

СМУ КеАҚ

Хирургиялық пәндер кафедрасы: Урология

Тақырыбы: Несеп-жыныс жүйесінің жарақаттары

Жоспар:

- I. Кіріспе. Несеп-жыныс жүйесінің жарақаттары
- II. Негізгі бөлім
 1. **Бүйрек пен несепардың зақымдануы.** Классификациясы. Этиологиясы. Патогенезі. Клиникалық көрінісі. Диагностикасы. Дифференциалды диагностика. Емі. Болжамы.
 2. **Қуықтың зақымдануы.** Классификациясы. Этиологиясы. Патогенезі. Клиникалық көрінісі. Диагностикасы. Дифференциалды диагностика. Емі. Болжамы.
 3. **Зәр шығару каналының зақымдануы.** Классификациясы. Этиологиясы. Патогенезі. Клиникалық көрінісі. Диагностикасы. Дифференциалды диагностика. Емі. Болжамы.
 4. **Зәр шығару каналының стриктурасы және облитерациясы.** Классификациясы. Этиологиясы. Патогенезі. Клиникалық көрінісі. Диагностикасы. Дифференциалды диагностика. Емі. Болжамы.
 5. **Ерлердің сыртқы жыныс мүшелерінің зақымдануы.** Классификациясы. Этиологиясы. Патогенезі. Клиникалық көрінісі. Диагностикасы. Дифференциалды диагностика. Емі. Болжамы.
6. III. Әдебиеттер тізімі

Кіріспе

- Несеп-жыныс жүйесінің зақымдануы адамның барлық органдарың жарақаттарының жалпы құрылымының 1,5-3% құрайды. Бейбіт уақытта зардап шеккендердің 75-80 % - ың себебі жол-көлік оқиғалары мен биіктіктен құлау кезіндегі зақымданулары болып табылады.
- Жарақаттың 60-70%-ы біріктірілген немесе көпше болып табылады, көбінесе бүйрек пен несеп шығару жолдарының зақымдануы кездеседі.

Классификация.

- Локализациясы бойынша :

□ бүйрек травмасы,

□ несепардың,

□ қуықтың,

□ зәр шығару каналының

□ Ер жыныс органдары.

- Зақымдану аймағын сыртқы ортамен байланыстыратын жара арнасының болуына байланысты жарақаттар бөлінеді:

□ жабық

□ ашық

- Жарақаттар *оқшауланған, көпше және аралас* болуы мүмкін.

- Несеп-жыныс жүйесінің бір органынан жарақат алу - *оқшауланған* деп саналады.

- Несеп-жыныс ағзаларының жарақатынан басқа бір анатомиялық аймақ шегінде басқа да ағзалардың зақымдануы болуын - *көпше* деп атаймыз. Мысалы, бүйрек және іш ағзаларының жарақаты.

- Әртүрлі анатомиялық аймақтардағы мүшелердің бір мезгілде зақымдануын - *аралас* деп атаймыз. Мысалы, қуықтың зақымдануы және бас сүйек-ми жарақаттары.

- Несеп-жыныс мүшелері жарақатының ауырлық дәрежесіне байланысты болуы мүмкін:

- жеңіл,

- орташа

- ауыр

- Дене қуысына қатысты :

- енетін,

- енбейтін

- Зақымдану жағына байланысты :

- бір жақты

- екі жақты.

Бүйрек пен несеппағардың зақымдануы

- Адам ағзасындағы бүйрек анатомиялық жағдайына байланысты белгілі бір дәрежеде сыртқы әсерден қорғалған. Алайда олар жиі іштің, бел аймағының және ішперде асты кеңістігінің жарақаты кезінде зақымдалады, оның 70-80% - ы басқа органдар мен жүйелердің жарақатымен үйлеседі. Ересектерден айырмашылығы балаларда, әсіресе ерте жастағы, бүйректің қорғанысы төмен.

Классификация.

- Бүйректің механикалық зақымдануы олардың типі бойынша екі топқа бөлінеді: *жабық* (тері асты), *ашық* (жараланған).
- Олардың арасында *оқ, сынықталған, шанышқыланған, кескіш және басқа да* жарақаттар бар.
- Зақымдану сипатына байланысты олар *оқшауланған* немесе *біріктірілген* болуы мүмкін, ал зақымдану санына байланысты *жеке* немесе *көпше* болуы мүмкін.
- Бүйрек жұптық орган болып табылады, сондықтан жарақат кезінде зақымдану жағын анықтап алу қажет: *сол жақты, оң жақты және екі жақты*.
- Бүйрек үшін зақымдану аймағын көрсету қажет: *жоғарғы* немесе *төменгі полюс, дене, тамырлы аяғы*.
- Ауырлығына байланысты зақымданулар: *жеңіл, орташа ауырлықтағы* немесе *ауыр болуы мүмкін, асқынған* немесе *асқынбаған*.

- Бүйрек жарақатының түрі бойынша жабық зақымданулар

- фиброзды капсуланың бұзылуынсыз соғылу;

- тостағанша мен бүйрек астауына жетпейтін бүйрек паренхимасының зақымдануы;

- тостағаншаларға және бүйрек астауына өтетін бүйрек паренхимасының зақымдануы;

- бүйректің жыртылуы ;

- тамырлы аяқшаның зақымдануы немесе тамырлар мен несепардандан бүйректің үзілуі.

- Бүйректің ашық жарақаттары бөлінеді

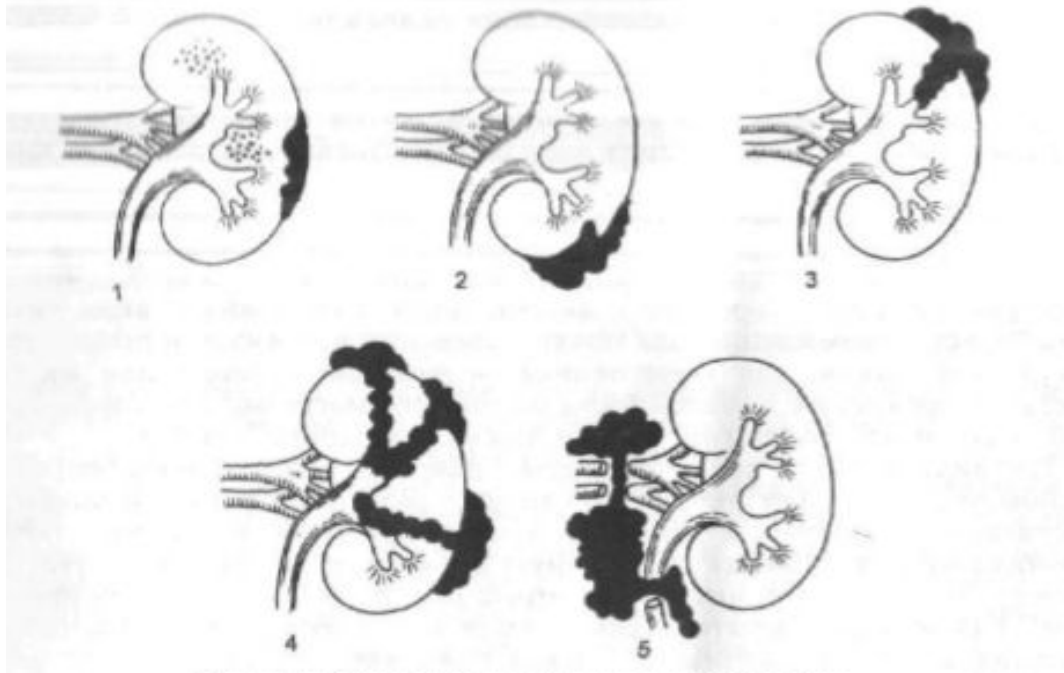
- соғылулар;

- жанама жарақаттар;

- Тостағаншалар мен астаудың зағип және өтпе жарақаттар;

- бүйректің жыртылуы;

- Тамырлы аяқшаның жарақаттары.

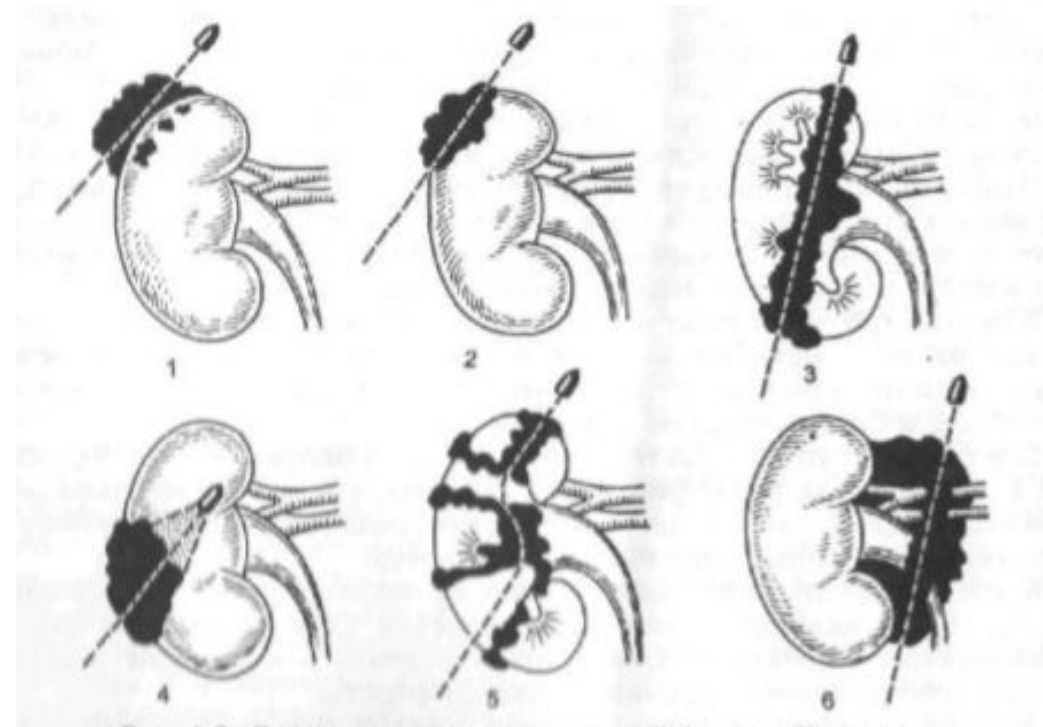


Бүйректің жабық зақымдану схемасы.

1 –фиброзды капсуланың бұзылуынсыз соғылу, 2 — тостағанша мен бүйрек астауына жетпейтін бүйрек паренхимасының зақымдануы; 3 —тостағаншаларға және бүйрек астауына өтетін бүйрек паренхимасының зақымдануы; 4 —бүйрек толық жыртылуы ; 5 —тамырлы аяқшаның зақымдануы немесе тамырлар мен несеппағардан бүйректің үзілуі

Бүйректің ашық зақымдануының (жаралануының) схемасы.

1 –бүйрек соққысы, паранефральды гематома, паренхимада ұсақ қан құйылу; 2 —жанама жарақат; 3 –өтпелі жарақат; 4 –соқыр жарақат; 5 – бүйректің жыртылуы; 6 – тамыр аяқшаларының жарақаты.



Бүйректің жыртылу түрлері

а - субкапсулярлық гематоманың пайда болуымен бүйрек паренхимасының сыртқы жарылуы;

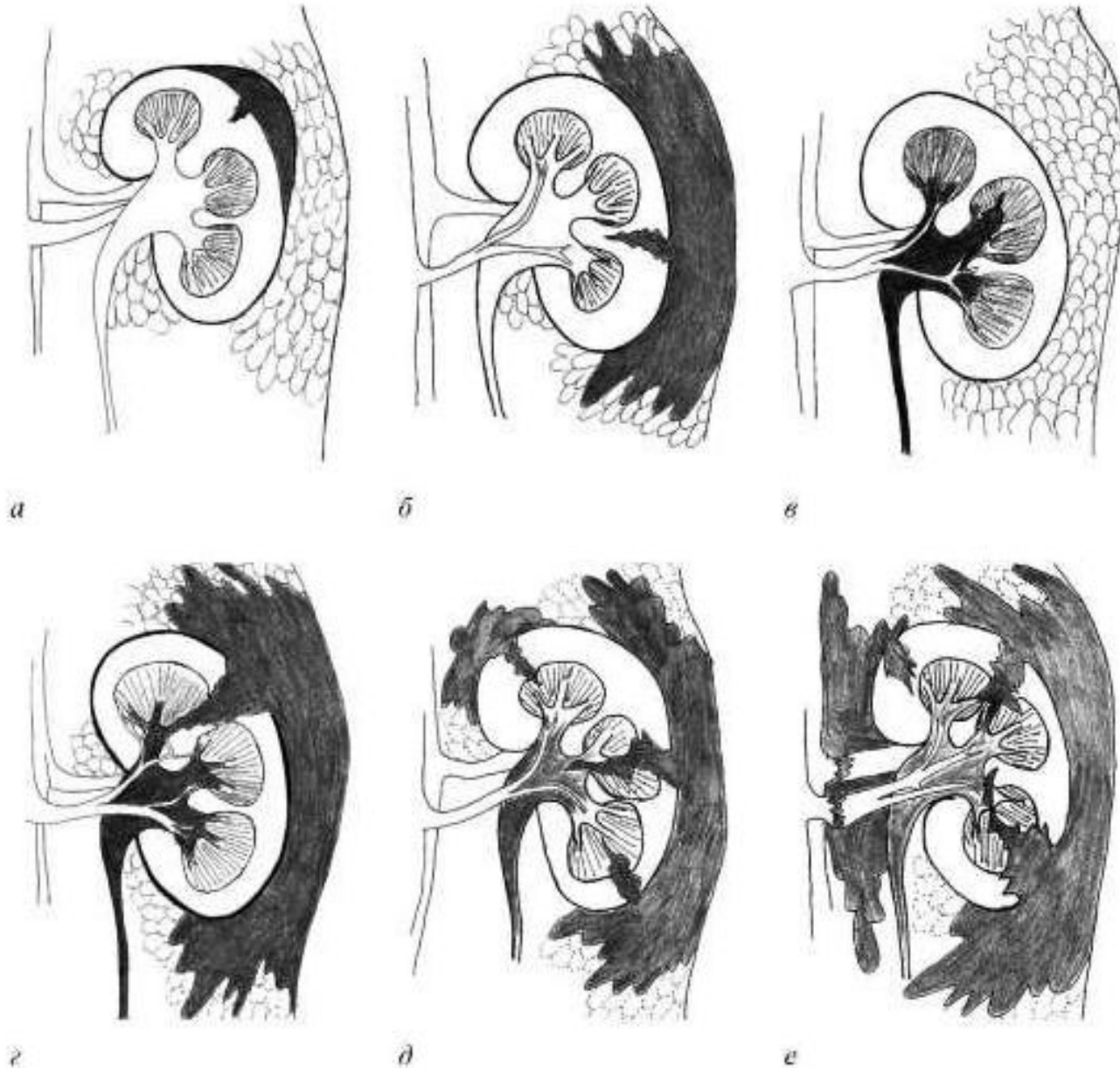
б - паренхиманың және бүйрек капсулаларының сыртқы жарылуы және паранефральды гематоманың пайда болуы;

в - бүйректің қуыс жүйесіне ашылатын паренхималар мен форникстердің ішкі жыртылуы (гематурия);

