

Қ.А.Иасауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік Университеті
Шымкент медицина институты
Хирургия , анестезиология және реанимация кафедрасы

ТАҚЫРЫБЫ: БАУЫР ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІҢ ЭФФЕРЕНТТІ ТҮРІНІҢ ТЕРАПИЯСЫ

ОРЫНДАҒАН:
ЕШМАТОВА А.

ТОБЫ: ТҚ-603

ҚАБЫЛДАҒАН:
ДҮЙСЕБЕКҰЛЫ Қ.

Правая доля печени

Левая доля печени

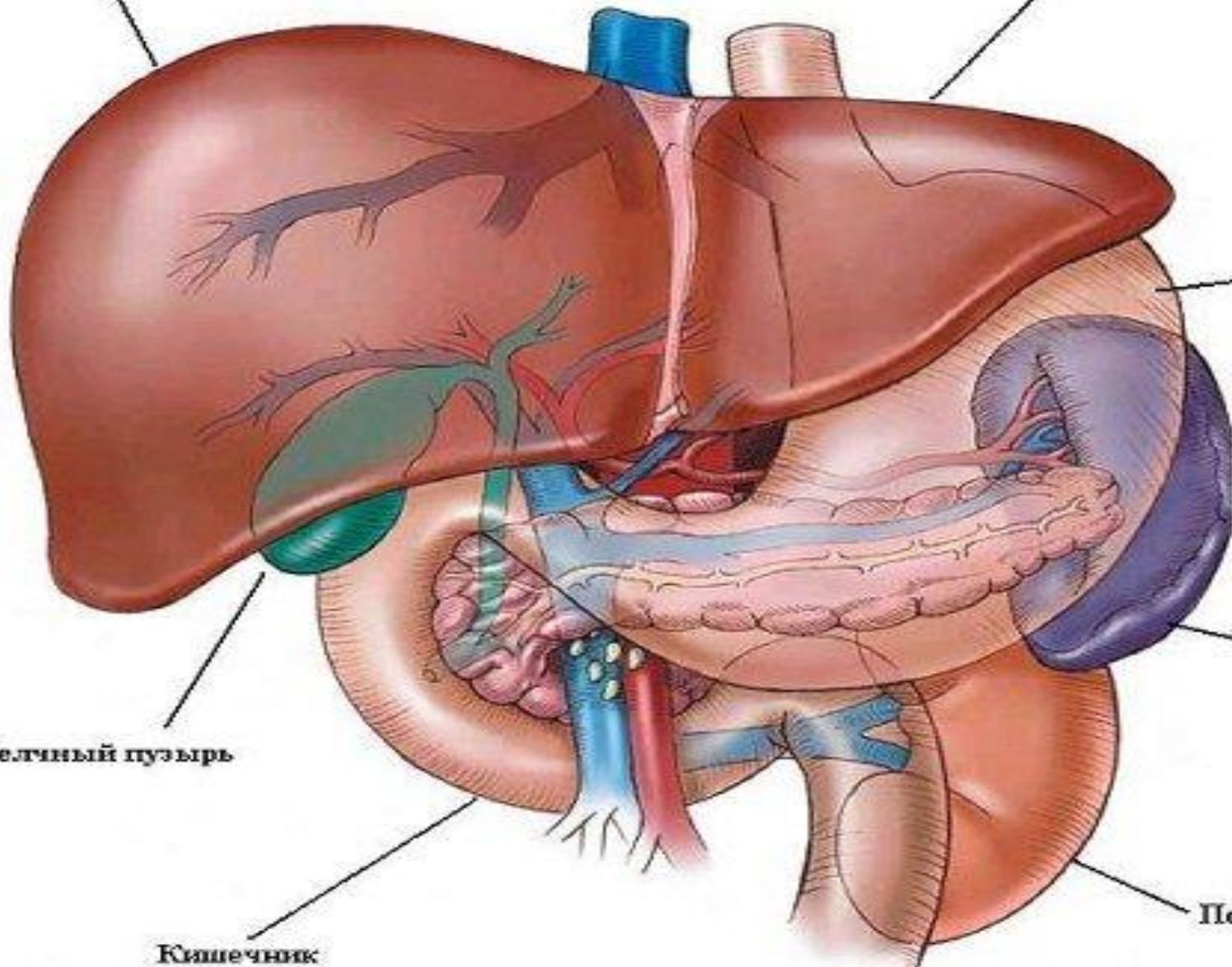
Желудок

Селезенка

Желчный пузырь

Почка

Кишечник



Жоспары:



