

# АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ СИНДРОМДАРЫ

Лектор: доцент Л.Т.  
Алимбекова

# Дәріс жоспары (1-ші сағаты)

## АҚЖ негізгі синдромдары:

- дисфагия синдромы, себептері, симптомдары, диагностикасы;
- асқазан-ішек диспепсиясы синдромдары, себептері, симптомдары, диагностикасы;
- асқазанның моторлық функциясының бұзылу синдромы (асқазан дискинезиясы), себептері, симптомдары, диагностикасы;
- өңештен, асқазаннан және ішектен қан кету синдромы, себептері, симптомдары, диагностикасы;
- мальабсорбция синдромы, себептері, симптомдары, диагностикасы;
- тітіркенген ішек синдромы, себептері, симптомдары, диагностикасы.

# Дисфагия синдромы

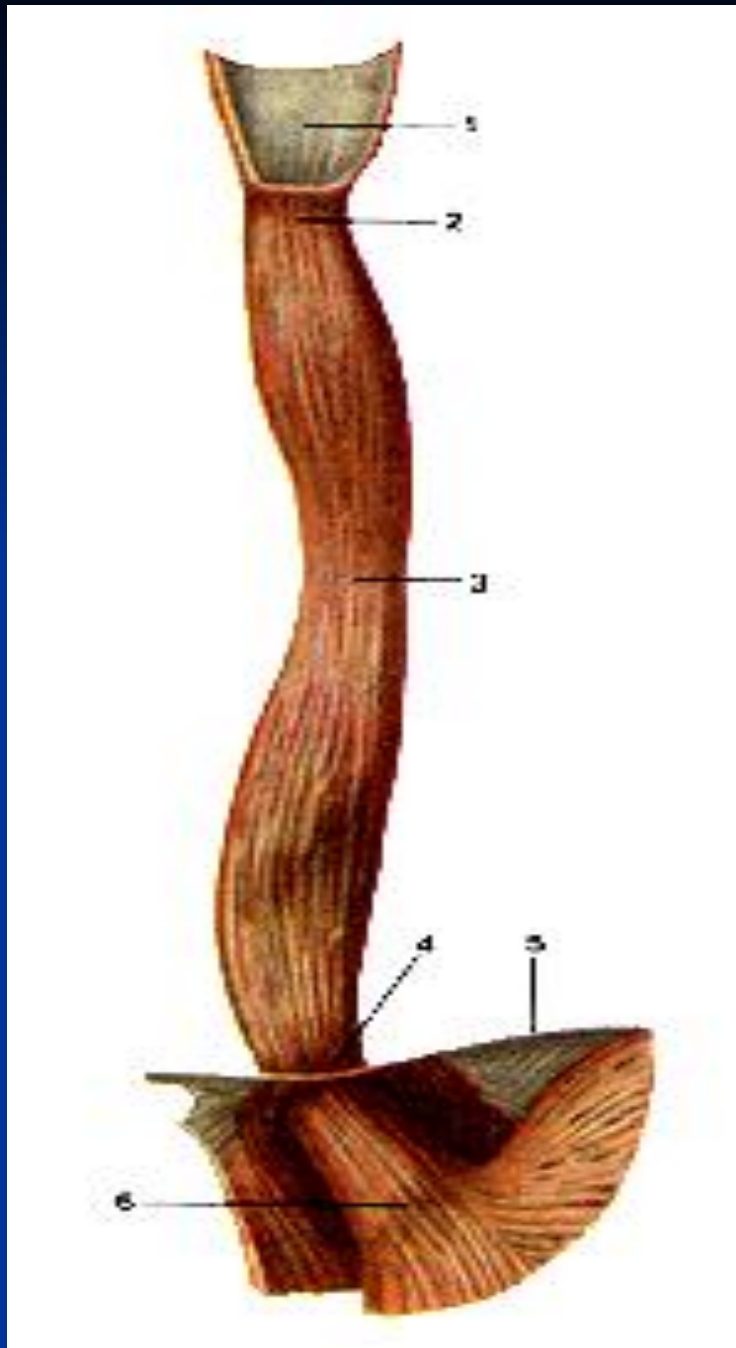
Дисфагия – жұтынудың бұзылуы.

Басты себебі: өңештің тарылуы, ол органикалық тарылу және функциональды тарылу түрінде болады.

Органикалық тарылу себептері:

- 1) ісік
- 2) Жедел және созылмалы эзофагиттер
- 3) Өңештің күйгеннен тарылуы
- 4) дивертикулдар

# Өңештің анато- миялық тарылу- лары



## Функциональды тарылу себептері:

- 1) Өңеш бұлшық етінің түйілуінен (невроз)
- 2) Сыртынан басылуынан
- 3) Ішіне бөгде зат түсуінен

# Симптомдары

Дисфагия сипатының ерекшеліктері:

**Органикалық** тарылуда  
шағымдары: әуелі құғақ немесе қою  
тағамның өтуі қиындайды, кейін сұйық  
тағам өтуі қиындайды (тұрақты).

**Функциональды** тарылуда  
шағымдары: керісінше, сұйық (әсіресе  
салқын) тағамның өтуі қиын, ал қою  
тағамның өтуі жеңіл болады  
(тұрақсыз).

# Диагностикасы

Эзофагоскопияда  
өңештің төменгі  
үштен бірінде  
шамалы қабыну  
(терминальды  
эзофагит).



# Асқазанның моторлық функциясының бұзылу синдромы (асқазан дискинезиясы)

Екі түрі болады:

- 1) Асқазан қозғалысының жоғарылауы;
- 2) Асқазан қозғалысының төмендеуі.



## Асқазан қозғалысының жоғарылауы.

Асқазанның органикалық ауруларында (жара гастрит және т.б.). Асқазан тонусы жоғарылайды, бұлшық еті кенеттен күшті жиырылады (спазмы).

*Шағымдары:* а) эпигастрийде толғақ қысқан тәрізді ауырсыну; б) тамақтан кейін эпигастрийде салмақ басып тұрғандай сезім, тез тойынумен жүреді; в) кекіру; г) құсу.

*Қарау:* эпигастрий аймағында асқазанның перистальтикасы көрінеді.

*Пальпация:* эпигастрий аймағында ауырсыну.

*Диагностикасы:* гастроскопия.



**Гастроскопия: асқазанның антральді бөлігінде  
артқы қабырғасының жарасы**

# Асқазан қозғалысының төмендеуі

Астениялық конституциялы адамдарда, асқазан төмен түскенде, іш қуысы ағзаларына операциялардан кейін, асқазанның көптеген органикалық ауруларында. Соңғылары асқазан қозғалысының төмендеуі түрінде де, жоғарылауы түрінде де болуы мүмкін.

Шағымдары:

- а) эпигастрийде тамақтан кейін кернеу сезімі;
- б) лоқсу.

***Пальпация:*** эпигастрий аймағында ауырсыну, шалпыл шуы.

**Ескерту:** пилоростенозда (асқазанның пилорикалық бөлігінің тарылуынан, ісік салдарынан немесе тыртықтанған жарадан) дискинезияның екі түрі алмасып отырады).

*Шағымдары:* асқазан дискинезиясының екі түрінде болатын шағымдардың екеуі де кезектесіп отырады. Құсу өте сипатты: құсық көлемі көп, «шіріген жұмыртқа» иісі, ас қалдықтары, құрамында бірнеше күн бұрын жеген тамағы болады.

*Қарау:* тері асты шел май қабатының нашар дамуы (көп құсудан жүдейді), асқазан перистальтикасы көзге көрініп тұрады.

*Пальпация:* эпигастрий аймағында ауырсыну, шалпыл шуы.

*Диагностикасы:* гастроскопия, рентген.



**Гастроскопия: ұзақ уақыт бойы жара  
ауруымен ауырған науқастың  
қалтқысының тарылуы**



**Гастроскопия: асқазан жара ауруы кезіндегі  
асқазанның пилорикалық бөлімінің  
деформациясы және тарылуы**

# Өңештен, асқазаннан және ішектен қан кету синдромы

Қан кетудің жедел және созылмалы түрлеін ажыратады. Организм реакциясы қан кету жылдамдығына және көлеміне тәуелді.

*Себептері:* асқазан, өңеш, ішек жаралары, портальды гипертензия (өңештің кеңейген порто-кавальды анастомоздарынан), асқазан-ішек жолдарының ісіктері, геморрой және т.б.



## Негізгі клиникалық көріністері:

*Қан құсу* (өңештен, асқазаннан қан кеткенде). Құсық түсі қан кеткен жеріне, құсу уақыты мен қан кету уақытына байланысты.

Өңештен қан кеткенде түсі алқызыл, асқазаннан қан кеткенде, түсі алқызыл немес қанық қызыл болады немесе түсі кофе қойыртпағына ұқсайды («кофе қойыртпағы» құсығы), қара түсті нәжіс — *melena*.

Анемия белгілері (ас қорыту жүйесінің кез-келген бөлімінен кеткенде де).

Шағымдары: әлсіздік, бас айналу, құлақ шулауы, көз алдында «шіркей ұшып» жүргендей болуы;

Объективті терінің бозғылтылығы, пульс жиі, ҚҚ төмендеуі мүмкін;

Диагностикасы: қан анализінде — анемия, гастродуоденоскопия.