г - капсулаға, бүйректің қуыстық жүйесіне және паренхимаға енген жыртылудан туындаған паранефральді урогематома (гематурия);

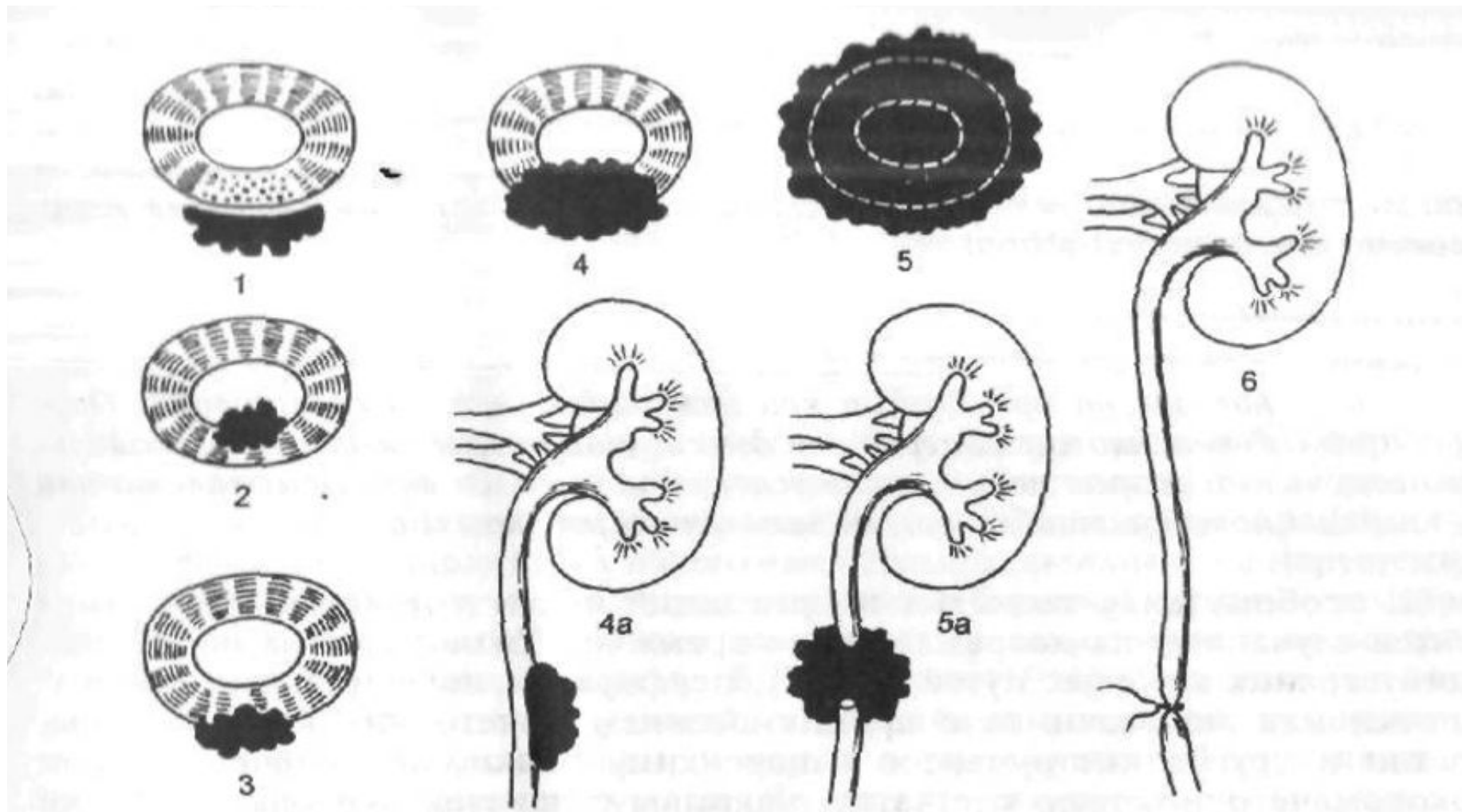
д - бүйректің жыртылуы: капсулаға, бүйректің қуыстық жүйесіне және паренхимаға көптеп енген жыртылулардан туындаған паранефральді урогематома (гематурия);

е - бүйректің паренхимасының жыртылуымен тамырлық аяқшаның үзілуі.



Несепағардың зақымдануы

- Несепағардың *жабық* зақымдануы: *соғылу, несепағардың қабырғасының толық жарылуы* (оның жарығы қоршаған тіндермен байланыспай), *несепағардың қабырғасының толық жарылуы* (оның жарығы қоршаған тіндермен байланысып), *несепағардың үзілуі* (оның ұштарын айырылуымен) деп бөлінеді.
- Несепағардың *ашық* зақымданулары: *соққыларға, несепағардың қабырғасының барлық қабаттарын зақымдалуынсыз, несепағардың қабырғасының барлық қабаттарын зақымдалуымен; несепағардың үзілуі; құрал-саймандық зерттеулер және операциялық араласулар кезінде несепағардың кездейсоқ жарақаттары немесе байлануы, болып бөлінеді.*



Несепағардың зақымдалу схемасы.

1 –несепағардың соғылуы; қабырғасындағы ұсақ қан құйылулар; 2 —шырышты қабаттың толық емес жарылуы (жарақат) ; 3 —толық емес жарылу (несепағардың сыртқы қабаттары жағынан жарақат); 4, а —несепағардың қабырғасының толық жарылуы (жарақат) ; 5, а —несепағардың үзілуі (ұштарын айырумен); 6 —операциялық араласу кезінде несепағарды кездейсоқ таңу.

Практикалық дәрігерлер арасында н. А. Лопаткинның жіктелуі кеңінен таралған. Бүйректің жабық зақымдануларын оның сипаты мен жарақаттану өзгерістеріне және қоршаған паранефральды талшықтарға байланысты 7 топқа бөледі.

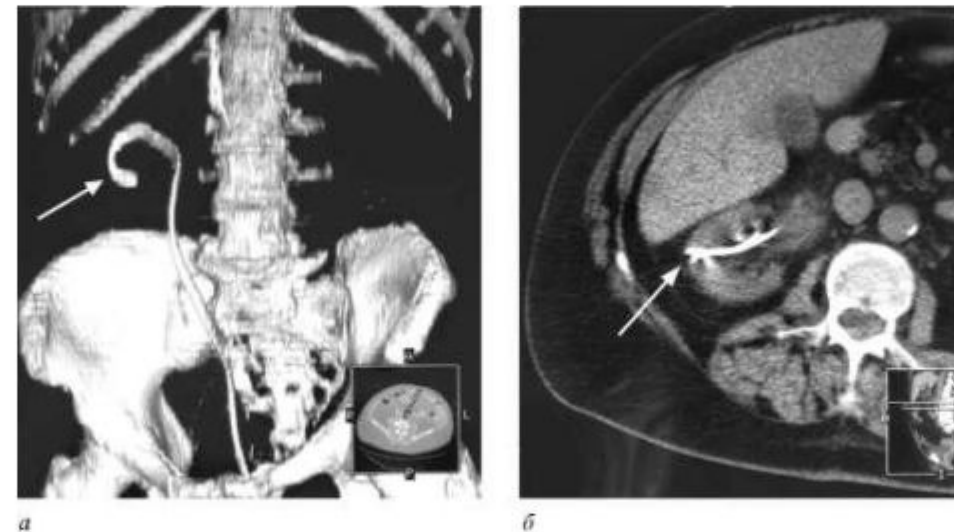
- Бірінші топқа жиі кездесетін зақымданудың ерекше түрі — бүйректің соғылуы жатады, бүйрек паренхимасында макроскопиялық жарылуы және субкапсулярлық гематома болмаған кездегі көптеген қан құйылулар байқалады.
- Екінші топқа айналадағы бүйректің май талшығының зақымдануы және фиброзды капсуланың жыртылуы мен бүйректің қыртысының ұсақ жыртылулары тән. Паранефральды клетчаткада гематома, жиі қанмен имбибиция түрінде анықталады.

- Үшінші топқа тостағанша мен астауға енбейтін, паренхиманың капсула асты жыртылуын кіргіземіз. Әдетте үлкен субкапсулярлы гематома болады. Паренхиманың жыртылу аймағында көптеген қан құйылулар мен микроинфаркттар анықталады.
- Төртінші топқа фиброзды капсуланың және бүйрек паренхимасының жыртылуы, тостағанша немесе астаулардың таралуы мен жүретін ауыр жарақаттар жатады. Мұндай жаппай зақымдану урогематоманы қалыптастыра отырып, паранефральды клетчаткаға қан мен несептің құйылуына әкеледі. Клиникалық ұқсас зақымданулар профузды гематуриямен сипатталады.
- Бүйрек зақымдануының бесінші тобы-бұл ағзаның мыжылуымен сипатталатын, басқа мүшелер мен құрсақ қуысының мүшелері жиі зақымдалатын айрықша ауыр жарақаттар.
- Алтыншы топқа бүйрек аяқшасынан бүйректің үзілуі, сондай-ақ бүйрек тамырларының оқшауланған зақымдануы жатады, ол қарқынды қан кетумен сүйемелденеді және зардап шегушінің өліміне әкелуі мүмкін.
- Жетінші топты қашықтықтан литотрипсия және басқа да жарақаттар түрлері кезінде пайда болатын бүйрек контузиясы құрайды.

Этиология және патогенез.

- Бүйректің жабық зақымдануы, әдетте, *бел немесе ішке соққы немесе қысу түрінде күш түсу* нәтижесінде пайда болады.
- Жыртылу механизміне, тығыз фиброзды капсуламен қоршалған сұйықтық компоненті (қан, лимфа, несеп) бүйректің паренхимасында айтарлықтай басым болуына байланысты гидродинамикалық фактор рөл атқарады. Орган ішіндегі сұйықтықтың тікелей соққысы және детонациясы фиброзды капсуланың және бүйрек паренхимасының жыртылуына әкеледі.
- Тұрмыстық жағдайларда жарақат көбінесе бел аймағымен шығыңқы қатты заттарға құлауы салдарынан туындайды. Ағзаның жарылуы тікелей соққы және бірқатар сүйек құрылымдары - қабырғалар мен омыртқаның зақымдауы нәтижесінде болады.

- Бүйректің зақымдануы урологиялық ауруларды диагностикалау мен емдеудің аз инвазивті және эндоскопиялық әдістері нәтижесінде пайда болуы мүмкін.
- Ең алдымен олар дәрігердің абайсыз немесе қате әрекеттерімен байланысты. Дистанционды соққы-толқынды нефролитотрипсиядан кейін жиі субкапсулярлы гематомалар диагностикаланады, одан кейін әрдайым пайда болатын гематурия тастың және оның фрагменттерінің сабақтарына зақым келтіретін әсерінің салдары ғана емес, сонымен қатар форникстердің үзілуінің салдары болуы мүмкін. Бүйрек паренхимасының жарақаты несеппағардың катетеризациясы (стенттеу), уретероскопия, нефроскопия, нефробиопсия кезінде және тіпті паранефральды блокада да байқалуы мүмкін.



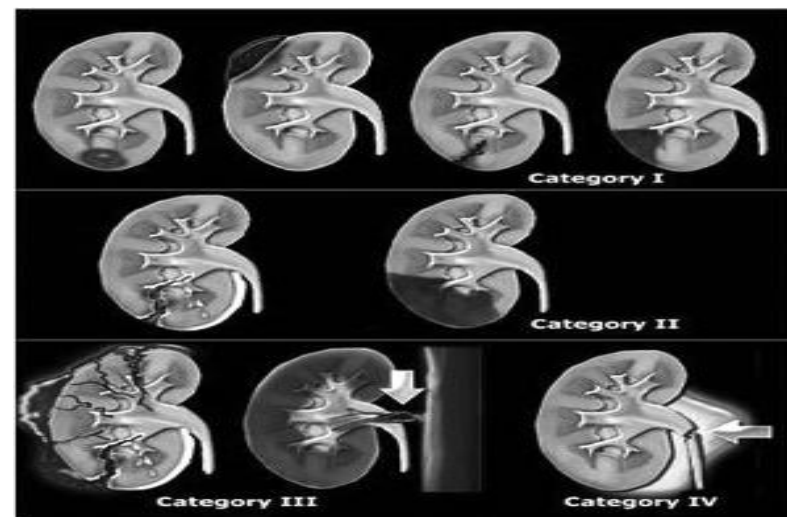
Контрастпен мультиспиральды КТ: а - фронтальді проекция; б - аксиальді проекция. Бүйрек паренхимасының несеппағарлық стентпен перфорациясы (стрелка)

- Ашық зақым - пышақ немесе оқ арқылы зақымдалуы – әдетте көпше сипатта болады.
- Әсіресе бүйректің ауыр зақымдануы олардың заманауи атыс қаруымен жаралануында байқалады(Шевцов И.П., 1983) Бұл жара арнасының күрделі құрылысымен, жара арнасының жанында тіндердің зақымдану аймағының кеңдігімен, адамның денесінің бірнеше аралас аймақтарының жиі зақымдануымен, көбінесе, зақымданулардың, көп болуымен байланысты(90 % дейін). Бұндай жаралар көбінесе травматикалық шокпен (60 % жуық) және массивті қан кетумен асқынады.

Клиникалық көрінісі

- Бүйрек зақымдануына клиникалық симптомдар триадасы сай: *бел аймағының ауыруы, ісінуі, гематурия.*
- Ауырсыну бүйректі қоршаған тіндердің және ағзалардың зақымдануы; бүйректің фиброзды капсуласының созылуы; оның паренхимасының ишемиясы; гематоманың өсуінен париеталды перитонеумге қысым түсуі; ұйыған қанның несепардв бітеуі нәтижесінде пайда болады.
- Ауырсыну сипаты бойынша *тұйық, өткір, коликатәрізді*, шап аймағына иррадиациямен болуы мүмкін.

NB! Балалар ауырудың нақты локализациясын көрсете алмайды, әсіресе кішкентай жастағы балалар, олар көбінесе іштің ауырғанын көрсетеді.

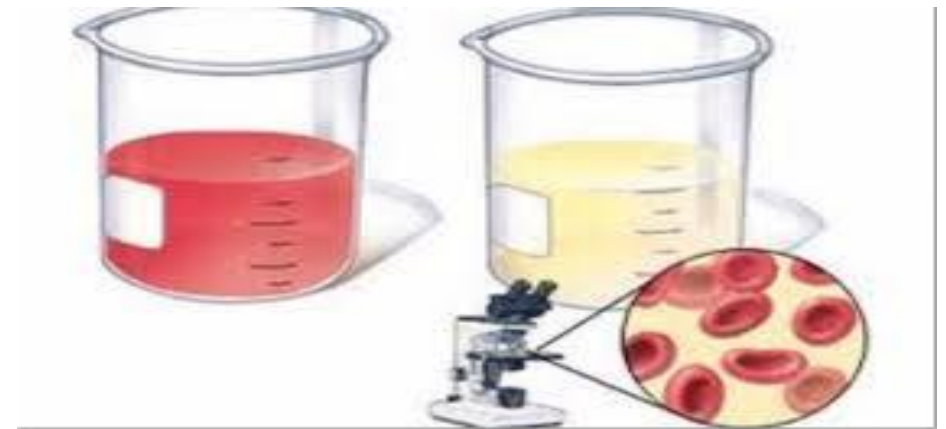


- Бел немесе қабырға асты аймағындағы ісіну бүйрек жанындағы немесе ішперде клетчаткасындағы несеппен (урогематома) бірге қанның (гематома) немесе тек қанның жиналуымен байланысты. Ол әдетте зардап шеккендердің 10 % - нан көп емес. Үлкен гематомалар немесе урогематомалар диафрагмадан ретроперитонеальды талшық бойынша жамбасқа дейін таралуы мүмкін, ал 2-3 аптадан кейін оларды тіпті ұма мен жамбастан анықтауға болады.