I. Кіріспе: Бауыр жетіспеушілік туралы түсінік.

II. Негізгі бөлім:

● **Бауыр жетіспеушілігінің эпидемиологиясы**

○ Бауыр жетіспеушілігінің классификациясы

○ Жедел бауыр және созылмалы бауыр жетіспеушілігі, дәрежелері

● **Бауыр жетіспеушілігінің этиологиясы**

○ Бауыр жетіспеушілігінің клиникасы

● **Бауыр жетіспеушілігінің диагностикасы**

Бауыр жетіспеушілігінің емі

III. Қорытынды:

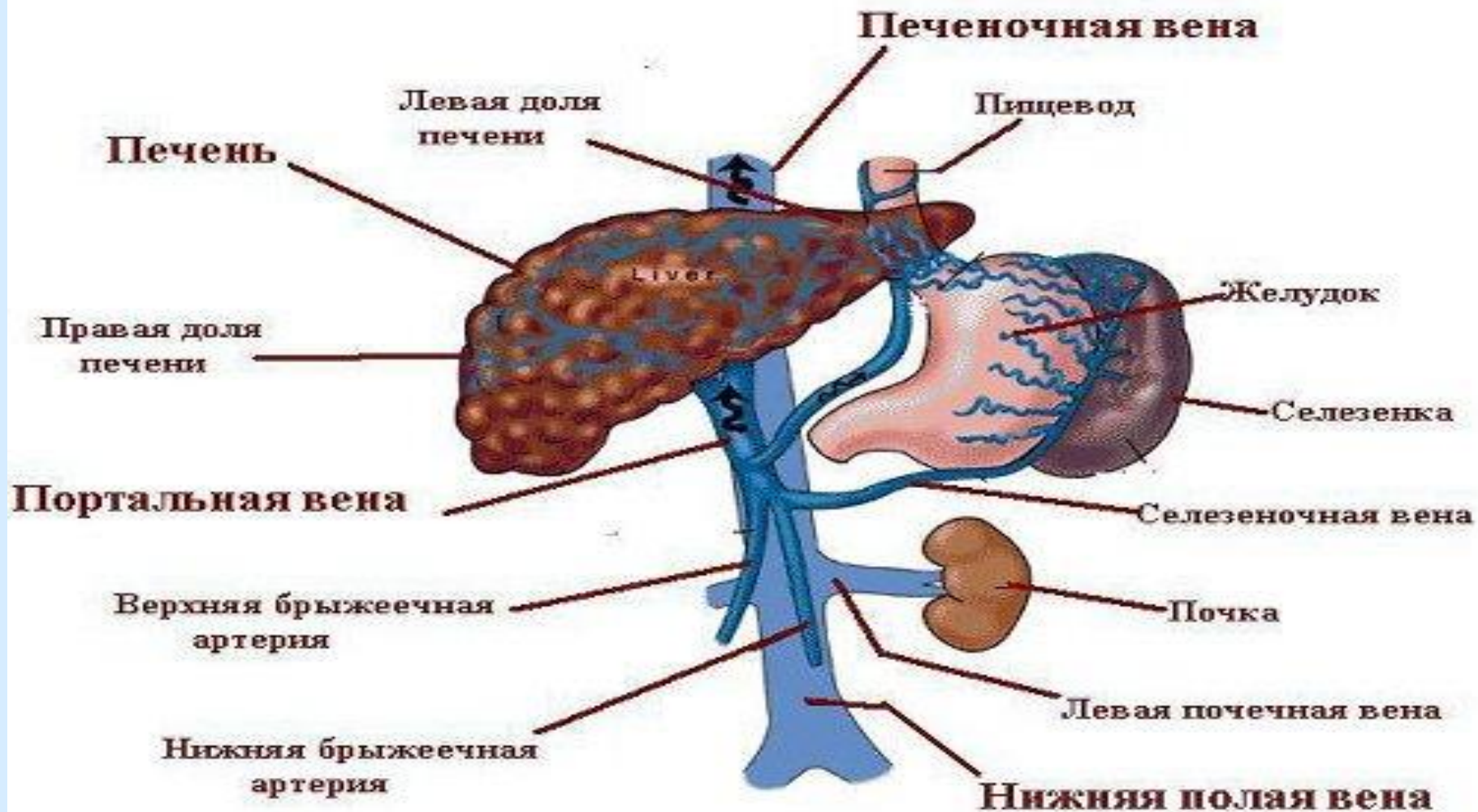
Қолданылған әдебиеттер:

Бауыр жетіспеушілігі



- Бауыр жетіспеушілігі дегеніміз — бауыр қызметі бұзылған кезге тән жағдай.
- Анестезиолог және реаниматолог жұмысында көбінесе бауыр жетіспеушілігінің соңғы сатысы, науқастың ессіз күйі кездеседі, ал оны емдеу өте ауыр және барлық жағдайда нәтижелі бола бермейді. Сондықтан бауыр жетіспеушілігі кезіндегі қарқынды емдеу бауыр қызметінің бұзылуының алғашқы белгілерінің білінуінен басталуы керек (А. Ф. Блюгер және т. б., 1985).