**Асқазан жарасының жиі, қауіпті асқынуларының бірі қан кету. Гастроскопия: асқазанның зақымданған тамырынан қан атқылап тұр**



**Гастроскопия:  
асқазан  
жарасының  
шеттерінен  
қан кету**

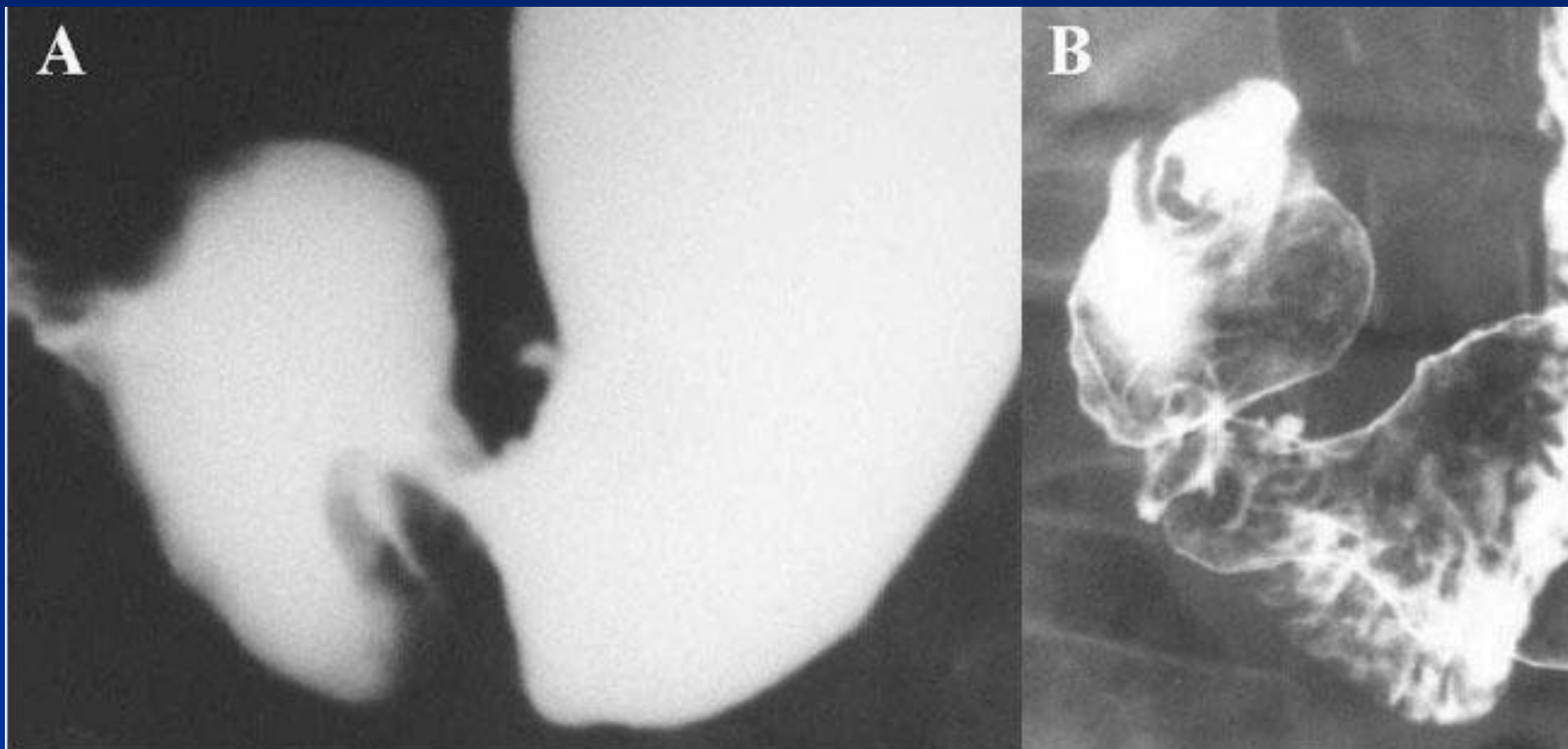


**Гастроскопия: асқазан жарасының  
шеттерінен қан кетуде**



**Гастроскопия: асқазан жарасынан қан кетудің тоқтау кезі және тамырларда көрінеді**

# Асқазанның контрасты рентгенограммасы



ОДИНОЧНОЕ (А) И ДВОЙНОЕ КОНТРАСТИРОВАНИЕ (В) МАЛЕНЬКОЙ ЯЗВЫ ПРЕПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА



# Асқазан және ішек диспепсиясы синдромдары

Диспепсия — ас қорытылуының бұзылысын білдіретін термин.

*Диспепсияның негізгі белгісі* — іштегі эпигастральды аймақта ауырсыну және дискомфорт (асқазанда, толып тұрғандай, ауырлық сезім, тез тойыну).

Клиникасындағы басым шағымдарға байланысты жара тектес, дискинезиялық, бейспецифиялық түрлерін ажыратады.



**Себептері:** органикалық: жара ауруы, рак, ГЭРА, асқазан атониясы, өт тас ауруы, панкреатит; функциональды: депрессия, стрестік жағдайлар, органикалық аурулардың анықталмауы.

**Шазымдары:** тәбеттің төмендеуі, ауызда жағымсыз дәм, тамақтан кейін эпигастрий аймағында ауырлық, кернеп, басып тұрғандай сезім, кекіру, лоқсу, құсу, іш өту (гастрогенді).

Жара тектес вариантында эпигастрийде ауырсыну (түнгі және аш қарынға), тамақ ішкен соң, антацидтер қабылдағаннан кейін басылады.

Дискинезиялық вариантында асқазанда толып тұрғандай, ауырлық сезім, лоқсу, тез тойыну болады.

Бейспецифиялық вариантында әр түрлі болады.

Асқазан сөлінде пепсин, тұз қышқылы жетіспеуінен және асқазандағы тамақтың ішекке тез өтуінен болады.

## Диагностикасы

ЭФГДС;

УДЗ;

Қанның жалпы анализі;

Қанның биохимиялық анализі;

*Helicobacter pylori* микроорганизмін анықтау;

Рентгенологиялық зерттеулер;

Электрогастрография;

Асқазанның сцинтиграфиясы;

Өңеш және асқазан рН тәуліктік мониторинг.

## *Ішек диспепсиясы синдромы*

Ішекте ас қорытылуының бұзылысынан дамиды. Ол *ашу* — көмірсулардың қортылуы бұзылуынан және *шіру* — белоктардың қортылуы бұзылуынан болады.

*Ашу диспепсиясының белгілері:* метеоризм, іштің құрылдауы, шаншып ауырсыну, йіссіз жел шыққаннан кейін азаяды, іш өту; нәжіс ашық түсті, сұйық, көпіршікті, жеміс-жидектердің қорытылмаған қалдықтары. Микроскопияда — крахмал көп мөлшерде (*амилорея*).

*Шіру диспенсиясы:* метеоризм шамалы, іш өту, жағымсыз иісті жел шығуы; нәжіс сұйық, қанық-қоңыр түсті, сасық иісті (шіруге байланысты). Микроскопияда — көп мөлшерде қорытылмаған ет қалдықтары (*креаторея*).

*Ішектің қабынуы салдарынан іш өту*  
бейспецифиялық жаралы колитте,  
микроскопиялық колитте, сәулелік  
(радиациялық) энтеритте және т.б. Бұл  
ауруларда диареямен бірге іштің ауырсынуы  
болады, нәжіске қан араласады, қызба.

*Нәжістің тез жылжуынан дамидын диарея*  
тиреотоксикозбен науқастарда, органикалық  
патологияға байланыссыз ішек  
маторикасының функциональды  
бұзылыстарында (тітіркенген ішек синдромы)  
дамиды.

# Мальабсорбция синдромы

*Мальабсорбция синдромы* - аш ішекте ас қорытылуы мен сіңірілуінің бұзылысы. Ол диареямен, дене салмағының төмендеуімен және тамақтың жеке компоненттерінің тапшылығымен, жеке алғанда темірдің жетіспеуінен гипохромды анемия дамиды. Ас қорытылу процесі қуыстық және іргелік (мембраналық) фазалардан тұрады.

Қуыстық ас қорытылуының бұзылысы аш ішекте ұйқы безі ферменттерінің жетіспеушілігінен дамиды, ұйқы безінің ауруларынан сыртқы секрециясы жетіспеушілігінен (созылмалы панкреатит, ісік, муковисцидоз), өт жолдарының бітелуіне байланысты өт қышқылы тұздарының жетіспеушілігінен немесе бауыр ішілік холестазаға байланысты.

Іш өту, дене салмағының төмендеуі, терінің, тырнақ-шаштардың трофикасының бұзылуы (шаш түскіш, сынғыш, тырнақ сынғыш, жарылғыш, тері құрғақ, жарылғыш болады), гипо- және диспротеинемия, гипохолестеринемия, гиповитаминоз (В1, В2, С және Р), анемия (В12-және фоль жетіспеушілігі, темір жетіспеушілік), электролитті баланстың бұзылуы (гипонатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия), эндокринді бұзылыстар (гипокортицизм, гипогонадизм).



## Тітіркенген ішек синдромы:

Ішек жұмысының қызметі бұзылысымен сипатталады.

*Себептері:* ОНЖ жағдайы маңызды, истериялық реакциялар, қобалжу.

