

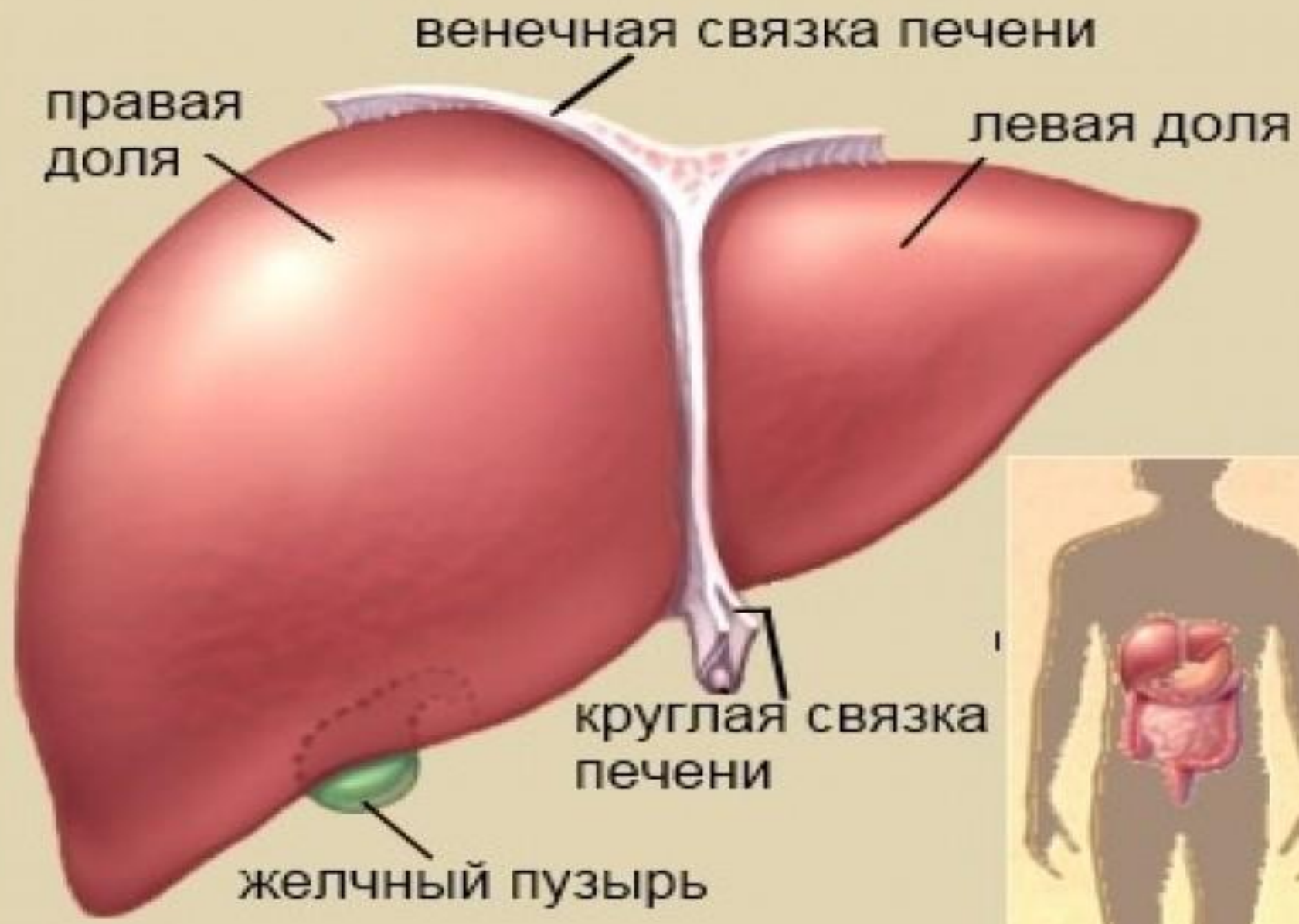
СЕМЕЙ.Қ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ.

ІШКІ АУРУЛАР ПРОПЕДЕВТИКА
КАФЕДРАСЫ.

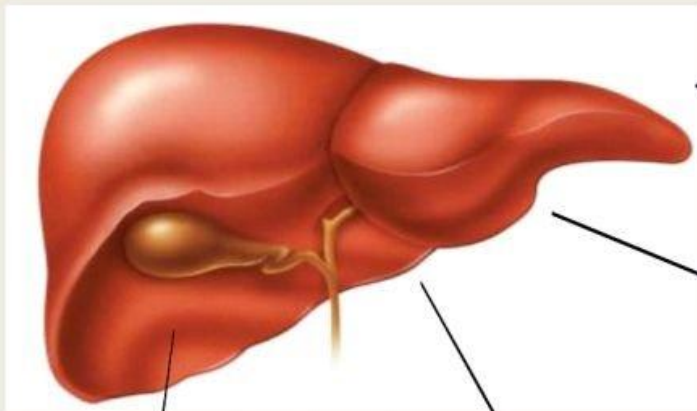
Бауыр ауруындағы
синдромдар.