Портальная система печени



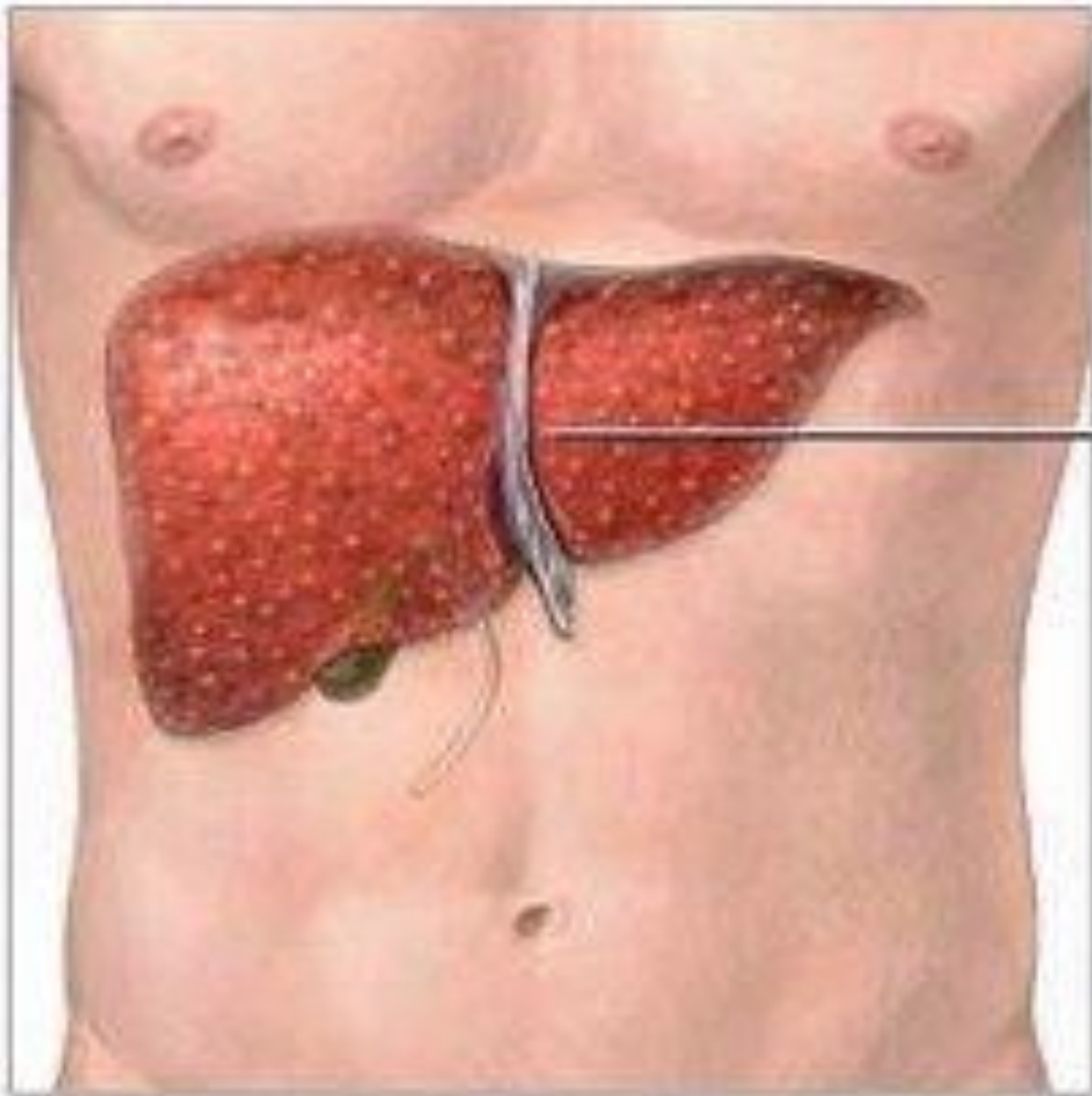
- **Порталды жүйе мен бауырлық энцефалопатия** – бауырлық жетіспеушілік салдарынан болған орталық жүйке жүйесінің **симптомокомплексті бұзылысы.**

- **Порталды жүйе мен бауырлық энцефалопатиясы жедел метаболикалық стресс нәтижесінде (мысалы, варикозды венадан қан кеткенде, инфекцияда, электролитті алмасудың бұзылысында) бауырдың созылмалы аурулары және порталды жүйе шунты бар науқастарда кездеседі. Сананың қайтымды және когнитивті бұзылысымен, ұйқышылдық, монотонды сойлеу, тремор, қимылдың дискоординациясымен көрініс береді. Емі тағам рационында ақуыз мөлшерін шектеу, лактулозаны тағайындау болып табылады. Бауыр энцефалопатиясымен ауыратындар бауыр трансплантациясының кандидаты болып табылады.**



ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Бауыр жетіспеушілігі бауырдың өз ауруларының немесе басқа ағзалар ауруларының салдарынан болуы мүмкін. Жұқпалы аурулар, есінен айырылу жағдайын туғызатын жарақаттар, созылмалы іріңді сырқаттар, операциядан соңғы кезендер, уланулар, қалпына келтірілмеген қан кету, сәйкес келмейтін қан құю және т. б. бауыр жетіспеушілігіне себеп болады. Бауыр жетіспеушілігі себебі ретінде бауырдың өз ауруларының да маңызы зор.
- Жедел бауыр жетіспеушілігі улардың бауыр жасушаларына тікелей улы әсер етуінен немесе олардың қызметін бұзатын метаболиттік өзгерістер себебінен болуы мүмкін. Бауырға тікелей улы әсері бар заттарға төрт хлорлы көміртегі, аминазин, хлороформ, фторотан және басқалар жатады.



