



Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті

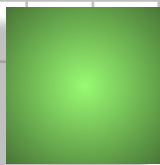
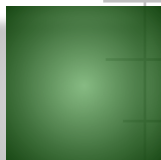
Медицина факультеті

**Бауыр және өт жолдары,
ұйқы безі ауруларын тағаммен емдеу
және емдік дене шынықтыру.**

Қабылдаған: Есалиев Е

Орындаған Джиенбаева Н

Тобы: ЖМ-122



Жоспар



Кіріспе

Негізгі бөлім

1.Бауыр туралы жалпы тусінік

2.Бауыр аурулары

3. Бауыр ауруларын емдеу

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер



Зерттеу сұрақтары



Бауыр ауруларында ЕДШ

Бауыр ауруларында негізгі емдәм





Мақсаты

Бауыр және өт жолдары, ұйқы безі ауруларын тағаммен емдеу және емдік дене шынықтыру жайлы түсінік қалыптастыру.



- Бауыр – ең күрделі безді құрылым және ең ірі паренхиматозды мүше болып табылады. Бауырдың функционалды бірлігі бөлікшелер болып табылады, олар бауырдың биосинтетикалық, секреторлы және экскреторлы процестерге қатысуын қамтамасыз етеді.





- Әр түрлі себептерге байланысты липидтер бауырда жинақталуы мүмкін. Бауырда майлар көп мөлшерде жинақталған кезде фиброзды өзгерістер жүреді. Бұл циррозға және бауыр қызметтерінің зақымдалуына әкеледі.



**Бауырдың
майда қайта
құрылуы**

**1.Қан
плазмасында бос
май
қышқылдарының
мөлшерінің артуы**

**2.Қан плазмасы
липопротеиндері
түзілуінің
метаболикалық
тежелуіне
байланысты**

Функциясының бұзылуы



- Бауыр қызметтерінің зақымдалуын анықтау – глюкозаны, тура және тура емес билирубинді, мочевианы, зәр қышқылын, индиканды, глобулиндерді, АлТ, АсТ және амилазаны анықтау сиықты тәсілдермен жүзеге асырылады. Өткір инфекциялық гепатит кезінде АсТ мен салыстырғанда АлТ белсенділігі күрт артады.



- Бауыр және өт жолдарының ауруларының бір неше түрі бар. Олар:



- Өт жолдарының дискинезиясы – өт жүруінің бұзылысына әкелетін өтқабының қабынуы
- Созылмалы тассыз холецистит –өтқабы қабырғасының зақымдануына, моторикасының бұзылуына әкелетін және өт тастарының түзілуіне септігін тигізетін өтқабының бейспецификалық қабыну ауруы
- Созылмалы гепатит – бауырдың 6 айдан артық созылатын полиэтиологиялық диффузды қабыну ауруы
- Бауыр циррозы – бауыр шамасыздығы мен порталды гипертензияға әкелетін бауырдың диффузды зақымдану процесі.



- Бауыр циррозы (БЦ) — архитектурасының бұзылысымен, фиброздың дамуымен және құрылымы бұрыс регенерация түйіндерінің түзілуімен жүретін, ақырында бауыр шамасыздығы мен порталды гипертензияға әкелетін бауырдың диффузды зақымдану процесі.
- Бауыр циррозы — бауырдың этиологиясы әр түрлі диффузды ауруларының ақырғы сатысы. Оның созылмалы гепатиттен басты айырмашылығы — бауыр архитектурасының бұзылысы және паренхиманың түйіндік трансформациясы.
- ДДҮ ұғымы бойынша (1974 ж.), бауыр циррозы бауырдың созылмалы ауруларының ақырғы сатысы ретінде қаралған, бірақ диагноз құрылуында бұл термин бөлек, дербес аурудың атауы ретінде қолдануда.
- Жер бетінде жыл сайын 300 000-ға жуық адам бауыр циррозынан қаза табады, ал соңғы 10-20 жылдың ішінде бұл аурудың саны үнемі көбеюде, мәселен, Германияда 2 есе, Швецияда 2,5 есе жиіленген.



- 1. Созылмалы вирусты гепатиттер.
- В, С, Т, Д, О вирусты гепатиттердің барлығы циррозбен аяқталуы ықтимал, ең циррозогендіге жататындар — С және В гепатит.
- 2. Созылмалы алкоголизм. Ер адамдардың алкогольді күн сайын 60 г, әйелдердің 20 г ішуі, 10-15 жылдың, ал кейбір деректер бойынша 5-6 жылдың шамасында бауыр циррозына алып келуі анықталған.
- 3. Аутоиммундыц гепатит — гепатиттердің ең ауыр түрі, үнемі өрістеуінен міндетті түрде бауыр циррозымен аяқталады.
- 4. Ферменттік жүйенің туа кемістіктері: Альфа-1-антитрипсин тапшылығы;



- 5. Қорға жинақталу аурулары:
- Коновалов-Вильсонның ауруы (бауырда синтезделетін церрулоплазминнің жетіспеушілігінен түрлі ағзаларда жездің жиналуы);
- бауыр гликогенозы (амило-1,6 гликозвдазаның жетіспеушілігінен бауырда гликоген жиналу ауруы);
- Гоше ауруы (цереброзидтің жиналуы);
- гемохроматоз (түрлі ағзаларда, әсіресе бауыр паренхимасында гемосидерин жиналуы).
- 6. Гепатотропты әсер ететін улар мен дәрмектер: хлорланған көмірсулар, ауыр металдардың туындылары, саңырауқұлақгың улары (афлатоксиндер, фаллоидин, р-аманитин т.б.); туберкулезге қарсы дәрмектер; психотроптық дәрмектер; цитостатиктер, стероидтық анаболиктер мен андрогендер.



- 7. Бауырішілік және бауырдан тыс өт жолдарының аурулары: идиопатиялық дуктопения — өт түтікшелерінің облитерациясы (идиопатиялық немесе дәрмектің әсерінен болатын; біріншілік биллиарлық цирроз; біріншілік және екіншілік склероздаушы холангит; муковисцидоз — өт жолдарының қойылған өтпен бітелуі т.б.)
- 8. Бауырда веналық қанның ұзақ іркілісі (оң қарынша Шамасыздығы, конс-трикциялық перикардит, Бадда-Киари синдромы).
- 9. Криптогендік бауыр циррозы (12-40%), бұған жататын — біріншілік биллиарлық бауыр циррозы.
- 10. Этиологиялық, факторлардың қосарланған әсерлері. Науқастардың 50%-да бауыр циррозы бір емес, бірнеше факторлардан дамиды (вирусты гепатит + алкогольдің әсері немесе жүрек шамасыздығы т.б.).



- Бауыр циррозы дамуының негізгі түрткісі -бауыр паренхимасының түрлі себептерден некрозы. Вирустардың, алкогольдің, дәрі-дәрмектердің, протеолиздік ферменттердің, гипоксияның әсерлері немесе кейбір заттардың (гемосидериннің, жездің, гликогеннің, цереброзидтің т.б.) жасуша ішінде жиналуы гепатоциттердің некрозына өкеледі. Гепатоциттердің жойылуынан оларды ұстап, тіреп тұратын ретикулиндік қаңқа басылады, некроз ошақтарында тыртықтар түзіледі.



- Некроздың салдарынан регенерацияны күшейтетін заттар бөлінеді, мәселен, бауыр циррозымен ауыратын адамдардың бауырынан жасалған экстракт гепатоциттердің митозын күшейтетіндігі дәлелденген.
- Некроз ошағында тірі қалған гепатоциттер көбейіп, регенерациялық түйіндерді түзеді. Бірақ тыртықтар мен түйіндер цирроздың өз-өзінен өрістеуіне септігін тигізеді. Өйткені бөлшектердің архитектурникасы бұзылған, тыртық ошақтарында қан синусоидтарға құйылмастан, бірден орталық венаға барады. Қанның сау қалған синусоидтарға түспеуінен бауырдың зақымданбаған ошақтары алдымен ишемияға, содан кейін некрозға ұшырайды.



- Гепатоциттердің некрозынан бөлінетін заттар қабыну инфильтраттарының түзілуіне септігін тигізеді. Инфильтраттар порталдық тракттардан басталып, бөлшектің ортасына қарай тарайды. Олардың бойымен фиброздық қалқалар түзіледі.
- Фиброздық қалқалар бауыр бөлшегін псевдобөлшектерге бөліп тастайды. Әр псевдобөлшек фиброздық қалқамен қапталып қоршалады. Псевдобөлшектерде орталық вена мен порталдық үштік болмайды.
- Фиброздық қалқалардың бойын қуалап өскен тамырлар бауырішілік портаковальдік анастоматоздарды түзеді. Қан псевдобөлшектердің паренхимасына соқпастан, бауыр венасына тікелей түседі. Осының салдарынан ишемия мен некроз үнемі өрістейді. Сонымен бірге регенерация түйіндері тамырларды басып, ишемия мен некроздың мендеуіне септігін тигізеді.



- Егер патологиялық процеске ұшыраған ошақтардың көлемі ұсақ, микроскопиялық болса, тыртықтар да ұсақ болады. Мұндайда бауырдың беті сипағанда тегіс. Егерде некроздалған ошақтар ірілеу болса, бауырдың беті бұдырланып, жүзімнің сағына ұқсайды.
- Фиброздың және аномальді түйіндердің даму жылдамдығы негізгі аурудың түріне тәуелді. Вирусты, алкогольді гепатиттерде бұл процесс тез жүреді, ал гемохроматозда, өт жолдарының обструкциясында паренхиманың құрылымы оншалықты өзгермейді, түйіндер кеш дамиды.



- Сонымен бауыр циррозында келесі тізбекті процесс қалыптасады: некроз -> регенерация -> тамыр жүйесінің бұрыс түрде қайта құрылуы -> паренхиманың ишемиясы, некрозы -> портальдік гипертензия, бауыр шамасыздығы.
- Бауыр циррозының басты синдромдары: портальдік гипертензия, бауыр жасушаларының шамасыздығы, мезенхималық қабыну, цитолиз, биллиарлық циррозда - холестаза синдромы.