- Бүйрек зақымдануына тән және жиі кездесетін, ең маңызды белгі-гематурия.
- Микрогематурия барлық науқастарда дерлік анықталады, ол жеңіл зақымдануларда болмауы мүмкін және керісінше, өте ауыр жағдайларда, атап айтқанда, бүйректің тамырлар мен несепардан үзілуі кезінде болмауы мүмкін.
- Гематурияның ұзақтығы және оның қарқындылығы әртүрлі болуы мүмкін. Әдетте ол 4-5 күнге созылады, ал жекелеген жағдайларда 2-3 апта және одан көп болады.
- Екінші гематурия - 2-3% науқастарда байқалған және жарақаттанғаннан кейін 1-2 апта және одан көп уақыт өткен соң пайда болады, ол тромбтардың іріңді ыдырауымен және бүйрек инфарктісін бас тартумен байланысты.

Макрогематурия (кызғылт несеп) литотрипсиядан кейін несептің бірінші немесе екінші порциясында ғана анықталады. Айқын және ұзақ макрогематурия кезінде (24 сағаттан артық)

бүйрек паренхимасының анағұрлым ауыр зақымдану мүмкіндігі туралы ойлау қажет.



- Аталған симптомдардан басқа, бүйрек жарақаты кезінде типтік емес, бірақ диагноз қою үшін маңызды белгілер: қуық тампонадасының қан ұйытқысы салдарынан несептің толық кідіруіне дейінгі дизуриялық құбылыстар, іштің төменгі бөлігінің ауырсынуы, іштің тітіркену симптомдары, асқазан-ішек жолдары функцияларының бұзылуы, ішкі қан кету белгілері, жарақаттан кейінгі пиелонефриттің дамуы және урогематоманың іріңдеуі нәтижесінде қызба.

Асқынулар

- Клиникалық көріністер жарақаттың ауырлығына және осы топтағы науқастардың жартысында байқалатын асқынуларға байланысты.
- Барлық асқынулар *ерте және кеш* болып бөлінеді.
- Ерте асқынуларға: шок, ішкі қан кету, ішперде гематомасы, зәр ағыстары, перитонит (бастапқы немесе ерте), пневмония жатады. Несеп ағыстары бүйрек пен несеппағардың жабық зақымдануы кезінде пайда болады.

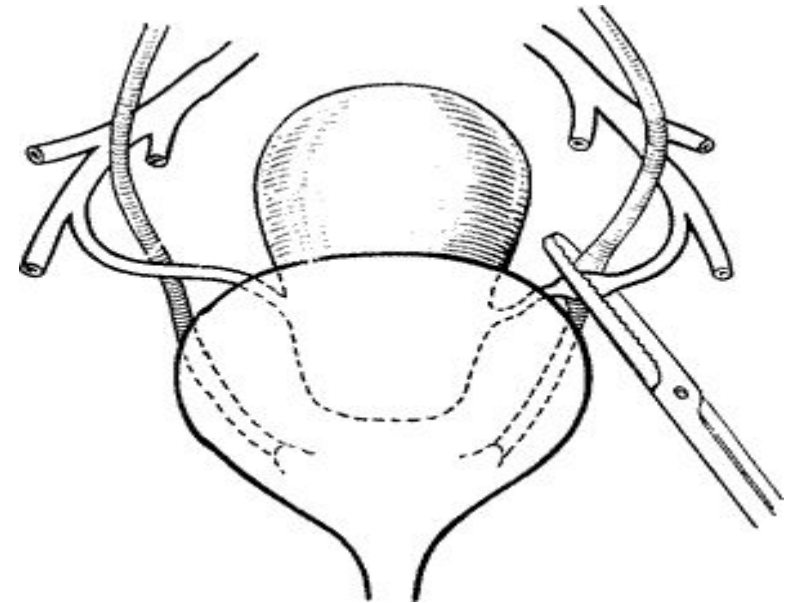
- Тостағанша-астауша жүйесі (ТАЖ) мен бүйрек тіндерінің зақымдануы кезінде бүйрек маңы гематомасы айтарлықтай мөлшерге жетіп, салыстырмалы түрде тез дамуы мүмкін. Қан тамырларының шамалы зақымдануы бүйрек жанындағы май тінінің қанымен мол сіңуіне және гематома түзілуіне әкеледі.
- Несеп және қан сіңірілген ішперденің май қабығы кейіннен ірінді ошақтардың дамуына әкеледі (сирек) немесе май қабатының елеулі некрозында және ыдырауында — несеп флегмоналарына, перитонитке (екіншілік), уросепсиске (жиі) әкеледі.

- Кейінгі асқынулар арасында травматологиялық пиело - және паранефритке, несеп жыланкөздеріне, екіншілік қан кетулерге, несеп жолдарының тастарына, несеппағардың қысылуына, бүйректің жарақаттық кисталарына, гидро-және пионефрозға көңіл аудару керек.
- Бүйрек жеткіліксіздігі бүйрек пен несеппағардың жарақатының ауыр асқынуы болып табылады, ол жарақаттан кейін ерте де, кеш де дами алады. Оның себебі тек екі бүйректің зақымдануы ғана емес, сонымен қатар бір бүйректің де (соның ішінде жалғыз) зақымдануы, несеппағардың сыртынан бітелуі немесе қысылуы, жедел екі жақты пиелонефрит, сондай-ақ бактериемиялық шокпен асқынған бір жақты пиелонефрит, ішперде клетчаткасындағы терең және кең ірінді-қабыну процестері болуы мүмкін..

- Клиникалық белгілері бойынша бүйректің ашық зақымдануы (жаралануы) жабық белгілерге ұқсас. Бүйрек жарақаттарының негізгі белгілері-бел аймағында ауыру, жара, гематурия, урогематома, жараның оқшаулануы және жара арнасының бағыты, жарадан несептің өтуі. Соңғы симптом, ең сенімді болса да, жарақат алғаннан кейін сирек кездеседі(П.Г. Дивненко ақпараты бойынша).
- Қан, зәрде жараланғаннан кейін тез пайда болады; бірінші зәр шығару кезінде немесе қуықты катетеризациялау кезінде несепте ұйыған қан көп мөлшерде болады, бұл қуықтың тампонадасына және несептің кідіруіне әкелуі мүмкін.



- Несепағардың жанама жарақатында несептік жыланкөз өзгермелі мінезде болады, бұл несепағардың өткізгіштігінің уақытша қалпына келуімен түсіндіріледі. Перитонеум зақымданған кезде зәр перитонеум қабатына еніп, перитонит дамиды. Егер несептің сыртқа кетуі қиын болса және ол іш қуысына түспесе, ол май тініне сіңіп, урогематоманы, зәр ағыстарын, несептік интоксикациясы, зәр флегмонасын және сепсисті дамытады

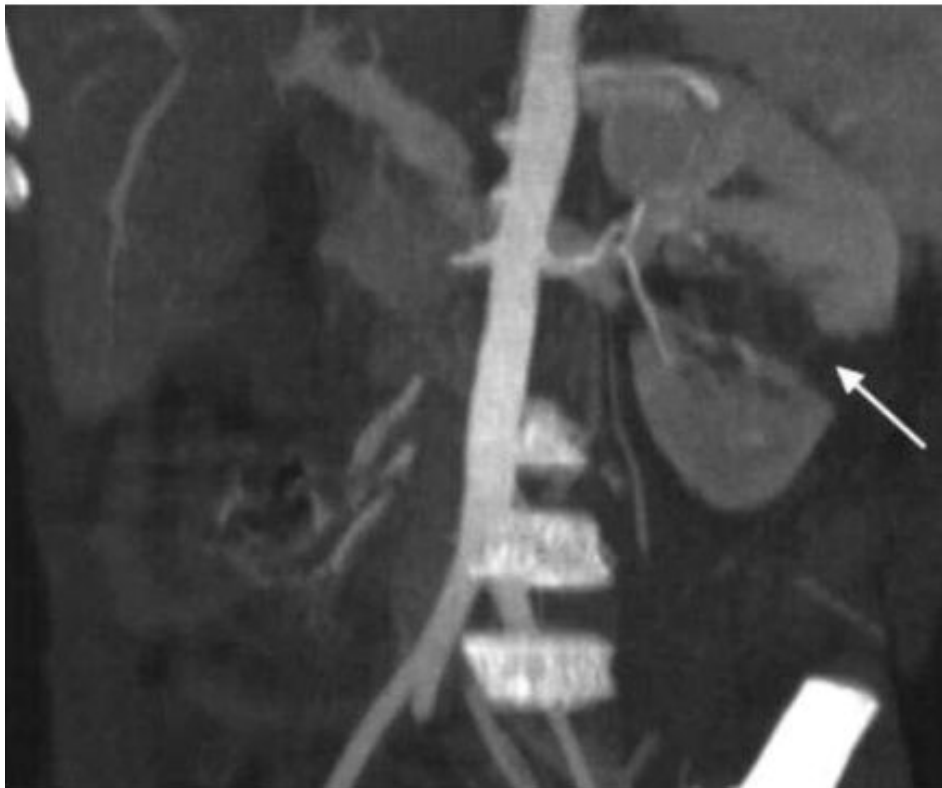


Диагностика

- Науқастың шағымдары, анамнезі және клиникалық белгілері негізінде әдетте бүйректің зақымдану фактісі анықталады.
- Арнайы зерттеулер әдетте бүйректің шолу рентгенограммасын және экскреторлы урографиясын орындаудан басталады, ал көрсеткіштер кезінде — жоғары дозалы және инфузиялық урографиядан басталады. Әдеттегі рентген түсірілімдерінен басқа, көктамырға контрасты затты енгізгеннен кейін 7, 15 және 25 минуттан кейін зақымдалған бүйрек функциясы болмаған жағдайда кейінге қалдырылған суреттер жасау пайдалы
- Соңғы жылдары кейбір клиницистер бүйрек жарақатына күдікті науқасты тексеруді эхографиядан бастайды және алынған нәтижелерді жоғары бағалайды.
- Көрсеткіштер бойынша радиоизотоптық ренографияға, бүйректі сканерлеуге (немесе сцинтиграфияға), компьютерлік томографияға (КТ), мүмкіндігінше — ең ақпараттық әдіс ретінде бүйрек ангиографиясына жүгінеді.

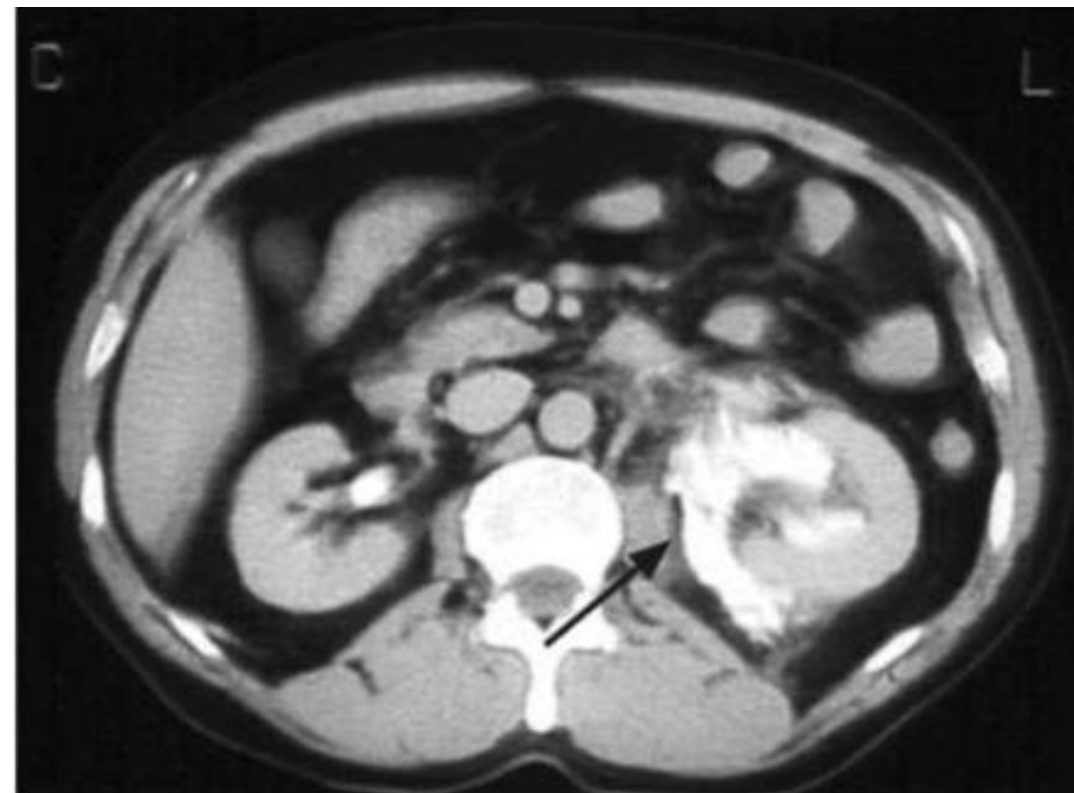


Экскреторлы урограмма. Оң жақ бүйректің жыртылуы нәтижесінде контрасты заттың ағуы (стрелка)



Контрастпен КТ, алдыңғы проекция. Сол жақ бүйректің жыртылуы (стрелка)

Контрасты КТ, аксиалдық проекция. Сол бүйректің жыртылуы нәтижесінде контрасты заттың экстравазациясы



Контрастпен мультиспиральды КТ: а - фронтальді проекция; б - аксиальді проекция. Бүйрек паренхимасының несеппағарлық стентпен перфорациясы (стрелка)