*Шағымдары:* үлкен дәрет жиілігінің, пассажының (жылжуының), (баяулауы, жиілеуі, ішектің толық босамаған сезімі) консистенциясының өзгеруі, кілегей бөлінуі, метеоризм, үлкен дәреттің жиілігімен немесе консистенциясымен байланысты іштің ауырсынуы, үлкен дәреттен кейін жеңілдік сезінуі, іш өту немесе іш қату. Осы белгілер 3 айдан кем емес уақыт байқалса, бұл синдром бар болғаны.

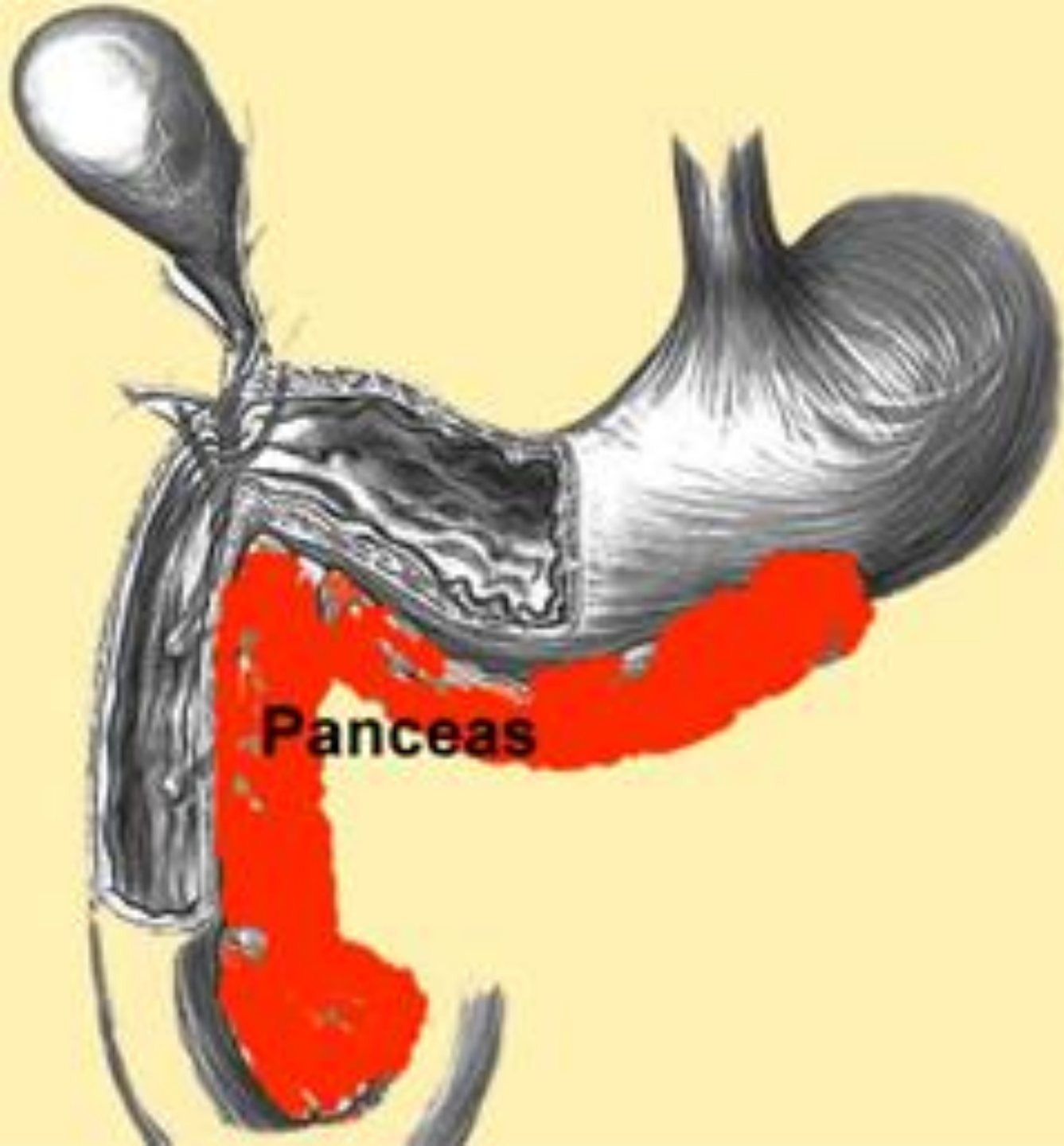
**Пальпацияда:** аш ішек, тоқ ішек бойымен ауырсыну, құрыл-шұрыл күшті естіледі.

**Диагностикасы:** ішектің органикалық бұзылыстарын жоққа шығару арқылы анықталады.

**Зерттеулер:** копрограмма, ректосигмоидоскопия, колоноскопия, тоқ ішектің кілегей қабатының биоптатын гистологиялық зерттеулер бойынша патологиялық өзгеріс анықталмаған жағдайда.

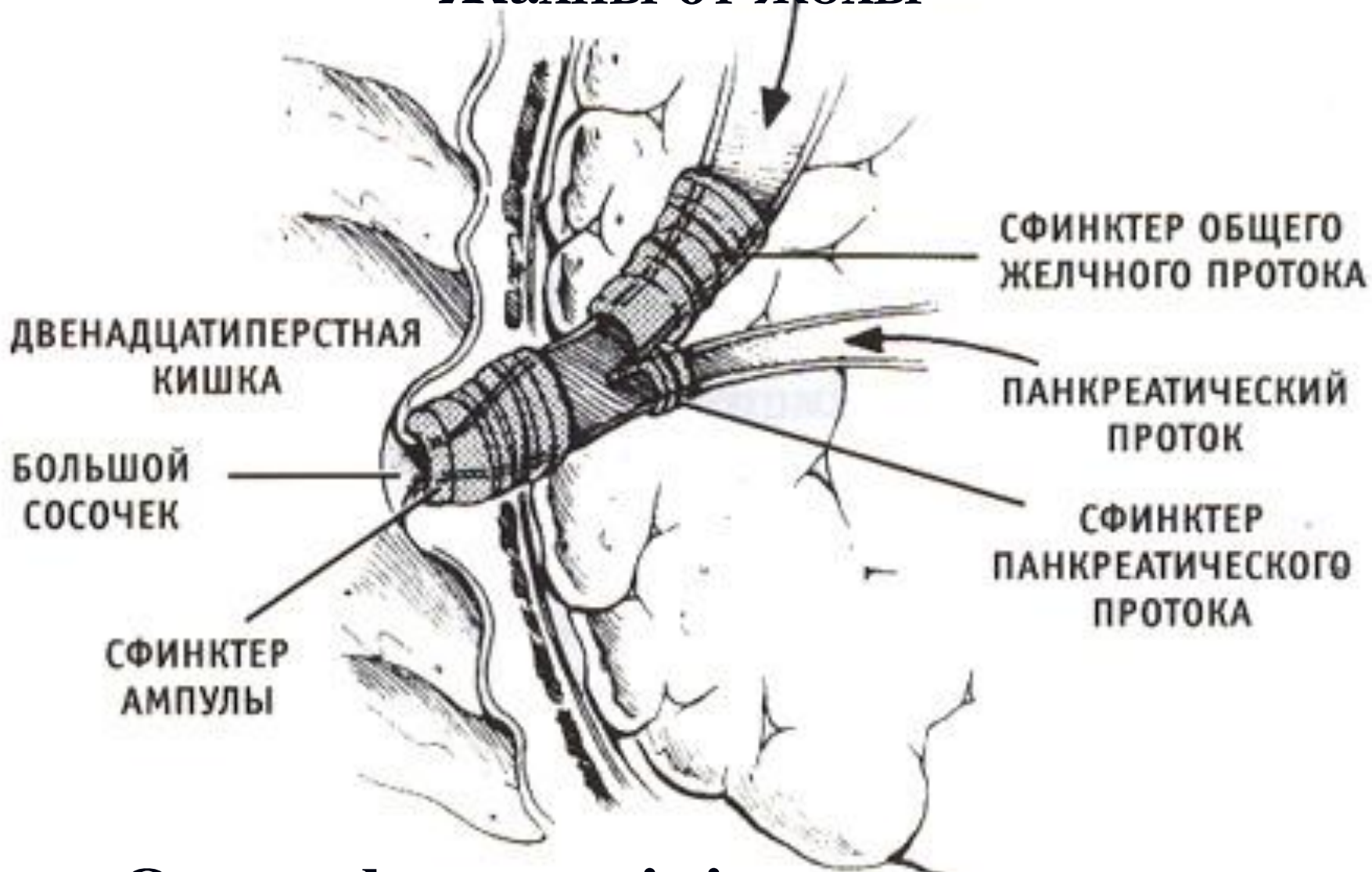
# Ұйқы безінің сыртқы секрециясы жетіспеушілік синдромы

себептері,  
симптомдары,  
диагностикасы.



**Panceas**

# Жалпы ӨТ жолы



## Одди сфинктерінің құрылысы

Рисунок 1. Строение сфинктера Одди

***Себептері:*** созылмалы панкреатит, қатерлі ісікке байланысты ұйқы безінің көп бөлігінің резекциясы, ұйқы безінің туа біткен гипоплазиясы, екіншілік дамуы аш ішектің кілегей қабатының ауруларына байланысты, гастриномада, және т.б.

*Симптомдары:* диарея, тұрақты метеоризм және жүдеу. Диареяға сипатты: көп мөлшерде, майлы жылтырымен, бетінде май тамшыларымен, жағымсыз сасық иісті, унитаздан нашар жуылады. Жүдеу біртіндеп күшейе береді.