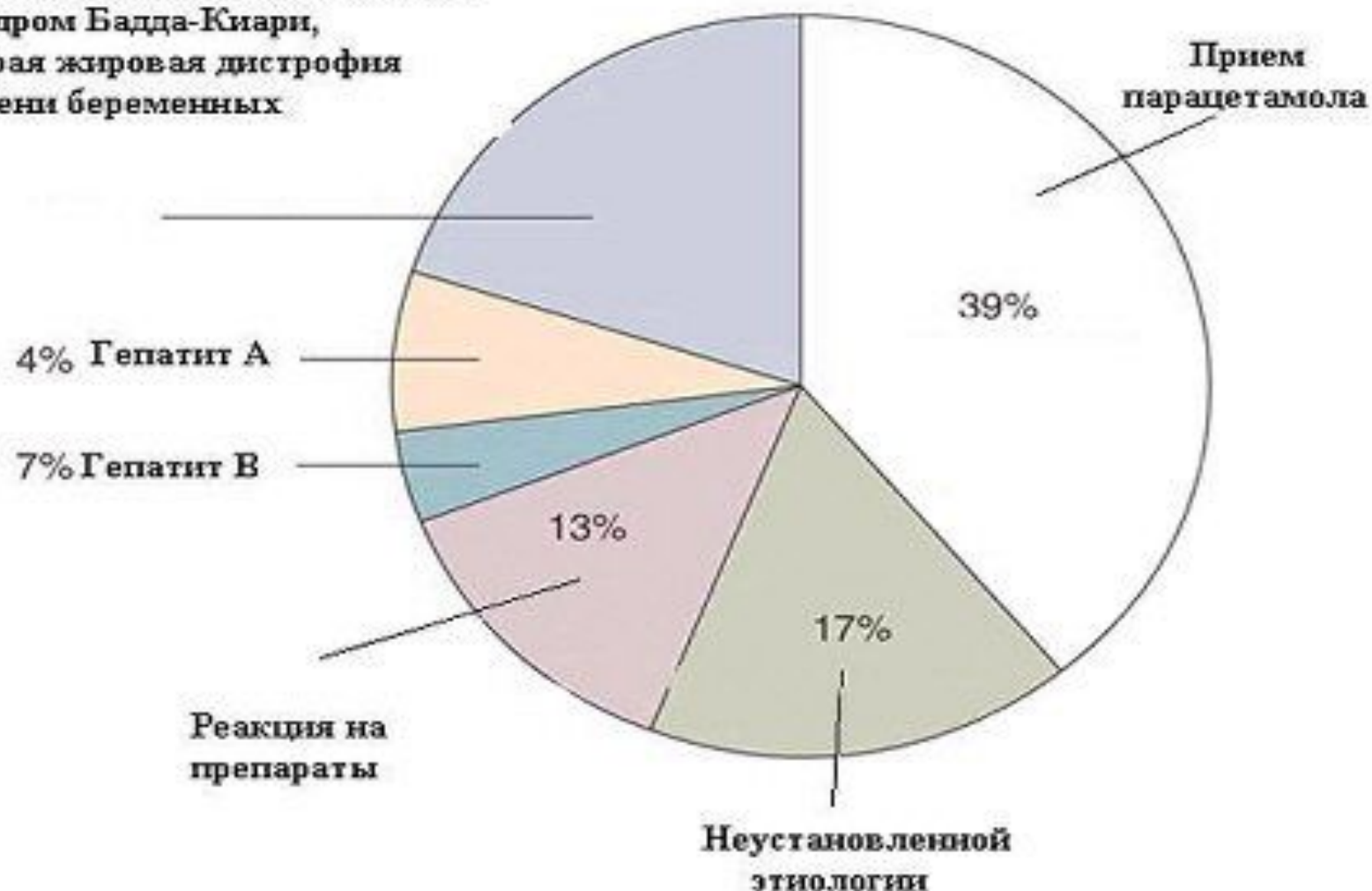
**Цирроз
печени**



- **Бауыр жетіспеушілігінің эпидемиологиясы**
- Фульминантты бауыр жетіспеушілігімен дүние жүзінде жыл сайын 2 мың адам қайтыс болады. Бұл симптомокомплекттің өлім көрсеткіші 50-80 %.
- Фульминантты бауыр жетіспеушілігі вирусты гепатиттің, аутоиммунды гепатиттің, тұқым қуалаушы аурулардың (мысалы, Вильсон-Коновалов) соңы; дәрілік препараттарды тиімсіз қабылдаудың нәтижесі (мысалы, парацетамол), токсикалық заттардың әсері болуы мүмкін. Фульминантты бауыр жетіспеушіліктің себебі 30 % анықталмаған. Фульминантты бауыр жетіспеушілігімен ауыратындар бауыр трансплантациясын қажет етеді.

Причины фулминантной печеночной недостаточности

20% - другие причины:
болезнь Вильсона-Коновалова,
синдром Бадда-Киари,
острая жировая дистрофия
печени беременных



MedicalPlanet.ru
– медицина для вас.