ОРЫНДАҒАН: ОЖЫҚАНОВА С.Р.
302 СТОМАТОЛОГИЯ
ФАКУЛЬТЕТІНІҢ СТУДЕНТІ.



Печень – основные функции



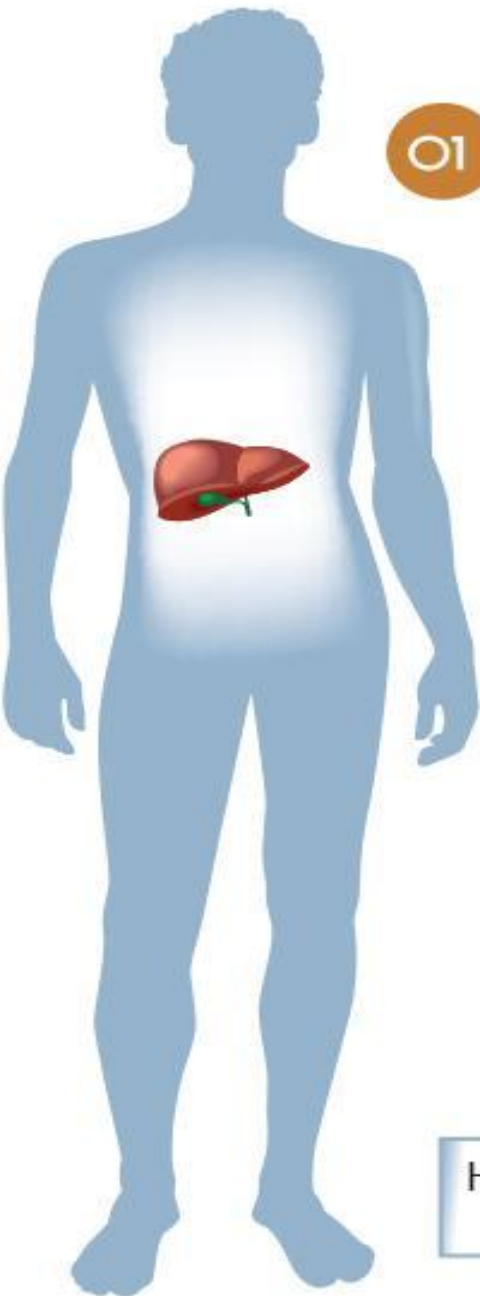
Кроветворная

Обмен веществ

Экскреторная

Барьерная

Повреждения печени



01

ИНФЕКЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

- Вирусы (*гепатит А, В, С, D, вирус Эпштейн-Барра*)
- Бактерии
- Паразиты

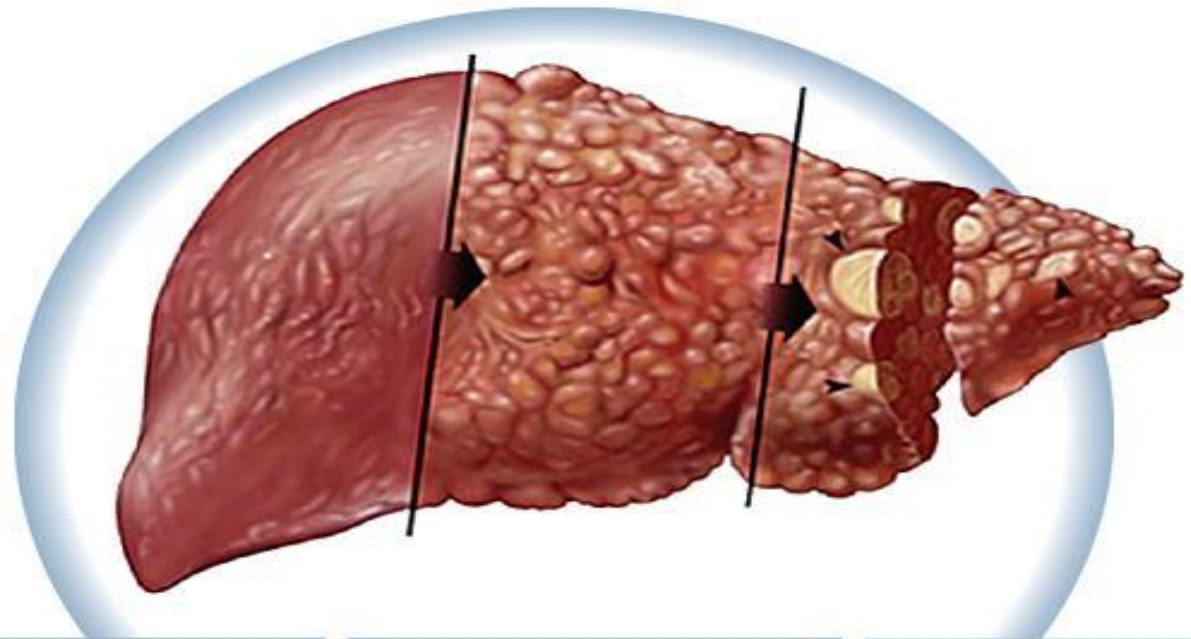
02

ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ

- Алкоголь
- Лекарства
- Химические вещества

03

АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ



Нормальная структура
печени

Нарушение структуры
и функции гепатоцитов

Прогрессирование
заболевания

Признаки болезней печени



Показания для гепатобиопсии

(2 основных или 1 основной + 2 дополнительных)

1-Гепатомегалия и/или спленомегалия

2- Синдром цитолиза (повышения уровня печеночных ферментов).