## Диагностикасы

**ҚБА:** амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин.

**Зәрде:** амилазаның, диастазаның мөлшерін анықтау.

**Капрограммада:** бейтарап майлар, бұлшық ет талшықтары, жасушадан тыс крахмал (стеаторея, креаторея, амилорея).

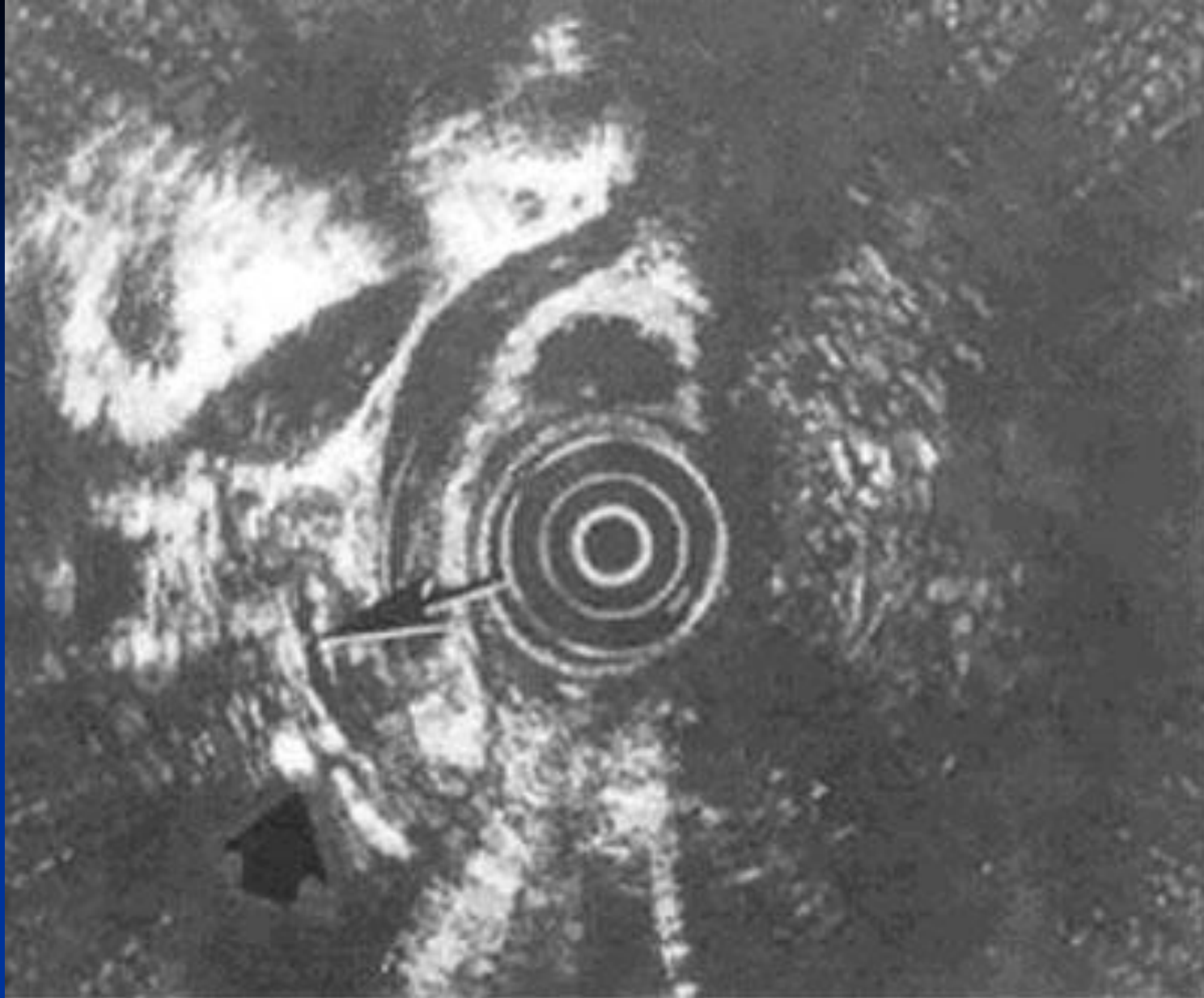
**Иммундыферменттік әдіс:** нәжісте ұйқы безінің ферменті эластаза-1 анықтау.

**Зондсыз әдіс:** панкреато-лаурил тесті және белгіленген үшглицеридпен тыныстық тест.





**Ұйқы безі тінінің созылмалы қабынуынан  
фиброзды өзгерісі**



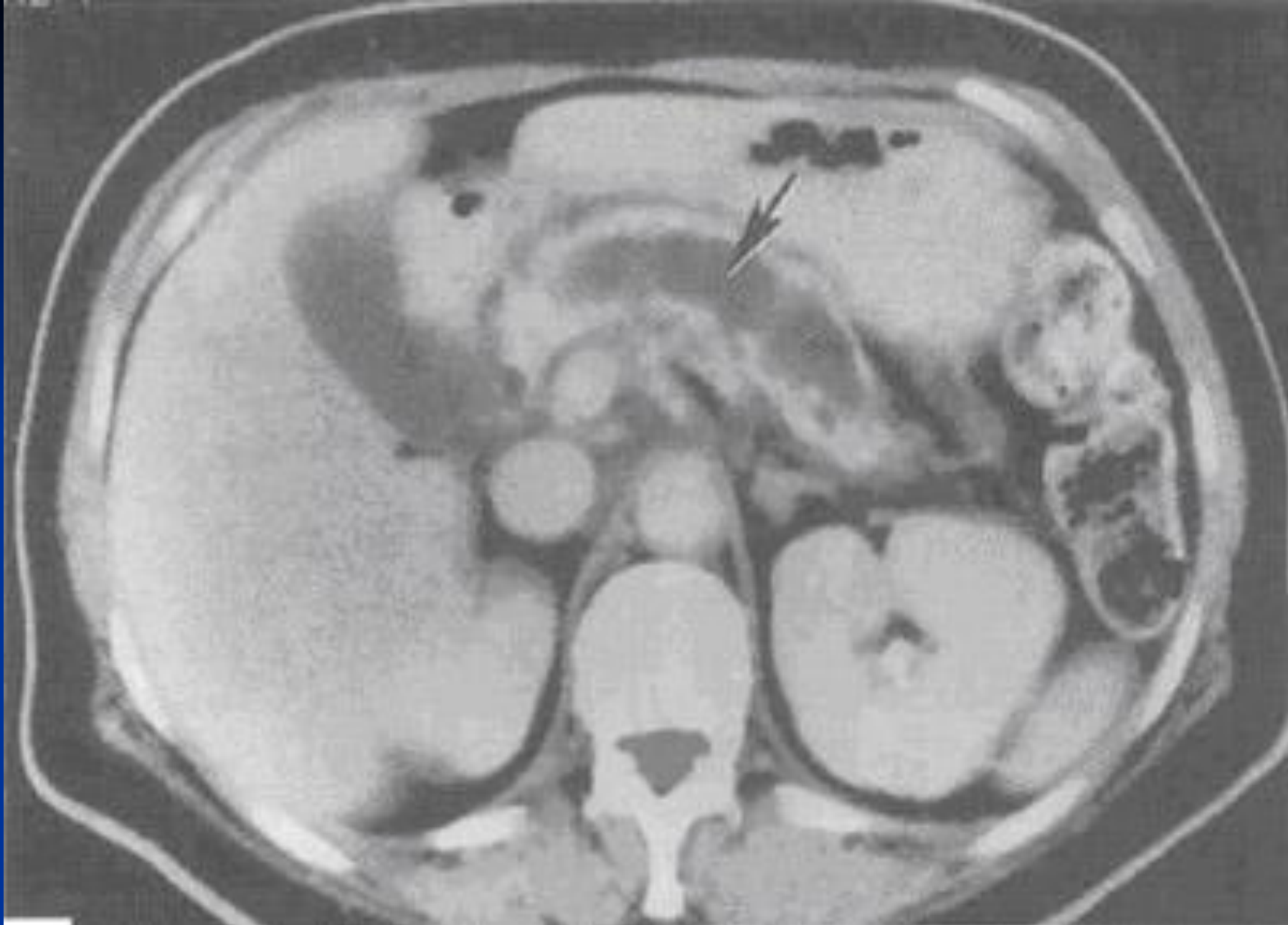
**Эндоскопиялық ультрасонограмма**

**Ұйқы безі паренхимасында кальцинат анықталады**

# Жалпы шолу рентгенограммасы

Ұйқы безінде  
көптеген  
кальцификаттар  
кездеседі





**Компьютерлік томограммада созылмалы панкреатитте атрофияланған паренхимасы және кеңейген өзегі көрінеді**

# Бауыр ауруларының негізгі синдромдары

Сарғаю синдромы - бауыр және өт жолдарының көптеген ауруларында байқалады. Тері сарғаюымен бірге зәр түсі өзгеруі ықтимал. Зәрдің түсі қоңыр-сары немесе қоңыр (сыра түсті) болады, ал нәжістің түсі ақшыл, кейде тіпті түссіз болуы мүмкін.





СарҒаю



**Көз ағының сарғаюы**

Сарғаю билирубин алмасуы бұзылғанда негізгі үш себептің нәтижесінде дамиды:

1. Билирубиннің көп түзілуінен (гемолиздік сарғаю, эритроциттердің көп мөлшерде бұзылып ыдырауынан);
2. Бауыр клеткалары бос билирубинді ұстап және оның глюкурон қышқылымен байланысуы бұзылуынан (паренхиматозды сарғаю);
3. Билирубиннің өтпен бірге ішекке түсуі және байланысқан билирубиннің қайта қанға сіңуі бұзылуынан (механикалық сарғаю).