а

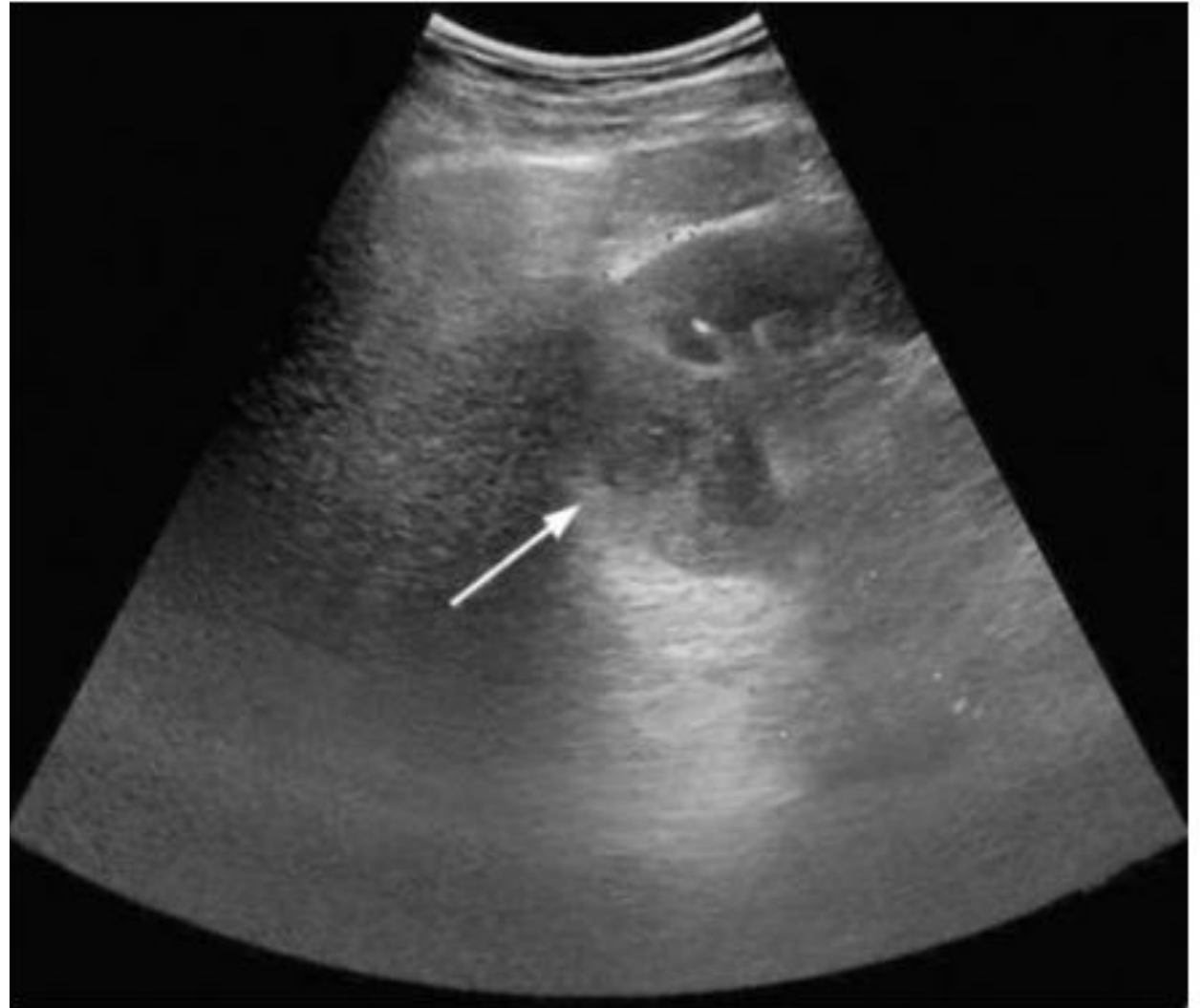


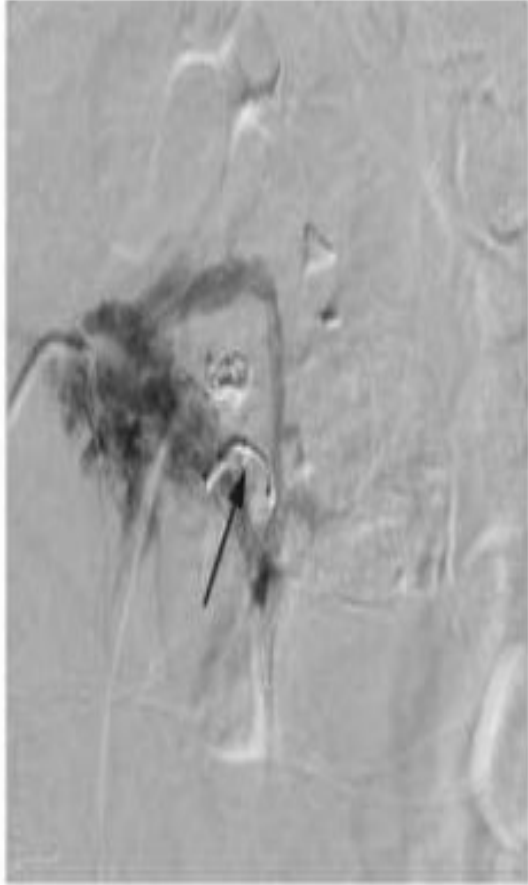
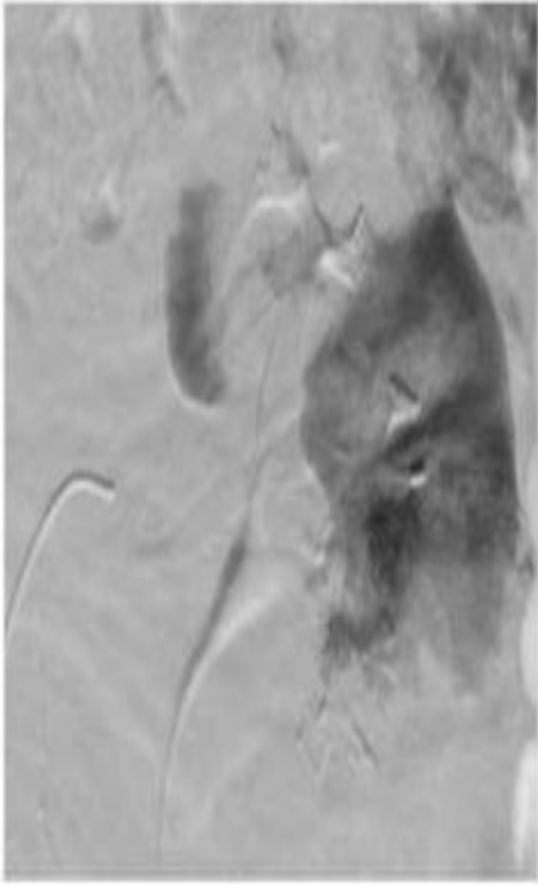
б

- Диагностикада жарақаттың түрі мен сипатына, оның объективті жергілікті және жалпы көріністеріне назар аударады. Қан анализінде эритроциттер мен гемоглобин санының төмендеуі анықталады, жарақат алғаннан кейін лейкоцитоз қосылады. Зәрді талдауда эритроциттер барлық көру өрісін жабады. Қалдық азотты, несепнәр мен қан сарысуындағы креатининді анықтау бүйректің жиынтық функциясын бағалауға мүмкіндік береді, бұны жалғыз бүйректің зақымдануы кезінде және операциялық емдеуді жоспарлағанда білу өте маңызды.

- Бүйректің үзілу диагнозының негізі сәулелік әдістер болып табылады. Олар, біріншіден, бүйректің зақымдану дәрежесін анықтауға, екіншіден, зақымдалған және контрлатеральды бүйректің бөлек функциясын бағалауға, үшіншіден, асқынуларды ерте диагностикалау мақсатында жара процесінің динамикасын қадағалауға және оларды уақтылы түзетуді жүргізуге мүмкіндік береді.
- Бүйрек зақымдалуын диагностикалаудың ең қолжетімді түрі - УДЗ , аз инвазивті және жылдам әдісі. Оның көмегімен субкапсулярлы және паранефральды урогематомаларды анықтауға болады..
- УДЗ нәтижелерін анамнезбен, физиологиялық тексеру мәліметтерімен және қан кетудің айқын көріну дәрежесімен салыстыру жиі диагноз қоюға мүмкіндік береді және науқастың ауыр жағдайы кезінде басқа тексеру әдістерінсіз шұғыл операцияға кірісуге болады.

Сонограмма. Паранефральді
урогематома (стрелка)





Ангиограммы почек:

а - бүйрек тінінің жыртылуынан контрасты заттың ағуы; *б* - қанаған тамырлардың селективті эмболизациясы(стрелка)

- Бүйрек ангиографиясы қан тамырлары мен бүйрек паренхимасының зақымдануын диагностикалаумен қоса, емдік процедураны – қанаған тамырдың селективті эмболизациясын орындауға мүмкіндік береді.
- Шұғыл диагностика жүйесіндегі радиоизотоптық сканерлеу сәулелік әдістерге қарағанда нақты жарақаттардың ақпараттылығы аз, көп уақытты және арнайы жағдайларды талап етеді. Бұл әдіс бүйрек жарақатының салдарын және олардың функционалдық жағдайын бағалау үшін неғұрлым орынды.



Несепағардың зақымдануына күдіктену шұғыл экскреторлық урографияны немесе көктамыр ішіне контрасталған КТ, ал қажет болған жағдайда - ретроградты уретеропиелографияны орындау үшін көрсеткіш болып табылады. Несепағардың қиылысуының немесе шеткі зақымдануының тән белгісі рентгендік-контрасты заттың экстравазациясы, ал таңу кезінде - оның бөлінуінің болмауы болып табылады..

Оң жақты антеградты пиелоуретерограмма .

Несепағардың зақымдалуынан контрасты заттың экстравазациясы (стрелка)

Емі

- *Емдік тактика бүйректің зақымдану дәрежесіне байланысты.*
- Консервативті терапия субкапсулярлы немесе паранефральды гематома 300 мл-ге дейін және қалыпты гематуриясы бар ағзаның аздаған жыртылуы кезінде көрсетілген. Екі апта бойы қатаң төсек режимін, бел аймағына суық бас,,антибактериальді және бүйректе микроциркуляцияны жақсартатын гемостатикалық препараттарды тағайындайды. Емдеу барысында гемодинамика жағдайын бағалауды, қан, зәр талдауын және УДЗ-мониторингті қамтитын тұрақты динамикалық бақылау талап етіледі.
- Ағзаның екі кезеңді зақымдану мүмкіндігі туралы есте сақтау қажет, онда фиброзды капсуланың субкапсулярлы гематоманың үстіндегі жарылуын, зақымдалған паренхимадан ішперде клетчаткасына қан кетуді қалпына келтіру керек. Мұндай жыртылу пациенттің төсек режимін сақтамағанда орын алуы мүмкін.

- Хирургиялық емдеуді бүйрегі ауыр зақымдалған науқастардың 10-15% - ы қажет етеді. Шұғыл операция көрсетіледі :
 - ұлғайған ішкі қан кету және/немесе профузды гематурия кезінде;
 - көлемі 300 мл-ден астам гематома (урогематома) түзілетін паренхиманың үлкен және көп жыртылуы;
 - жедел ревизияны талап ететін бүйректің және басқа да ішкі органдардың үйлескен зақымдануы;
 - бүйрек маңындағы гематоманың паранефральді абцесс тудыра отырып инфицирленуі.
 - жабық бүйрек зақымдануынан тыс асқынуларға жасалатын жоспарлы операциялар.
 - бүйрек жарақаты кезіндегі хирургиялық араласулар аз инвазивті және ашық болып бөлінеді.

- Аз инвазивті процедураларға, гематоманы немесе жарақаттан кейінгі паранефральды абсцессті ойып тастау және дренаждау; бүйректің жарылуын немесе нефрэктомияны лапароскопиялық (люмбоскопиялық) тігу, гематоманы эвакуациялау және дренаждау; артериография және бүйректің қанаған тамырын селективті эмболизациясы жатады..
- Ашық операциялық араласуларға бүйрек паренхимасының жырытылуын нефростомиямен немесе онсыз тігу, бүйрек резекциясын және нефрэктомияны қамтиды.
- Тіпті қазіргі уақытта бүйрек жарақаты кезінде жиі нефрэктомия жасайды. Ағзаның жыртылуына байланысты шұғыл люмботомияны (лапаротомияны) орындайтын науқастардың шамамен 50% жүргізеді. Бүйректі тамырлы аяғының жыртылуы, паренхиманың көптеген және терең жараланулары, өмірге қауіп төндіретін, әсіресе үйлескен зақымданулар салдарынан жақсы ревизия және органқорғау емін орындау мүмкін болмаған кезде алып тастайды. Бірқатар жағдайларда аудандық және шағын қалалық ауруханаларда нефрэктомияны бүйрекке тиісті ревизия жасамай және оның лапаротомия процесіндегі зақымдану дәрежесін бағалаусыз орындайды..

- Толық урологиялық тексеру ішперде ішіндегі зақымдануларға байланысты шұғыл лапаротомия қажеттілігіне байланысты мүмкін болмауы мүмкін. Операция барысында, үлкен мөлшердегі өспелі ішперденің гематомасы болса, бүйректі тексеру міндетті түрде жүргізілу керек.
- **Егер ішперде артындағы кеңістікті және бүйректі тексергеннен кейін нефрэктомия жоспарланса, керісінше екінші бүйрек функциясын бағалау қажет.** Ең алдымен, париеталды ішперде арқылы пальпаторлық органның болуын анықтау керек, сондай-ақ міндетті түрде оның функционалдық жағдайын анықтау керек. Шұғыл жағдайларда операциялық үстелде мұны екі тәсілдің бірімен жүзеге асыруға болады: экскреторлық урография немесе индигокармин сынаамасы (көктамыр ішіне бояғыш заттарды енгізу арқылы, жарақаттанған бүйректің несеппағарын қысып және оның қуықтан катетер бойынша түсуін бақылау).
- Бүйректің оқпен атқан жарақаттары кезінде оқтың кавитациялық әсерін, сынығын, яғни пульсациялайтын қуыстың әсерінен паренхиманың шайқалуын, ескеру қажет. Мұндай жағдайларда қан кетуді тоқтатудан басқа өлі тіндерді кесуді және бөгде денелерді алып тастауды қамтитын жара арнасын хирургиялық өңдеу қажет.

Болжам

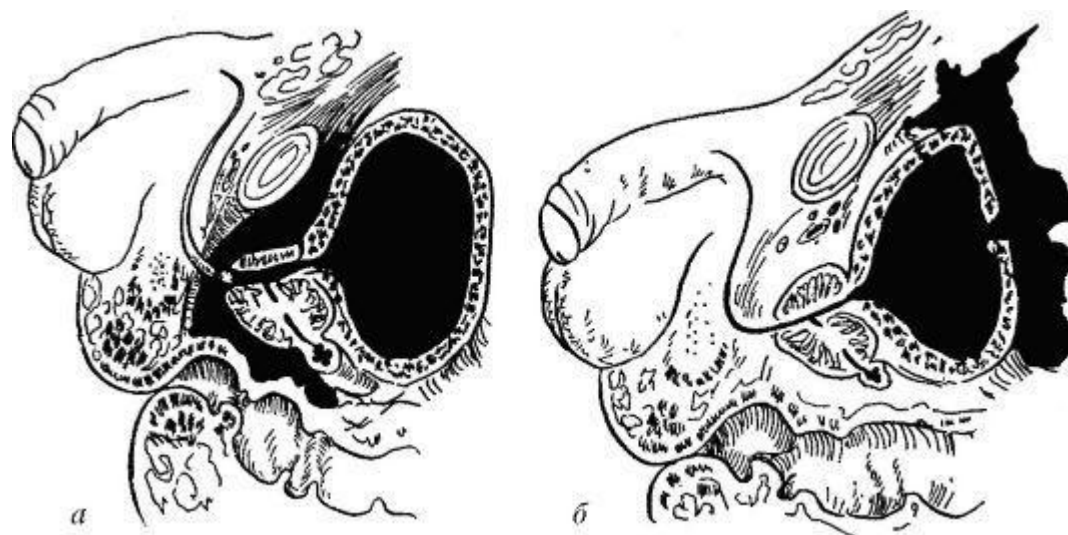
- Болжам бүйректің зақымдану дәрежесіне және дұрыс жүргізілген емдеуге байланысты. Консервативті терапия аздаған жыртылулар кезде және органосақтаушы оперативтік емі бүйректің анатомиялық-функционалдық жай-күйіне қатысты болжам жасайды. Ағзаның айқын жыртылулары және жаппай қан кету кезінде науқастың өмірі үшін болжам уақытылы хирургиялық араласумен анықталады.