3-Длительность гепатита более 6 месяцев без тенденции к улучшению.

**А- желтушность кожи и склер ,
Б- геморрагии.**

В-Печеночные знаки. (сосудистые звездочки, красная ладонь),

Г- Мезенхимально-воспалительный синдром (гипергаммаглобулинемия, изменение показателей белково-осадочных проб).

Д- Обнаружение маркеров вирусов гепатита В, С, Д,

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЛЫҚ СИНДРОМДАР

- -Цитолитикалық синдром;
- -Бауыр-жасушалық жетіспеушілік синдромы;
- -Иммунды қабынулық синдром;
- -Холестатикалық синдром;
- -Астеновегетативті синдром;
- -Диспепсиялық синдром;
- -Геморрагиялық синдром;
- -Көкбауырдың ұлғаю синдромы;
- -Портальды гипертензия синдромы.

ЦИТОЛИТИКАЛЫҚ СИНДРОМ.

Немесе бұл синдромды гепатоциттердің бүтіндігінің бұзылыс синдромы деп те атайды. Бұл синдром вирусты, дәрілік, токсикалық гепатит және басқа бауырдың жедел зақымдалуы кезінде, бауыр циррозы, созылмалы белсенді гепатит, обструкционды сарғаю кезінде дамиды.

Морфологиялық бұл синдром үшін ацидофильді және гидропиялық дистрофия, жасушалық мембрана зақымдалуымен гепатоцит некрозы тән.

Себептері:

- Жасушалық мембрана өткізгіштігінің бұзылысы.
- Гепатоцит некрозы.
- Мембранды құрылым ыдырауы.
- Плазмаға ферменттердің шығуы.

ЦИТОЛИТИКАЛЫҚ СИНДРОМ (КІШІ БАУЫРЛЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК)

○ **Клиникалық көріністері:**

- -дене салмағының төмендеуі;
- -геморрагиялық диатез;
- -бауырлық иіс, бауырлық тіл, бауырлық алақандар;
- -тамырлық жұлдызшалар;
- -түктенудегі өзгерістер, гинекомастия

○ **Лабораторлық көріністері:**

- -АСТ, АЛТ жоғары.
- -альбумин, протромбин, қан ұю факторлары, холестерин, холинэстераза төмен.
- -тура билирубин жоғары.

БАУЫР-ЖАСУШАЛЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК СИНДРОМЫ

Аз бауырлық – бауырдың әртүрлі қызметінің төмендеуін көрсететін, биохимиялық көріністер тобы. Клиникасында қызба, дене салмағының төмендеуі, сарғаю, геморрагиялық диатез, бауырдан тыс көріністер: тырнақтың өзгерістері, гинекомастия және т.б Морфологиялық тұрғыдан гепатоциттердің дистрофиялық өзгерістері, бауырлық, паренхима қызметінің азаюы.

Лобароториялық тексеру нәтижесінде біз көреміз.

- Қан сарысуында протромбин деңгейінің азаюы.
- Гипоальбуминемия және гипопротеинемия.
- Қан сары суындағы 5 және 7 қан ұю факторының азаюы.
- Холестерин конц азаюы.
- Гипербилирубинемия.
- Қандағы трансаминаза (АсАТ, АлАТ) жағарлауы.
- Фруктозо-1-фос-фатальдолаза, сорбитдегидрогеназа, орнитинкарбамилтрансфераза деңгейінің жоғарлауы.

БАУЫР-ЖАСУШАЛЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІК

- ⦿ -инактивация, байланыстыру және улы заттарды шығарудың бұзылыстары;
- ⦿ -бауырдың синтетикалық қызметінің бұзылысы

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

- Гиперэстрогенемия:
- -телеангиоэктазия (тамырлық жұлдызшалар)
- -пальмарлы эритрема (бауырлық алақандар)
- -гинекомастия, аменорея
- -алопеция
- нәруыздық алмасудың улы өнімдерінің қанға түсуі (аммиак, индол, скатол):
- -церебро-токсикалық әсер
- -ацидоздың дамуы
- -гипокалиемияның күшеюі

КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

- Бауырдың нәруызды синтездеу қызметінің төмендеуі
- -гипоальбуминемия
- -гипопротромбинемия
- -гипофибриногенемия
- -ангиотензин мөлшерінің төмендеуі
 - плазма нәруыздарымен темір, билирубиннің байлансу қабілетінің төмендеуі
 - гипохолестеринемия
 - бетта-липопротеин мөлшерінің төмендеуі.