# Бауырдың қалыпты қызметтері:

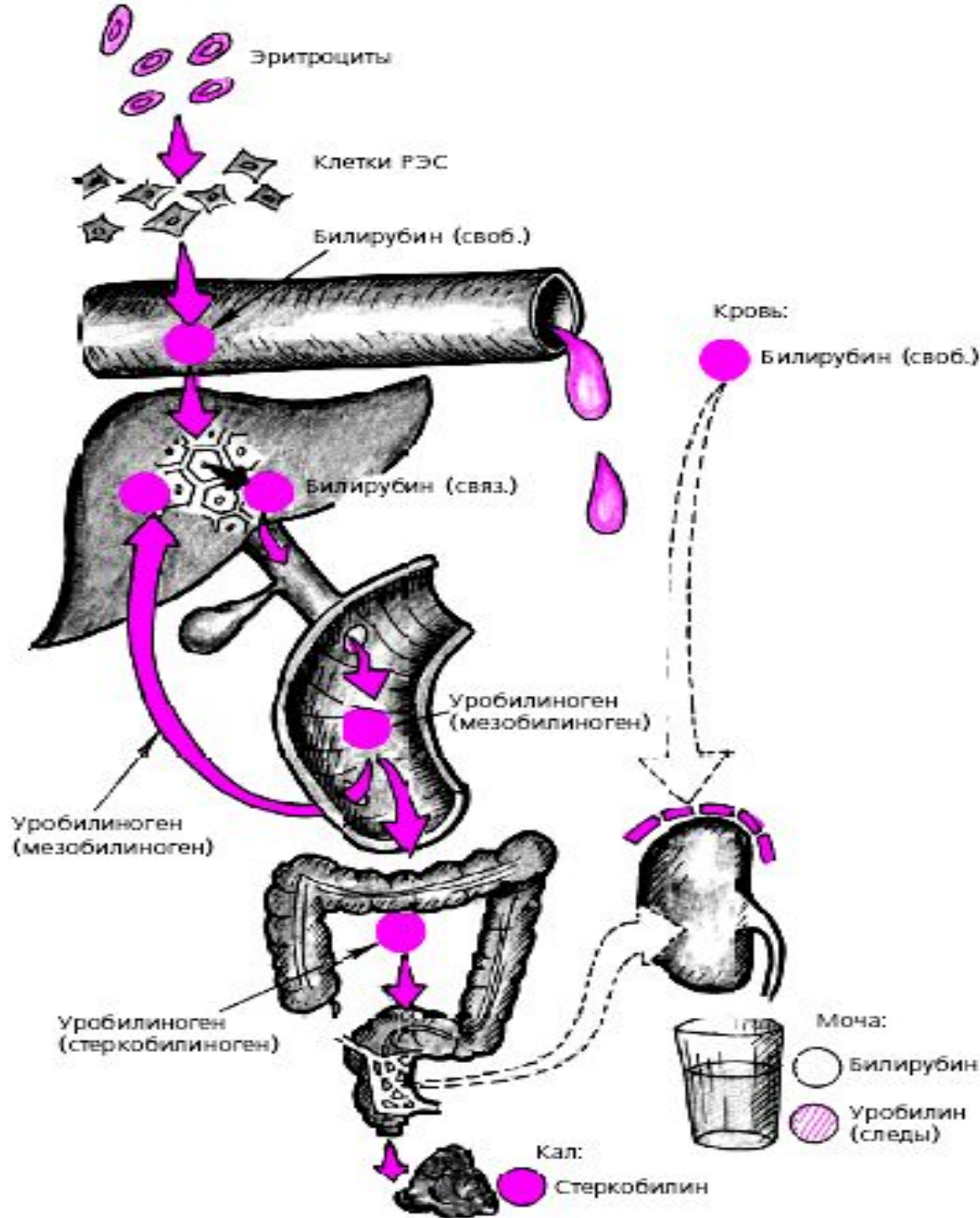
- а) пигменттік алмасу;
- б) көмірсу, белок, май алмасуы, микроэлементтер алмасуы;
- в) залалсыздандыру қызметі;
- г) бөліп-шығару қызметі.

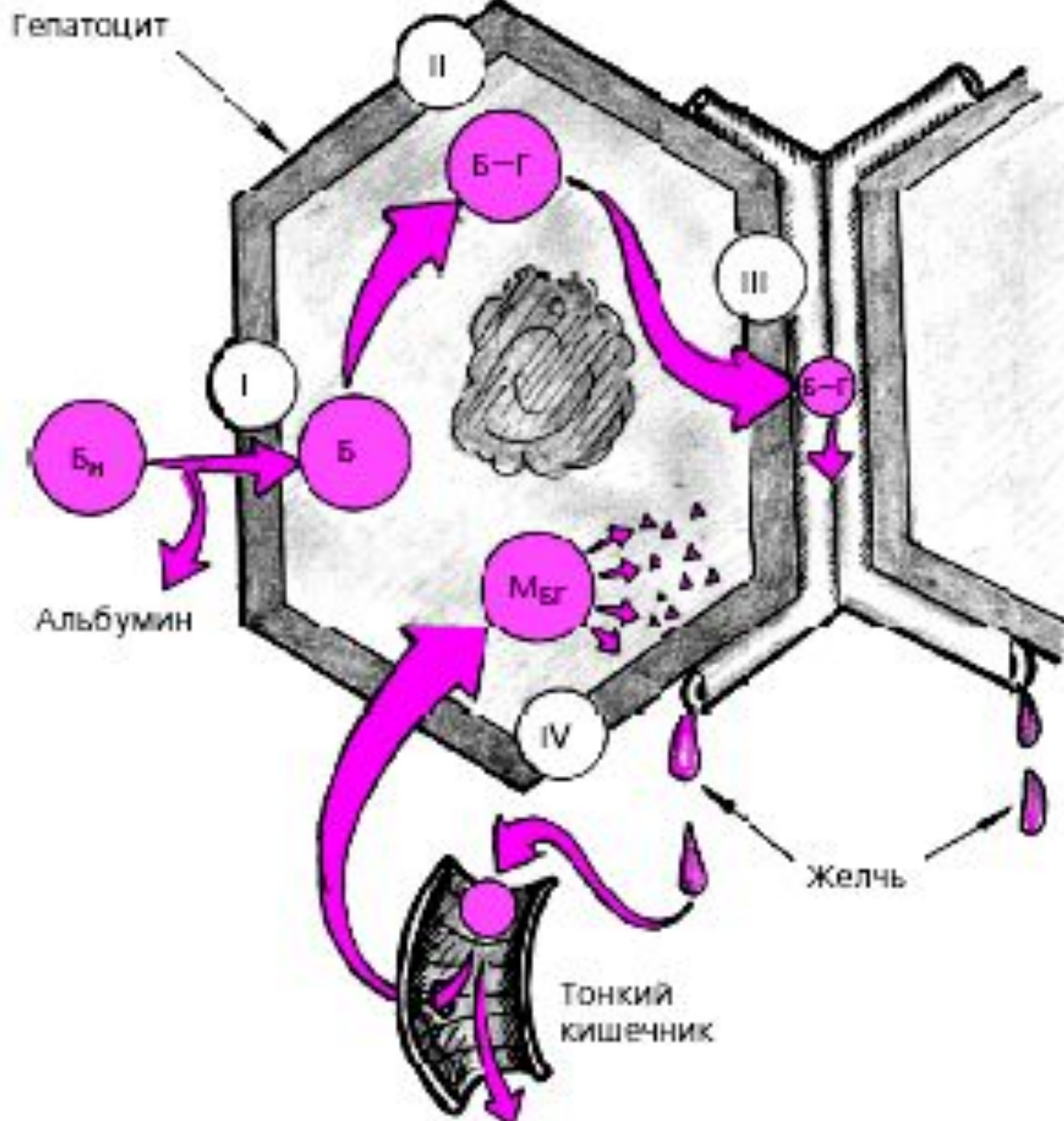
# **Билирубиннің қалыпты мөлшері:**

**жалпы билирубин - 8,5-20,5 мкмоль/л;  
байланысқан (тікелей) билирубин - 1,7-5,1  
мкмоль/л;  
бос (байланыспаған, тікелей емес)  
билирубин - 16,5 мкмоль/л.**

