

ГИДРОНЕФРОЗ

Орындаған: Ерназарова Ж.

Тобы: ЖМ-801

Қабылдаған: Турметов И.

Гидронефроз

(грекше *hydor* – су және *nephros* - бүйрек) -

тостағанша-астауша жүйесінің ұлғаюымен, бүйрек паренхимасының семуімен (атрофия) және бүйректен зәр шығуының бұзылуы нәтижесінде бүйректің барлық негізгі қызметінің нашарлауымен және бүйрек паренхимасында қан циркуляциясының бұзылуымен сипатталатын бүйрек ауруы.

Астауша-несепағар сегментінің деңгейіндегі зәр шығару жүйесінің ақаулары туа біткен гидронефрозға әкеп соқтырады. Нәрестедегі туа біткен гидронефроз туралы P.Rayer 1841 жыл жазған. Бұл ауру бір айлық нәрестенің аутопсиясында анықталған.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

атын өзек және қуықта орналасқан кедергілер (инфравезикальді бітелу, үрпінің тарылуы, аденопатия немесе қуық безінің ісігі, қуық тасы, т.б.);

қалпының ауытқуынан туатын кедергілер (ретрокавальді несеппағар);

бүйрек бойындағы, бірақ одан тыс орналасқан кедергілер (бүйректің төменгі полюсінен шығатын қуық ісігі);

қуықтың өз қуысында және астаушада кездесетін кедергілер (конкремент, ісік);

қуықтың немесе астаушаның зәр шығуын қиындататын өзгерістер.

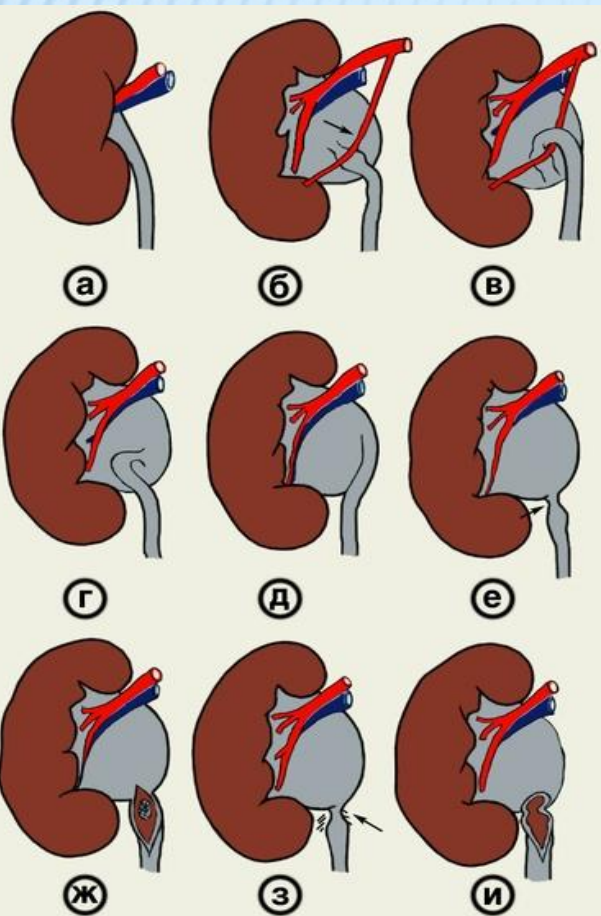
Гидронефроз балалар хирургиясында өте жиі кездесетін ауру түрі болып табылады, оның жиілігі 1:500 – 1:800 шамасында, яғни 1000 нәрестеге шаққанда 2,8 жағдайға сәйкес келеді. Ер балаларға қарағанда қыз балаларда 1,5 есе жиі кездеседі, екі жақты гидронефрозға қарағанда бір жақты гидронефроз жиі кездеседі.



ЖІКТЕЛ

УІ

Гидронефрозды этиологиясына байланысты Н.А.Лопаткин классификациясы бойынша 2 топқа жіктейміз:



- І. Біріншілік, немесе туа біткен, гидронефроз (жоғарғы зәр шығару жүйесінің қандай да бір ақауынан пайда болатын).
- ІІ. Екіншілік немесе жүре пайда болған, гидронефроз (қандай да бір аурудың асқынуынан пайда болатын).