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ –

СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СНИЖЕНЫ ОДНА ИЛИ НЕСКОЛЬКО ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ, ЧТО ПРЕПЯТСТВУЕТ НОРМАЛЬНОЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗМА



ЭТИОЛОГИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

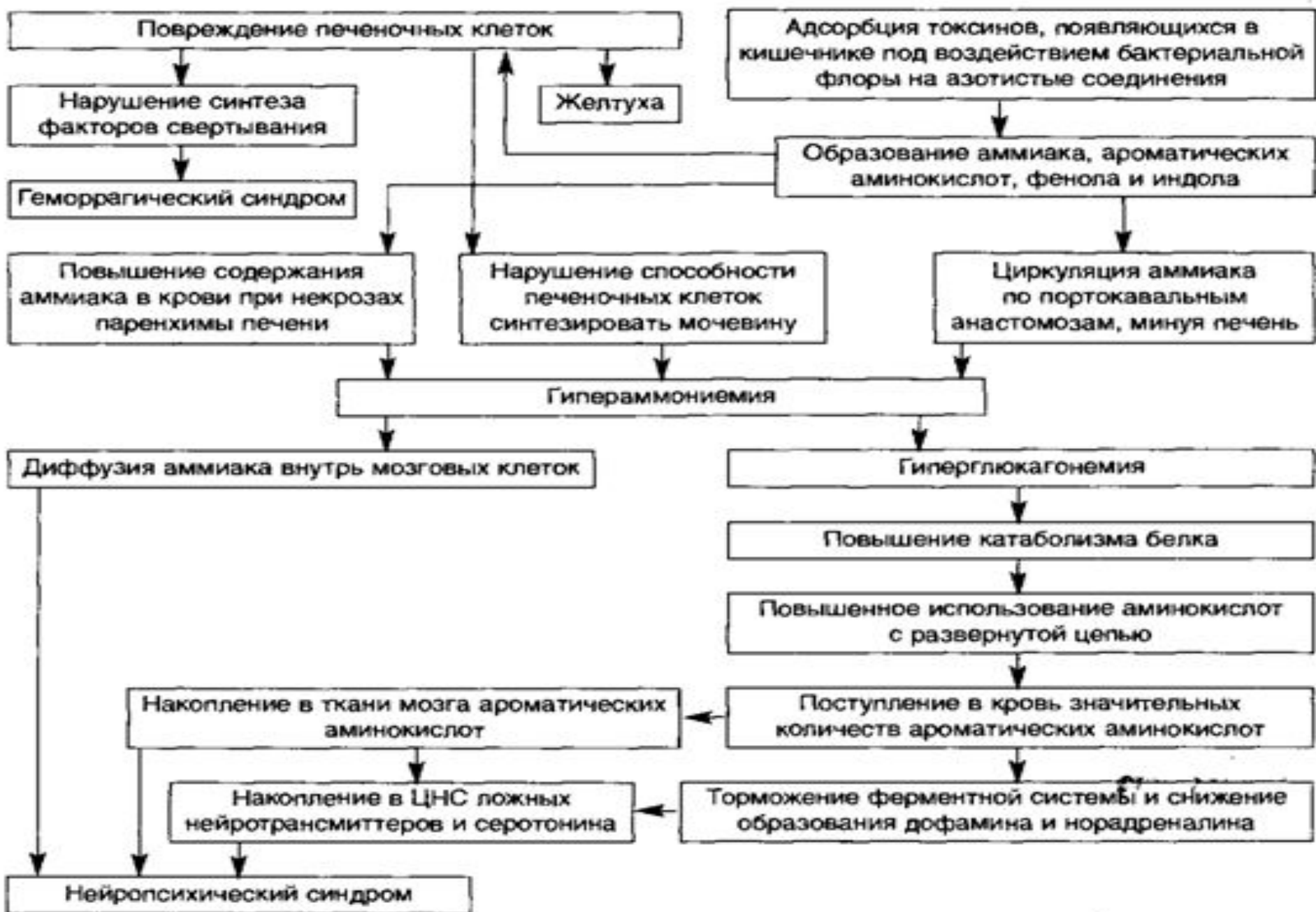
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

- **Инфекционные поражения печени при:**
 - Гепатитах вирусной природы;
 - Бактерии;
 - Спирохеты;
 - Риккетсии; гельминты и т.д.
- **Гепатотропные яды:**
 - Промышленные (CCl_4 , свинец, толуол, эфир, хлороформ и др.);
 - Лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, наркотики, эфир и т.д.)
 - Бытовые яды:
 - грибы;
 - спирт
- **Дистрофии, циррозы, камни, опухоли или воспаления, тромбоз v. portae**

ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ ПРИЧИНЫ

1. Патологические процессы, локализованные вне печени;
2. Экстремальные состояния (шок, коллапс, обширные ожоги, травмы);
3. Гиповитаминоз E;
4. Белковое голодание;
5. Хроническая сердечная или почечная недостаточность
6. Злокачественные опухоли;
7. Поздний токсикоз беременных

Схема патогенеза острой печеночной недостаточности



ИММУНДЫ ҚАБЫНУЛЫҚ СИНДРОМ

Мезенхималды-қабынулық синдром деп те атайды, патологиялық процестің бауырдағы белсендігін көрсетеді және қызба, астралгия, лимфаденопатия, спленомегалия, васкулит арқылы көрініс береді.