- Бауырдағы түйіндердің көлеміне қарай бауыр циррозының микронодулярлық, макронодулярлық, аралас және толық емес септалық түрлерін айырады.
- Микронодулярлық циррозда бауырдың бетінде ұсақ, диаметрі 1-3 мм біркелкі тегіс жайылған түйіндер болады. Түйіндер, қалыңдығы 2 мм шамасындағы фиброздық қалқалармен қоршалып қапталған.
- Фиброздық қалқалар бауыр бөлшектерін ұсақ, көлемі шамамен тең, псевдобөлшекгерге бөліп тастаған. Әр псевдобөлшек бір бөлшектің бөлігі болып табылады.
- Цирроздың бұл түрінде бауыр ұлғаймайды немесе болмашы ұлғаяды, беті тегіс. Микронодулярлық вариант бауыр циррозының ертелеу сатысы деген де пікір бар. Микронодулярлық цирроз алкоголизмге, гемохроматозға тән.
- Макронодулярлық циррозда бауыр бетіндегі түйіндер ірі, диаметрі 3 мм артық, кейде 5 см болады. Бауырдың беті бұдыр, оның көрінісін кейде жүзімнің сағына ұқсатады.



Гистологиялық зерттеуде псевдобөлшектердің бір емес, көптеген бөлшектердің қалдығынан тұратындығы анықталады. Макронодулярлық цирроз вирустық гепатиттерде дамиды.

- Аралас (макромикронодулярлық) циррозда түйіндердің ұсағы да, ірісі де болады.
- Толық емес септалық, цирроздың айырмашылығы — бөлшектің шетінен басталған қалқалардың орталық венаға дейін
- жетпей "орта жолда тоқтауы" (тұйық аяқталуы) және регенерацияның түйінді емес, диффузды дамуы.



Бауыр циррозының жіктемесі (571.5; 571.6; 571.2)
(ДДҰ жіктемесі- 1978 г.)

1. Морфологиясы бойынша.

- 1.1. Макронодулярлы (ірі түйінді).
- 1.2. Микронодулярлы (ұсақ түйінді).
- 1.3. Аралас макро- және микронодулярлық (толық емес септалды).
- 1.4. Біріншілікті билиарлы.



. Этиологиясы бойынша:

- 2.1. Вирусты (вирусты гепатиттер В, С, Д).
- 2.2. Алкоголды.
- 2.3. Токсикалық (дәрмектер және химиялық заттар). 2.4. Туа пайда болған метаболизм бұзылыстарына байланысты.
- 2.4.1. Галактоземия.
- 2.4.2. Гликогеноз.
- 2.4.3. Тирозиноз.
- 2.4.4. Фруктозаны туа көтере алмау.
- 2.4.5. Альфа-1-антитрипсин тапшылығы.
- 2.4.6. Талассемия.
- 2.4.7. Гиперметионинемия.
- 2.4.8. Вильсон ауруы.
- 2.4.9 Гемохроматоз. 2.5. Екіншілікті билиарлық бауыр циррозы. 2.6. Кардиогендік бауыр циррозы. 2.7. Криптогенді.



- **3. Клиникалық белгілері бойынша** 3.1. Активті. 3.2. Активсіз. 3.3. Компенсацияланған, субкомпенсияланған. 3.4. Декомпенсияланған. **Примеры формулировки диагноза** 1 Вирустық бауыр циррозы, активті, декомпенсацияланған. Портальді гипертензия ІІ дәрежелі. **Асқынуы:** Өңештің варикозды веналарынан қан кету.



- Бауыр циррозының басты белгілері:
- 1. Алғашқы белгілері: тәбеттің төмендеуі; астениялық синдром; оң қабырғалықтың ауырсынуы немесе салмақ сезіну; асқазандық, ішектік диспепсияның белгілері (жүрек айнуы, кекіру, қыжылдау, іштің кебуі, ішектің шұрқырауы. Диспепсиялық бұзылыстардың негізгі себептері: портальдік гипертензияға байланысты іш қуысының тақ ағзаларында қан іркілісі; ішектің микробтық контаминациясы; асциттің, гепатомегалияның, метеоризмнің саддарынан іш қысымының биіктеуі, осыдан рефлюкс-эзофагиттің дамуы; бауырда гистаминнің бейтарапталмауынан дамитын асқазан мен ұлтабардың "гепатогендік" эрозиялары және жаралары.
- 2. Гепатомегалия — ең жиі (80-90%) кездесетін белгі. Сипағанда бауыр тығыз, шеті үшкір, беті бұдыр немесе тегіс.
- Спленомегалия — портальдік гипертензия дамуының куәгері. Талақтың консистенциясы тығыз, шеті жұмыр келеді.
- Двне қызуының шамалы көтерілуі. Бұл белгі некроз бен қабыну процесінің күшеюін көрсетеді.



- Сарғаю. Цирроздың алғашқы кезендерінде сарғаю өтпелі болса, оның кеш сатыларында тұрақтыға айналып, терінің түсі жасыл ренді болады.
- Холестаздың белгілері: сарғаюмен бірге терінің қышынуы, ксантомалар, тері пигментациясы, остеопороз, қанағыштық.
- Тері мен кілегей жамылғылардың, шері өсінділерінің өзгерістері: терінің қуқыл, кір басқандай реңі; пальмарлық эритема; тырнақтардың ағаруы немесе ақ дақтардың болуы; саусақ ұштарының дабыл таяқшалары тәрізденуі; бет, жауырын, иық белдемесінің терісіндегі және ауыз, мұрын кілегей қабықтарындағы тамыр жұлдызшалары; геморрагиялық диатездің белгілері (петехиялар, қанталау дақтары); "лакталған" жылтыр қызыл тіл, еріннің қызаруы.
- Бұлшықеттің атрофиясы. Бауыр циррозында иық белдемесінің, қабырғааралықтарының, қол-аяқтардың бұлшықеттері басым атрофияланады.



9. Жүрек-тамыр жүйесінің өзгерістері:

- гиперкинетикалық синдром (тері жамылғыларының құрғақтығы мен жылышығы, толық жиі пульс, жүрекүшы түрткісінің күшеюі, жүрек ұшындағы систолалық шу, пульстік қысымның биіктеуі, жүректің минуттық көлемінің ұлғаюы, шеттік тамырлар тонусының төмендеуі);
- өкпенің артерия-веналық анастомоздарынан қанның солдан оңға түсуінен оң қарынша шамасыздығы даму мүмкіндігі. Бауыр циррозында тахикардияның болғаны жақсы емес, өйткені бауыр венасынан қанның ағып шығуы баяуланады, осыдан порталдық гипертензия ауырлайды. Бұл жағдай әрдайым есте болуы тиіс.
- 10. Эндокриндік бұзылыстар:
- а) гиперэстрогемиядан болатын белгілер: гинекомастия, атабезінің атрофиясы, импотенция, аменорея, дисменорея, түсік тусуі, әйелдердің қолтық асты мен қасағасындағы, еркектердің төсіндегі, іш бетіндегі түктің жойылуы; сақал-мұрттың сиреуі; гиперальдостеронизм;
- ә) ұйқыбездің фиброзы болғанда қантты диабет дамуы.



- 11. Портальдік гипертензия
- Компенсация фазасының көрінісі. Портальдік гипертензияда, тамырлар аса керілген кезде іш жайылма ауырады. Қысым биіктеген сайын ауырсыну да күшейе түседі, ал портальдік гипертензияның криздері кезінде іш едәуір өтпелі ауырады.
- Компенсация фазасында, кризден тыс кезде, портальды гипертензияның белгілері байқалмайды. Оқта-текте, криз кезінде ғана, метеоризм, газдың ішекте сіңбеуінен іштің керілу сезімі, жүрек айнуы, іштің өтуі, эпигастрий аймағының жайылма ауырсынуы байқалады. Криз кезінде жасаған УДЗ-де қақпа венасының қалыптының жоғарғы деңгейіне дейін немесе одан 1-2 мм артық кеңуі және талақтың сәл ұлғаюы анықталады. Кризден тыс уақытта бұл белгілер жойылады.
- Декомпенсация фазасының көрінісі. Аталған белгілермен бірге спленомегалия, гиперспленизм, асцит, ісіну - асциттік синдром, "медуза басы" пайда болады. Бірқатар науқастарда кіндік венасының қайта ашылуынан кіндіктің тұсында және эпигастрий аймағында "дию" шуы естіледі, яғни Крювелье-Баумгартен синдромы пайда болады. Эндоскопиялық зерттеуде өңеш веналарының варикозды кеңеюі анықталады.



- Портальдік гипертензияның асқынулары.
- Портальдік криз — қақпа венасында қан қысымының күрт жоғарылауы. Бұл іш қуысы қысымының әр түрлі себептерден биіктеуінен болады: қақпа венасының асцитпен басылуы, жүкті көтеру, құрсақ қабырғасына күш салатын дене жаттығулары, ұзақ жөтелу, катехоламиндердің бөлінуі, мөселен, толқыған кезде.
- Өңеш веналарынан қан кету. Қанның бірінші кетуінен-ақ науқастардың 60% қаза табады. Қан кетудің мөлшері әр түрлі. Кеткен қан құсықпен неғұрлым көп бөлінсе, соғұрлым қанның ішекте шіруінен болатын интоксикация жеңілдеу болады. Веналық қысым төмендегенде қан кету өз-өзінен тоқтауы көдік. Өңештен басқа қан ішектен (мезентериялық веналардың кеңуінен) немесе геморроидальдік веналардан кетуі мүмкін.
- 3. Гепаторенальдік синдром (бүйрек ишемиясының және гиповолемияның салдарынан болатын). Керінісіне олигурия, азотемия тән. Қан кетудің ауыр түрінде бүйректің қайтымсыз шамасыздығына әкелетін кортикальдік некроз дамуы мүмкін.



- 4. Спонтанды бактериялық асцит-перитонит. Оның көрінісінде дене қызуының кенет көтерілуі, іштің ауыруы, асциттің тез ұлғаюы, пальпацияда іш қабырғасының ауырсынуы мен қаттылығы, энцефалопатияның күшеюі байқалады.
- 5. Қақпа венасының тромбозы. Бұл кезде науқастың іші аса қатты ауырады, жүрегі айниды, қан құсады, асцит тез ұлғаяды және тахикардия мен гипотония пайда болады.
- 6. Биалиарлық циррозда өт қабында және өт түтіктерінде тас түзілуі.
- Бауыр циррозында науқастың тағдырын шешетін синдромның бірі — порталдық гипертензия, екіншісі — бауыр жасушаларының шамасыздығы.



