

## РОЛЬ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Э.В. Чалкова<sup>1</sup>, В.И. Амосов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗ г. Москвы», Филиал № 1 (Москва);

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

**Цель исследования** — определить роль мультипараметрической МРТ в диагностике рака предстательной железы.

**Задача исследования** — оценить эффективность мультипараметрической МРТ с динамическим контрастным усилением и определением степени накопления контрастного вещества в диагностике рака предстательной железы, а также возможности данного исследования в дифференциальной диагностике опухолевых и неопухолевых заболеваний предстательной железы.

**Материалы и методы.** МРТ-диагностика по мультипараметрическому протоколу была выполнена 172 пациентам. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли условно здоровые, во 2-ю — пациенты с доброкачественными изменениями, в 3-ю — пациенты с раком предстательной железы. В протокол исследования включены T2-взвешенные изображения, диффузионно-взвешенные изображения (b 1000), динамическое контрастное усиление. Была проведена количественная оценка степени накопления контрастного вещества и полученные данные сопоставлены с результатами биопсии.

**Результаты.** По результатам нашего исследования при показаниях степени накопления контрастного вещества более 0,67 существует большая вероятность наличия рака предстательной железы. При накоплении контрастного вещества от 0,37 до 0,67 имеется большая вероятность наличия доброкачественных изменений. При накоплении контрастного вещества менее 0,37 более вероятно отсутствие патологических изменений. Таким образом выявлена закономерность большей степени накопления контрастного вещества при раке предстательной железы относительно доброкачественных изменений.

**Выводы.** Новые технологии визуализации меняют подход к диагностике и лечению рака предстательной железы. МРТ-диагностика способна с высоким уровнем точности решить многие диагностические задачи, в том числе точно определить локализацию процесса и оценить его распространенность. При использовании количественного метода изменения накопления контрастного вещества можно с высоким уровнем точности судить о злокачественности либо доброкачественности патологического процесса.

## ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ НЕПОЛНОМ УДВОЕНИИ ПОЧКИ

© П.И. Чумаков, Ю.П. Редько

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ставрополь)

**Актуальность.** Наследственный характер синдрома хронической артериальной гипертензии (АГ) в настоящее время считается фактом, полностью доказанным данными популяционно-генетических, семейно-генеалогических и клинических исследований. Среди причин возникновения реноваскулярной гипертензии, берущей свое начало еще в детском возрасте, особое место занимают врожденные аномалии почек и их сосудов. Самым распространенным вариантом аномалий развития почек является их удвоение, которое

встречается у 1 из 150 новорожденных. Удвоенная почка в 12 % случаев сопровождается нефрогенной артериальной гипертензией, возникновение которой связано с особенностями кровоснабжения аномальной почки. И если патология полного удвоения почки хорошо изучена и не представляет диагностических и лечебных трудностей, то особенностям неполно удвоенной почки до настоящего времени внимания уделяется мало.

**Пациенты и методы исследования.** Под наблюдением находились 127 больных с непол-

ным удвоением почки (56 — в возрасте от 12 до 18 лет, 71 — в возрасте от 19 до 50 лет). У 14 детей обнаружена АГ. У 31 взрослого АГ выявлена еще в детском возрасте. С момента обнаружения АГ эти больные находились на гипотензивной терапии. Из исследования исключались больные гломерулонефритом, интерстициальным нефритом, эндокринопатиями, сопровождающимися АГ, с ХПН. Наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями больным с АГ определяли ренин и альдостерон крови. Проводили УЗИ почек, УЗДГ почечных артерий, экскреторную урографию, рентгеновскую аортоангиоэнтерографию, мультиспиральную компьютерную томографию в режиме ангиоконтрастирования, радиоизотопную ренографию. Проведено гистологическое исследование участков почечной паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки.

**Результаты.** У 45 больных с АГ и неполным удвоением почки при обследовании было обнаружено повышенное содержание плазменного ренина. Рентгенологическое исследование выявило у этих больных наличие добавочных прободных почечных артерий, кровоснабжающих верхний сегмент почки и отходящих не от почечной артерии, а непосредственно от аорты и не проходящих через ворота почки. Эти артерии были истончены, сосудистый рисунок верхнего сегмента почки значительно обеднен по сравнению с нижележащими отделами, что указывало на недостаточное кровоснабжение этого участка почечной паренхимы. С учетом особенностей кровоснабжения почки добавочной прободной артерией, а именно распространение ее только по передней или задней поверхности верхнего сегмента удвоенной почки, и отсутствием ее анастомозов с аркадными артериями почки выполняли резекцию ишемизированного участка верхнего сегмента. После пережатия дисплазированной добавочной прободной арте-

рии он четко проявлялся на передней или задней поверхности верхнего сегмента удвоенной почки. Выполняли плоскостную продольную резекцию этого участка почечной паренхимы. При этом чашечно-лоханочная система почки не повреждалась. Оперировано 12 больных: 7 детей в возрасте от 12 до 15 лет (мальчиков — 3, девочек — 4) и 5 женщин, у которых АГ обнаружена еще в детском возрасте. Все больные получали постоянную гипотензивную терапию. У всех оперированных детей после операции артериальное давление нормализовалось. У 3 женщин артериальное давление нормализовалось, а у 2 значительно снизилось по сравнению с АД до операции. Содержание ренина крови снизилось до нормальных показателей. В сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции состояние больных удовлетворительное, АД нормализовалось без приема гипотензивных препаратов.

#### **Выводы**

1. Артериальная гипертензия, обусловленная наличием добавочных прободных артерий верхнего сегмента почки, наблюдалась у 35,4 % больных с неполным удвоением почки.
2. Резекция ишемизированного участка почечной паренхимы, ишемия которого обусловлена наличием добавочной прободной артерии при неполном удвоении почки, по передней или задней поверхности ее верхнего сегмента избавляет больного от АГ, при этом сохраняется значительная часть паренхимы почки и не повреждается ее чашечно-лоханочная система.
3. Резекция ишемизированного участка верхнего сегмента избавляет больного от пожизненного приема гипотензивных препаратов.
4. При выявлении АГ у молодых людей рекомендуется проводить полное урологическое и артериоэнтерографическое обследование для выявления аномалий строения почки и аномалий ее кровоснабжения.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ПОЛНОМ УДВОЕНИИ МОЧЕТОЧНИКОВ**

© *П.И. Чумаков*

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Ставрополь)

**Введение.** Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) при полном удвоении мочеточников встречается у 60–70 % больных. Как правило, ПМР наблюдается в нижнюю лоханку удвоенной почки. Значительно реже встречается ПМР через оба устья удвоенной почки. Консервативное лечение ПМР в удвоенные мочеточники считается

неэффективным. При ПМР в один из удвоенных мочеточников и в случае наличия возможности оперативного разделения тазовых отделов мочеточников выполняют операции Политано – Леадбеттера, Коэна на рефлюксирующем мочеточнике. При невозможности подобной операции осуществляют пиелопиелоанастомоз, уретеропиелоанасто-