Морфологиялық тұрғыдан лимфоидты және ретикулогистиоцитарлы жасушалар пролиферациясы және белсендігімен, бауыр ішілік лейкоцит миграциясымен, фиброгенез жоғарылауымен жүреді. Қабынулы синдромм бауырдағы иммунды қабынуға байланысты: иммунокомпонентты тінің сенсублизациясы, ретикулогистиоцитарлы жүйе белсенуі, порталды түтіктер және бөлікше ішілік строма инфильтрациясымен жүреді.

ЛАБОРАТОРЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР.

- Қан сарысуындағы глобулин деңгейінің жоғарлауы, гипопроотеинемия.
- Ақуыз – тұңбалы сынама өзгерістері (тимол, сулема сынамасы)
- Бейспецификалық қабынулық маркердың пайда болуы: ЭТЖ, серомукоид, С-реактивті белок жоғарлауы.
- IgG, IgM, IgA жоғарлауы.
- Бейспецификалық антиденелердің жоғарлауы ДНК, тегіс салалы бұлшықетке, митохондрияға, микросомаға, бауырлық липопротеидке; LE жасушаларының жоғарлауы.
- Т- және В- лимфоцит және олардың субпопуляциясының функциональды белсенлігі мен санының өзгерістері.
 - Ig M- біріншілік биллиарлы цирроз.
 - Ig G- белсенді созылмалы гепатит.
 - Ig A- бауырдың алкогольды зақымдалуы.

ХОЛЕСТАТИКАЛЫҚ СИНДРОМ



Холестаза – общая информация



Задержка желчи в желчевыводящих путях

вследствие нарушения ее образования, экскреции и выведения, т.е. патологического процесса на каком-то участке желчного тока (от гепатоцита до Фатерова соска):

- **уменьшение канальцевого тока желчи, печеночной экскреции воды и/или органических анионов (билирубина, желчных кислот)**
- **накопление желчи в гепатоцитах и желчевыводящих путях**
- **задержка компонентов желчи в крови (желчных кислот, липидов, билирубина)**