Несепағар зақымдалуын емдеу

- Несепағардың зақымдануын емдеу олардың түріне, оқшаулануына және жарақат алған сәттен бастап өткен уақытына байланысты. Ашық жарақаттар кезінде несепті пункциялық нефростомия және несеп ағынын дренаждау жолымен бөліп алу қажет. Жараны жазғаннан кейін несепағардың өткізгіштігін қалпына келтіру операциясын орындайды. Эндоурологиялық операциялар нәтижесінде болған несепағардың шеткі зақымдануы стентті орнатқаннан кейін дербес жабылады.

Қуықтың зақымдалуы

- Қуықтың зақымдануы іш пен жамбастың ауыр жарақатына жатады. Зардап шеккендердің жағдайы мен емдеу нәтижесі қуықтың зақымдануымен ғана емес, олардың басқа ағзалардың жарақатымен және несептің ағуымен және қоршаған тіндер мен құрсақ қуысының ауыр асқынуларымен үйлесуімен анықталады.



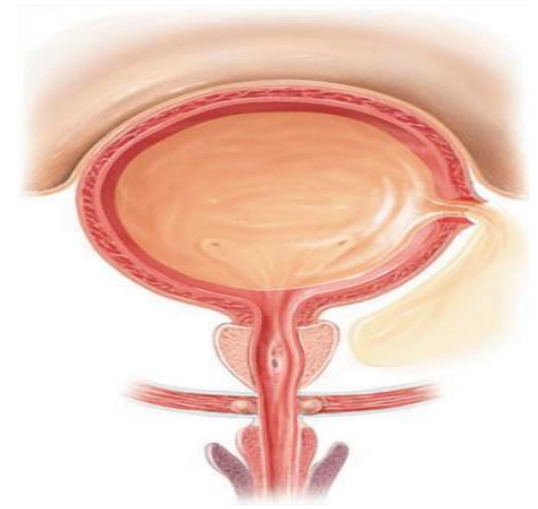
Классификация.

- 1. Зақымдануына байланысты: жабық (тері жабындылары зақымдалмаған): соққы, толық емес (ішкі, сыртқы) и толық жыртылу, екі этапты жыртылу, уретрадан қуықтың үзілуі; ашық (жарақат): соққы, толық емес жарақат (жанама); толық (өтпелі, соқыр), уретрадан қуықтың үзілуі.
- 2. Жарақаттаған қаруға байланысты: пышақтық; оқтық, сынықталған; жарылыс толқыны әсерінен.
- 3. Ішастарға байлансты: перитонеаль ішілік, перитонельдан тыс, аралас.
- 4. Локализациясына байланысты: алдыңғы және бүйір қабырғалары, күмбезі, түбі, қуық мойны, қуық үшбұрышы.
- 5. Басқа органдардың зақымдануы бойынша : оқшауланған; зақымдалған жамбас сүйектерімен ұштасқан, іш қуысы мүшелерінің (қуыс, паренхиматозды), іш пен жамбас, басқа да ағзалар мен дене облыстары.
- 6. Асқынуына байланысты: асқынбаған; шокпен, қан жоғалтумен, перитонитпен, зәрлі инфильтрациямен, зәр флегмономен, остеомиелитпен, уросепсиспен және т.б. асқынған.'

Эпидемиология.

- Іштің жабық жарақаты кезінде қуықтың зақымдану жиілігі 3-тен 16% - ға дейін кұрайды. Көп жағдайда ағзаның іштен тыс жыртылуы байқалады.
- Балаларда қуықтың жарылуы салыстырмалы түрде сирек кездеседі: ішкі мүшелердің зақымдануы арасында қуықтың жарақаты 10-11% шегінде байқалады. Қуықтың жыртылу себебі көлік, спорттық және тұрмыстық жарақаттар. Олар көбінесе мектеп жасындағы балаларда көктемгі-жазғы кезеңде тіркеледі.

Этиология және патогенез.



- Көп жағдайларда қуықтың жабық зақымдануының себебі көлік жарақаты, сирек қысылу немесе зардап шегушінің құлауы, ішке соққы, минно-жару жарақатында соққы толқынының әсері болып табылады.
- Сондай-ақ, қуықтың спонтанды жыртылуы, аспаптық зерттеулер жүргізу кезінде оның зақымдануы: цистолитотрипсиялар, трансуретральды резекциялар (ТУР) және сыйымдылығын арттыру мақсатында гидравликалық созу кезіне байқалады. Жару механизмінде жарақаттау әсерінің сипаты мен күші де, несеп көпіршігінің несеппен толтыру дәрежесі де маңызды.

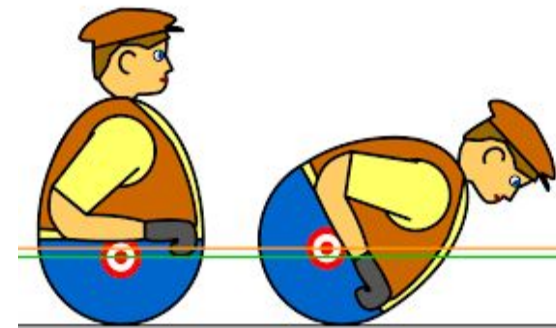
- Қуықтың жабық зақымдануы көп жағдайларда (70-80 %) жамбас сүйектерінің сынуы болып табылады. Бұл механизмде жарақаттар қуықты-простатикалық және қуықтың бүйір байламдарының кенеттен орын өзгерту салдарынан орын алған жыртылудан тыс жаралар басым болады. Тығыз анатомиялық түзілімдердің күрт созылуы, оның байламдары, қуықтың жұмсақ-серпімді қабырғасының үзілуіне әкеледі. Сондай-ақ, оның қабырғасының сүйек фрагменттерімен тікелей зақымдануы мүмкін.
- **Ішперде ішілік зақымдануы дамудың өзге механизмге ие. Жарылу несеп көпіршігінің қабырғасына гидродинамикалық соққы нәтижесінде болады.** Мұндай зақымдану тіпті іштің төменгі жамбасына минимальді соққының (кенеттен соққы) босаңсыған алдыңғы құрсақ қабырғасына әсер еткенде де орын алады.

- Қосымша әсер ететін фактор жамбас сүйектерінің сынықтары мен жамбас сүйектерінің ажырауы кезінде жамбас-қуықты байламдардың тартылуы болуы мүмкін. Бұл ретте жыртылуға қуықтың ішпердеден тыс бөліміне жиі ұшырайды. Ақырында, қуықтың зақымдануы оның мойнының маңына жақын маңдағы және ершік сүйектерінің жылжитын сынықтарымен жағылады, бірақ операция кезінде олар қуықтың жарасында сирек кездеседі. Бұл факт жамбас сақинасының серпімділігімен түсіндіріледі, оның салдарынан сүйек сынықтары, Жарақат кезінде қуықты жара, кейіннен жара арнасынан шығуы мүмкін.

Клиникалық көрінісі

- Оқшауланған зақымдануларда шаб аймақ ауырсыну, зәр шығарудың бұзылуы және гематурия байқалады. Зәр шығару бұзылуының сипаты әдетте айналадағы тіндерге немесе құрсақ қуысына жаралы тесік арқылы қуықты босату дәрежесіне байланысты. Соққы және толық емес жаралар кезінде зәр шығару кезінде шақыру жиілеуі және ауырсынудың күшеюі байқалады, кейде зәрдің жедел тежелуі пайда болады.

- Қуықтың зақымдануы үшін іштің төменгі бөліктерінде ауырсыну сезімдері тән, олар әсіресе жамбас сүйектерінің сынуы кезінде байқалады. Сүйек жарақатының айқын симптоматикасы, әсіресе шок жағдайының дамуымен, жамбас ішіндегі ағзалық зақымданулардың, соның ішінде қуықтың зақымдануының пайда болуын бүркейді.
- **Жамбас сүйектері сынған науқастарда жиі қуықтың және/немесе уретраның мембраноздық бөлімінің жарылуы орын алатынын есте сақтаған жөн. Бұл жарақаттарды бірінші кезекте осындай зардап шеккендерді тексеру кезінде алып тастау керек.**
- Жіті іштің клиникасы ішперде ішілік қуық жарасының негізгі көрінісі болып табылады. Іш қуысында зәрдің көп болуы "ваньки-встаньки" сипатты симптомын тудырады. Зардап шегушіні жатқызу әрекеті іштің жоғарғы бөлімдеріне сұйықтықтың орын ауыстыруына байланысты жүйке ұштарының көп мөлшерде тітіркенуіне байланысты барлық іште ауырудың күрт күшеюіне әкеп соғады. Нәтижесінде ол тік жағдайды қабылдауға тырысады.



- Қуықтың өтетін жаралары әрдайым зәр шығарудың бұзылуымен қатар жүреді, олардың айқын көрінуі пайда болған ақау дәрежесіне тікелей байланысты. Жиілеген қатты шақыруларға қарамастан, өз бетінше зәр шығару мүмкін емес. Зәр шығаруға тырысқан сайын зәр ағзадан сыртқа шығады, бұл ауырудың күрт күшеюіне және қанның зәрде болмауы немесе минимальді бөлінуіне әкеледі.
- Кеш қаралғанда және уақытында танылмаған зақымдануларда ауыр септикалық асқынулар дамиды: ішпердеден тыс зақымданғанда - жамбас флегмоны, ал ішперде ішінде - несеп төгілгенде перитонит дамида.

Диагностика.

- Анамнезді жинау жарақат сипатын анықтауға мүмкіндік береді (көліктің соғылуы, биіктіктен құлауы, іштің қатты соққысы). Науқастың жағдайы ауыр, пальпаторлық түрде алдыңғы құрсақ қабырғасының бұлшық етінің ауруы мен қорғаныштық кернеуі анықталады. Ішперде жарылған кезде ішперде тітіркену симптомдары, ішек парезі анықталады. Ректальді саусақты зерттеу тік ішектің үзілуін болдырмауға, оның пастоздылығын және зәрдің ағуымен байланысты алдыңғы қабырғаның тәуелділігін анықтауға мүмкіндік береді. Әйелдер қынап зерттеуі қажет.
- Қуық ішінің ішперде жарылуы кезінде УДЗ қуық қуығының жеткіліксіз толтырылған нашар визуализация кезінде ішперде қуысында еркін сұйықтықты анықтауға мүмкіндік береді. Іштен тыс жарылу қуық қабырғасының деформациясымен және оның шегінен тыс сұйықтықтың болуымен сипатталады.

- **Қуықты катетеризациялау және ретроградты цистографияны жүргізу - қуықтың үзілуін диагностикалаудың негізгі және ең сенімді әдісі. Уретраның жарақатының жоқтығына алдын ала көз жеткізу керек, өйткені ол арқылы құралдарды жүргізуге қарсы болмайды. Қуықтың катетеризациясы кезінде зақымдану белгілері :**
- ұзақ уақыт бойы несеп болмаған науқастың қуығында несептің болмауы немесе аз мөлшері;
- қуықтың ең жоғары сыйымдылығынан асатын қан қоспасы бар несептің үлкен мөлшерін бөлу(кейде 1 л және одан көп);
- шығарылған сұйықтықтың құрамында несеп пен экссудат қоспасы, ақуыздың үлкен мөлшерлі бөлінісі (80 г/л дейін);
- катетер бойынша енгізілетін және шығарылатын сұйықтық көлемінің сәйкессіздігі(симптом Зельдовича).

- Қуық катетеризациясын рентген үстелінде орындайды, оның нәтижелерін бағалағаннан кейін бірден *ретроградты цистографияға* өту үшін. Оның алдында жамбас аймағының *шолу рентгенографиясы* жүргізіледі, бұл сүйек зақымдануының сипаты мен дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді. Ретроградты цистографияны орындау ерекшеліктері :
- іш қуысындағы сұйықтықтың көп мөлшерде еруі нәтижесінде ақпараттың жоғалуын болдырмау үшін енгізілетін контрасты заттың жоғары концентрациясы;
- кем дегенде 300 мл рентгеноконтрасты заттарды енгізумен қуықты қатты толтыру;
- енгізілген контрасты заттың көлемін бағалау.



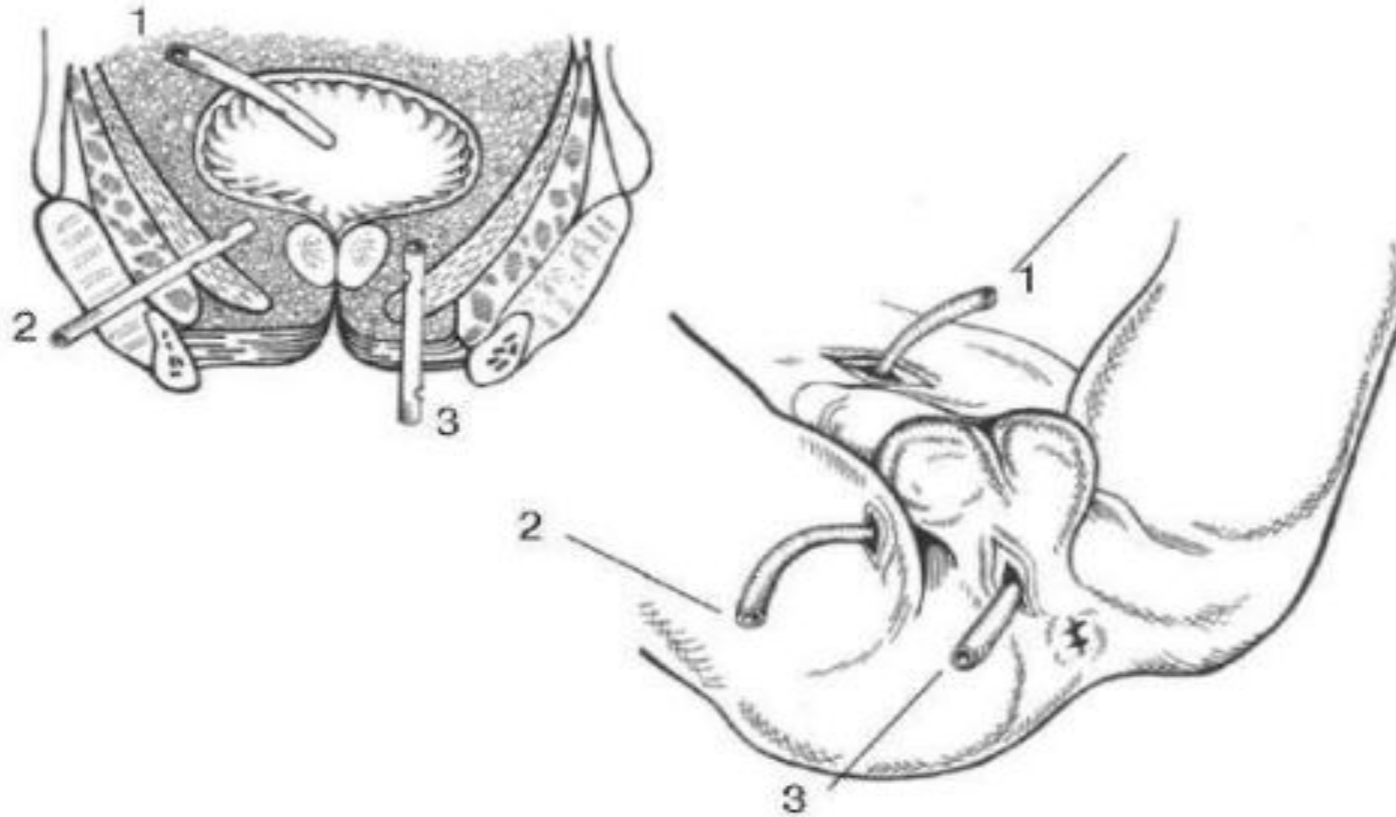
Ретроградты цистограмма. Ішперден тыс қуық жыртылуы

- Рентгенограммалар мынадай ретпен орындалады: тік, жартылай қырынан (латеропозиция) проекцияда, қуық аймағын пальпациялағаннан кейін және оны босатқаннан кейін. Қуықтың ішектен тыс жарылу белгілері оның қабырғаларының деформациясы және рентгеноконтрасты заттың оның шегінен тыс ағуы болып табылады
- Ішперде жарылған кезде контрасты заттың формасыз ағуы ішперде қуысында анықталады.