**Байланысқан билирубин жалпы  
билирубиннің 25% құрауы керек.**

# Пигменттік алмасу





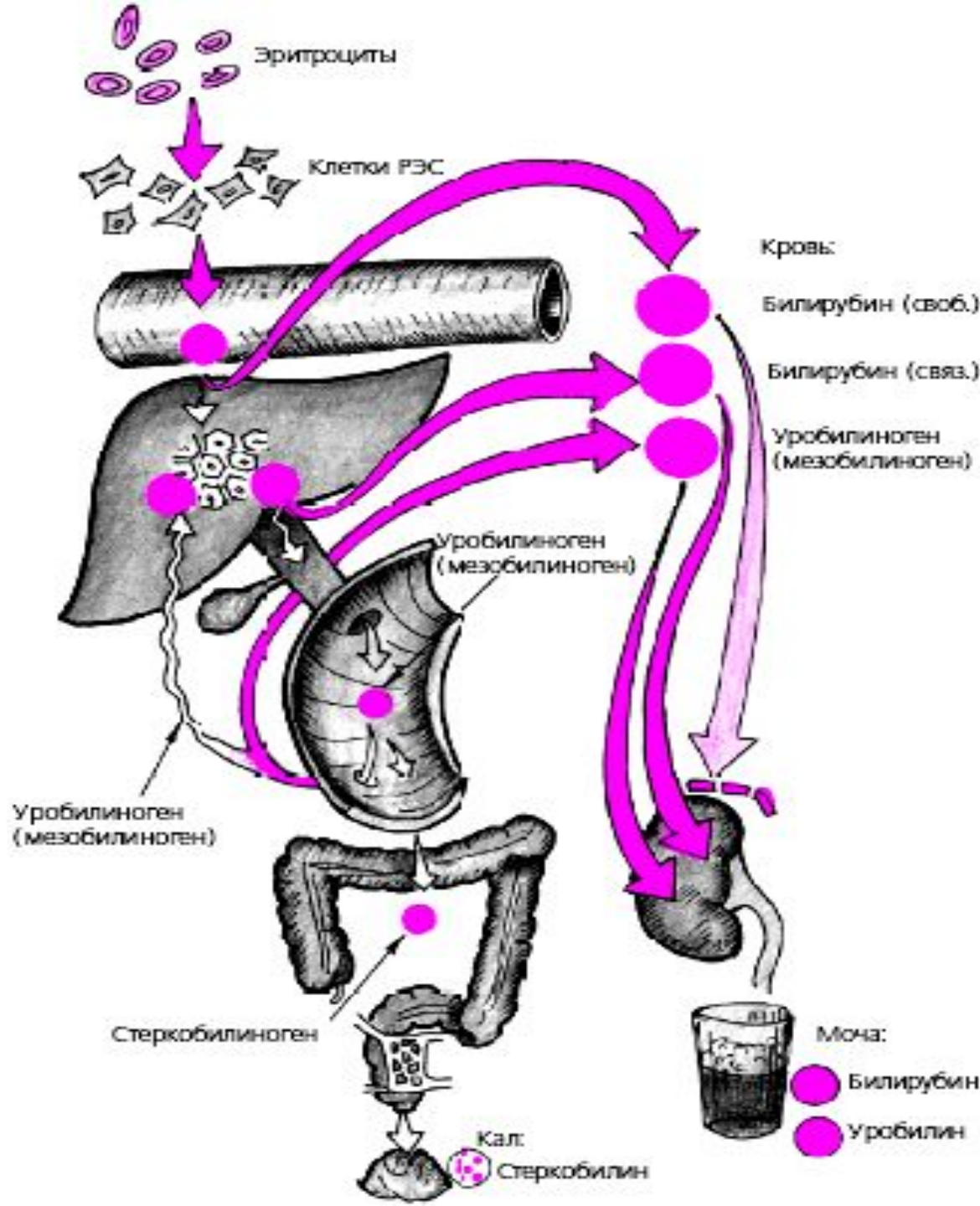
# Қалыпты жағдайда билирубин алмасуы

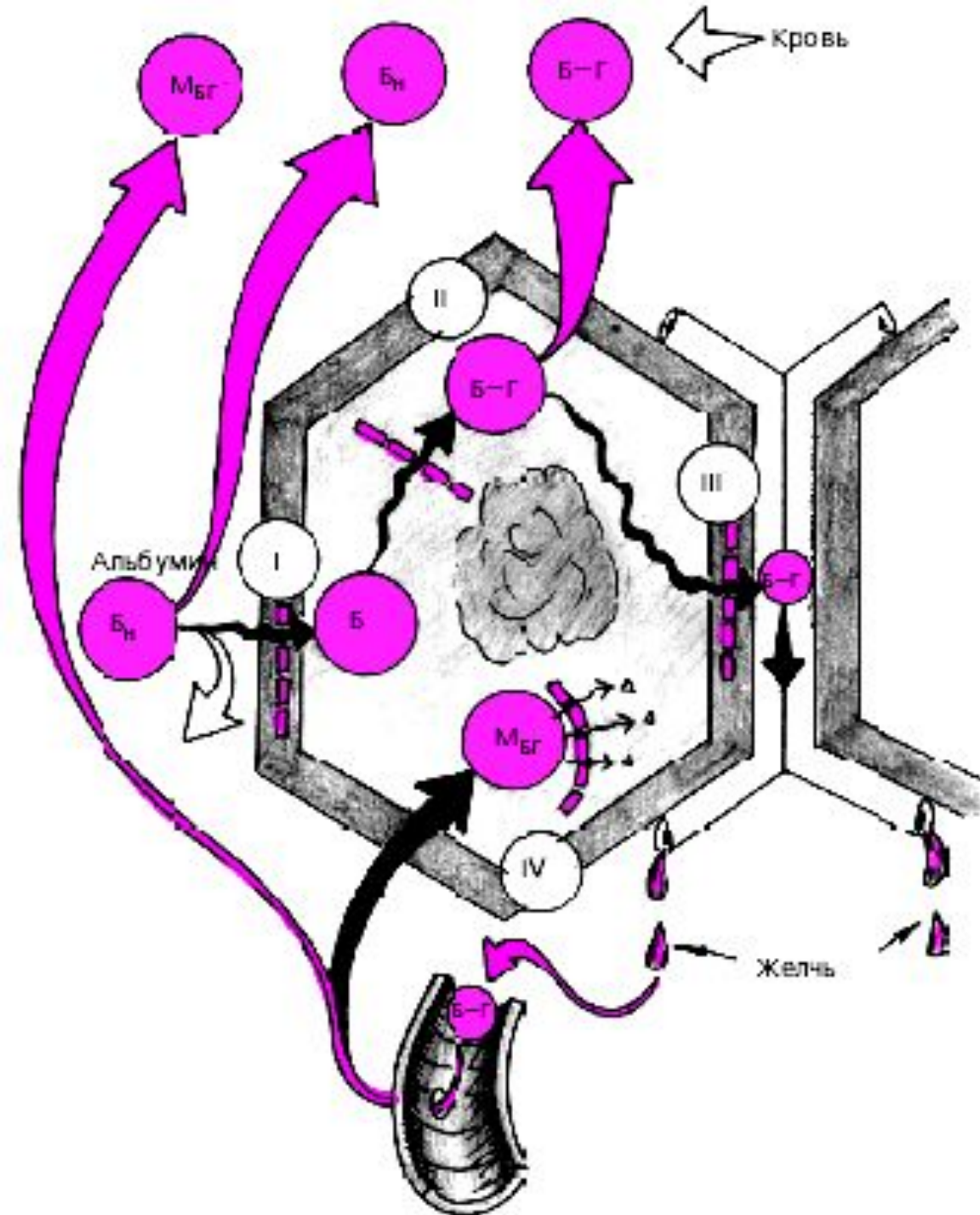
## Паренхиматозды (бауыр клетка-лық)

сарғаю — гепатоциттердің зақымдануынан дамиды, олар билирубинді ұстап, глюкурон қышқылымен байланыстырып, өтпен бірге шығара алмайды. Қан сарысуында бос және байланысқан билирубин көбейеді. Зәрде билирубин және өт қышқылдары пайда болады. Нәжіспен бөлінетін стеркобилиноген азаяды.



# Паренхиматозды сарғаюда билирубин метоболизмінің бұзылысы





# Паренхиматозды сарғаюда билирубин метоболизмінің бұзылысы

# Себептері:

- вирусты гепатит,
- бауырдың токсинді зақымдануы (саңырауқұлақтармен, фосформен, мышьякпен, т.б. химиялық заттармен улану және дәрі-дәрмектерге аллергиялық реакция),
- бауыр циррозы жатады.



**Тері және клегей қабаттардың түсі шафранды-сары, қызғыштау түске енеді (қызғыштау түске енуі тері тамырларының кеңеюімен байланысты болса керек).**