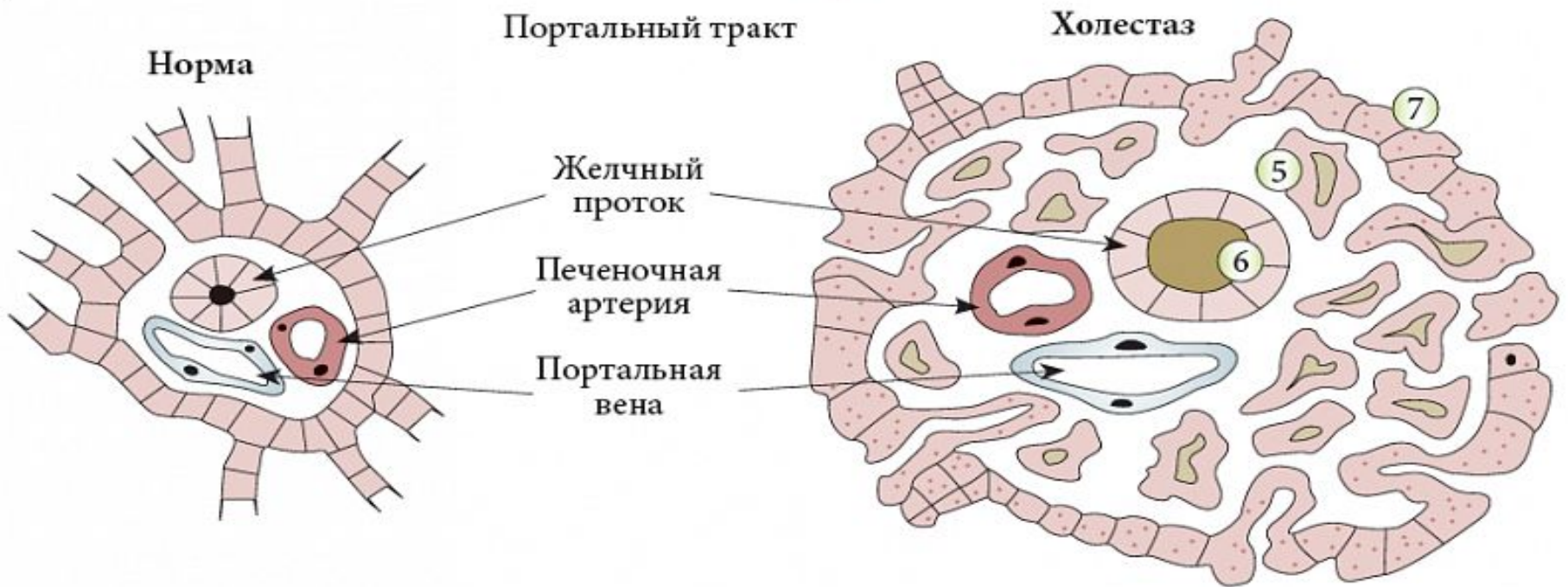
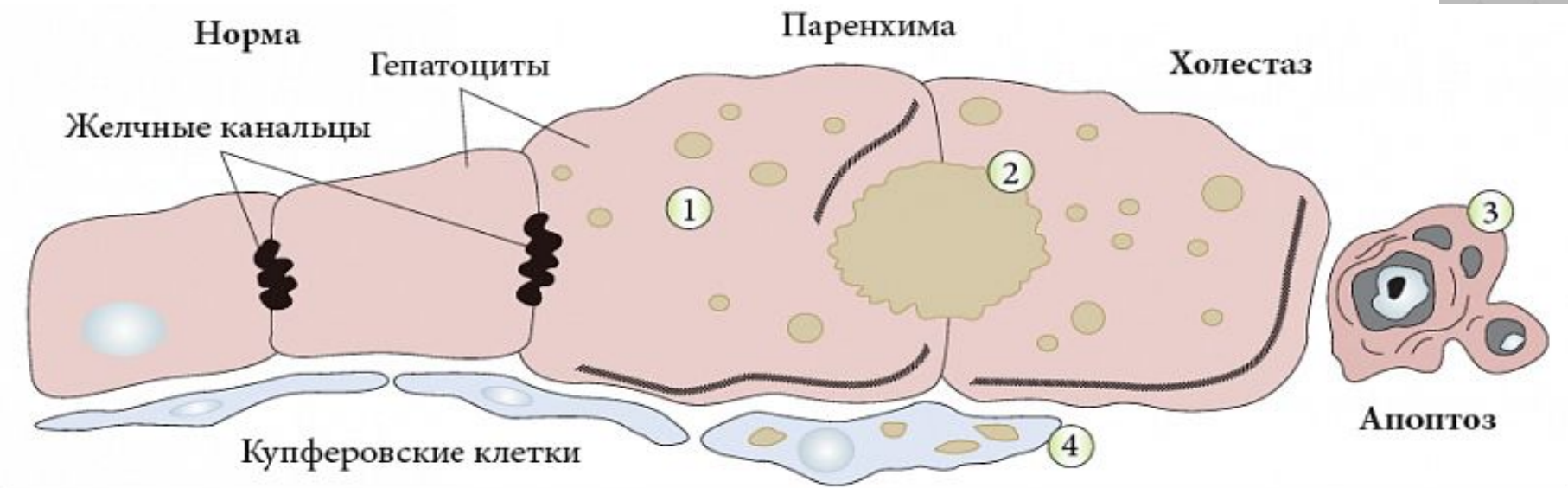
Холеста3- основные патогенетические механизмы развития

ХОЛЕСТА3 внутрипеченочный	ХОЛЕСТА3 внепеченочный
Нарушение образования желчных кислот из холестерина в эндоплазматической ретикулярной ткани;	Повышение давления в желчных протоках вследствие нарушения оттока желчи при обтурации протоков изнутри (камни, паразиты, опухоль, кисты, воспаление) и снаружи (спайки, рубцы), аномалии развития;
Задержка выделения желчных кислот;	Нарушение экскреции желчи;
Сгущение желчи за счет потери воды и проникновения белка из клетки в желчь;	
Образование желчных тромбов;	
Поражение печени при вирусной инфекции, приеме медикаментов	



Холестаз- основные патогенетические механизмы развития





- 1 – поврежденный гепатоцит; 2 – поврежденный желчный каналец; 3 – некроз гепатоцита;
 4 – пространство Диссе с нормальными и поврежденными купферовскими клетками;
 5 – апоптоз гепатоцитов; 6 – поврежденный желчный проток;
 7 – холестатическая печеночная долька.

ХОЛЕЦИСТИКАЛЫҚ СИНДРОМ

○ **Клиникалық көріністері:**

- -терінің қышуы;
- -сарғаю, тері түсінің өзгеруі;
- -ксантелазмалар;
- -зәрдің қараюы, нәжістің ағаруы.

○ **Лабораторлық көрсеткіштер:**

- -тура билирубин жоғары;
- -сілтілі фосфатаза жоғары;
- -альфа-ГТ жоғары.