- Экскреторлы урография қуықтың зақымдануы кезінде несеп цистограммасында қуықтың жеткіліксіз контрасталуынан аз информативті емес, алайда кейбір жағдайларда бүйрек пен Жоғарғы несеп жолдарының зақымдануын болдырмау үшін оны орындау орынды. Сенімді ақпаратты КТ арқылы алуға болады, әсіресе қуықтың ретроградты контрастында.
- Қуық жарылған кезде Цистоскопия оның жеткіліксіз толмауынан, ауырсыну синдромынан және гематуриядан аз информативті болып табылады.

Емі

- Қуықтың енбейтін жарылуы кезінде 3-5 күнге тұрақты катетер орнатылады, гемостатикалық және бактерияға қарсы терапияны тағайындайды.
- Өтетін жаралар шұғыл операциялық араласуды талап етеді. Қуықтың бар ақауларын екі қатарлы үздіксіз-тораптық викрил тігісімен орындайды, кіші жамбас қуысында зәр ағуын кеңінен дренаждайды, ал ішперде ішінің жарылуы кезінде - құрсақ қуысын тексереді және жарақат алған сәттен бастап 12 сағаттан аз уақыт өтсе, оны дренаждайды.
- Егер жарақат алған сәттен бастап 12 сағаттан астам уақыт өтсе және қуық перитониті орын алса, қуықты экстраперитонизациялауды орындау орынды.
- Кіші жамбасты дренаждау жамбас асты жарасы арқылы, Мак-Уортер-Буяльский бойынша бекіту тесігі арқылы жүзеге асырылады. Операция эпицистостомиямен аяқталады, ол несепті шығарудың әмбебап және ең сенімді әдісі болып табылады. Уретральды катетермен дренаждау, егер жарақат алған сәттен бастап бір тәуліктен аспайтын уақыт өтсе және білікті операциядан кейінгі бақылау қамтамасыз етілсе мүмкін болады. Әйелдерде қуық дренажының бұл түрі неғұрлым ақталған.



Жамбас асты жарасы арқылы кіші жамбас клетчаткасын дренаждау тәсілдері (1), бекіту тесігі(2) және қасаға(3)

Болжам

- Қуық жарақаттарының нәтижесі оперативтік араласудың уақтылығымен анықталады. Несептің ерте шығарылуы, ағуды дренаждау, сүйек тінінің дұрыс және уақтылы өңделуі және тік ішектің жаралары осы ауыр санаттағы жара өлім-жітімді айтарлықтай төмендетуге мүмкіндік береді.

Зәр шығару каналының зақымдануы

- Зәр шығару каналының зақымдануы-ерлерде зәр шығару жүйесі органдарының жарақатының кең тараған түрі және бейбіт уақытта 15 % құрайды.
- Әйелдерде мұндай зақымданулар сирек кездеседі. Бейбіт уақытта зақымданудың негізгі түрі жабық жарақаттарды құрайды.
- Зәр шығару арнасының ашық зақымдануы тек 4% - да кездеседі.

Классификация.

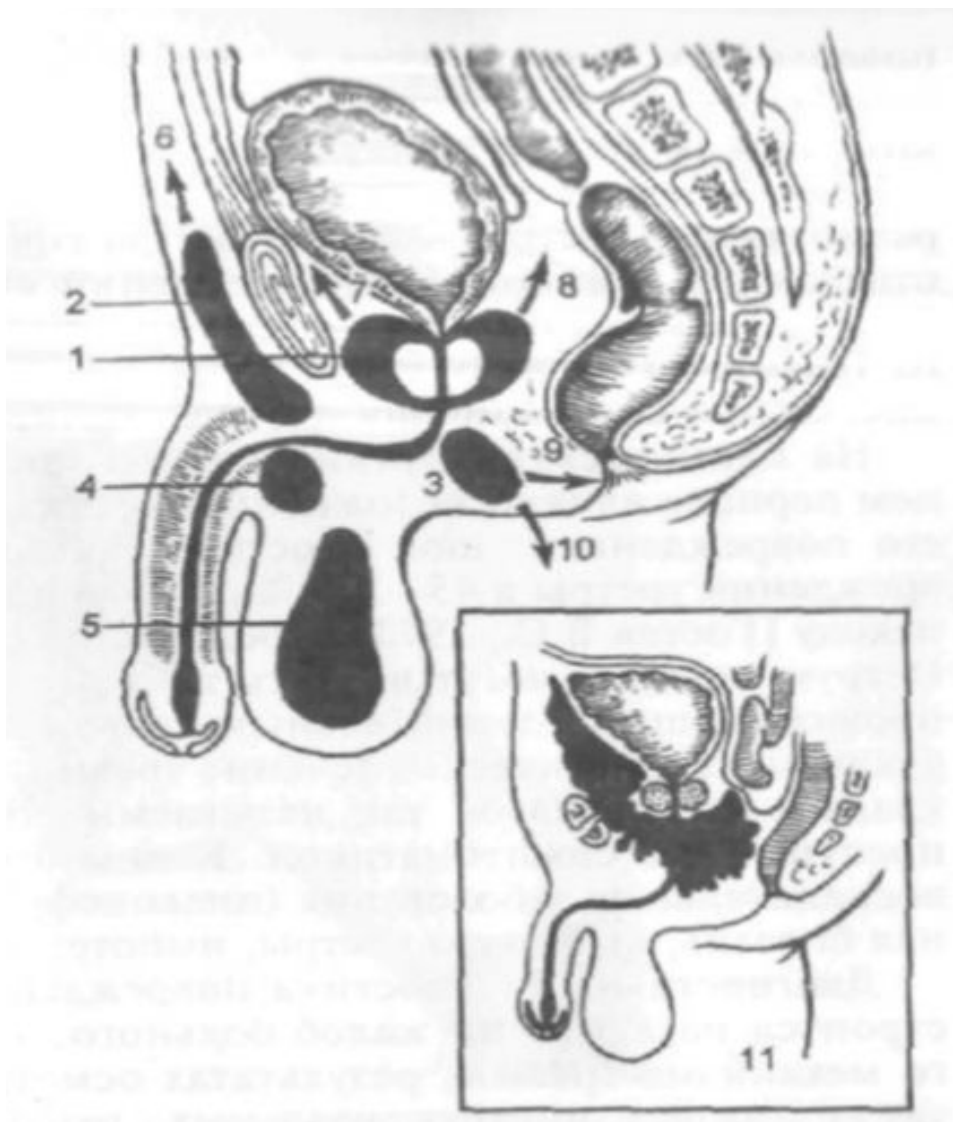
- Зәр шығару арнасының *ашық және жабық* жарақаттары бар. Орнығуына байланысты уретраның *алдыңғы* немесе *артқы* бөліктері зақымданады.
- *Клинико-анатомиялық классификациясы:*
 - Енбейтін жыртылулар (уретра қабырғасы бөлігінің үзілуі): *ішкі* (шырышты қабық жағынан); *сыртқы* (фиброзды қабық жағынан).
 - Енетін жыртылулар:
 - толық (циркулярлы);
 - Толық емес (қабырғаларының біреуінің ғана жыртылуы).
- Мұндай бөлу емдеу тактикасын анықтау үшін өте маңызды, өйткені, енбейтін жыртылулар кезінде консервативті терапия, ал енетін жыртылулар кезінде - оперативті ем жүргізеді.

Этиология және патогенез.

- Теориялық түрде зәр шығару арнасының кез келген бөлімі зақымдануы мүмкін. Іс жүзінде негізінен оның екі бөлігінің зақымдануы бар: қасаға тік соққы және мембранозды-жамбас сүйектерінің сынуы.
- Алдыңғы уретра (аспалы, бұта және бульбоздық бөлім) тікелей жарақаттық әсерде жиі зақымданады: қатты заттарға жамбаспен құлауы (орындықтың шеті, қоршау, құдық Люк қақпақтары, велосипед рамасы), артқы бөлімдер (мембраноздық және простатикалық) - жамбас сүйектерінің сынуы салдарынан. Сондықтан, алдыңғы уретраның жарылуы, әдетте, зардап шегушінің салыстырмалы қанағаттанарлық жағдайында оқшауланған сипатта болады.
- Жамбас сүйектерінің сынуы кезінде артқы уретраның зақымдануы жиі қатар орналасқан басқа мүшелердің (қуық, тік ішек) үзілуімен үйлеседі және пациенттің ауыр, жиі шок жағдайымен жүреді. Әдетте, жамбас сүйектерінің сынуы кезінде уретраның мембранозды (компонентті) бөлімі зақымданады. Бұл бөлім кавернозды денелермен жабылмаған және тек шырышты және шырышты қабаттан тұрады.
- Алдыңғы жамбас жартылай сақинасының сынуы уретраның нашар қорғалған мембраноздық бөлімінің үзілуімен оның байламдарын бірден созумен және үзумен қоса жүреді. Кейбір жағдайларда ығысқан сүйек фрагменттері зақымданады.
- Әйелдерде зәр шығару арнасының зақымдануы сирек кездеседі. Олардың себептері жамбас сүйектерінің сынуы, тұрмыстық жарақат, жыныстық акт, асқынған босану болып табылады.

Клиникалық көрінісі

- Зардап шеккендер бұттың ауырсынуына, іштің төменгі жағында, жыныс мүшесінде, зәр шығаруға тырысу кезінде күрт күшейе түседі. Ауырсыну әсіресе жамбас сүйектерінің сынуы және ішкі ағзалардың зақымдануы кезінде көпфакторлы сипатқа ие..
- Уретраның зақымдануының тән симптомы уретроррагия болып табылады (уретраның сыртқы тесігінен несеп шығару актісінен тыс қанның өтуі). Зәр шығару актісі сақталған кезде, кірмейтін жаралар кезінде уретроррагия инициальды гематуриямен үйлеседі.
- Уретраның толық өтетін жармаларында зәр шығару мүмкін емес. Несептің тежелуі қатты шақырумен қатар жүреді , бөгеуілдер-сәтсіз, бұл ретте несептің паруретральды тіндерге және айналадағы клетчаткалы кеңістіктерге құйылады. Кейіннен зәр ағыны дамиды, ал оны жұқтырғанда-зәр флегмоны және уросепсис.



Несеп шығару каналының жыртылулары мен үзілістері кезінде несеп ағыстарының таралу схемасы.

1 — простатика маңы ағысы; 2 — жамбас алды ағысы; 3 — қасаға ағысы; 4 — кавернозды денеге ағыс 5 — ұмаға ағыс; 6 — іш қуысына ағыс; 7 — қуық алды клетчаткаға ағу; 8 — ішперде клетчаткасына ағыс; 9 — седалищно тік ішектік шұңқырға ағыс ; 10 — сан клетчаткасына ағыс ; 11 — несеп шығару каналының артқы бөлігінің жыртылуы кезіндегі ағыс жайылуы.

Диагностика

- Оқшауланған зақымданулар кезінде пациенттің жалпы жағдайы аз. Бірінші орынға жергілікті көріністер шығады: уретраның зақымдалған бөлімінің ауырсынуы, уретроррагия және зәр шығарудың бұзылуы.
- Тексеру кезінде қан ағуы, бұта терісінің көгеруі, жөтел және жыныс мүшесі, уретраның айналасындағы тіндердің ісінуі байқалады. Зәр шығару каналының сыртқы тесігі аймағында-жабылатын қан.
- Зардап шеккендердің ауыр жағдайы жамбас сүйектерінің сынуымен және жамбас ішіндегі ағзалардың зақымдануымен байланысты уретра үзілуі кезінде байқалады. Көптеген емделушілерде шок жағдайы дамиды. Олар бозарған, адинамикалық, жеткіліксіз, жиі пульс және гипотония байқалады.

Рентгенография жамбас сүйектері сынықтарының орналасуын және айқындылығын анықтайды.

Ретроградты уретрография уретраның үзілуін диагностикалаудың негізгі әдісі болып табылады . Ол зәр шығару арнасының орны мен зақымдану дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді. Еніп жатқан жарақаттар кезінде рентгеноконтрастты зат уретрадан тыс тесіксіз ағындар түрінде анықталады . Егер оның жарылуы толық болса, экстравазация айқын көрінсе, бұл ретте зәр шығару каналының зақымдану орнынан тыс контрастизациясы жоқ және контраст зат қуыққа түспейді.

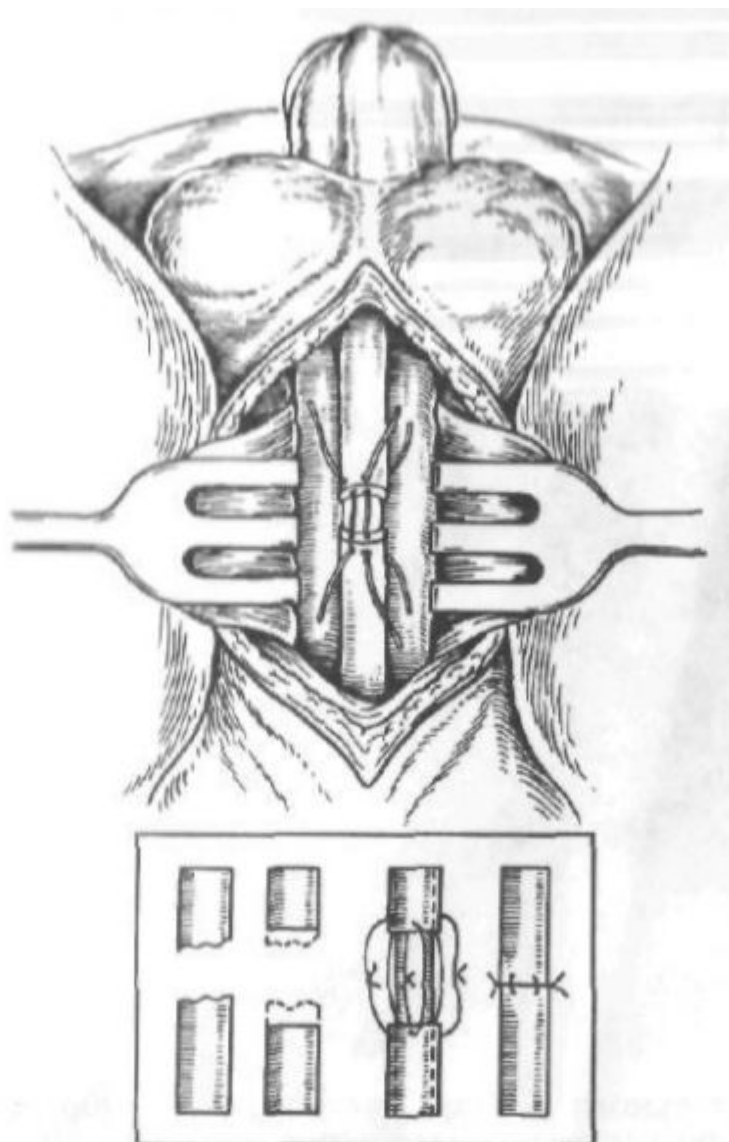
Қуыққа катетер қою мақсатында диагностика алшақтықты уретра малоинформативна әкелуі мүмкін инфекция жұқтыруына және аудару непроникающего алшақтықты проникающий.



