

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина
Университеті

КАФЕДРА: УРОЛОГИЯ

БҮЙРЕК, НЕСЕПАҒАР ЖАРАҚАТТАРЫ

ТЕКСЕРГЕН: НЫСАНБАЕВ А.Д
ТОБЫ: ЖМ12-004-02
ОРЫНДАҒАН: БЕЛЕТБЕКОВ Е.С

АЛМАТЫ-2015

ЖОСПАР

I.Кіріспе

II.Негізгі бөлім:

- ❖ Бүйрек зақымдануы, жарақаттану механизмі клиникасы,емі
- ❖ Несеппағар зақымданулары, классификациясы, диагностикасы және емі

III. Қорытынды

IV.Қолданылған әдебиеттер

БҮЙРЕК ЖАРАҚАТЫ

Бүйрек – сыртқы жиегі дөңес, ішкі жиегі ойыс, бұршақ бітімдес жұп орган. Оң бүйрек алдынан бауырға, ұлтабардың төменгі бөлігі мен жиек ішектің өрлеме бөлігіне тақалып тұрады. Сол бүйректің алдыңғы бөлігі кіші шарбы майы қуысымен, асқазанмен, ұцқы безі құйрығымен, жиек ішектің көкбауыр иінімен және жіңішке ішектің тұзақтарымен жабылған, ал оның алдыңғы-сыртқы жиегі көкбауырмен және жіңішке ішектің төменгі бөлігімен жабулы.

Орналасу ерекшелігіне қарай несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің жарақаттануы көбіне көрші ағзалардың жарақаттануларынан болады.

БҮЙРЕК ЖАРАҚАТТАНУЛАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ

□ Себебіне қарай:

1. Механикалық
2. Органикалық

□ Түріне қарай:

1. Ашық
2. Жабық

□ Сипатына қарай:

1. Оқшауланған
2. Қабаттасқан

□ Ағымына қарай:

1. Жеңіл
2. Орташа ауырлықта
3. Ауыр дәрежеде

Бүйрек жарақаттарының классификациясы

Ашық

Оқтық жарақаттар

Өткір заттармен
жарақат

кесілген жарақат

Жабық

Бүйрек сокқылары (бүйрек
паренхимасында көптеген
қан құйылулар)

Бүйрек маңында шелмай
клетчаткасының және немесе
бүйректің фиброзды
капсуласының
жарақаттары

Тостағанша-астауша жүйесіне
енбейтін субкапсулярлы
жыртылу. бұндай жағдайда көлемді
субкапсулярлы гематома түзіледі

Тостағанша-астауша жүйесіне енетін
бүйрек тінінің және фиброзды
капсуласының жыртылуы

Бүйрек жыртылуы

БҮЙРЕК ЖАРАҚАТЫНЫҢ СЕБЕПТЕРІ

Өнеркәсіп пен ауыл шаруашылығында механикаландыру мен автоматтандырудың кеңінен қолданылуы, жол, және рельс көлігінің автомобиль және басқа түрлерінің көбеюі, дене шынықтыру мен спорттың дамуы, екінші жағынан, әр түрлі жарақаттарға, соның ішінде несеп-жыныс органдарының да зақымдалуына себепші болуы мүмкін, Алайда бұл мүмкіндік белгілі бір жағдайда ғана шындыққа айналады ал ондай жағдайлар: ендіріс пен ауыл шаруашылығында қауіпсіздік техникасының бұзылуы, күрделі механизмдердің біліксіз қолданылуы, жолдарда жүріс ережелерінің сақталмауы, күрделі спорт жаттығуларын жасаған кезде сақтықтың болмауы және т. б. екені мәлім.