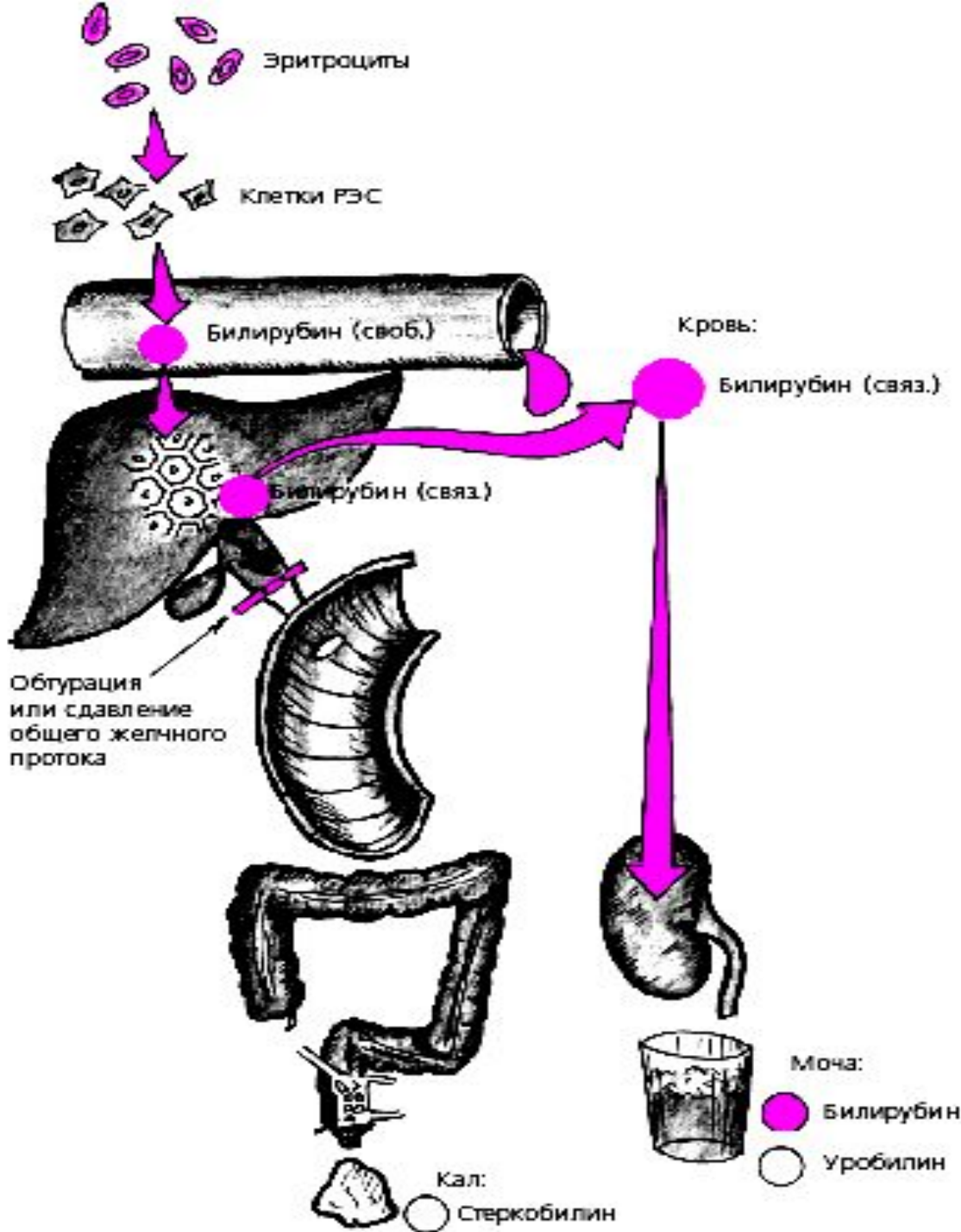


**Паренхиматозды сарғаю. Тілдің  
кілегей қабатының сарғаюы**

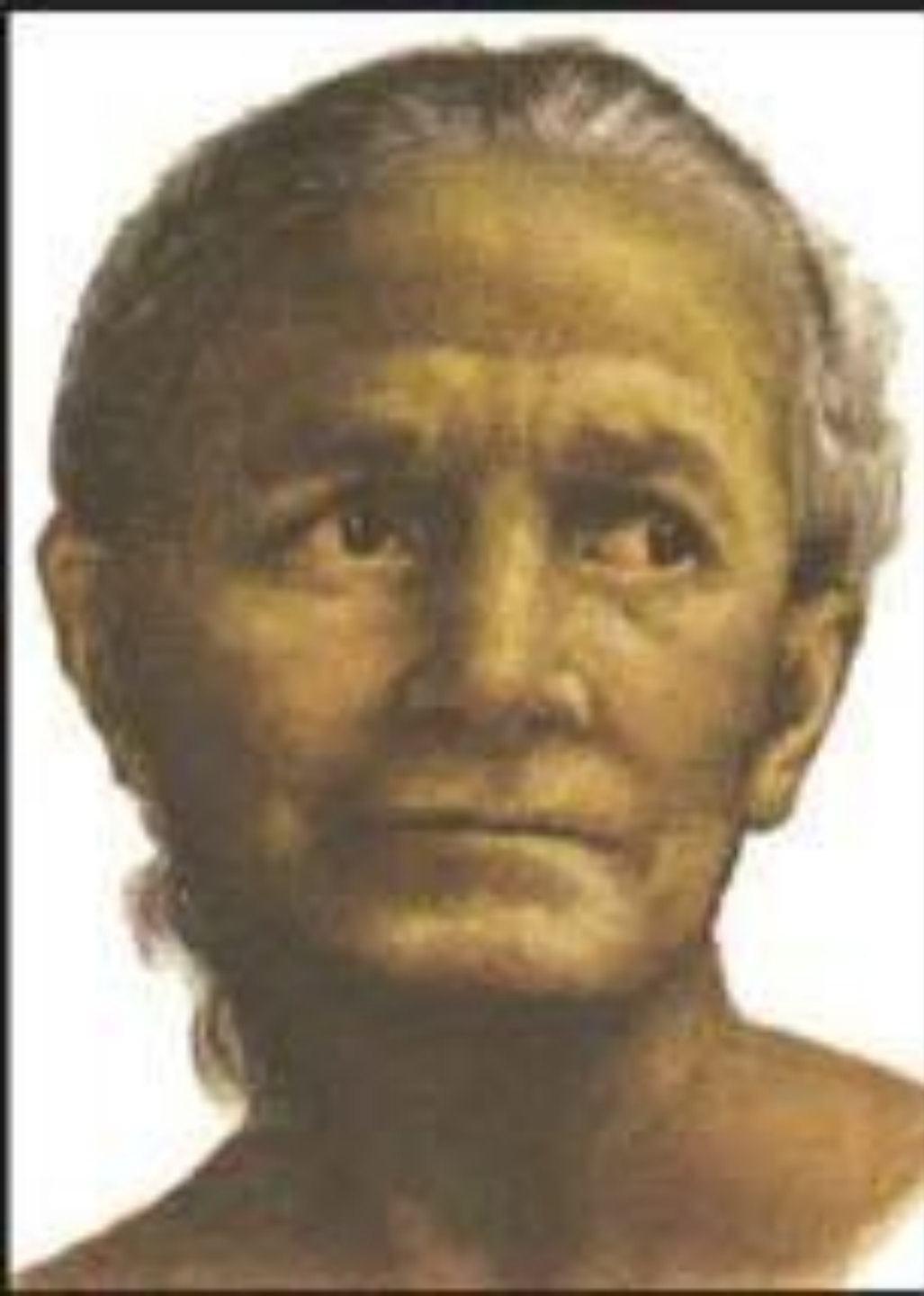
Тері қышуы механикалық сарғаюға қарағанда сиректеу кездеседі және қышыну күші төмендеу, өйткені паренхиматозды сарғаюда зақымдалған бауыр клеткаларының өт қышқылдарын синтездеуі бұзылады. Сондықтан брадикардия, жалпы әлсіздік және бірқатар диспепсиялық белгілер пайда болады. Бұл сарғаюдың ауыр түрінде бауыр қызметінің айқын жетіспеушілік белгілері пайда болады.

Механикалық сарғаю (обтурациялық, бауырастылық жалпы өт жолы жартылай немесе толық бітелуінен дамиды. Себептері: сыртынан ісіктің басып тастауы (ұйқы безі басының ісігі, Фатеров еміздігінің рагі), немесе ішінен таспен бітелуі. Соның салдарынан өт іркіліп, өт жолдарында қысым жоғарылайды. Нәтижесінде өт капиллярлары керіледі және бауыр клеткаларына өт сіңеді де, гепатоциттер некрозға ұшырап өледі, ал өт әрі қарай лимфа кеңістіктеріне және қанға сіңеді.

# Механикалық сарғаюда билирубин метоболизмінің бұзылысы



**Тері түсі және шыршышты қабаттары сары түске болады, сосын билирубиннің биливердинге тотығуынан жасыл түске және қошқыл-зәйтүн түске енеді.**



**Механикалық  
сарғаю**

**Терінің түсі  
жасыл сары**

**Қанда байланысқан билирубин мөлшері өте жоғары (10-20 есе) болады. Ұзақ сарғаю болғанда бауыр қызметі бұзылуынан бос билирубин мөлшері де біршама артады.**

**Байланысқан билирубин зәрде пайда болады (өт пигменттері), зәрдің түсі қоңыр түсті және ашық-сары көбікті болады. Нәжістің түсі ақ болады, кейде оқтын-оқтын ағарып тұрады (жиі таспен жартылай бітелгенде), кейде ұзақ уақыт бойы ақ түсті (ісікпен бітелгенде) болады.**



Өт жолдары толық бітелгенде нәжіс (ахолиялық) болады, саз түстес, ақ-сұр түсті болады, стеркобилин нәжісте болмайды. Қанға билирубин ғана емес, өт қышқылы да сіңеді (холемия), соның нәтижесінде интоксикация дамиды, жүрек-тамыр және нерв жүйесі жағынан ауытқу белгілері пайда болады. Тері қышуы өте күшті және түнде күшейеді, брадикардия болады (өт қышқылдары кезбе нервтің тонусын рефлекторлы түрде күшейтеді).