- 12. Бауыр-жасушалық шамасыздықтың белгілері:
- төбеттің жойылуы, жүрек айну, алкогольді көтере алмау, темекіні жақтырмау, арықтау, гиповитаминоз, бұлшықеттің атрофиясы;
- эвдокриндік бұзылыстар, гиперэстрогемия;
- геморрагиялық диатез (қан ұю факторларының тапшылығынан);
- асқорыту жолының гепатогендік жаралары;
- энцефалопатия;
- альбуминнің, протромбиннің азаюы;
- энцефалопатия.
- Бауыр циррозымен сырқаттанатын науқастарды емдегенде көптеген дәрмектердің (транквилизаторлар, антидепрессанттар, бутадиион, реопирин, пенициллин, тетрациклин, левомецетин, гипогликемиялық сульфаниламидтер т.б.) бауыр шамасыздығын күшейтіп, науқасты комаға түсіру мүмкіндігі есте болуы тиіс.
- Асцит сұйықтығын мол ағызу, қан кету, іштің өтуі, құсу бауыр шамасыздығын тез күшейтеді.
- Цирроздың активті (өрпгу) кезеңінде бауыр шамасыздығының, порталды гипертензияның белгілері әрдайым күшейеді.
- Бауыр шамасыздығының басты белгісі — бауырлық энцефалопатия.



- 3. Мезенхималық-қабыну синдромы. Оның негізінде аутоиммундық қабыну процесінің қалыптасуы жатады. Бұл синдром өрдайым бауыр циррозы активтілігінің биіктігін көрсетеді. Белгілері:
 - дене қызуының көтерілуі;
 - спленомегалия;
 - лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы;
 - эозинофилия;
 - тимол сынамаcының ұлғаюы;
 - гипер α_2 және γ -глобулинемия;
 - оксипролинурия;
 - бауыр тінінде антиденелердің, БЕ жасушалардың болуы.
- Науқастан атап өткен симптомдар мен синдромдарды тапқан соң, бауыр циррозының қай фазада болуын мұқият айырады.
- атабесінің атрофиясы, түктің түсуі (алкогольдік циррозда жиілеу байқалады).



- **4.Вирусты циррозға қарағанда порталдық гипертензияның, асциттің ертеуі болуы және спленомегалияның болмауы немесе кеш дамуы.** Қанда IGA мен γ -глутамилтранспептидазаның калыптыдан 1,5-2 есе биіктеуі. γ -ГТП көбеюі алкогольизм маркерінің бірі. Бұдан басқа қанда ацетальдегидтің және ацетальдегид пен дофаминнің қосындысы — сальсолиннің көбеюі тән. Бауыр биоптатында болатын белгілер: бауыр бөлшегінің ортасында "Маллори денешіктері" аталатын алкогольдік гиалиннің жинақтары; гепатоциттердің майлы дистрофиясы; гепатоциттердің нейтрофилдік лейкоциттермен қоршалуы; порталдық тракттардың оншалықты бұзылмауы.
- **7.Ішімдікті тоқтатқанда патологиялық процестің беті біршама қайтуы және содан кейін бір күйде сақталуы.** Алкогольді тоқтатпаса — бауыр циррозының үнемі өрбуі.
- **Бауырдың кардиальдік циррозы (фиброзы).** Оның дамуы үлкен шеңбердегі веналық іркілістен болады. Патогенездік тізбектің негізгі буындары:
 - орталық веналардың, бөліктің орталық аймақтарының қанға аса толуы;
 - іркіліске байланысты бауыр бөліктерінің ортаңғы аймақтарының алокальді гипоксиясы;
 - гипоксиядан гепатоциттердің атрофияға, дистрофия мен некрозға ұшырауы;
 - некроз бен гипоксияға ұшыраған аймақтарда коллагеннің, фиброздың дамуы.
- Ұзақтан келе жатқан жүрек шамасыздығында бауырдың іркіліске байланысты ұлғаюын кардиальдік фиброздан айыру қажет, өсіресе асцитті ісіну синдромы болғанда.



Екіншілік биллиарлық цирроз. Оның дамуына алып келетін себептер:
холелитиаз;
бауырдан тыс өт түтіктерінің туа кемістіктері (атрезия, гипоплазия);
өт жолдарының операцияға байланысты тарылуы;
өт түтіктерін қысатын қатерлі немесе қатерсіз ісіктер (Фатер емізігінің,
ұйқыбездің);
өрлеуші ірінді холангит; біріншілік склероздаушы холангит.
Біріншілік склероздаушы холангиттің клиникалық көрінісінің жетекші
синдромы - холестаздық. Оның ББЦ-дан айырмашылықтары: холангитке
байланысты дене қызуының оқта-текте 39-40°С көтерілуі, сол кездерде
науқастың қалтырап, ағыл-тегіл терлеуі;



пункциялық биопсияда анықталатын
центролобулярлық холестаз; өт жоддарының
сақталуы, олардың кеңеюі; бауырдың бөлшектік
құрылымының бұзылмауы; порталдық

- инфилтраттардың құрамында нейтрофилдер санының басым болуы;
- УДЗ, ретроградтық холангиографияда бауырдан тыс өт жоддарында кедергінің анықталуы;
- иммунологиялық зерттеуде айтарлықтай өзгерістердің болмауы және АМА жоқтығы.



Асцитті синдром болғанда бауыр циррозын "іркілістік бауырдан" айыру жобасы

Сарғаю	Жиі байқалады	Болмашы деңгейде болуы мүмкін
Бауырдың шеті	Үшкір, тығыз, ауырсынусыз	Жұмыр, серпінді, ауырсынатын
Плеш белгісі (гепатоюгулярлық "рефлюкс")	Болмайды	Болады
Спленомегалия	Науқастардың барлығында ұлғаяды	Кейде болады
Тамыр жұлдызшалары, пальмарлық эритема	Өте тән	Тән емес

Коллатеральдік қан ағымы белгілері (өңеш, асқазан веналары-ның варикозды кеңеюі т.б.)	Тән	Тән емес
Диуретиктік емнің нәтижелері	Асциттің азаюы	Ісінудің азаюы, бауырдың кішіреюі
Цитолиз синдромы	Активті сатыда айқын білінеді	Шамалы және жүрек шамасыздығының ауыр сатысында болады
Гипоальбуминемия	Аса тән белгі	Сирек кездеседі
Гипохолестеринемия	Аса тән	Сирек байқалады
Мезенхималық қабыну синдромы	Айқын	Тән емес
Гипербилирубинемия	Болуы тән және айқын	Болмайды немесе болмашы деңгейде



- Биллиарлық бауыр циррозының ерекшеліктері. Цирроздың бұл түрі бауырда түзілген өттің ағып шыға алмауынан болады. Даму тегіне қарай оның біріншілік және екіншілік түрін айырады.
- Біріншілік биллиарлық, цирроз (ББЦ). Даму негізінде бауырішілік өт жолдарының (бөлікшекаралық, септалық) биллиарлық эпителийіне қарсы аутоантиденелердің түзілуі жатады. Антиденелер бұл жасушалардағы митохондрийлердің мембраналарына қарсы түзіледі, яғни антимиохондрийлік антиденелер (АМА) пайда болады. Осы кезде митохондрийлердің 9 түрлі антигендеріне антиденелердің түзілуі анықталған. ББЦ-да бұлардан басқа түрлі антиденелер болуы мүмкін, мәселен, РФ, антиядролық, тегіс салалы бұлшықетке, ацетилхолиндік рецепторларға, бірақ бұлардың ішінде науқастардың 80-100%-да табылатын АМА ББЦ индикаторы болып саналады Түтікшелік эпителийдің аутоиммундық зақымдануынан өт қышқылдары түтіктердің сыртына шығады. Перидукталалық аймақтарда осыдан дамиды қабину мен фиброздық процестер циррозға алып келеді.



Өт түтіктерінің бұзылып жойылуына холестаз пайда болады. Көрінісінде басты орын алатын холестаздың белгілері:

- меланиннің жиналуынан терінің қара қоңыр пигментациясы (жауырынның, буындардың сыртқы бетінің, содан кейін бүкіл дененің);
- дененің шыдатпай қышуы, әсіресе түнгі мезгілде немесе ваннада шомылғаннан кейін; теріде қасыну іздерінің болуы, қасынудан екіншілік пиодермияның, лихеинизацияның дамуы;
- баяу дамиды холестаздық типті сарғаю; сарғаюдың ерте басталуы процестің аса активтілігін дәлелдейді;
- ксантелазмалардың тез жиналуы;
- майға еритін витаминдердің мальабсорбциясы (А, В, К витаминдердің гиповитаминозы);
- аутоиммундық процеске байланысты бауырдан тыс жүйелік зақымданулардың болуы: Шегреннің құрғақ диффуздық пневмосклероз, фиброздаушы альвеолит, васкулит, т.б.; синдромы,
- зәрде уробилиннің жоқтығы, нәжістің ахолиясы (стеркобилиннің аздығы);
- қанда аса биік билирубинемия 250-340 ммоль/л деңгейдегі, (тікелей билирубиннің басым көбеюінен) және холестазға тән заттар деңгейінің биіктеуі: сілтілі фосфатазаның, 5-нуклеотидазаның, у-ГТП, өт қышқылдарының, холестериннің, Р-липопротеидтердің, фосфолипидтердің, жездің; иммунглобулиндердің көбеюі және АМА болуы тән;
- бауыр биопсиясында: бөлікшеаралық өт түтіктерінің жойылуы немесе азаюы; порталдық кеңістіктердің кеңеюі, инфильтрациясы, фиброзы; бөлікшілік септалар, бөлшектің шет аймақтарындағы холестаз; гепатоциттерде орсеин құрылымдардың болуы және бауырда жездің жиналуы;
- рентгендік және УД зерттеуде бауырдан тыс өт жолдары өтімділігінің қалыпты күйде болуы.