Ретроградты уретрограмма. Уретраның мембранозды бөлімінің жарылуы нәтижесінде рентгеноконтрасты заттың ағуы (стрелка)

Емі

- Уретраның үзілуін емдеу тактикасы зардап шеккендердің жағдайының ауырлығына, зақымдану дәрежесіне және жарақат алған сәттен бастап өткен уақытқа байланысты.
- Консервативті емдеу енбейтін жаралар кезінде жүргізіледі және анестезиялық препараттарды, гемостатикалық және антибактериалды терапияны тағайындаудан тұрады.
- Енетін жаралар шұғыл операциялық араласудың көрсеткіші болып табылады. **Барлық жағдайларда зәрді эпицистостомия жолымен алып тастау және паруретральды несеп ағындарын дренаждау қажет.**

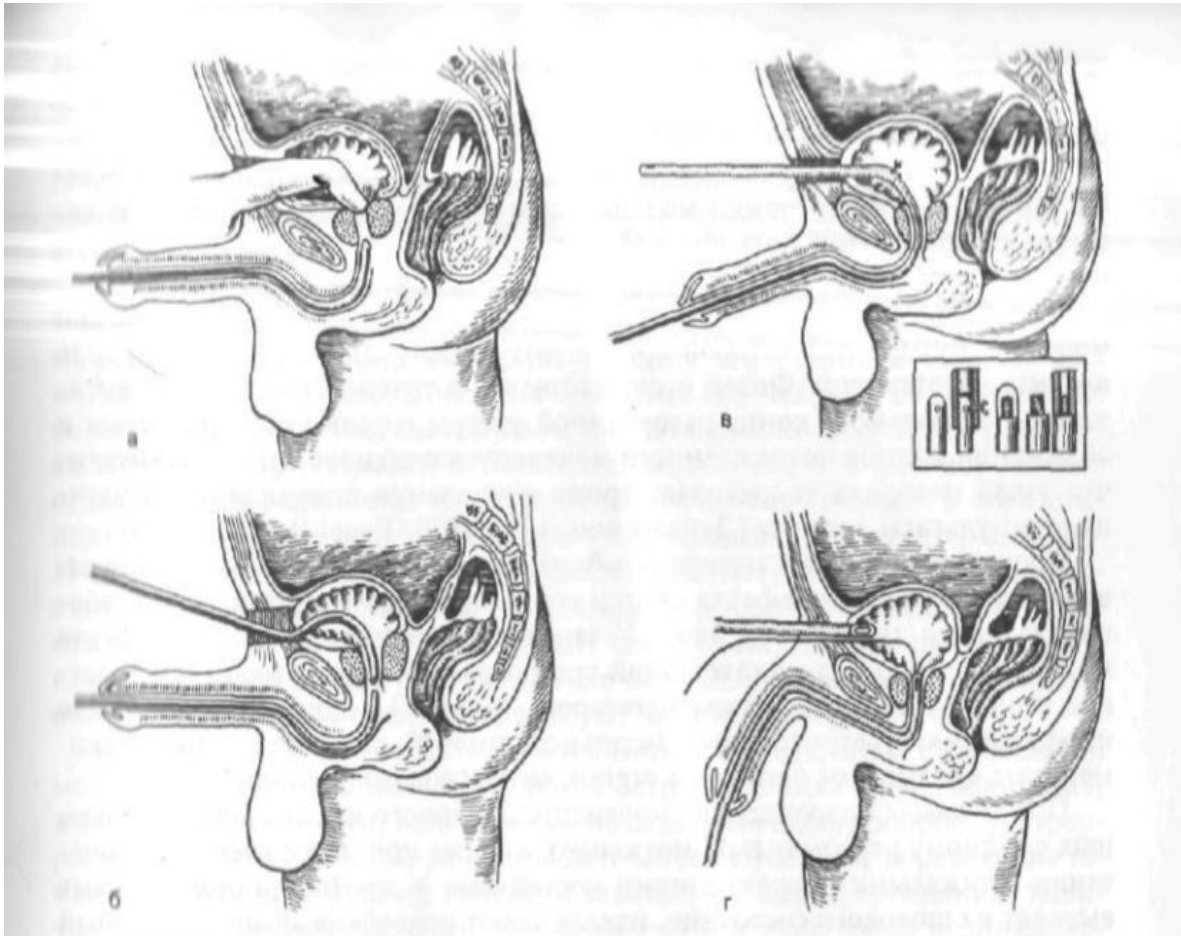


Операция уретраның біріншілік тігісін орындау арқылы кеңейтілуі мүмкін. Мұндай тактика келесі жағдайларда мүмкін :

- егер жарақат алған сәттен бастап 12 сағаттан аспайтын уақыт өтсе; зардап шегушінің жалпы жағдайы тұрақты (шок жоқ);
- зәр шығару каналында операциялар жүргізу тәжірибесі бар білікті уролог бригадасы бар.

Операция перинеотомия, жараны тексеру және санациялау, зақымдалған уретраның ұштарын жаңарту және жұмылдыру және қуық қуысына енгізілген катетердегі уретро-уретроанастомоздың қалыптасуы (екі жүрісті дренаждық жүйеде жақсы).

Зәр шығару каналының жыртылуы кезінде біріншілік жікті салудың схемалық бейнесі.



Соңғы уақытта катетерлер көмегімен зәр шығару арнасын қалыптастыру хирургтар мен урологтардың жағында ұсынылады.

Бұл әдістемені қандай да бір себептермен бастапқы пластиканы орындау мүмкін болмаған жағдайда, ал зардап шегушінің жағдайы зәр шығару арнасын қалпына келтіруге мүмкіндік берген жағдайда қолданған жөн. Қуықтың жоғары қимасынан кейін және оны уретр бойынша тексергеннен кейін ретроградно көпіршікке биологиялық инертті материалдан жасалған № 18-20 (СН бойынша) пластмасса катетерді (түтікті) енгізеді және оны 2-3 апта қалдырады.

Егер катетер әдеттегі жолмен жүргізілмесе, онда уретр бойынша саусақтың бақылауымен немесе "қарсы буж" әдісімен көпіршікке буж енгізеді, оның тұмсығына бекітіледі және одан кейін түтікті антеградно созады. Тұрақты катетер немесе түтікшелер белгіленгеннен және бекітілгеннен кейін несеп-қуық жыланкөзін қалыптастырады және қуықтан несептің белсенді соруын реттейді.

Түтікпен зақымдалған зәр шығару арнасын қалыптастыру.

а –саусақ бақылауымен қуыққа буж енгізу; б —қарсы буж әдісімен қуыққа буж енгізу; в — несеп шығару каналына трубаны бужа тұмсығына бекінген түтік арқылы антеградты өткізу; г — орындалған операцияның дайын түрі

- Катетердің (түтіктің) несеп шығару каналында болу мерзімі оның қабырғасы ақауының жазылуына және ондағы ілеспе қабыну процесінің сипатына байланысты. Ақаудың жазылу мерзімін перикатетерлік уретрография арқылы орнатуға болады, бұл кезде контрасты зат катетер (түтікше) мен уретра қабырғасы арасында енгізіледі. Катетер (түтікше) ұзақ тұрған кезде уретриттердің алдын алу үшін оның қабырғаларын антибиотиктер ерітіндісімен күн сайын шаю ұсынады.
- Әйелдерде зәр шығару каналының зақымдануы ерлер принципі бойынша емдейді.

Болжамы

- Зәр шығару каналының жарақаты кезіндегі болжам зақымданудың ауырлығына, жүргізілген емдеудің уақтылығы мен дұрыстығына, пайда болған асқынулардың күрделілігіне байланысты. Мұндай жарақат алған адамдар несеп шығару актісі тұрақты қалпына келтірілгенге дейін және бужирлеу қажеттілігі болмағанда диспансерлік бақылауға жатады.
- Уретраның жыртылуының асқынуы зәр шығару арнасының стриктурасы мен облитерациясы болып табылады. Олар уретраның бастапқы тігісі орындалғаннан басқа, жарақаттанған барлық емделушілерде дамиды.

Зәр шығару каналының стриктурасы және облитерациясы



Ретроградты уретрограмма. Уретраның аралық бөлімінің стриктурасы(стрелка)

- Уретраның *стриктурасы* зәр шығару каналының қабырғасын тыртықты тінмен алмастыру нәтижесінде оның саңылауының тарылуы деп аталады.
- Уретра *облитерация* уретраның бөлігінің тыртықты тінмен толық алмастыру болып саналады.
- Уретраның стриктурасы мен облитерациясы өзінің таралуына, несеп жыланкөздерінің болуына, тез қайталануға бейімділігіне және эректильді дисфункцияның жоғары жиілігіне байланысты күрделі медициналық және әлеуметтік проблема болып табылады.

Классификация.

- Зәр шығару каналының стриктурасы этиология бойынша: *туа пайда болған және жүре пайда болған* болып бөлінеді.
- Жүре пайда болған-қабыну, жарақаттан кейінгі және ятрогенді;
- Қасаға және жыныс ағза денесінде локализациясы бойынша: *ұмалы и бульбозды, жарғақты, простаталы, қуық асты простата бөлігіне өтуі және қуықтың мойны;*
- Ұзындығы бойынша— *қысқа, ұзарған, көпше;*
- Өтімділігі бойыншы – *өтімді және өтімсіз.*

Этиология және патогенез

- Уретраның стриктурасы көбінесе жамбас сүйектерінің зақымдалуымен және уретраның үзілуі немесе уретраның артқы бөлігінің жарақаты бар бұтқа құлауымен жол-көлік оқиғаларының нәтижесі болып табылады..
- Уретраның зақымдануының негізгі тетігі жамбастың алдыңғы сүйек жартылай сақинасы мен несеп-жыныс диафрагмасының бұлшықет-апоневротикалық аппаратының топографоанатомиялық өзара қарым-қатынасы жарақатының нәтижесінде күрт бұзылуы болып табылады..
- Бұл ретте диафрагма қалыңдығы арқылы өтетін уретраның құрсақ бөлігінің фиксациясы орынындағы зәр-жыныс диафрагмасы байламдарының созылуы және үзілуі, бұл ретте негізгі рөл диафрагма жоғарғы және төменгі фасциалды жапырақтарының жалғасы болып табылатын уретраның үшбұрышты байламының зақымдануына жатады..
- Қабыну стриктуралары кешікумен анықталады, жиі олар көпше болады, уретраның үлкен бөліктерін басып алады, көбінесе алдыңғы. Олар арнайы және спецификалық емес уретриттің нәтижесінде пайда болады.

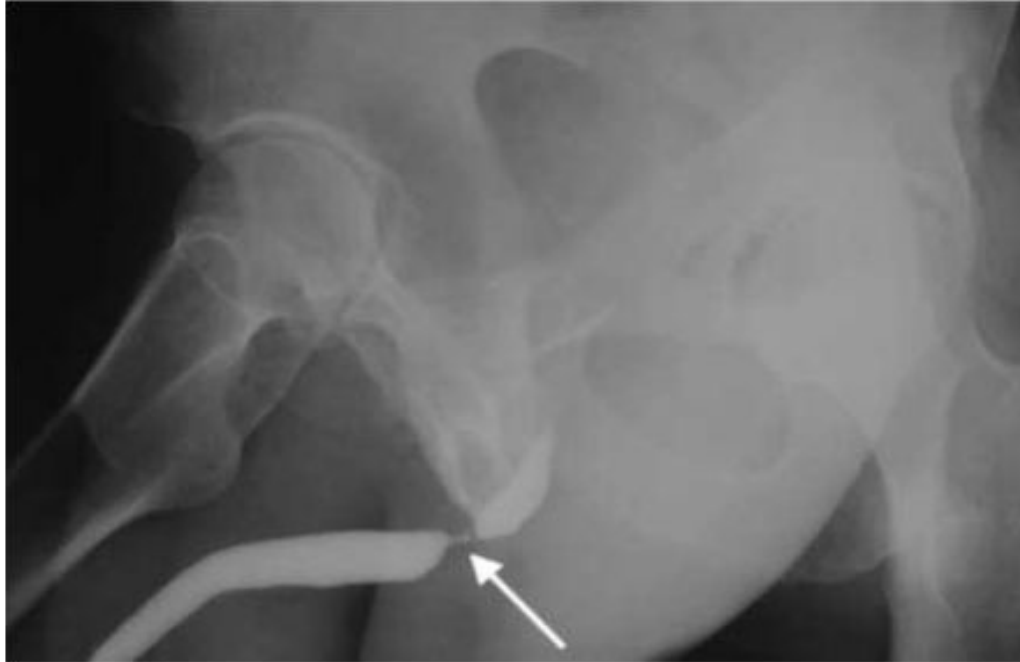
- Әйелдерде стриктураның пайда болуының негізгі себебі созылмалы спецификалық емес уретрит болып табылады. Стриктуралар сирек уретраның стенозына немесе облитерациясына әкеледі және негізінен формада өтеді, созылмалы уретрит жиі аяқталатын паруретральды фиброз.
- Жиі әйелдерде уретраның стриктурасы патологиялық босану, гинекологиялық операциялар кезінде зәр шығару тамшысының зақымдануы нәтижесінде, зәр шығару каналының тұйықталу аттаратын кұрғанда дамиды.
- Ауыр жарақат кезінде жамбастың алдыңғы жартылай сақинасының фрагменттерінің айқын ығысуы, бұлшық еттер мен несеп-жыныс диафрагмасы байламдарының бұзылуы және уретраның осі мен арнаның өткізгіштігінің бұзылуымен үзілуі, оның ұштарының ұзындығы бойынша ғана емес, ені бойынша ығысуы орын алады..
- Жыртылған уретраның ұштары үлкен қашықтықта. Жарылған ұштары арасындағы кеңістік бұзылған жұмсақ тіндермен, гематомамен, урогематомамен толтырылады. Мұндай уретраның үзілісі күрделі деп аталады.