Этиологические факторы

Модификация/
деструкция
мембран
гепатоцитов

Активация
иммуно-
патологических
процессов

Развитие
воспаления

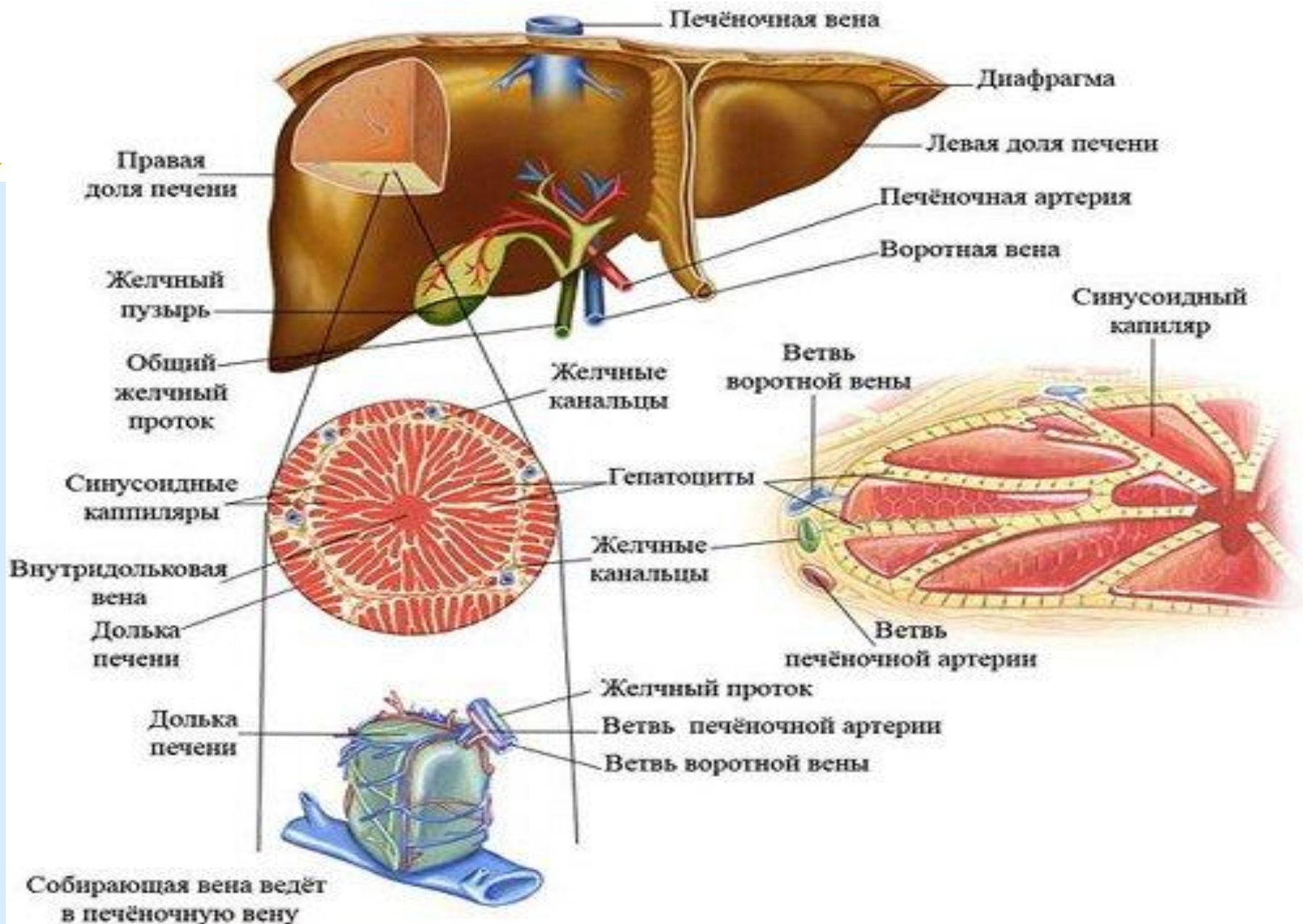
Активация
свободно-
радикальных
реакций

Активация
гидролаз

Массированное разрушение клеток печени

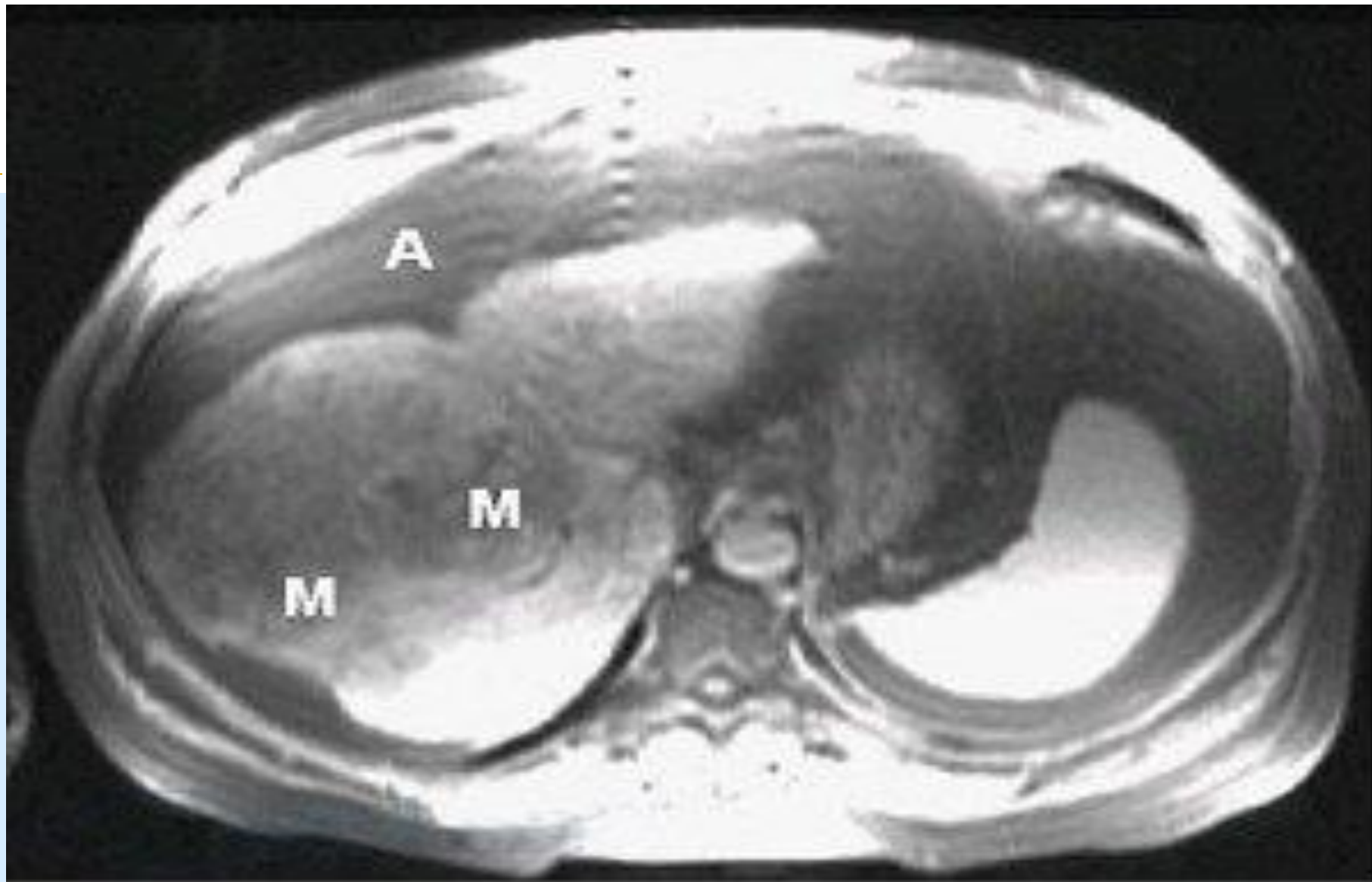
Дополнительное потенцирование воспалительной,
иммунопатологических, свободнорадикальных реакций