Туа біткен және жүре пайда болған гидронефроз асептикалық немесе инфицирленген болады. Оның ағымын 3 дәрежеге бөледі:

- I. Тек астаушаның кеңеюімен (пиелозктазия) жүретін бүйрек функциясының айтарлықтай емес бұзылысы.**
- II. Тостағанша және астаушаның кеңеюімен жүретін (гидроклаикоз) бүйрек паренхимасының жұқаруы және оның айқын бұзылысы.**
- III. Бүйрек паренхимасының семуі (атрофия), оның жұқа қабатты қапшыққа айналуы.**

Гидронефроз ағымы бойынша:

- I. Бастапқы**
- II. Ерте саты**

- Егер зәрдің шығуына кедергі несепағар деңгейінде орналасса, көп жағдайда ол бір жақты гидронефроздың туындауына әкеледі. Ал егер кедергі қуықта және одан төмен орналасса, онда екі жақты гидронефроз дамиды.
- Гидронефроз бүйрек астаушасының кеңеюімен жүретіндіктен оны жатырда ұрықты УДЗ зерттеу арқылы анықтауға болады. Сондықтан көбіне гидронефроз жатыр ішінде анықталады. Егер нәресте туылғанға дейін диагноз қойылмаған болса, туылғанда гидронефроз зәрдің құрамында қанның болуымен (гематурия), зәр шығару жүйесінің инфекциясымен, іштің ауырсынуымен немесе құрсақ қуысының ұлғаюымен сипатталады.

Зәрдің лимфа және қан тамырларынан компенсаторлы түрде бөлінуі, табиғи жолмен несеппағар арқылы ағуы, бүйректе гидростатикалық қысымның жоғарылауына байланысты бүйректе қан ағынуының азаюы осы органның қызметін сақтап тұрады, осы себепті ауру бірнеше жыл симптомсыз өтуі мүмкін. Аурудың асқынуы компенсаторлық механизмді бұзады, органның уродинамикасы бұзылып, науқаста шағымдардың пайда болуына әкеледі.

СИМПТОМАТИКАСЫ

- Тек қана гидронефрозға тән ерекше симптомдар жоқ. Ауырсыну бел аймағында ұстамалы түрде басталып, бүйрек коликасына дейін болады, бұл іштің желденуі, лоқсу, құсумен қатар жүруі мүмкін. Жиі жағдайда колика ұстамасынан бұрын және ұстама кезінде зәр көлемінің едәуір азаюуы және ұстама біткен соң көбеюі тән. Инфекциямен қосарлған жағдайда температуратың жоғарылауы байқалады. Айқын гидронефротикалық трансформациясы бар науқасты тексергенде қабырға аралықта ісік тәрізді түзіліс пальпацияланады.
- Бастапқы сатысында жалғыз ғана симптом гематурия (макро- және микроскопияда) болуы мүмкін, ол астаушадан зәрдің шығуы аз уақытқа қалпына келгенде астауша ішіндегі қысымның кенеттен және тез арада төмендеуі салдарынан пайда болады. Терминальді сатысында бүйрек функциясының жедел бұзылуы байқалады.
- Екі жақты гидронефроз біртіндеп созылмалы бүйрек қызметінің жеткіліксіздігі мен уремияны күшейтеді.



Нақты диагноз қалай қойылады???

Гидронефрозды диагностикалауда ең бірінші қадам ол – ұрықты УДЗ. Бүйректің жинақтаушы жүйесі жатыршілік кезеңнің 15 аптасында УДЗ да көрінеді. УДЗ дағы бірінші белгі ол – астаушаның кеңеюі. Егер туылғаннан кейін астаушаның кеңеюі сақталса, балалар урологы тереңдетілген урологиялық зерттеулер жүргізеді.

Гидронефроздың бар болуына күдік туындағанда нәресте төмендегі зерттеулерден өтуі тиіс:



- **Диагностика**

- Бүйрек және қуықты УДЗ

- Экскретор-лық урография

- **Нефросцинтиграфия**

- **Микциондық цистоуретрография**



Зәр шығарғанға дейін және зәр шығарғаннан кейін бүйрек және қуықты УДЗ. УДЗ да бүйрек паренхимасының зақымдалу белгілерін көруге болады және гидронефроздың дәрежелерін анықтауға болады. Егер күдік болған жағдайда УДЗны су беру арқылы диуретиктерді пайдалана отырып жүргізгенде астауша-несепағар сегментінің обструкциясының дәрежесін бағалауға болады.

- Микциондық цистоуретрография – қуық пен уретраның жағдайын бағалауға арналған контрастты рентген зерттеуі, бұл қуық-несепарлық рефлюкстің болуына және қуықтан зәр ағып шығуының азаюына күдік болғанда қолданылады.

