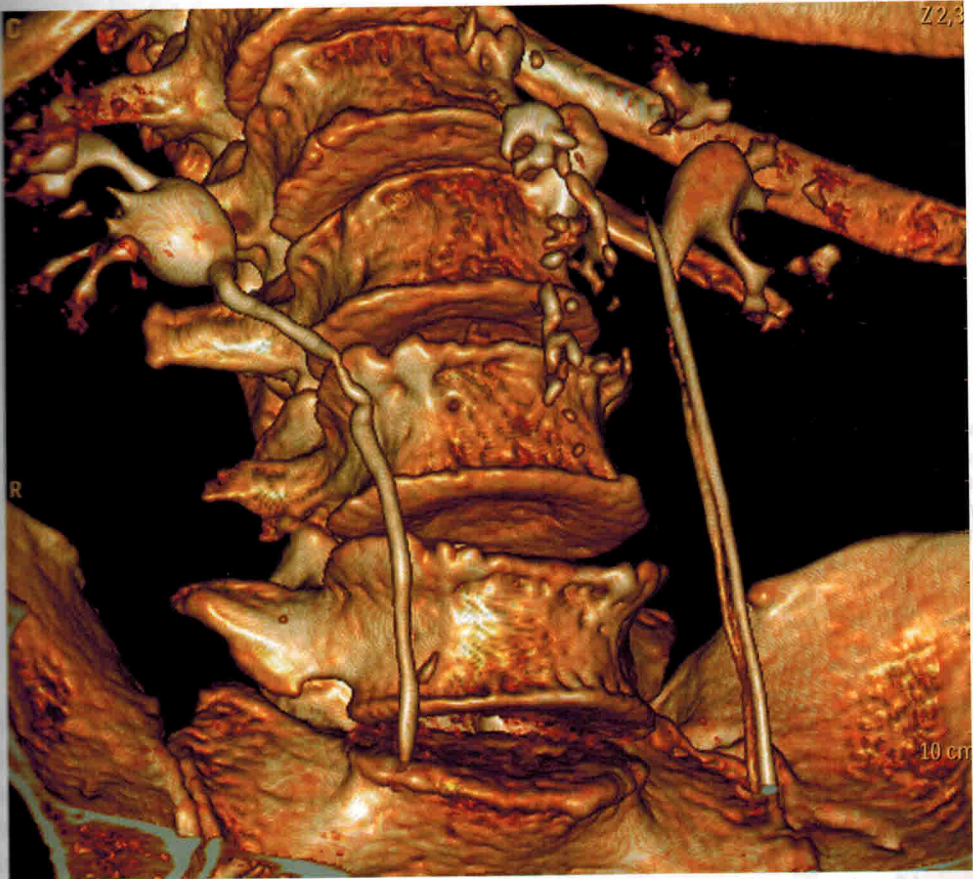
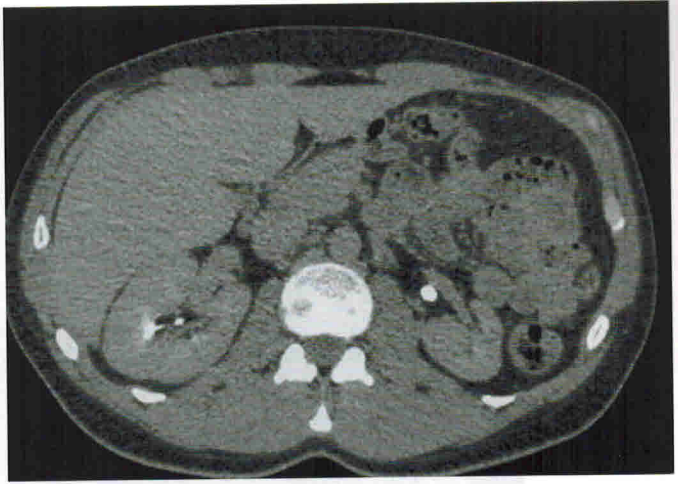


Рис. 8. Удвоение левого мочеточника.