Печёночная недостаточность



- **Бауыр жетіспеушілігінің классификациясы**
- Жедел бауыр жетіспеушілігі бауыр ауруымен алдын ауырғанда, жедел гепатит фондында дамуы мүмкін.
- Бауырлық энцефалопатия жедел бауыр жетіспеушілігінде бауыр зақымдануының бірінші симптомы пайда болуынан 8 апта кейін дамиды. Бауырдың жедел ауруларында бауырлық энцефалопатия сирек кездеседі.
- Жедел бауыр жетіспеушілігінің себебі вирусты гепатиттің А, В, С, Д, Е, G, сонымен қатар вирусты герпес, цитомегаловирустар, инфекциянды моноклеоза вирусы, жай және белдемелі теміреткі, Коксаки, абсцесті бауырдағы септицемия, дәрі қабылдағаннан, алкоголь, өнеркәсіп уларының әсері, микотоксиндер және афлатоксиндер, көмір қышқыл газдарының әсерінен болуы мүмкін.

- Созылмалы бауыр жетіспеушілігі.
- Созылмалы бауыр жетіспеушілігі созылмалы бауыр жетіспеушілігінің прогрессирленуінен (бауыр циррозы), қатерлі ісіктің нәтижесінде болады.
- Созылмалы бауыр жетіспеушілігінің дәрежелерінің 3 дәрежесі бар
 - 1. Бірінші дәрежесі-бастапқы компенсированная.
 - 2. Екінші дәрежесі- айқын декомпенсированная.
 - 3. Үшінші дәрежесі - терминальді дистрофиялық, бауырлық комамен жалғасуы
 - 4. Төртінші дәрежесі – бауырлық кома



МРТ-да суретінде бауыр ісігі (М) және асцит (А).көрінуде

Диагностикасы әдістері

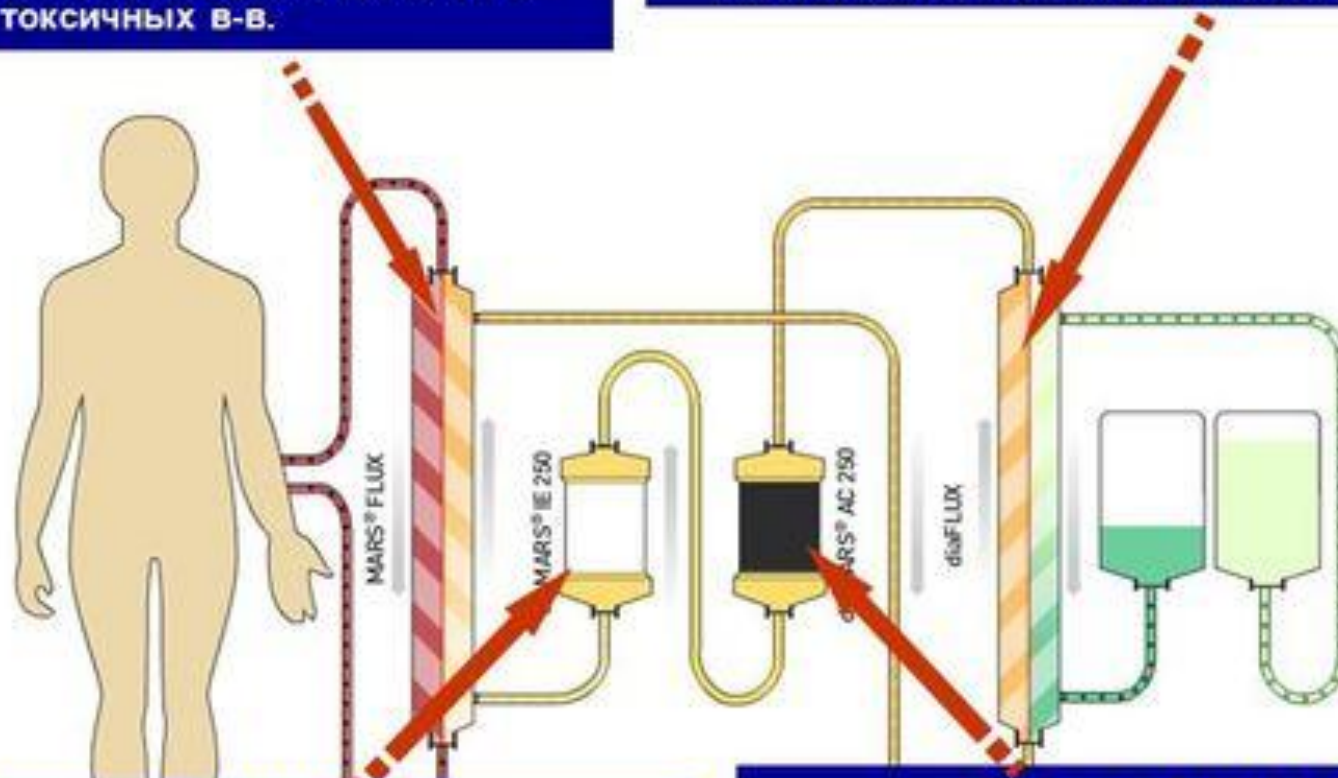
- 1) Анамнез және физикалық зерттеулер
- 2) Лабораториялық зерттеулер:
 - Қан анализі, зәр анализі, биохимиялық, коагулограмма
- 3) Аспаптық зерттеу әдістері:
 - іш аймағының УДЗ
 - ЭЭГ
 - Іш аймағынан, бауырдан биопсия