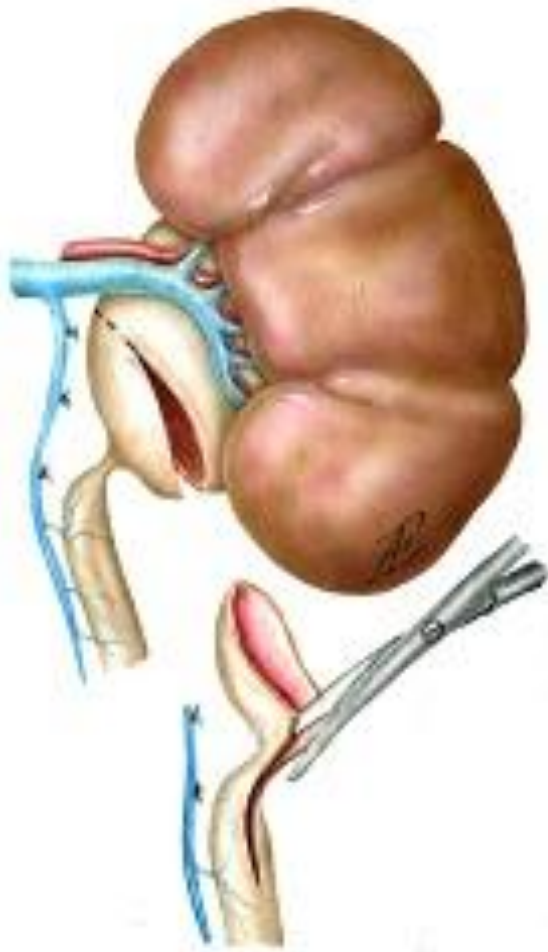
- Экскреторлық урография – рентгенконтрастты затты көктамыр арқылы енгізген соң ол бүйрекпен сыртқа шығарылады және олардың жинақтаушы түтігі рентген суретте айқын көрінеді, бұл зерттеу обструкция дәрежесін анықтауға көмектеседі.



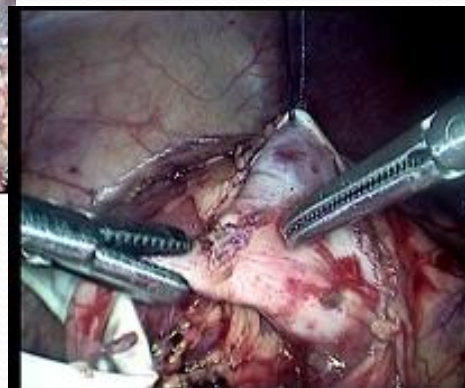
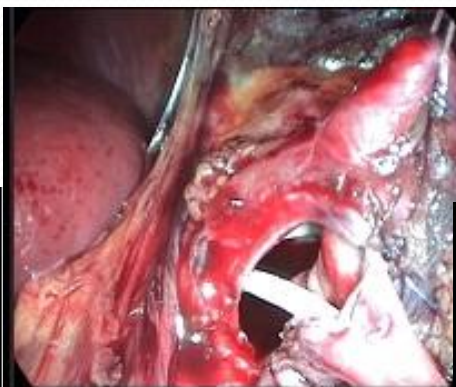
- Нефросцинтиграфия – бүйректі радиоизотопты зерттеу. Бүйрек функциясын бағалау үшін және зәр бөлінуінің бұзылысы дәрежесін анықтау үшін қолданылады.

Е М І

Пиелопластикалық операция. Бұл операция несеппағардың тарылған аймағын кесіп алып, несеппағар мен астауша арасына анастомоз қоюмен сипатталады. Ең кең тараған әдіс бұл Хайнс-Андерсен әдісі болып табылады. Тарылған аймақ көп жағдайда тостағаншаға жақын орналасады. Несеппағардың тарылған аймағы кесіп алынғаннан кейін, несеппағардың бүйрекке жақын аймағы бойлай кесіліп, астаушаны екі жағынан тіліп, қиықты төмен қарай түсіріп, астауша мен несеппағар қиығы арасына анастомоз жасалады. Әдетте операциядан кейін несеппағар мен астауша арасына қойылған түтікше алынбайды.



Көптеген жағдайларда гидронефроздағы пластикалық операциялардан кейін астаушаны құрғатады (пилонефростомия) және астауша-несеппағар сегментіне таңғыш (шина) салады. Шина болып табылатын түтікті әдетте 2-3 аптадан соң алып тастайды.



Екі жақты гидронефрозда емдеу тактикасы жөнінде бірінші кезеңде реконструкциялық-пластикалық операция морфофункционалдық тұрғыдан қарағанда едәуір сақталған мүшеге жасалуы тиіс деп есептеу қабылданған. Мұндай мәліметтер жан-жақты зерттеу тәсілдері арқылы алынуы мүмкін.

Паренхиманың семуі (атрофия) айтарлықтай байқалып, бүйректің қызметі едәуір төмендейтін кездегі бір жақты гидронефроз жағдайында нефрэктомия жасауға тура келеді. Шұғыл пиелонефрит, нефрогенді гипертензия секілді ауруларға әкеп соқтыратындықтан, мұндай бүйректі организмде қалдыру қауіпті.

**Зер салып
ТЫҢДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕЕЕТ!!!**