Бауыр комасы
Құсығы “көфеге” ұқсас



Бауыр комасы кезінде алақанның айқын сары түске боялуы



- Бауыр циррозының диагностикасы келесі белгілердің болуына негізделеді:
- цитолиттік, холестаздық, портальдік гипертензия синдромдарына және олардың бауыр-жасушалық шамасыздығымен бірге жүруіне;
- аталған синдромдардың лабораториялық-аспаптық зерттеулермен дәлелденуіне;
- бауыр циррозының морфологиялық белгілеріне (диагностика үшін ең нақтысы).

Дифференциалды диагностикасы



- Бауыр циррозының көрінісі, бір қарағанда кейбір ауруларға ете ұқсайды, сондықтан оны айыру кейде қиындыққа соғады.
- Бауыр циррозының созылмалы гепатиттен айырмашылықтары - архитектурасының айқын бұзылысы (морфологиялық зерттеудің нәтижесі бойынша), порталдық гипертензияның клиникалық белгілері (асцит, спленомегалия, веналық коллатеральдар, асқорыту жолынан қанның кетуі).
- Бауыр циррозын, өсіресе оның порталдық түрін келесі аурулардан айыра білу қажет:
- Цирроз-рак және бауырдың біріншілік рагы; бұл ауруларда асциттің дамуы қақпа венасының және оның тармақтарының тромбозынан, метастаздардың бауыр түбірі маңындағы лимфотүйіндеріне тарауынан және іш астарының карциноматозынан болады; бұл процестерді айыруға бауыр ісігінің маркері - α -фетопротеиннің табылуы, бауырдың УДЗ-і және лапароскопия мен ангиография көмектеседі.

Дифференциалды диагностикасы



- Констрикциялық перикардит (бауырдың ұлғаюына, асцитке әкелетін), оны айыру үшін Эхо-КГ және рентгендік кимография жасалынуы тиіс. Қатерсіз сублейкемиялық миелоз (бауырдың, өсіресе талақтың ұлғаюына әкелетін). Бұл ауруда порталдық гипертензия, асцит болмайды. Диагностикаға трепанобиопсияны жасаған маңызды.
- Бауырдың альвеококкозы; бұл ауруда бауыр ерекше қатты болады, талақ ұлғаюы мүмкін. УДЗ-де бауырда көптеген домалақ кисталар анықталады. Диагностикаға спецификалық иммундық реакция және лапороскопия көмектеседі.



- Бауыр циррозының емі оның компенсация деңгейіне
- кдрай жүргізіледі. Компенсация сатысында диета оншалықгы
- шектелмейді, алкогольге, гепатотропты дәрмектерге қатаң тыйыщ салынады. Тағамның қорытылуы мен сіңірілуі қамтамасыз етілуі тиіс. Ішектің микробтық контаминациясы болғанда оны жою қажет. Компенсация кезінде науқастың қызметі аяқ үстінде ұзақ тұруға, жүруге, салқын немесе ыстық температураға байланысты болмаса, овда оған үйреншікті жұмысымен шұғылдануға болады. Портальдік гипертензия қосылған кезден, науқас іш қуысы қысымын биіктететін дене қызметтерінен аулақ болуы тиіс. Бауыр циррозының активтілігі күшейген, декомпенсацияланған кезевдерде төсек төртібі мен ауруханалық емді қолданады. Бауыртекті энцефалопатияның белгілфі сөл көрінсе-ақ белоктың мөлшері 40 г/тәул. дейін азайтылады, ал асцит болғанда тұзсыз диетаға ауыстырылады.



- Диспепсиялық бұзылыстарды жою үшін өтсіз ферменттік, ішек бойында сіңбейтін антибактериялық дәрмектер, пробиотиктер қолданылады.
- Бауырға күш салатын немесе цирроз процесін қоздыруы мүмкін ықпалдарды тоқтату қажет, мәселен, вакцинацияны, инсоляцияны, физиотерапияны, дәрі-дәрмектерді, әсіресе фитодәрмектердің саны мүмкіндігінше азайтылуы тиіс.



- Вирустық бауыр циррозында интерферонды қолдану мәселелері және ол емнің нәтижелері толық анықталып шешілмеген. Қазіргі уақыттағы талаптар бойынша интерферон вирустық цирроздың активті сатысында, бірақ компенсация күйіндегі, НВУ+НСУ, НСҰ және НВеАё анықталған науқастарға ғана қолданады.
- Алкогольдік гепатитте алкогольдік ішімдіктің барлық түрлеріне қатаң тыйым салынады.
- 3. Біріншілік биллиарлық циррозда (бауыр трансплантациясыН күтудегі науқастарға) урсодезоксихол қышқылын қолданады.
- 4. Гемохроматозға байланысты циррозда бауырдағы гистологиялық өзгерістерді қан ағызумен біршама кдйтарады, бірақ қалыптасқан циррозға бұл ем әсер етпейді.



- 5. Вильсон-Коновалов ауруында купренил циррозды барысына біршама оң әсер етеді. 6. Кардиальдік фиброзда негізгі жүрек-тамыр ауруы неғұрлым ерте емделуі тиіс, мүмкін болса хирургиялық ем қарастырылады (ақауды жою, т.б.).
- 7. Екіншілік биллиарлық циррозда бауырдан тыс өт зсолдарының обструкциясы неғұрлым ерте емделуі тиіс.
- 8. Аутоиммундық цирроздың активті фазасында және айқын гиперспленизм болғанда глюкокортикоидтық емді қолданады. Цирроздың терминальді сатысында оны қолдану қажетсіз. Негізінде, преднизолон у-глобулиндері биік науқастарға ғана берілуі хяіс. Цирроздың бұл түрінде соңғы уақытта келесі үлгімен пульс-терапия қолданышуда: 1-ші күні — 40 мг; 2-ші күні — 40 мг; 3-ші күні - 40 мг ішуге беріп, содан кейін толық үзеді. Осылайша ем курстарын, у-глобулиндер ең болмаса 25-27% төмендегенше, ай сайын қайталайды. Көбіне бауыр циррозының емінде базистік шараларға, симптомдық емге, асқынулардың алдын алуға көп мән беріледі.

Симптомдық ем.



- Портальдік гипертензия дамығанда жүргізілетін симптомдық ем:
- 1. Қақпа венасында қан қысымын төмендету мақсатымен вазодилататорлардың біреуін таңдап, үзбестен ұзақ қолданады, мәселен, анаприлинді, капотенді, әсері ұзартылған нитратты, кальций антагонисін.
- Портальдік гипертензияның эндоскопиялық көрінісі II дәрежеден асқанда өңеш веналарының склероздау емін қарастырады.
- 2. Ай сайын 200-400 мл плазма немесе 40 г альбуминді құйяды. Асцит немесе ісіну пайда болғанда олардың дозасын екі есе көбейтеді.
- 3. Верошпирон, асцит болмаған кезде күніне 3 таблеткадан, асцит болғанда 6 таблеткадан.



- 4. Асцит болғанда верошпиронға қоса лазикс 40 мг аптасына 2 рет Немесе
- одан артық (сұйықтықтың іркілу деңгейіне қарай). Ы-Үлкен дәрет күн сайын жүрмесе, дәрет күн сайын болғанға дейін
- күніне 1-3 қасықтан лактулозаны ішкізеді. "■ Ас қорытылуын қамтамасыз ету үшін өтсіз ферменттік
- дәрмектерді -креон, панцитрат, мезим-форте, панкреатинді күніне, ең болмағанда 2 дражеден немесе 2 капсуладан үнемі қолданады.



- '■ Үш айда бір мына дәрмектердің біреуімен 7-10 күндік ішектің деконтаминация емі жүргізеді: канамицин 0,25 г 4 рет; стрептомицин 0,25 г 4 рет; сульгин 0,5 г 4 рет; фталазол 0,5 г 4 рет. Парентеральдік витаминотерапия ең кемінде жылына 2 реттең; витамин В12 500у аптасына 2 рет + витамин В: — 2 мл күн ара + витамин В6 — мл күнара + бұлшықетке, аскорбин қышқылының 5% ерітіндісінің 2-4 мл күн сайын вена ішіне

Бақылау сұрақтары

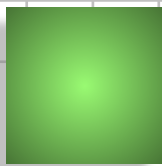
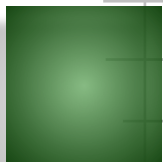


Бауыр циррозы дегеніміз не?

Қандай синдромдарын білесіз?



ӨТ жолдарының ДИСКИНЕЗИЯСЫ



Анықтамасы



- Өт жолдарының дискинезиясы - өт жүруінің бұзылысына әкелетін өтқабының, Мирицци, Люткенс және (немесе) Одди сфинктерлерінің жиырылу функциясының кемістіктері (әлсіздігі, күшеюі немесе бір-бірімен келісімсіздігі).

ЭТИОЛОГИЯСЫ.



- Өт бауырда үнемі түзілгенімен, онекіелі ішекке көбіне ас қорыту кезінде түседі. Өтқабының, өт жолдарының қызметі вегетативтік нерв жүйесімен және гормондармен реттеледі.
- Өт жолдары дискинезиясының біріншілік және екіншілік (симптомдық) түрлерін айырады. Біріншілік түрі сирек кездеседі, көбіне невротикалық синдромда байқалады. Екіншілік түрі өт жолдарының органикалық ауруларында, панкреатитте, онекелішектің, асқазанның, іш қуысының өзге ағзаларының патологиясында болады.

ЭТИОЛОГИЯСЫ.



- Өт жолдарының дискинезиясы өтқабының және өт жолдары сфинктерлерінің тонусы мен жиырылуының бұзылысынан дамиды
- Дискинезия дамуында психогенді факторлар да, адам мінезінің психикалық ерекшеліктері маңызды роль атқарады және кейбір дәрмектер де септігін тигізеді, мәселен, морфин, симпатомиметиктер, холинолитиктер.

Патогенезі.



- Өт жолдарының дискинезиясы өт жолдарының жиырылу қызметінің нервтік, гуморальдік реттелу бұзылыстарынан дамиды. Дамуына әкелетін басты себептер: ваго немесе симпатикотония; катехоламиндер, ацетилхолин, холецистокинин, мелатонин және басқа гастроинтестициальдік гормондардың арасындағы дисбаланс.