БҮЙРЕКТІҢ АШЫҚ ЖАРАҚАТТАРЫ

Бүйректің ашық жарақаттанулары кезінде ондағы морфологиялық өзгерістер бойынша әр алуан болады. Мұның өзі жаралаған заттың сипатына (*пышақ, оқ, бытыра*), жара арнасының бағытына атқан тұстың қашықтығына (атылған оқтан жараланғанда) байланысты. Сондықтан бүйрек жарақаттануларының толып жатқан формалары кездесуі мүмкін. Пышақтан болған жарақаттар әдетте тілме сызықтық формада болады да, ондай жағдайда бүйрек паренхимасының көп бұзылуымен қабаттаспайды. Ал атылған оқтан, оның үстіне жақыннан атылған оқтан, әсіресе бытырадан болған жаралар бүйректің жеке-жеке бөліктерге ыдырауына не оның езілуіне әкеліп соғады. Егер оқ алыс қашықтықтан атылып, оғы үлкен болмаса, бытырадан жараланған сияқты мұндайда бүйректің жарақаттануы болмашы болады.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Бүйректің ашық жарақаттарында науқастардың жалпы жағдайы көбінесе ауру болады . Клиникалық көрінісі – шок . Бүйректің ашық жарақаттарының жетекші симптомдары – гематурия мен жарада зәрдің болуы .

Бүйректің жаралануының маңызды белгісі жарадағы зәр , бірақ бұл белгі гематуриядан сирек және кеш білінеді . Жарада зәрдің көрінуін индигокармин сыналасымен дәлелдеуге болады . Бүйректің ашық жарақатының алғашқы сағаттарында науқастың жалпы жағдайы жарақатқа және қан кетуіне байланысты болады . Кейін 3-5 тәулікте жараланудың сипатына жарақаттың дәрежесіне байланысты бүйрек пен паранфральды клетчаткада іріңді қабыну үдерістері дамиды , ол уросепсиске әкелуі мүмкін .

ДИАГНОСТИКАСЫ

- Бел аумағында жараның болуы , жара арнасының бағыты , жарадан зәрдің бөлінуі бүйректің ашық жарақатын дәлелдиді . Диагноз арнайы уралогиалық тексерумен , радиоизотопты және УД- бүйректі сканерлеумен ретрограпты пиелографиямен , бүйректік артерио- және венографиямен айқындалады ; зеріттеулер бүйрек жарақатының дәрежесін анықтап қана қоймай , екінші бүйректің функциясын бағалайды .Бұл тексерулердің тіршілік қаблеті жоқ жарақатты бүйректі алыптастауда (нефрэктомия) шешуші маңызы бар .

ЕМІ

- Бүйректің ашық жарақатының қай түрі болмаса, жедел оперативті емдеуді талап етеді. Операцияны жараны біріншілік хирургиялық өңдеуден бастайды, оның көлемі, ақырында бүйректі тексеруде анықталады. Егер бүйректің паренхимасының көптеген негізгі қантамырлары зақымдалып, тіршілікке қабілеттілігі жоқ болғанда, нефрэктомия орындалады, егер бүйрек сегментінің оқшауланған жарақаты болса, онда бүйрек резекциясы қолданылады. Мүше сақтау операцияларының көпшілігі бүйректі пиелостомия немесе нефростомия арқылы дренаждаумен аяқталады.

БҮЙРЕКТІҢ ЖАБЫҚ ЖАРАҚАТТАРЫ

Бүйректің жабық зақымдануларын зақымның сипатына және бүйрек пен оның айналасындағы паранефральдық клетчаткадағы жарақаттық өзгерістерге байланысты алты топқа жіктеледі:

1- бүйректің соғылуы, бүйрек паренхимасына көп қан құйылады, макроскопиялық жыртылу мен субкапсулярлық гематома болмайды.

2- бүйректі қоршап тұрған май клетчаткасының зақымдануы мен талшықтық капсуланың жыртылуы тән

3-паренхиманың шүмекшемен тостағаншаларға өтпейтін капсула астылық жыртылуын айтады, үлкен субкапсулярлы гематома дамиды, жыртылу маңында көптеген қан құйылу мен ұсақ инфарктер анықталады.

4- ауыр жарақаттар тән, олар бүйректің талшықтық капсуласы мен паренхимасының астауға немесе тостағаншаға тарап жыртылады, профуздық макрогематуриямен сипатталады.

5- органның езілуімен сипатталатын ауыр зақымданулар, ішперде қуысы органдарының зақымдануларымен қатар жүреді.