Қарқынды емдеу

- Науқаста бауыр комасы (ессіздігі) басталғанда, төмендегідей ем көрсетіледі:
- 1. Тәнге кейбір заттардың түсуін шектеу:
 - а) ақуыз енгізуді толық тоқтату
 - б) ісіну немесе асцит бар кезде тұз қабылдауды шектеу
 - в) азотемия (қандағы азот шлактарының көбеюі) деңгейінің жоғарылығына байланысты метионин мен холинді қолдану тоқтатылады.
- 2. Науқас парентералдық, (арнайы қоректік заттар болып табылатын сұйықтықтарды тамырға құю) жолымен қоректендіріледі. Ол тамырға концентрациясы жоғары глюкоза ерітіндісін құю арқылы жүзеге асырылады. Глюкозаның 10-20 % ерітіндісін 120-150 мл/кг мөлшерінде қолданады, оған құрғақ глюкозаның 4 грамм есебіне бір дана инсулин қосылады.

Мембрана MarsFlux® - полисульфоновая высокопоточная мембрана специального гемофильтра. Предназначена для выведения водорастворимых и альбумин-связанных токсичных в-в.

Мембрана DiaFlux® - полисульфоно низкопоточная мембрана. Предназначена для выведения водорастворимых токсичных в-в из HAS-диализата (альбуминового диализата).



Картридж diaMARS IE 250

Содержит анионообменную смолу. Служит для удаления ионизированных анионных соединений (билирубина).

Картридж diaMARS AC 250

Содержит активированный непокрытый древесный уголь. Служит для удаления токсичных в-в из HAS-диализата (альбуминового диализата), низкомолекулярных неполярных соединений (жирных кислот).

- 3. Тамырға глютамин қышқылының кальцийлік және магнийлік 10 % тұздары 2,0 ден 10 мл-ге дейінгі мөлшерде күніне немесе күн ара енгізіледі. Бір курсына 20 ретке дейін күйю керек. Хлорлы кальций 10 % 10-20 мл ерітінді күйюінде 2-3 рет тамырға жіберіледі.
- 4. Ішек ішінен ақуыздың қанға шығуын азайту үшін іш жүргізетін күкірт қышқыл магнезия дәрісін қолданады. Осы мақсатпен ақуыздың қанға сіңуін азайту үшін антибиотиктер (неомицин, мономицин) қолданылады.
- 5. Тамыр ішіне немесе ет ішіне кортикостероидтардың жоғары мөлшері енгізіледі, себебі олар қабынуға, аллергияға қарсы әсер етіп, фиброздық тіндер пайда болуып тежеп, бауыр ішінде өт жиналып қалуын азайтады. Ең дұрысы преднизолонды пайдалану. Ессіз күй кезінде оны 10 мг/кг мөлшеріне дейін қолдануға болады.



- **В состав каждого терапевтического набора «MARS-Set» входит:**
-
- - **ДИАЛИЗАТОР MARS®FLUX** для выведения связанных с белком токсинов при помощи 20% донорского альбумина, 500 мл (HAS-диализат).
- - **ДИАЛИЗАТОР diaFLUX** для выведения водорастворимых низкомолекулярных токсинов из HAS-диализата в системе циркуляции MARS. Эффективная площадь поверхности: 1,7 кв. м.
- - **Адсорбционный картридж diaMARS® AC250, содержащий непокрытый активированный уголь** - служит для очистки HAS-диализата и удаления низкомолекулярных неполярных соединений, желчных и жирных кислот, а так же ароматических полициклических соединений в системе циркуляции MARS.
- - **Адсорбционный картридж diaMARS® IE250, содержащий анионообменную смолу** для удаления анионных соединений и билирубина в системе циркуляции MARS.
- - Система шлангов AS-02 соединяет вышеназванные компоненты системы MARS и оснащена воздухо-уловителями и фильтром мелких частиц.