Патогенезі



- Бірінші топтағы гормондардың белсенділігінің жоғарылауы өт жолдарының гипертониялық дискинезиясын, ал екінші топтағылардың көбеюі — гипотониялық дискинезияны дамытады. Асқазан, онекелішек, жіңішке ішек, ұйқыбездің ауруларында бұл гормондардың түзілуі бұзылады, осыдан аталған ағзалардың патологиясында өт жолдарының дискинезиясы жиі байқалады.

От жолдары дискинезисының жіктемесі



- 1. *Гиперкинетикалық (гипертониялық) түрі*
- а) өтқабының немесе қап түтігінің гипертониясы;
- ә) Одди сфинктерінің түйілуі.
- 2. *Гипокинетикалық (гипотониялық) түрі*
- а) өтқабының гипотониясы;
- ә) Одди сфинктерінің шамасыздығы (панкреатикалық тип).
- 3. *Аралас түрі.*

Клиникалық көрінісі.



- Өт жолдарының дискинезиясы көбіне 20-40 жас аралығындағы арықша келетін, астениялық типті әйелдерде кездеседі және асқазанның, ішектің дискинезиялық бұзылыстарымен бірге жүреді. Сондықтан жүрек айнуы, құсу, кекіру, қыжылдау, іштің шұрқырауы және кебуі жиі байқалады. Әдетте, өт жолдарының дискинезиясы етеккірі келер алдында, эмоциялық күйзелістерде, климакс кезінде күшейіп мазалайды.

Өт жолдары дискинезиясының гиперкинетикалық түрі.



- Көрінісіне оң қабырғалықтың кенет өткір шаншып, түйреп ұстамалы ауыруы тән. Ұстамалар қысқа, бірнеше минуттан бір сағатқа дейін. Ауырудың өткірлігі кейде өт шаншуына ұқсайды. Шаншудың себебі — Одди, Люткенс сфинктерлерінің және өтқабының бір-бірімен келісімсіз, яғни бір уақытта түйілуі, осыдан өтқабы ішілік қысымның кенет биіктеуінен өт қабы қабырғасының керілуі. Әдетінде, оң жақ қабырғалық тамақтанғаннан 1 сағаттан кейін ауырады; ауыру оң иыққа, жауырынға, кейде кеуденің сол жағына тарайды; шаншу қалай кенет басталса, солай басылады, кейде күніне бірнеше рет қайталаанады.



- Ұстаманың кезінде қызу көтерілмейді, лейкоцитоз болмайды. Кейде жүрек айнуы, құсу, ішектің дискинезиясы және вазомоторлық, нейровегетативтік синдромдар (терлеу, тахикардия, гипотония, әлсіздік, бастың ауыруы) байқалады. Көбінде түнгі ұйқы бұзылады, жүректің тұсы шаншиды. Ұстамадан тыс кезде оң қабырғалықта салмақ сезінуі мүмкін.

Өт жолдары дискинезиясының гипокинетикалық түрі.



- Бұл түрінде оң қабырғалық сыздап ауырады, салмақ бату сезімі үнемі мазалайды. Өт шаншуына ұқсайтын ұстамалар болмайды. Оң қабырғалықтағы дискомфорт тамақтан кейін күшейеді, ауыру басқа жаққа таралмайды. Бірақ диспепсиялық бұзылыстар (тәбеттің төмендеуі, ауыздағы ащы дәм, кекіру, жүрек айнуы, іштің кебуі, қатуы, жиі өтуі) көп мазалайды.
- Гипокинетикалық дискинезия симпатикотонияда болады және оның дамуына антихолецистокининнің көбеюі немесе онекелішекте холецистокининнің аз түзілуі септігін тигізеді.

Өт жолдары дискинезиясының аралас түрі.



- Бұл жағдайда гипо және гиперкинетикалық дискинезияның белгілері қосарланып немесе кезектесіп білінеді.



- Қан мен өт анализдерінде қабыну белгілері болмайды.
- Гиперкинетикалық түрінде үш фракциялық дуоденальдік зондылауда В және С порцияларда өт аз болады және өттің бөліну уақыты қысқарады. Өт қабы рефлексін қоздыратын дәрмектер ауырсынуды туғызады.
Холецистографияда өтқабының кішіреюі және тез босауы анықталады.



- Гипокинетикалық түрінде, үш фракциялық зондылауда, стимуляторды салғаннан кейін керісінше, ауырсыну азаяды, өтқабы рефлексінің әлсіздігі байқалады, өттің түсі аса қоңыр және өт баяу ағып шығады. Холецистографияда — өт қабының керіліп ұлғайғандығы және өте баяу босауы немесе стимуляторды қайталап салғанның өзінде босамауы анықталады.
- УДЗ-де — өт қабының моторлық функциясының бұзылысы анықталады.

Гиперкинетикалық түрінің емі.



- N5 емдәм беріледі, өтқабының түйілуін қоздыратын өсімдік майы, майлы қамырдан, еттен жасалған тағамдар, газды сусындар шектеледі; науқасты аз-аздан күніне 4-5 рет тамақтандырады.
- Спазмолитіктік дәрілер:
- *а) миолитіктер* — но-шпа 2% ерітіндісі 2 мл бұлшық етке немесе 0,04-0,08 г 3 рет ішуге беріледі; галидор 2,5% ерітіндісі 2 мл бұлшықетке немесе 0,1-0,2 г 3 рет таблетка түрінде; нитроглицерин 0,005 г тіл астына шаншу кезінде; нитросорбид 20 мг күніне 3 рет; сустак форте 1 таб. күніне 3 рет; одестон 0,2 г 3 рет. Миолитіктерді ұзақ қолдануға болады;

Гиперкинетикалық түрінің емі.



- *ә) холинолитиктер:* гастроцепин, атропин, метацин, платифиллин шаншуды басу үшін аз уақытқа тағайындалады;
- *Холеретиктер тобының өт айдаушы дәрмектері* (өт түзілуін арттыратын және өттің айдалуын тездететін): лиобил, аллахол, холензим, фламин, жүгерінің шашақтары, итмұрын, никодин, оксафенамид, циквалон және гидрохолеретиктер - өттің сұйық затын көбейтетін (минеральді сулар, валериана, салицилаттар т.б.)

Гиперкинетикалық түрінің емі.



- *Зондсыз тубаж* — (минеральді сумен немесе жүгері шашағының тұндырмасымен) аптасына 1-3 рет, барлығы 4-8 процедура. Зондсыз тубаждарды менструация келер алдында үнемі жасаған тиімді.
- *Седативті дәрмектер* — психовегетативтік бұзылыстарда транквилизаторларды жеңіл дозада беріп көреді.
- *Физиотерапия*
- электрлік ұйқы;
- Щербак әдісімен гальваникалық жаға;
- мойынның симпатикалық түйіндеріне натрий оксибутиратымен электрофорез, т.б.

Гипокинетикалық түрінің емі



- N5 емдәм. Тағам құрамында жеміс-жидек, көкөніс өнімдерін, өсімдік, жануарлар майын (тоң майдан басқасын) көбейтеді, яғни тағамның өт айдау қасиетін күшейтеді.
- Өтқабының тонусы мен жиырылуын арттыратын дәрмектер:
- церукал 10-20 мг 3 рет, тамақтан 15 минут бұрын немесе 2 мл 2 рет бұлшықетке;
- домперидон 10-20 мг күніне 3 рет, тамақтан 25 минут бұрын;
- эглонил 0,05 г 1/2- 2 таб. күніне 2-3 рет, тамақтан 30 минут бұрын;
- лимонник тұндырмасы 20-25 тамшыдан 2-3 рет;
- пантокрин 30 тамшыдан 2 рет, тамақтан 30 минут бұрын.

Гипокинетикалық түрінің емі



- Холекинетиктер — өтқабының түйілуіне, бірақ Люткенс, Одди сфинктерлерінің босаңсуына септігін тигізетін өт айдаушы дәрмектер:
- циквалон 0,1-0,2 г 3 рет;
- берберин бисульфаты 0,005 г 3 рет;
- сорбит немесе ксилиттің 10% ерітіндісі 50-100 мл 2-3 рет;
- табиғи карловар тұзын 1/2 — 1 шай қасықтан (1/4-1/2 стакан суға ерітіп) күніне 2-3 рет;
- жоғары минерализацияланған минеральді сулар, салқын күйінде 1/2-1 стаканнан 3 реттен.
- Өт айдаушы дәрмектер тамақтан 30 минут бұрын беріледі.

Гипокинетикалық түрінің емі



- Дуоденальдік тюбаждарды жасау: карловар тұзымен, магний сульфатымен, оливка майымен (30 мл) немесе сорбитпен (20 г 100 мл суға қосып); өтті ағызу үшін науқас өт айдағыш дәрмектің біреуін ішіп, оң бүйіріне жылытқышты басып 2 сағат жатады. Тюбаждарды аптасына 1-2 рет аш қарында жасайды.
- Физиотерапиялық, санаторлық-курорттық ем.

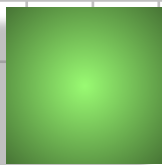
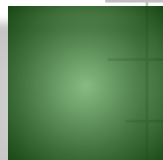
Аралас түрінің емі.