6- бүйректің бүйрек ашасынан жұлынып кетуі, бүйрек тамырларының оқшау зақымдануы;

АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ:

- Жеңіл зақымдану тобы: гематурия бастапқы 2-3 тәулік бойы бәсеңдеп, гемодинамикалық көрсеткіштер нормалық деңгейде тұрақты сақталатын, бүйрек маңында гематома болмайтын зақымданулар жатқызылады.
- Ауыр зақымданулар тобы: гематурия ұзақ сақталатын немесе интермиттік сипат алатын, урогематома байқалатын зақымданулар.
- Қатерлі зақымданулар тобы: жалпы жағдайы нашарлап, шок болатын, гематома тез көбейіп, гемодинамикалық көрсеткіштер тез төмендейтін зақымданулар.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- Жеңіл дәрежесі кезінде: жалпы жағдай қанағаттанарлықтай, ауырсыну интенсивтілігі әртүрлі, ауырмауы мүмкін, шок белгісі болмайды, бұлшықет ширығуы бәсең немесе мүлдем болмайды, гематурия жалғасады не мүлдем болмайды, гемодинамикалық көрсеткіш сақталады.
- Орта дәреже кезінде: ауырсыну симптомы, талықсу нышандары қысқа уақыт, гематома анықталады, гематурия жалғаса береді не тоқтайды, гемодинамика біршама төмендейді.
- Ауыр дәрежесі кезінде: талықсу, бүйрек маңайы кеңістігіне көп қан кетуімен байланысты, жалпы жағдай ауыр, тері мен кілегей қабаттар бозарады, еріннің қызыл жиектерінің түсі кетеді, суық тер шығады, енжар тартып селқостанады, ентігу, АҚҚ төмен болуы

ДИАГНОСТИКА

- Жалпы қан анализі – біршама лейкоцитоз пайда болады.
- Биохимиялық анализ – қалдық азоттың, мочевианың, қан креатинінің артуынан, ацидоздың ұлғаюынан көрінеді.
- Бүйректің ашық зақымданулары кезінде жара арнасының бойында несеп-ірің жыланкөздер түзіледі.
- Гематокрит (контроль)
- Гемоглобин (контроль)

Инструментальды диагностика:

- Рентген(нақты жарақаттанған жерді анықтап бере алады.)
- УЗИ
- Компьютерлік томография
- Магнитно – резонансты томография

-
- Экскреторлық урографияны зарлдап шеккен адамның жалпы жағдайына қарамастан және қысқа мерзімде (30-40 минут) жүргізуге болады; ол зақымдалған бүйректің ғана емес, сонымен қатар контралатеральдық бүйректің де жағдайын анықтауға мүмкіндік береді де, бүйректердің жарақаттанулары кезінде неғұрлым жиі қолданылатын рентгенологиялық зерттеу болып табылады. Оның көмегімен бүйректің зақымдануының ауырлығы мен сипаты туралы ғана емес, сонымен қатар бүйрек маңында түзілген гематоманың мөлшері туралы да белгілі бір түсінік алуға болады.
 - Ретроградтық пиелографияның диагностикалық мүмкіндіктері бүйректің тостағанша шүмекше жүйесі тұтастығының бұзылуымен қабаттасатын бүйрек зақымдануларын ғана көруге болады. Зақымдалған бүйректің қуыстарында жасалатын көтеріңкі қысымның нәтижесінде оның өз капсуласының шегіндег, сондай ақ бүйрек маңы кеңістігіндегі контрасттық

-
- Бүйрек ангиографиясы – бүйрек зақымдалулары диагностикасының неғұрлым ақпаратты әдістерінің бірі. Бұл зерттеудің бағалылығы оны жүргізу нұсқаулары дұрыс белгіленген жағдайларда өте жоғары болатыны күмәнсіз.
 - Радиоизотоптық зерттеу бүйректің жарақаттануының салдарынын олигоанурия секілді қаһарлы асқынуы пайда болған кезде де диагностикалық зор маңызға ие.
 - Ультрадыбыстық зерттеу зардап шегушілердің жарақаты көп, жағдайы ауыр болған уақытта қолданған кезде ерекше бағалы әдіс болып шығады; науқасты бірнеше дүркін ауыстырып жатқызу қажет болатын диагностиканың рентгенологиялық әдістерін қолдану қиын әрі науқас үшін қауіпті болатын жағдайда немесе бұл әдістер қолданғаннан кейінде бүйрек маңы гематоимасының бар екендігі және мөлшер шамасы қандай екендігі күмән сейілмейтін кезде ультрадыбыстық зерттеу маңызды әдіс болады.