Клиникалық көрінісі

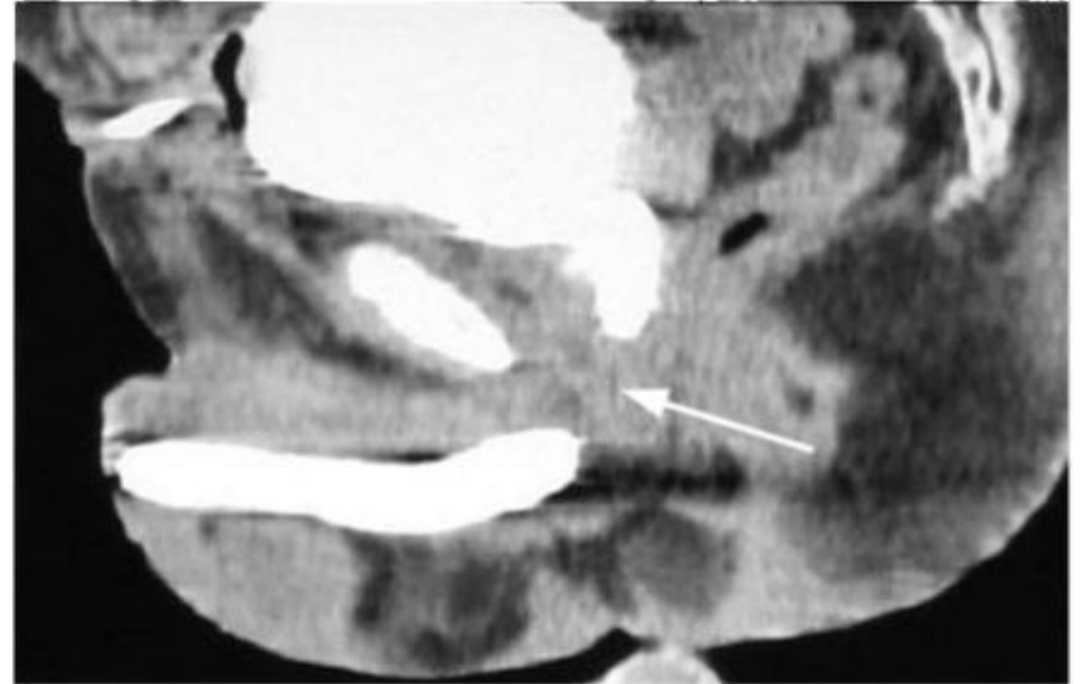
- Зәр шығару каналының стриктурасының негізгі көрінісі-зәр шығарудың қиындауы. Несеп ағысының қысымы аурудың дамуына және уретра саңылауының тарылу деңгейінің ұлғаюына қарай азаяды. Уретраның артқы бөлігінде орналасқан стриктураларда несеп ағысы әлсіз, тіктеп түсіп, зәр шығару уақыты ұзарады. Алдыңғы бөліктердің тарылуының тән симптомы-несеп ағысының шашырауы.
- Уретраның облитерациясы кезінде өз бетінше зәр шығару мүмкін емес, науқаста зәр шығару үшін Фолей немесе Пецер катетері орнатылған тұрақты жамбас үсті несеп жыланкөзі бар.

Диагностика және дифференциальная диагностика

- Диагноз уретрография және уретроскопия негізінде қойылады. Осы зерттеулердің көмегімен тарылудың локализациясын, ұзындығын және көріну дәрежесін анықтайды.
- Антеградты цистоуретрографиямен үйлескен ретроградты уретрография уретраның облитерациялық учаскесінің көлемін бағалауға мүмкіндік береді.
- Еркектерде несеп шығару арнасының тарылуының **дифференциалды диагностикасын**, сондай - ақ зәр шығарудың қиындауымен сипатталатын аурулармен жүргізу керек-қатерсіз гиперплазиямен, склерозбен, қуықасты безінің обырымен, аномалиялармен, тастармен, уретра ісіктерімен жүргізеді.



Ретроградты уретрограмма. Уретраның аралық бөлімінің стриктурасы(стрелка)



Антеградты цистоуретрограммасы бар ретроградты уретрограмма. Уретраның мембранозды бөлімінің облитерациясы нәтижесінде контрасты заттың ақауы (стрелка)

Емі

- Емдеу консервативті және оперативті болуы мүмкін.
- Консервативті-уретраның бужировкасы. Бұл әдіс бұрыннан бері қолданылады. Ол паллиативті және қысқа (1 см артық емес) тарылғанда көрсетілген.
- Бужирлеу-бұл мақсат үшін арнайы әзірленген, бужами деп аталатын қатты құралдарды зәр шығару арнасының тыртықты-тарылған учаскелері арқылы күшпен өткізу. Бужидың өсу шамасы (диаметрі) бар және серпімді және металл болуы мүмкін
- Буж жеңіл өтуі үшін, ал ауырсыну сезімі төмендейді, уретраға анестетик және антисептик (инстиллагель, катежелъ) бар арнайы гель енгізіледі. Кейбір жағдайларда наркоз қолданылады.
- **Уретраның бужирленуі сақ болуды талап етеді, өйткені шырғанақ орындалады және бірқатар асқынулар болуы мүмкін: өзгермеген қабырғаның үзілуі, жалған жүрістің пайда болуы, уретроррагия, уретральды қызба және эпидидимит пен орхиттің дамуы.** Бужирлеу қабынуға қарсы және сорғыш препараттарды тағайындаумен толықтырады.

Хирургиялық емі

- Хирургиялық емдеу. Уретра облитерациясы және жарақаттан кейінгі стриктурасы бар науқастарға зәр шығару каналының өтімділігін қалпына келтіру бойынша жоспарлы операцияны зәр шығару, перифокальды қабыну және жамбас сүйектерінің сынықтарын шоғырландырғаннан кейін 4-6 айдан кейін жүргізеді..
- Операция эндоскопиялық немесе ашық тәсілмен орындалады. Эндоскопиялық операция уретраның ішкі оптикалық (көру бақылауымен) уретротомиясы және реканализациясы болып табылады. Ол ауыр емес, оның ішінде зәр шығару арнасының көптеген тарылуында қолданылады. Бұл паллиативті араласу болып табылады, өйткені тыртық мата толығымен жойылмайды.



Шолу рентгенограммасы. Уретраның эндопротезі (стент) (стрелка)

Уретраға стриктураны эндоскопиялық емдеуден кейін қайталанудың алдын алу мақсатында арнайы эндопротез (стент) орнатылады. Ол уретраның қабырғаларына тығыз жанасатын серіппе болып табылады, бұл тыртықты матаны оны тарылтуға мүмкіндік бермейді.

Тарылу мен облитерацияны емдеудің түбегейлі әдісі уретра резекциясы болып табылады. Операция тыртықты матаны толық кесу және оның өзгермеген ұштарын тігу болып табылады. Бұл операция зәр шығару арнасының Алдыңғы (аралық) бөліміндегі тарылуды оқшаулау кезінде оңай орындалады (Хольцов бойынша уретраның резекциясы). Артқы уретраны кесу қиындау, ол үшін арнайы құралдар мен операция техникасы қолданылады. Ұзын тарылғанда уретраның тері немесе әріптік (шырышты жақ бөлігі) пластикасын жүргізеді.

Болжамы

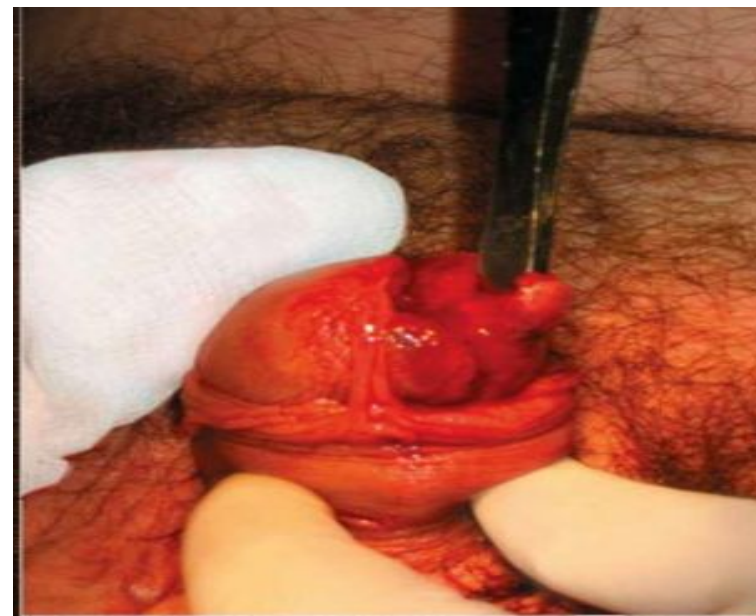
- Уақтылы жүргізілген радикалды жедел емдеу кезіндегі болжам қолайлы. Зәр шығару каналының тарылуымен ауыратын науқастар стриктуралардың қайталану қаупінің жоғары болуына байланысты урологтың тұрақты бақылауында болуы тиіс. Артқы уретраның жарақаттан кейінгі облитерациясы бар науқастардың жартысында және оның өтімділігін қалпына келтіру операциясынан кейін эректильді дисфункция дамиды.

Ерлердің сыртқы жыныс мүшелерінің зақымдануы

- Ерлердің сыртқы жыныс мүшелерінің зақымдануы *ашық және жабық* болуы мүмкін. Ашық соғыс уақытында жиі байқалады немесе жануарлардың тістеуі немесе тесілген жаралар нәтижесінде пайда болады. Жыныс мүшелерінің жарақат алуы кездейсоқ жарақаттар немесе әдейі жарақат салдарынан болады. Жабық зақымданулардың себептері осы аймаққа түсірілетін соққылар, бұтқа құлау және жыныстық эксцесстер болып табылады.



Жыныстық мүшенің кесілген жарасы



Жыныстық мүшенің тістелген жарасы

- Жыныстық мүшенің *жабық* зақымдануы құлауына, белок қабығының жарылуына, шығып кетуіне және оның қысымдайтын сақиналы заттармен қысылуына бөлінеді. Ең жиі үдемелі жыныстық қатынас нәтижесінде орын алатын эрегирленген пенистығыз ақуыз қабығының бұзылуы байқалады.



Қытырлақ және қатты ауырсыну тән бұл
жарақаттың түрі- жыныс мүшесінің сынуы
деп аталады.

Симптомдары :

Жіті ауру;

Сықыр дыбысы;

Эрекцияның кенеттен тоқтатылуы;

Кең гематома;

Экхимоздар, ісіну;

Жыныстық мүшенің қисаюы.

ЖЫНЫС МҮШЕСІНІҢ СЫНУЫ

Емі

- Емдеу жедел және гематоманы эвакуациялау және викрилдік лигатуралармен ақуыз қабығының үзілуін тігу болып табылады. Науқастар кавернозды денелерде фиброздық өзгерістер қаупіне, жыныс мүшесінің қисаюына және эрекцияның әлсіреуіне байланысты урологтың бақылауында болуы тиіс..

- Ұма органдарының жабық жарақаты оларға тікелей жарақаттық әсер ету нәтижесінде дамиды: аяқпен, доппен соғылу, велосипед рамасына құлау, биіктіктен құлау. Қатты ауырсыну, гематоманың пайда болуымен тіндердің ісінуі пайда болады.
- Тестикулярлы капсуланың жарылуы без қабықшасында (гематоцеледе) қан құйылу себебі болып, жөтелдің күрт ұлғаюын және оның түсінің өзгеруін туындатады. Кейде мошонки жарақаты аналық бездің шығып кетуіне немесе оның жақын орналасқан аумақтарының теріге жылжуына әкелуі мүмкін. Аналық бездің айналуы өте қауіпті, өйткені оның қоректендіретін тамырларының окклюзиясы ағзаның тез некрозына әкеледі.
- Тері асты гематомасы мен гематоцеле диафаноскопияның теріс симптомын жасайды. УДЗ интратестикулярлы гематомаларды, ақуыз қабығының ақаулары арқылы яичек фрагментациясын және паренхиманың протрузиясын визуализациялауға мүмкіндік береді.

Ұма органдарын зақымдау

• **Жабық:**

- ұманың бүтіндігі
- бұзылмаған
- тік соққымен зақымдау
- қатты затқа құлау
- Электротравма

• **Ашық:**

- Кесілген
- Шанщылған
- жыртылған
Жиі жыныстық мүшенің, зәр шығару арнасының, қуықтың және тік ішектің зақымдануымен жүреді

Клиникалық көрінісі

- Өткір ауырсыну(біртіндеп жойылады, бірақ ұзақ сақталады)
- Орхиэпидидимиттің жедел көрінісі
- Гематома жыныстық мүшеге, қасағаға, санның ішкі беті және іштің алдыңғы қабырғасына таралуы мүмкін
- Аталық безінің шемені
- Талып қалу
- Құсу
- Құрысулар

Аталық безінің шығып кетуі

- Аталық бездің бүтіндігі бұзылмаған
- Оның шап арнасына, іш, бұта, жамбас терісіне орналасуы байқалады
- Ақуыз қабығының жарылуы, циркуляторлы некроздың дамуы тән аталық бездің айналуы мүмкін

В норме

Семенной канатик

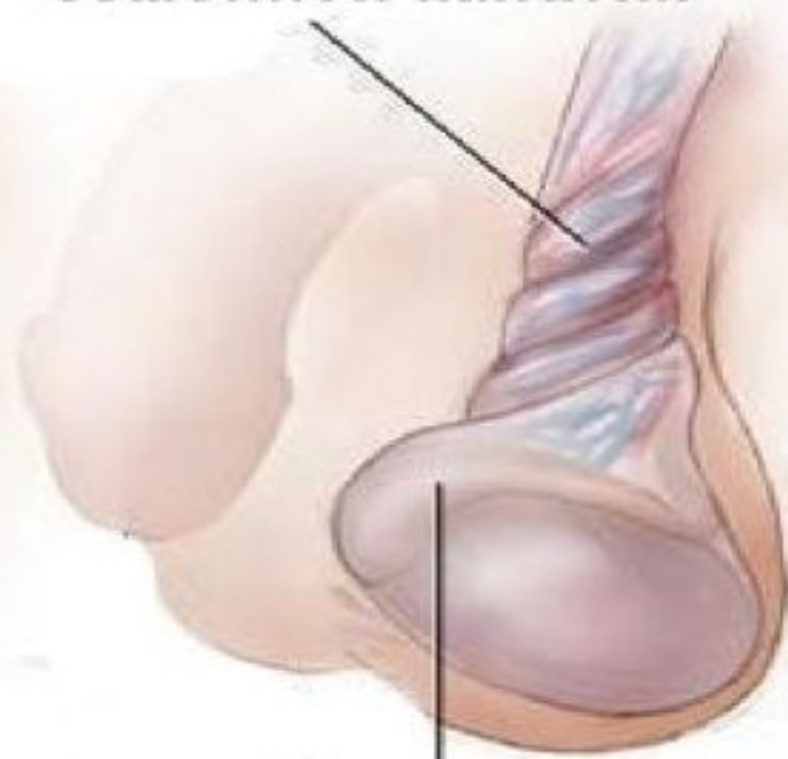


Яичко

Придаток яичка

Перекрут яичка

Перекрученный семенной канатик



Придаток яичка

Емі

- Консервативті ем:
- Төсектік режим, ұманың жоғары қалпы, суспензория және қысатын танумен жүру, суық компресс, аснальгетиктер, 5-7 күнге физиотерапия
- Хирургиялық ем:
- Ақ қабаттың зақымы кезінде, ісінудің көбеюі кезінде, гематома, қатты қан кетулер және терең гематомаларды алу кезінде қолданады
- Ұма органдарының ревизиясы, аталық безінің, оның қосымшаларын, қабаттарының өлген тіндерін алып тастау;
- Ақ қабатқа кетгут тігістерін салу, аталық без резекциясы, эпендимэктомия;

Әдебиеттер тізімі

- Лопаткин Н.А. Руководство по Урологии
- Комяков В.К. Урология