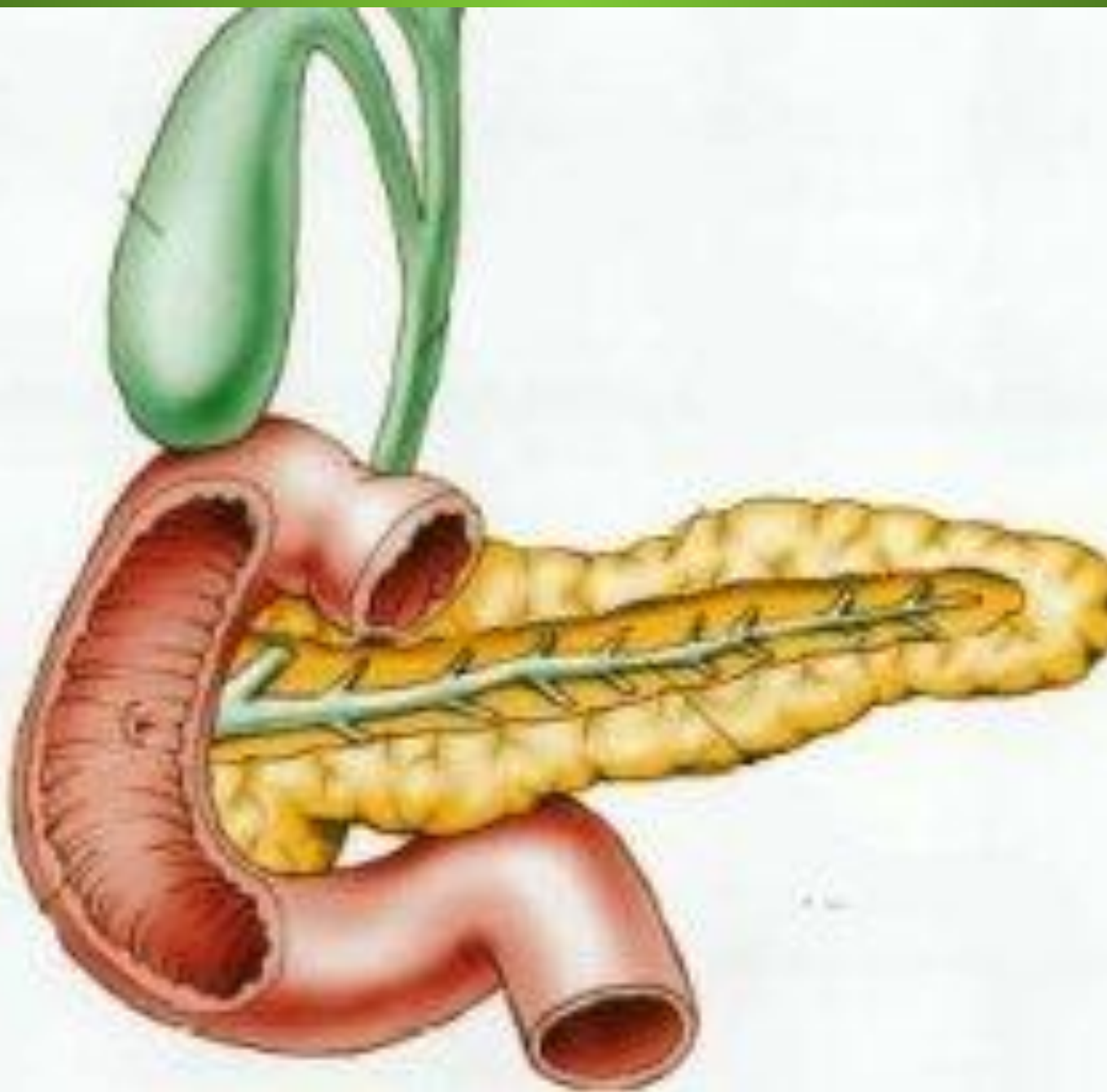


- Өтқабының гипотониясында және Одди сфинктерінің түйілуінде алдымен холеспазмолитиктік дәрмектерді, ал оң қабырғалыққағы ауырсыну басылғаннан кейін холецистокинетиктерді қолданады.



Панкреатит





АНЫҚТАМАСЫ

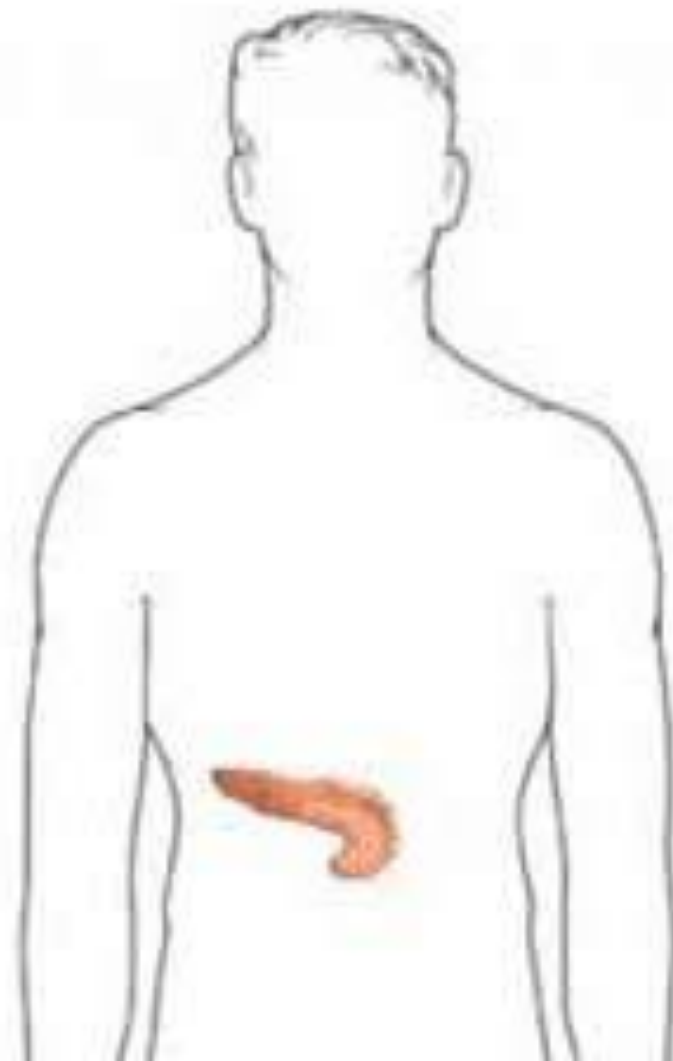


- **Панкреатит** — ұйқыбез тінінің, түтіктерінің зақымдануымен дамидын және себептердің тоқтауына қарамастан өрістейтін, соңында бездің склерозына, экзо-, эндогендік функцияларының жетіспеушілігіне әкелетін ұйқыбездің созылмалы қабыну-дистрофиялық ауруы.

Здоровая
поджелудочная



Воспаление
поджелудочной
железы



Этиологиясы.



1. Ішкілікке салыну (90%). Күн сайын 100 мл-ден алкогольді немесе 2 литрден сыраны ішу 3-5 жылдан кейін ұйқыбезде гистологиялық бұзылыстарды дамытады. Алкогольді үнемі ішетін әйелдерде панкреатиттің айқын көрінісі 11-12, еркектерде 17-18 жылдан кейін пайда болады.
2. Биллиарлық гипертензия — бауырдан төмен биллиарлық түтіктерде қысымның биіктеуі (Фатер емізігінің стенозында, Одди сфинктерінің түйілуінде, холедохта тастың тірелуінде және онкелішектік гипертензияда болатын).
3. Дуоденобиллиарлық рефлюкс (Одди сфинктерінің шамасыздығынан, дуоденостаздан болатын).
4. Алиментарлық фактор — майлы, қуырған тағамды асыра жеу, белоктың жетіспеушілігі, витаминдердің, әсіресе А витаминінің, тапшылығы.
5. Вирустық инфекция (Коксаки В, гепатиттің вирустары).

Лекарственные препараты



Алкоголь



Нормальная поджелудочная железа



Желчнокаменная болезнь



Хронический панкреатит



Вирусы





6. Дәрмектердің әсерлері (ұзақ қолданылған цитостатиктер, эстрогендер, нитрофурандар, қабынуға қарсы дәрмектер, тиазидтік диуретиктер, холинэстераза ингибиторлары).
7. Гиперлипидемиялар (ұйқыбездің паренхимасы мен тамырларына шамадан тыс май жиналуы және бос май қышқылдарының улық әсер етуі).
8. Гиперпаратиреоз (ұйқыбездің түтіктерінде тастар түзілуі, кейіндеу — кальцинозы).
9. Жедел панкреатиттің созылмалыға ауысуы.

Патогенезі.



- Атап өткен факторлар ұйқы безге түрлі әсер етеді.
- Алкоголь ұйқыбездің секрециясын күрт күшейтеді және сөлінде белоктың мөлшерін арттырады. Бөлінетін сөл белокқа аса қаныққан ерітінді болғандықтан, құрамындағы белок ұсақ түтіктерде уыз тәрізді ұйып түтіктердің өтімсіздігіне әкеледі. Қысымның биіктеуінен, түтікшелердің немесе ацинустардың базальдік мембраналары жарылады, бездің паренхимасына өткен ферменттер оны бейтараптайды. Сонымен қатар канға "тасып" түскен ферменттердің әсерінен өзге ағзаларда жүйелі зақымданады.



Бездің өз-өзін бейтараптауынан химиялық некроздар дамиды. Бездің секрециясы неғұрлым күшті болса, деструкцияның көлемі де соншалықты. Некроз ошағындағы май мен май қышқылдарының кальций тұздарын жинап алу қасиеті жүреге бара ұйқыбездің кальцинозына әкеледі. Кальциноздың салдарынан түтіктердің өтімсіздігі онан сайын ауырлайды. Бір басталған процесс, осылайша әрі қарай өз бетінше өрістейді.



- Дуоденобиллиарлық рефлюксте ұлтабардың сөлі (кұрамында өт, түрлі ферменттер, соның ішінде энтерокиназа болатын) ұйқыбездің түтіктеріне өтеді. Мұндайда ұйқыбездің ферменттері түтіктерде активацияланып, бездің паренхимасы мен түтіктерін зақымдайды. Жүре бара түтіктердің деформациясы мен стенозы қалыптасады, Фатер емізігі қабынады және тарылады. Аталмыш бұзылыстардан ұйқыбез сөлінің ағып шығуына көптеген кедергілер пайда болады.



- Сонымен алкоголь бездің кальцинозына, ал биллиарлық гипертензия және дуоденобиллиарлық рефлюкс обструкциялық панкреатитке әкеледі.
- Кейбір дәрмектер (нитрофурандар, қабынуға карсы дәрілер мысалы, аспирин) ұйқыбезді алкоголь тәрізді стимуляциялау арқылы панкреатитті дамытуы мүмкін. Оны идиопатиялық панкреатит болғанда ескеру қажет. Жедел панкреатит 30%, сөлағуының бұзылысынан немесе кальцинаттардың түзілуінен, созылмалыға айналады.

Клиникалық көрінісі.