ЕМІ

- Жабық жарақаттарда көбінесе консервативті ем тағайындайды, егер гемодинамикасы қалыпты болған жағдайда.
- Оперативті емге абсолютті көрсеткіш: гемодинамиканың бұзылысы, гематома.
- Ауыр бүйрек жарақаты кезінде – бүйректі сақтап қалуға тырысады, бүйрекке резекция жасайды.(бүйрек бөлігін ғана алып тастау). Егер жарақат ауыр және кең көлемді болған жағдайда ғана – бүйректі алып тастайды – нефроэктомия.
- Хирургиялық ем: ауырлық дәрежесіне байланысты, люмботоникалық доступ, қан ағуды тоқтату, бүйрекке ревизия жасап және жарақаттанған жерді П тәрізді тігу.

НЕСЕПАҒАР ЖАРАҚАТТАРЫ ЭТИОЛОГИЯСЫ

Несепағарлардың алуан түрлі зақымданулары жабық жарақат кезінде, оқ тиген және шанышқан-кесілген жаралар кезінде, ішперде сырты кеңістігі, ішперде қуысы және кіші жамбас қуысы органдарына операциялық араласулар уақытында, эндоуреторалдық манипуляциялар кезінде байқалады.

Несепағардың ашық және жабық зақымдану түрлері бар

НЕСЕПАҒАРДЫҢ ЖАБЫҚ ЖАРАҚАТЫ

- Несепағарлардың зақымдануының бұл түрі біршама сирек кездеседі.Диаметрінің үлкен болмауы және тереңде орналасуы себепті несепағарларға бұл секілді жарақаттар онша жете қоймайды.
- Несепағарлардың жабық зақымданулары кезінде олардың қабырғалары толық немесе ішінара бұзылады не оның азды көпті езілуі орын алады. Мұның өзі некрозға немесе стриктураның түзілуіне апарып соғады.

НЕСЕПАҒАРДЫҢ АШЫҚ ЖАРАҚАТЫ

Несепағардың оқ жарықшақ тиген жараларының көпшілігі миналар мен снарядтардың жарықшақтары тиюінен болады. Несепағарлардың жараланулары әрқашан қабаттасқан сипатта болып келеді. Олар тоқ ішек пен ащы ішектің, ішперде қуысы тамырларының плевраның, өкпелердің, омыртқаның, жамбас сүйектердің, бауырдың, көкбауырдың, ұйқы бездің асқазанның, ұлтабардың, бүйректер мен қуықтың әр түрлі бөлімдерінің зақымдануларымен ұштасады. Несепағардың операциялық араласулар кезіндегі зақымданулардың арасында көп кездесетіндері несепағарлардың әр түрлі операциялық араласулар уақытында негізінен гинекологиялық операциялар кезінде зақымданулары, кездейсоқ немесе әдейлеп жасалмаған деп аталатын зақымданулар.

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

Несепағардың оқтан, жарықшақтан болған. Шаншылып кесіліп кеткен жаралары бастапқы клиникалық тұрғыдан білінбеуі мүмкін. Жараланғандардың шамамен жартысында ғана баяу гематурия байқалады, мұның өзі несепағар мүлдем үзілген жағдайда бір дүркін байқалады. Жара жүлгесінен несеп ағуы алғашқы күндері әдетте байқалмайды, ол көбіне жараланғаннан кейін 4-12 –інші күні басталады. Несепағар жана малап жараланған кезде несептік жыланкөз бірде тоқтап, бірде жүретін сипатта болады, мұның өзі несепағардың өткізгіштігінің уақытша қалпына келуімен түсіндіріледі. Ішперденің зақымданулары кезінде несеп ішперде қуысына келеді де, бұл жағдайда жетекші симптом перитонит шығады. Бел аумағындағы ауырсыну (шаншу) сезімі, дене қызуының көтерілуі, гематурия. Ішперде сыртындағы зәр құйылымы бел аумағының домбығуына, пальпация кезінде ауырсыну сезіміне әкеледі. Зәр құйылымы төменге қарай таралса, еркектерде ұманың, әйелдерде жыныс еріндерінің домбығуы байқалады.