- 6. Гипоксияның алдын алып тіндерге оттегі жеткізілуін жақсарту үшін оттегімен дем алдырады. Оттегін ішек ішіне де жібереді, дұрысы асқазан түтігі арқылы. Барокамераны қолданудың да нәтижесі зор. Соңғы кезде осы мақсатпен сала тамыр және көк тамыр арадық шунт (жалғастыру) жасалады, ол үшін бауырдың қақпалық көк тамырын (кіндік көк тамыры арқылы) кәрі жілік артериясымен жалғайды.
- 7. Ағзадан қажетсіз заттарды шығаруды арттыру үшін келесі шаралар қолданылады:
 - а) қанды алмастырып (жаңалап) құю
 - б) дені сау донорлармен айқас қан айналдыру
 - в) шошқа бауырын қосу арқылы айқас қан айналдыру. Бірақ аурудың өз бауыры біраз қалыпқа келіп, тұрақты және ұзаққа созылатын нәтижеге қол жеткізу үшін бұл әрекеттерді бірнеше күн бойы қайталауға тура келеді.



8. Бауыр жетіспеушілігінің ауыр жағдайында гемодиализ және ион алмастырғыш смоламен уларды адсорбциялау әдісі қолданылады (10. М. Лопухин және т. б., 1977) (10-үлгі).

9. Кей кезде кеуденің лимфа өзегі арқылы лимфа ағызу да пайдалы. Осы кезде бүкіл әлемде бауыр жетіспеушілігі патогенетикалық және симптомдық емдеудің бұдан да нәтижелі әдістерін іздестіру белсенді түрде жүргізіліп жатыр.

Кома жағдайы алдындағы бауыр жетіспеушілігі

- Кома (ессіз күй) жағдайына дейінгі бауыр жетіспеушілігі кезінде де комплексті (көп құрамды) ем қолданылады.
- 1. Ашығу - бұл аурулар тініндегі онсыз да жоғары катаболизм барысын күшейтетіндіктен оларға калориялығы жеткілікті диета қолданылады. Катаболизм барысын азайту үшін анаболик гормондар енгізіледі. Сонғы кезде кейбір зерттеушілер диетадан майды мүлдем алып тастаудың дұрыстығына күмән келтіреді. Олардың ойынша ақуыз, май және көміртегінің қатынасы 1:1:5 шамасында болуы керек.
- 2. Науқастар витаминдерді, әсіресе көп құрамды "В" және "С", "А", "К" витаминдерін жеткілікті алуы керек. В₁₂ және В₅ витаминдері де қажетті мөлшерде берілуі керек. В₁₂ витаминнің гипоксиядан немесе уланудан бауырды "қорғау", одан басқа липотроптық және удан тазарту әсері де бар және де оттегінің ұлпаларда жақсы қабылдануына жағдай жасайды.

- 3. Бауыр тұрақтылығын күшейтіп оны майға айналуынан сақтау үшін липотроптық дәрілер қолданылады, олар фосфорландыру жолымен майды басқа жерлерге жиналдырады. Оларға холин, метионин, липохолин, холин-хлортид, т. б. жатады. Емдеу курсы 12—14 күннен артпауы керек.
- 4. Бауыр жетіспеушілігі кезінде қан және плазма құю да көрсетілген. Мүмкіндігінше екі күннен артық сақталмаған қанды пайдаланған дұрыс. Глюкоза қолданудың маңызы зор. Глюкозаны парентералдық жолмен қолдану бауырға гликоген жиналуын жақсартады және оның глюкурон қышқылының донатор (беруші) қызметін қалыпты жағдайын сақтауға үлесі бар.
- 5. Соңғы кезде бауыр қызметі бұзылғанда глютамин қышқылы мен глютатион қолданылады. Глютатион әсері оның молекула құрамында Н-тобы болуына байланысты, себебі ол тәнді удан тазартуға жағдай жасайды. Кейбір авторлар оны күніне 500—1000 мл тамыр ішіне жіберуді ұсынады.

- 6. Бауыр жетіспеушілігі кезінде ірі дисперсиялық құрамы басыңқы гипопропротеинемия болғандықтан альбуминнің 20 % ерітіндісі, плазма, қан құю көрсетілген.
- 7. Бауырдағы оттегінің жетіспеушілігін азайту үшін ішек ішіне оттегін жіберу керек. Ол бауыр қақпа көк тамыры арқылы бауырға жетіп ондағы зат алмасу барысына пайдалы әсер етеді. Ең әсерлі ем — барокамера қолданып оттегін жеткізу.
- 8. Есі қалыпты жағдайдағы бауыр жетіспеушілігі кезінде кортикостероидтарды міндетті түрде қолдану керек. Преднизолонды 20-30 мг бастап қолдануды күніне 100-150 мг-ға дейін жеткізеді. Кейін бірнеше ай бойы қолдану мөлшері күніне 20-30 мг-нан болады. Кортикостероидтарды ұзақ қолдану кезінде калий препараттарын қолданумен бірге жүргізілуі керек. Кейбір жағдайларда бауырдағы зат алмасуды жақсартып ақуыз синтезін арттыратын анаболикалық нерабол, дианабол, ретаболил т. б. гормондарды да қолданған жөн. Соңғы жылдары кіндік тамырды ашып түтік қою арқылы емдік дәрілер ерітінділерін тікелей бауыр қақпа көк тамырына құю да қолданылады.

● **Қолданылған әдебиеттер:**

- 1. анестезиология и реаниматология под редакцией профессора О.А.Долиной 79-82 бет.
- 2. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В. Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т.
- 3. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
- Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. -- М.: Медицина.-- 2000.-- 464 с.: ил.-- Учеб. лит. Для слушателей системы последипломного образования.-- ISBN 5-225-04560-X
- 4. <http://medfox.ru/archives/2113>,
<http://www.medchitalka.ru>,<http://arrhythmology.ru> ,
<http://med-books.info/kardiologiya>