- Холангиогенді панкреатит көбіне әйелдерде, алкогольдік панкреатит еркектерде кездеседі. Созылмалы панкреатит көрінісінің синдромдары: қабыну-деструкциялық, диспепсиялық, бездің экзокриндік және эндокриндік функцияларының шамасыздығы.



Панкреатиттің басты белгісі —
іштің ауыруы. Оның себептері:
ұлпасының ісінуінен без
капсуласының керілуі (капсулалық
ауырсыну); бездің ісінуінен,
инфильтрациясы мен склерозынан
нерв талшықтарының қысылуы немесе
тітіркенуі; түтікшілік қысымның
биіктеуі.



Іштің ауыратын жерінен бездің зақымданған бөлігін шамалап анықтауға болады. Ұйқыбездің құйрығы зақымданса ауырсыну сол қабырғалықта немесе кіндіктің сол жағында орналасады, денесі зақымданса, онда эпигастрийдің сол жартысы ауырады. Егерде ұйқыбездің басы зақымданса, онда ауырсыну эпигастрийдің оң жартысында, Шоффар аймағында орналасады және оң жақ аймақтарға таралады.



- Ұйқыбездің тотальді қабынуында іштің жоғарғы аймақтары тұтас ауырады немесе өткір, белді буындырғандай ауыру пайда болады. Кейбірде тек арқа ғана ауырады. Әдетте, майлы, қуырған не өткір тағамды ішкеннен 40-60 минуттан кейін ауыру күшейеді. Тамақ ішпесе ауыру басылады. Науқастардың көбі, тәбеті тартса да, тамақ ішуден бас тартып, арықтайды.



- Егер ауырудың себебі түтікішілік қысымның жоғарылауынан болса, ол ұстамалы болады және спазмолитиктердің көмегімен басылады. Капсуланың керілуінен болатын капсулярлық ауырсыну үнемі мазалайды, дененің сәл сілкінісінен, мысалы, жүргенде күшейеді. Науқастар шалқасынан жата алмайды, аяғын ішіне тартып бүйірінде немесе етпетінен жатуға мәжбүр болады. Спазмолитиктер әсер етпейді, тек анальгетиктер (наркотиктер) көмектеседі.



- Панкреатиттің өршу кезінде диспепсиялық синдром пайда болады. Панкреатикалық диспепсияның белгілері: гиперсаливация, кекіру, тәбеттің төмендеуі, майлы тағамнан жиіркену, іштің кебуі. Оның себебі - ұйқыбездің ісінген басы онекелішекке батып қуысын тарылтуы, содан онекелішектің өтімділігі нашарлауы және дуоденальдік гипертензияның пайда болуы.



Сондықтан кекіру, қыжылдау, жүрек айнуы, құсу және эпигастрий аймағының жайылма ауырсынуы пайда болады.

Ұйқыбездің

экзокриндік



функциясының шамасыздығы.

- Абсолютті шамасыздық сирек кездеседі, ол ұйқыбездің ацинарлық жасушаларының деструкциясынан және панкреатикалық липаза синтезінің азаюынан болады. Көбіне салыстырмалы шамасыздық дамиды.



- Сыртқы секреция шамасыздығының белгілері: диарея, шірік иісті майлы нәжіс, тәбеттің жоғарылығына қарамастан дене массасының төмендеуі; В12 витаминінің және майға еритін витаминдердің жетіспеушілігі; панкреатиттің аса ауыр түрінде мальдигестия, мальабсорбция синдромдары дамуы.



- Бұл Лангерганс аралшаларының жойылуынан болады. Глюкагонның тапшылығынан гипогликемиялық синдром, инсулиннің тапшылығында — глюкозаға толеранттылық төмендейді, яғни қантты диабетке тән белгілер пайда болады.
- Панкреатиттің диагностикасында ұйқыбез ферменттері кеуденің төменгі аймақтарында, құрсақтың бетінде диаметрі әр түрлі (1-3 мм) дөңгелек, ашық қызыл түсті микроаневризма болып табылатын дақтар ("тамшылар" — Тужилиннің белгісі);

Панкреатиттің келесі диагностикалық критерийлерін айырған:



- **Негізгі критерийлері:**
- ұйқыбездік ферменттердің қан мен зерде көбеюі (липазаның, амилазаның);
- онкелішектің сөлізде, стимуляциялық сынамадан кейін, ұйқыбездік ферменттер активтілігінің төмендігі және бикарбонаттар мөлшерінің аздығы;
- панкреатитке төн ұйқыбез паренхимасының өзгерістері (УДЗ, КТГ, ангиография, ЭРХПГ нәтижелерінде).
- **Қосымша критерийлері:**
- іштің панкреатит типті ауыруы;
- май мен белоктар қорытылуының бұзылысы (стеаторея, креаторея, ішектік диспепсия, мальдигестия синдромы);
- глюкозаға толеранттылықтың бұзылысы.



- холод на подложечную область;
- в первые 1–3 дня обострения панкреатита рекомендуются голод, прием щелочных растворов каждые 2 часа (например, щелочные минеральные воды);
- применение периферических М-холинолитиков (гастроцепин)



- назначение аналога соматостатина – сандостатина с целью уменьшения секреции поджелудочной железы, устранения болей в животе, снижения потребности в обезболивающих. Сандостатин назначается в дозе 100 мкг подкожно 1–3 раза в сутки (максимально до 600 мкг/сут) на срок от нескольких дней до нескольких недель;
- снижение кислотности желудочного содержимого для обеспечения функционального покоя поджелудочной железы. С этой целью применяют антацидные препараты, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (циметидин), а также блокаторы «протоновой помпы» обкладочных клеток (омепразол);



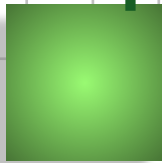
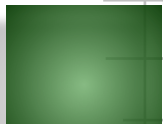
- торможение функции поджелудочной железы: даларгин по 1 мл внутримышечно 2 раза в день в течение 22–24 дней; перспективным представляется применение перитола (по 4 мг 3 раза в день внутрь в течение 8–10 дней)
- ингибиторы ферментов применяются после определения индивидуальной переносимости препарата больным. Применяют следующие препараты: трасилол, контрикал, гордокс. Их вводят внутривенно одномоментно в 5% растворе глюкозы или капельно в изотоническом растворе натрия хлорида. Аллергические реакции на введение этих препаратов наблюдаются с частотой 10–12%;
- противомикробная терапия. Используется при обострении панкреатита, протекающем с повышением температуры, интоксикацией, а также для профилактики осложнений. Обычно применяются антибиотики широкого спектра действия – пенициллины или цефалоспорины (ампициллин, оксациллин, ампиокс, кефзол, клафоран и другие) в течение 5–7 дней в обычных суточных дозировках;



Бауыр және өт қабынның ауру кезінде емдік тамақтану зат алмасу процесінің бұзылуына әсер етіп, асқорыту процесіне оң ықпал жасап, бауыр функциясын қалпына келтіреді және өт бөлінуінің қалпына келтіреді.

Бауыр зат алмасуда орталық орын алады. Тәуліктік түзілген белоктың шамамен жартысы бауырда түзіледі.

Бауырда белоктар түзіледі (липопротеидтер, гликопротеидтер, өт липидтік кешен).






- Диета 80-90г белокты құрауы қажет ауыр гепатобилиарлық жеткіліксіз кезінде шектеліп, жүдеген кезінде жоғарлайды(110-120г дейін)
- Қөп науқастарда майдың мөлшері физиологиялық нормаға тең(80-90г) жануартекті май $\frac{2}{3}$ ж/е өсімдік майы $\frac{1}{3}$ болуы қажет. Май мен белоктың дұрыс қатынасуында тағамның сапасы мен дәмі ықпал етеді.
 - Яғни белоктың бағалы мөлшері рационда майдың болуына жол бермейді.

- Өсімдік май (күнбағыс жүгері, зәйтүн, мақта) рационның өт айдағыш қызметін жақсартады.



- Өсімдік майында полиенді май қышқылдың болуы липолитикалық әсер етіп, липада ферментін белсендіріп, холестерин алмасуын жақсартып, оның лабильді эфирге айналуына әрекет жасайды.
- Өт айдау үшін өсімдік ж/е жануар текті майлар қатынасы 1:1- ге жоғарылайды. Егер науқас денсаулығы рұқсат берсе май мөлшері 120 г дейін жоғарылайды. Осы диета науқасын пайдалануға ішектің гипомоторлық функциясын көрсетеді.

- 
- Өсімдік майын диетада көп қолданбай н/е тіпті пайдаланбау билиарлы жүйені бәсеңдету ж/е өт бөлуді төмендету үшін көрсетіледі.
 - Диетада майды шектеу стеатореялық кез- келген генезінде (бауырлық, панкреаттық, ішектік) диспепсиялық синдромда ішектің гопомоторлық функциясы кезінде, гепатоцилиарлы жеткіліксіздік кезінде тағайындайды.
 - Рациондағы май 50- 70г дейін төмендетіледі. Сары май, еттің майсыз түрін, балық, сүт өнімдерін тағайындайды. Өсімдік майын алып тастайды. Осы диета диспепсиялық синдром ж/е стеаторея басылғанша жалғасады. Ауыр бауыр жеткіліксіздігінде майлар толық алынып тасталады.



- Көмірсулар, сіңімді , аз мөлшерін рационалда қарастырылған белок пен майдың 1:4 қатынасындай беріледі.
- Олиго ж/е дисаридтердің көбеюі, диета мөлшері жоғарлауы өт қышқылының тұнуы мен химиялық құрамының өзгеруіне әкеледі (литогендік қасиетінің жоғарлауы) гипокозаның май түрінде депонирленуіне (липогенез белсенді әкеледі).



**Жир, масло, соль,
сахар, сладости**



**Мясо, рыба,
молоко, яйца**



**Овощи,
фрукты**



**Хлеб,
каши**

- Бауыр аурулары кезінде витаминотерапия кең қолданылады.



- Бауыр ауру кезінде гиповитаминоздар диетаны дұрыс тағайындамаған кезде, асқорыту мен ащы ішекте сіңіру процесінің бұзылуы кезінде, витаминдерді коферменттер (фосфолирлену) ж/е фермент (протеидизация) формасына витаминдердің биологиялық белсендіру процесінің бұзылуы кезінде.