Холестатический синдром

Клинические признаки

- ◆ Кожный зуд
- ◆ Желтуха, пигментация кожи
- ◆ Ксантелазмы
- ◆ Потемнение мочи, посветление кала



Лабораторные признаки

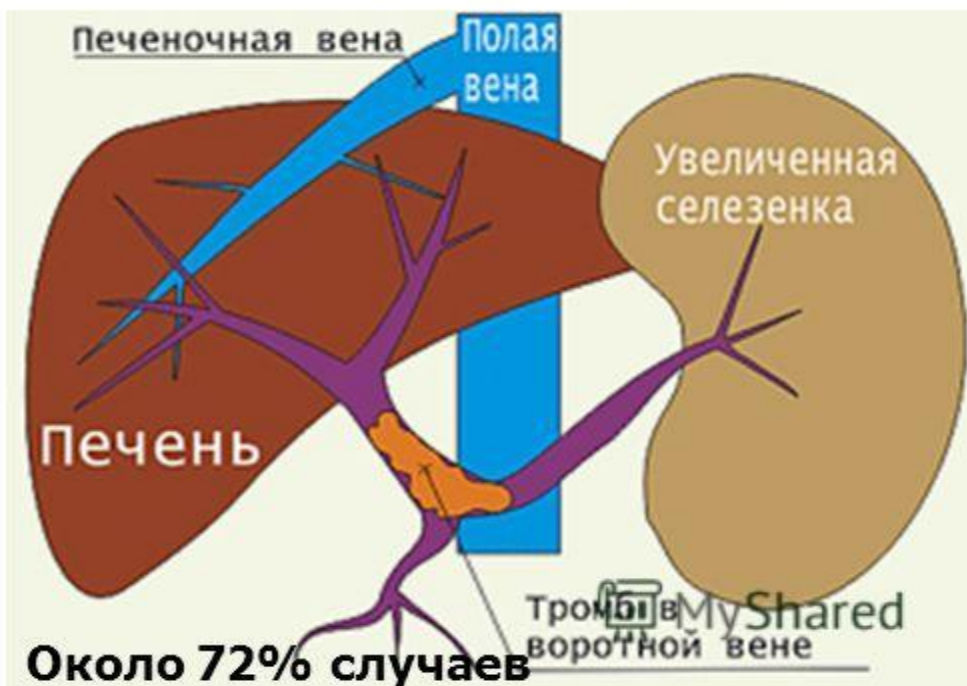
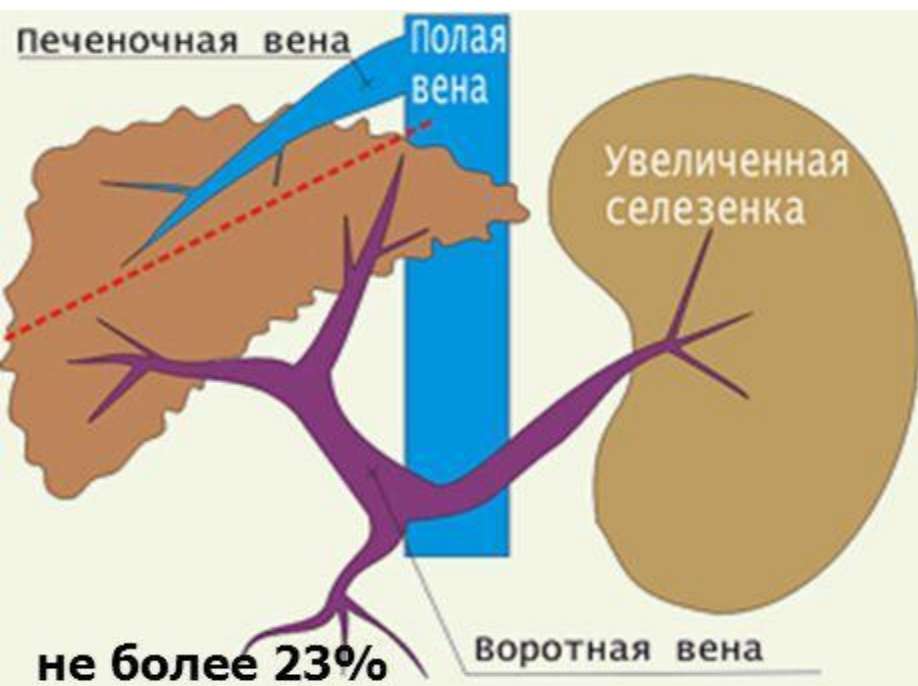
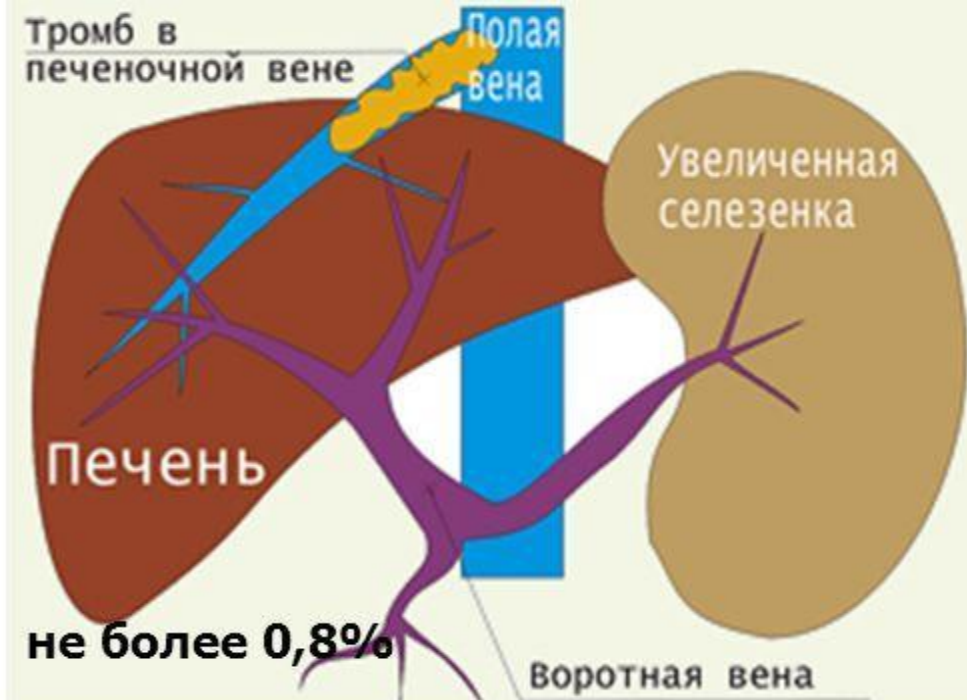
- ◆ ↑ прямого билирубина
- ◆ ↑ щелочной фосфатазы
- ◆ ↑ γ -ГТ



ПОРТАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ

- ПГ → көкбауырға келетін венозды ағының жоғарылауы ,ретикулолимфогистоцитарлы элементтердің гиперплазиясы → спленомегалия → гиперспленизм:тромбоцитопения,лейкопения,анемия
- ПГ → төменгі қуысты веналардан венозды коллатералдардың дамуы → өңештің,асқазанның , ішектің,алдыңғы құрсақ қабырғасының варикозды кеңеюі.

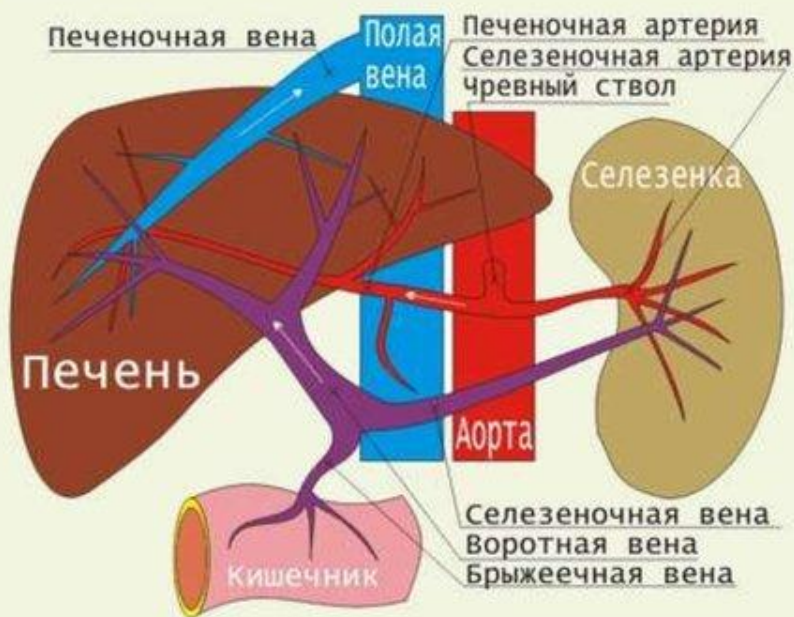
Формы портальной гипертензии





Портальная гипертензия

это патологическое состояние, при котором происходит повышение давления в системе воротной вены.



В норме давление в системе порталных вен составляет 5-10 мм.рт.ст.

Повышение давления выше 12 мм.рт.ст. свидетельствует о развитии портальной гипертензии.

Синдром портальной гипертензии

- увеличение селезенки;
- асцит (свободная жидкость в брюшной полости);
- варикозное (деформационное) расширение вен пищевода (выносящих кровь от пищевода);
- расширение параумбиликальных (находящихся в области пупка) вен – симптом «головой медузы» (характерный венозный рисунок на животе, в виде расходящихся в разные от пупка стороны синих вен);
- варикозное расширение верхних прямокишечных вен (выносящих кровь от верхней части прямой кишки).



Портальная гипертензия

- **Причины:**
- **1) предпеченочная – тромбоз, сдавление воротной вены, массивная спленомегалия**
- **2) печеночная – цирроз печени, массивная жировая дистрофия печени, нодулярная регенеративная гиперплазия**
- **3) постпеченочная – хроническая правожелудочковая недостаточность, тромбоз печеночных вен (синдром Баад-Киари), слипчивый перикардит**