ДИАГНОСТИКА

- Урография
- Индигокарминнің бөлінуіне қарау
- Катетерлеу
- Ретроградтық пиелоуретрография
- Фистулография

ЕМІ

- Несепағардың зақымдалуының сипаты мен оның бүтіндігінің дәрежесіне байланысты емдеу консервативтік немесе операциялық әдіспен жүзеге асырылуы мүмкін.
- Консервативтік емдеу әдетте несеппағарлар эндоуретералдық манипуляциялар уақытында зақымдалған кездерде қолданылады, сондай-ақ несеппағардың барлық қабаттарының бүтіндігі бұзылмай, оның қабырғалары соғылған және жырылған жағдайдағы тері астындағы жарақаттары кезінде қолданылады.
- Бұл емдеу антибиотиктер мен сульфаниламидтер тағайындауға, периуретериттер и мен стриктуралардың дамуының алдын алуға бағытталған терапияға саяды. Несеппағар толық үзілмеген немесе жанама жараланған кезде сондай ақ органның барлық қабаттарының бүтіндігі бұзылатын операция уақытындағы зақымдалуы кезінде несеппағардың зақымданған аймағын тауып алу керек: несеппағардың жарасына түйінді кетгут тігістерді салғанда несеппағардың саңылауы тарылып қалмайтындай етіп салу керек. Несеппағарға дренаж бен тампон келтіру керек.

-
- Несепағардың зақымдалуы кезінде пластикалық операция жасауға болмайтын (оның ұштарынан үлкен диастазы, ал науқастың жалпы жағдайы операциялық араласуды ұлғайтуды көтермейді) және екінші бүйрек туралы қажет мәліметтер жоқ жағдайларда науқасқа несеппағарды теріге ауыстырып салу операциясы жүргізілуі мүмкін.
 - Несеппағар бүйрек астауынан жұлынып қалған жағдайда жоғарғы несеп жолдарының бүтіндігін қалпына келтірудің неғұрлым ұтымды әдісі уретеропиелонеостомия болып табылады. Анастамоз өңірінде стриктуралардың және дөрекі периуретеральдық тұтаспалардың дамуының алдын алу үшін науқастарға операциядан кейін кортикостероидтік препараттармен емдеу тағайындалады. 3 апта бойында 1000-1200 мг кортизон тағайындаймыз.

ҚОРЫТЫНДЫ

Бүйректің ашық не жабық зақымдануының клиникалық көрінісі барынша алуан түрлі болып келеді. Жарақаттанулардың ауырлығы мен сипатына, қабаттасқан зақымдалуларына мен олардың ауырлығына, талықсу дәрежесімен қан кету дәрежесіне, жарақаттанған сәттен біраз уақыт өткендігіне байланысты. Диагностикалау мен ем тағайындағанда аурудың ауырлық дәрежесіне қараймыз. Бүйректің ашық жарақатының жабық жарақатынан айырмашылығы - сыртында жараның көзге көрінуі, ем жасайға ыңғайлы, ауырлық дәрежесін тез анықтап білеміз. Жабық жарақаттар өте қауіпті, шұғыл түрде шара қолдануымыз қажет. Қандайда жарақат болмасын уақыт ем жасасақ науқасты соғұрлым тез көмек жасаған боламыз.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- М.К.Алшынбаев,Е.С.Мәмбеталин ‘Урология’ Алматы ‘Білім’1999
- Пропедевтика внутренних болезней. А.Л. Гребенов. Москва 2001 г.
- Патофизиология. Ә.Нұрмұхамбетұлы. Алматы 2007ж.