Жедел гепатит кезіндегі емдік тамақтану.



Жеңілдетілген диетаны аурудың барлық кезеңінде ұстанылады- аурудың бастапқы кезеңінде, аурудың өршу ж/е айығу кезеңінде.

Жедел гепатитте механикалық ж/е химмиялық жеңілдетілген езілген тағамдардан тұратын № 5 а, н/е 5 диета тағайындалады.Диетаны толық құнды, бірақ майдың мөлшері шектелген (70-80).Егер диспепсиялық синдром айқын көрінетін болса, онда майдың мөлшері 50 г дейін шектеу рұқсат етіледі.Белоктармен көмірсулармен физиологиялық нормаға сәйкес тағайындайды.

(Белок 80-90г, көмірсулар 300-350г). Диетаның энергетикалық құндылығы 2500 ккал.



- Тағамды көбіне езілген түрде дайындайды. Қуырылған тағамдар диетадан алынады. Тағамды қабылдау бөлшектелген (күніне 5 рет). Тағамды жылы түрінде береді, суық тағамдар алынады. Сүт көжесі, жармалардан н/е езілген көкөністерден дайындалған вегетарианды көжелер (тәрелкенің $\frac{1}{2}$ бөлігі) рұқсат етіледі.
- Еттің майсыз сорттары суфле, кнели, булы катлет. Балық пісірілген түрде, қышқылды емес ірімшік, белокты омлет, сүт, сары май рұқсат етіледі.
- Көкөністер шикілей езілген түрде тағайындайды. Піскен ж/е тәтті жемістер ұсынылады. Нан тек ақ, кептірілген.





- Тәбеттің жоқтығы, жүрек айнуы мен құсу кезінде диета әр науқастың жеке дәм сезуіне қарай таңдалады.
- Диетаның әр түрлі түріне қарай (№5) көшу науқастағы диапепсиялық синдромдар, сарғаюдың кетуі, бауыр мен көк бауырдың өлшемі қалыпқа келуі ж/е тәбеттің қалыпқа келуі кезінде орындалады.



Созылмалы гепатит кезіндегі тамақтану.

- Белок мөлшерін оптимальды пайдалану;
- Әр түрлі тағамдық заттар тобын (белок, май, көмірсу алмастырылмайтын факторларды ескере отырып тепе- теңдікте құрастыру);
- Витаминдермен ж/е микроэлементтермен организмге жеткілікті мөлшерде қамтамасыз ету;
- Бөліп тамақтануды сақтау (4-5 рет) алкогольді толық шетеу.

- 
- Науқастың қанағаттанарлық жағдайына қарамастан №5 диетаны ұстану керек. Бірақ кезеңділікпен № 15 диетаның пайдалануға рұқсат етіледі.
 - Белгіленген сағатта тамақтаны, кешкілік көп тамақ қабылдамауға тырысу.
 - Бұл асқорыту сөлінің бқлінуін реттеп, әсіресе өт пен ұйқы безінің жұмысын жақсартады.
 - Асқазан ж/е 12 елі ішек, ащ ішектің жоғарғы бөлігінің шырышты қабатына тітіркендіргіш әсер ететін тағам қабылдамау керек оларға :
 - Приправалар, тәттілер, қақталған өнім, ащы тағам, көкөніс, эфир майына бай (редис қияр, шалған, сарымсақ).
 - Привратник сфинктер,суда өт жолының спазымын тудыратын азық-түлік(суық сусындар, минеральды сулар) ,беруге болмайды.



- Ремиссия сатысында вегетариандық көже, сүт, жеміс сорпалаары араластыруға

болады.

- Майсыз ет ж/е балық қайнатылған түрде, пісірілген аптасына 1-2 рет қуырылған түрде.
- Еттің майлы түрлері (үйрек, қаз, қой еті, майлы шошқа еті) ж/е балық араластырылмайды.
- Ішкі мүшелер еті ми, сало, қой еттері нашар қорытылуымен ж/е холестеринге байлығымен рұқсат етілмейді.



- Ірімшік (қышқыл емес) ж/е оның өнімдері (сырник, ленивые вареники, пудинг ж/е пісірмелер) ұсылыналады. Жақсы қорытылуы болса аптасына 1-2 шт 2-3 рет жұмыртқа ж/е омлеттер нашар қорытылуы болса белокты омлеттер беріледі.
- Сүт барлық түрде (суық емес,) сүтті қорыта алмаса сумен н/е шаймен жартылай араластырып беріледі. нәтиже болмаса сүт берілмейді.
- Көкөністерді салат жие гарнир ретінде беруге болады.
- Жемістерді таза түрінде н/е компот, кисельдер, мусстар, желе, пудинг түрінде беріледі.
- Сусындар қою емес шай, жеміс- жидек, көкөніс сусындары, шиповник қайнатпасы. Қою кофе мен какао рұқсат жоқ, қант, тосап ж/е бал диета қаралған диетада қаралған мөлшерге сәйкес беріледі.

фрукты
и овощи

хлеб, картофель,
рис, макароны



мясо, рыба,
яйца, бобовые


молоко и
молочные продукты

еда и напитки с высоким
содержанием жиров и сахара

• Бауыр циррозы кезіндегі емдік тамақтану.



- Ұсынылатын шаралар тамақтану режим, диета, витаминдер, глюкокортикоидтар, иммунодепрессандтар, цитостатикалық әсер етуші препараттар, қан- тамыр кеңейткіш ж/е өт айдағыш заттар, бактерияға қарсы терапия – қандайда зақымдану басымдылығына байланысты жүргізіледі.

- 
- Диспепсиялық бұзылыстар өршіген кезде (лоқсу, құсу, құрсақ аймағында ауырсыну сезімі ж/е тарылу сезімі) 5а үгітілген диетада ұсынылады. Ал стеатореямен қоса жүретін іштің өтуінде майдың мөлшері 50-60г дейін шектеледі.
 - Сүтті таза түрінде, бал, қайнатпа ж/е басқада әлсіздендіруші өнімдерді алып тастайды.

• Холецистит кезіндегі емдік тамақтану.



- Тамақтану режимі аурудың жедел кезеңдегі асқорыту жүйесінің қарастырылады.
- 1-2 күннен кейін (аурудың ауырсыну синдромының төмендеуіне байланысты) шектелген көлемді үгілген тағам: шырышты ж/е үгілген сорпа (күріш, манка) үгілген ботқа (күрішті, сұлы, манка) кисель, желе, тәтті жеміс- жидектен мусс.

- Аурудың басталғаннан бірнеше күн өткен соң № 5а диеталық тағайындайды





- **Созылмалы панкреатит.**
- Жоғарыда айтылғандай, ауру өршігенде шектелген калорийлі қатаң аялау емдәмі немесе ашығу емдәмі беріледі. Ремиссия кезеңінде құнарлығы 3000 ккал тағам алады.
- Бір ғалымдардың ойынша емдәмде көмірсу мөлшері жоғары, май мен ақуыз шектелген –1г-1 кг-ға болуы қажет. Бұл ұсыныстар панкреатит кезіндегі секреторлық бұзылысқа негізделген.
- Бұл ғалымдардың ойынша ақуыз мөлшері көбейтілсе безде протеолитикалық үрдістердің активтенуіне әкелуі мүмкін. Майсыз ет пен балық жеуге болады. Май 60-70 г. Ауыр панкреатикалық стеатореяда май 50 г.



ЗАПРЕЩЕНО!!!



Блог о панкреатите
hronicheskiy-pankreatit.ru

Календарь
здоровья



• Жедел панкреатит кезіндегі науқасты тамақтандыру.



- 1. Ұйқы безін максимальді аялау;
- -гиперферриентемияны азайту;
- -ұйқы безінің секреторлы функциясын төмендету;
- - 12-елі ішекте ұйқы безі ағымдарында стаз болуды төмендету. Алғашқы 2 күн ашығу: 6 рет 200 мл-ден сұйықтық ішуге болады (1-1,5 л);
- -газсыз бөлме температурасындағы сілтілі минер. сулар (0,8-1 л);
- -1-2 стакан итмұрын қайнатпасы (0,2-0,4 л), қою емес шай.



- 3- күннен бастап емдәм N5 П, жедел панкреатит арналған (5-7 күнге); қатаң механикалық және химиялық аялау; асқазан секрециясын күшейтетін, өт қабы моторикасын қоздыратын, ішекте ащу процесін күшейтетін тағамдар берілмейді. 3-4 күні сұйық және жартылай сұйық тағамдар.
- 80 г ақуыз (65 % жануар тектес); 40-60 г май;
- - 200 г көмірсу (15 г қант);
- - 1500-1600 ккал, NaCl – буюерілмейді, бос сұйықтық 1,5 –2 л.
- - 8-10 күннен бастап N5 П емдәмінің екінші варианты 6 айға беріледі

• Өт жолдарының дискинезиясында қолданылатын емдік дене шынықтыру



- Емдік гимнастиканы қолдану өт қабы қызметін реттеудің орталық және шеткі механюмдеріне әсер етеді, іш қуысында қан айналысын жақсартады, өттің өт қабынан өт жолдарына өтуін жақсартады, ішектің қызметін жақсартады (іш қатпасымен күрес), ауру шағымдарын азайтады, ауру адамды жалпы сауықтырып, оның еңбекке қабілеттігін арттырады.
- Өт қабының жиырылуының бұзылуына қарап, дискинезияның гиперкинетикалық (спастикалық) және гипокинетикалық (атониялық) түрлерін ажыратады.

- ЕДШ белгілерде функциональдық өзгерістерді ескеру керек. Ауру қайталағанда түсетін күшті азайтады, сақтандыру режимін белгілейді, емдік гимнастиканы қолдануға болмайды. Жүктемені аурудың клиникалық ерекшелігіне, науқас адамның жасына, жынысына, дене қызметіне төзімділігіне қарап анықтайды. Жалпы жаттығулармен қатар арнайы жаттығулар тағайындалады. Оған жататындар диафрагмалық тынысқа арналған, бұлшық еттерді босансыту және іш қабырғасы бұлшық еттерін күшейту жаттығулары жатады.







Назар қойып
тыңдағандарыңызға
рахмет!