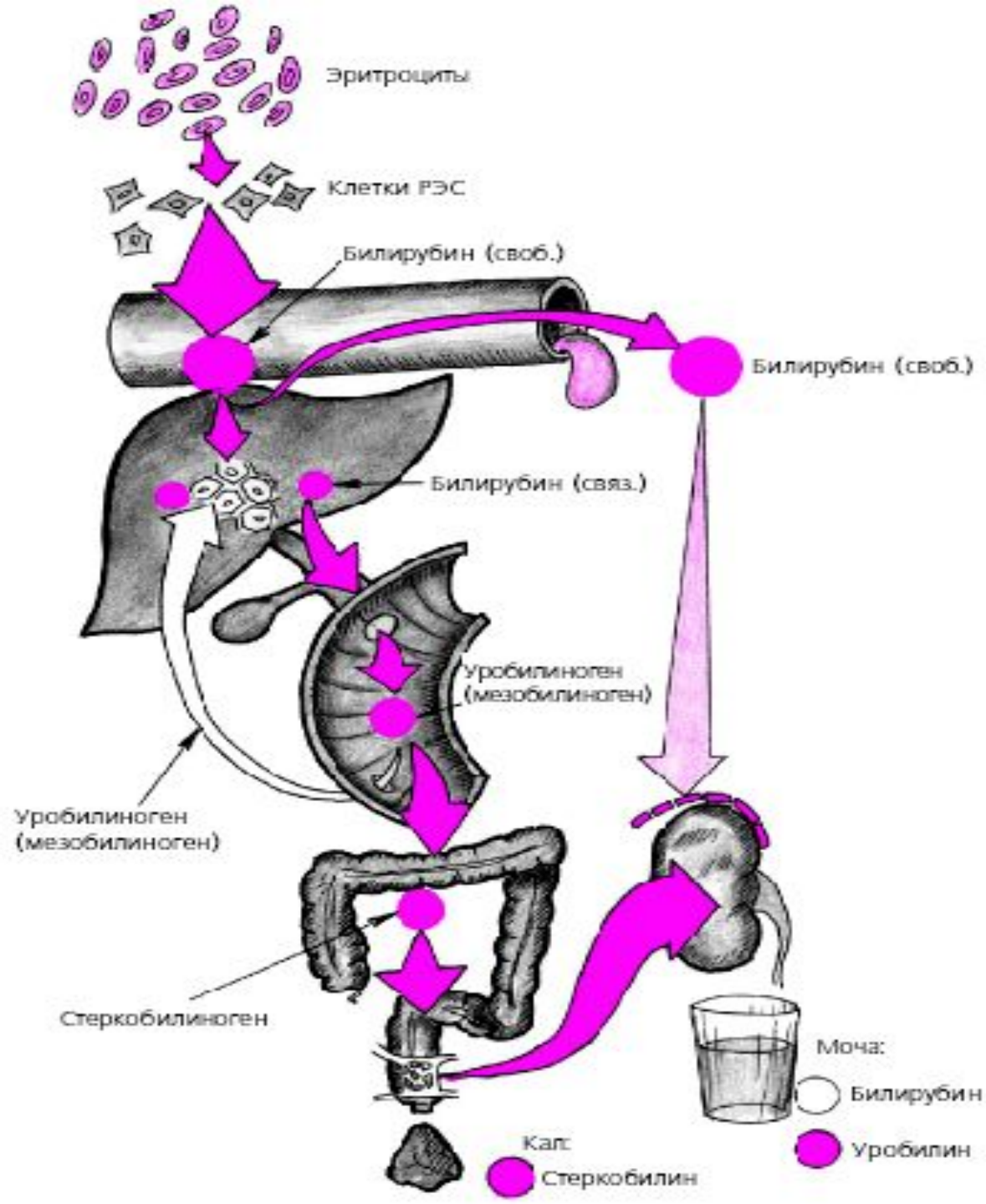
Нерв жүйесі жағынан: тез шаршағыштық жалпы әлсіздік, адинамия, тітіркенгіштік, бас ауруы және ұйқысыздық болады.

## Гемолиздік (бауыр үстілік) сарғаю –

эритроциттердің мөлшерден артық ыдырауынан түзілген бос билирубиннің бәрі бірдей бауырда глюкурон қышқылымен байланысып үлгермеуінен дамиды. Бос билирубиннің артық мөлшері қанда жиналып сарғаюды тудырады.

**Гемолиздік сарғаю өз алдына дамитын ауру болуы мүмкін немесе басқа аурулардың белгісі болуы да мүмкін (Аддисон-Бирмер ауруы, безгек, созылыңқы ағымды сепсистік эндокардит және т.б.) және де гемолиз тудыратын көптеген интоксикацияларда (мышьяк, сульфаниламидтер және т.б.), немесе сәйкессіз қан құйғанда дамиды.**

# Гемоліздік сарғауда билирубин метоболизмінің бұзылысы



Тері түсі лимон-сары түсті болады, терінің қышуы болмайды. Қанда бос билирубин мөлшері біршама артады. Зәрде билирубин болмайды, бірақ түсі қанық сары болады, өйткені уробилиноген мөлшері артады (5-10 есе) және де нәжісте стеркобилиноген артады, себебі гемолиздік сарғаю дамыған адамда жиі бауыр қызметі бұзылады. Нәжіс түсі де қанық қоңыр болады, стеркобилиногеннің көп бөлінуінен.



**Көз ағының сарғаюы**

# Лабораторлық-клиникалық синдромдар

## Цитолиз синдромы:

Бауыр клеткаларында көптеген ферменттер бар, олар бауырдағы зат алмасу процесін реттеп отырады. Оларға: АЛТ, АСТ, альдолаза, сілтілік фосфотаза, холинэстераза, ЛДГ5 және т.б. жатады.

АСТ, әсіресе АЛТ көбірек (гепатиттерде) әлі сарғаю көрінбей тұра жоғарылайды. Альдолазаның жоғарылауы вирусты гепатитке өте сипатты.

**Сілтілік фосфатаза механикалық сарғаюда, қатерлі ісікте және бауыр ішілік холестазда, билиарлық циррозда жоғарылайды. Паренхиматозды**

**сарғаюда аз ғана жоғарылайды.**

**Қалыпты мөлшері: ер адамда - 0,9-2,3 мккат/л, әйелдерде - 0,7-2,1 мккат/л.**

**Қан сары суындағы холинэстеразаның жоғарылауы паренхиматозды сарғаюда болады. Қалыпты мөлшері - 60-200 мккат/л.**



**Цитолиз синдромының клиникалық белгілері: жүдеу, қызба, сарғаю, геморрагиялық синдром, орталық нерв жүйесінің тежелуі, ауызда «бауыр» иісі, «тамыр жұлдызшалары», «бауыр алақаны». Гипоальбуминемия, гипотромбинемия, гипохолестеринемия. Холинэстераза тапшылығы, қан ұюдың У және УІ факторларының тапшылығы. Қанда байланысқан билирубиннің көбеюі, трансминазалардың және т.б. бауырға тән ферменттердің көбеюі.**

Холестаза синдромы: өт жолы бітелуінен дамиды.

Клиникасы: тұрақты тері қышуы, сарғаю, терінің гиперпигментациясы, ксантелазмалар.

Қанда байланысқан билирубин, мыс, холестерин ( қалыпты мөлшері: 3,1-6,5 ммоль/л, (липопротеидтер, сілтілік фосфатаза, ү-глутамин-транспептидазаның), өт қышқылының мөлшері көбейеді.

Қабыну синдромы: бауырдың ретикулогистиоцитарлық жүйесінде түзілетін глобулиндердің көбеюімен сипатталады, бұл кейбір белоктық сынамалардың (вирусты гепатитте, бауыр диффузды зақымдалғанда) – тимол сынамасының (қалыпты мөлшері - 5 Бірлікке дейін) оң болуын көрсетеді. Механикалық сарғаюда ол теріс мәнді болады.

## Портальды гипертензия синдромы ПГ):

ПГ - қақпақты венада қан қысымының тұрақты жоғарылауымен және портокавальды анастомоздардың ашылуымен және көк бауырдың үлкеюімен сипатталады. Қақпақты вена арқылы қан ағысына кедергі болуына байланысты (бауыр қақпасындағы ісікпен, ұлғайған лимфа түйінімен, рак метастазында) немесе бауыр ішілік тармақтары бітелгенде (бауырдың созылмалы зақымдануында, бауыр циррозынында), немесе қақпақты венаның тромбозында ПГ дамиды.

Цирроз кезінде өлген клеткалардың орнына дәнекер тін өсіп, тыртықтануынан бауыр синусоидтары мен бауыр ішілік тамырлары тарылып бітеледі. Нәтижесінде қан ағысына кедергі туады, порталды қысым көтеріледі, іш құрсағы ағзаларында қан ағысы бұзылады, сондықтан тамыр іргелерінен қан сары суы іш қуысына өтеді де асцит дамиды.

Цирроз кезінде асциттің дамуында қан сары суының онкотикалық қысымының төмендеуі де маңызды роль атқарады (бауырда альбумин түзілуінің бұзылуынан төмендейді); бүйрек үсті безінде альдостерон түзілуі күшеюінен (екіншілік гиперальдостеронизм) және бауырда оның және антидиурездік гормонның залалсыздануы жетіспеуінен болады.



**Алкогольдік  
цирроз кезінде  
дамыған асцит**

# Бауыр клеткалық жетіспеушілік синдромы

бұл синдромның даму механизмінде  
бауыр-клеткалық жетіспеушілік және  
портальды гипертензия жатады.



**Бауыр клеткалық жетіспеушілік жедел және созылмалы түрде дамиды.**

**Жедел жетіспеушілігі жедел вирустық, дәрмектік, алкогольдік зақымданулардан, өндірістік улармен, саңырауқұлақпен уланудан, эндогенді токсиндермен уланудан бауыр клеткаларының басым өлуіне байланысты дамиды.**

**Созылмалы жетіспеушілігі бауыр циррозының кеш сатыларында, созылмалы гепатитте, қақпақты жүйені шунттау операцияларынан кейін дамиды.**



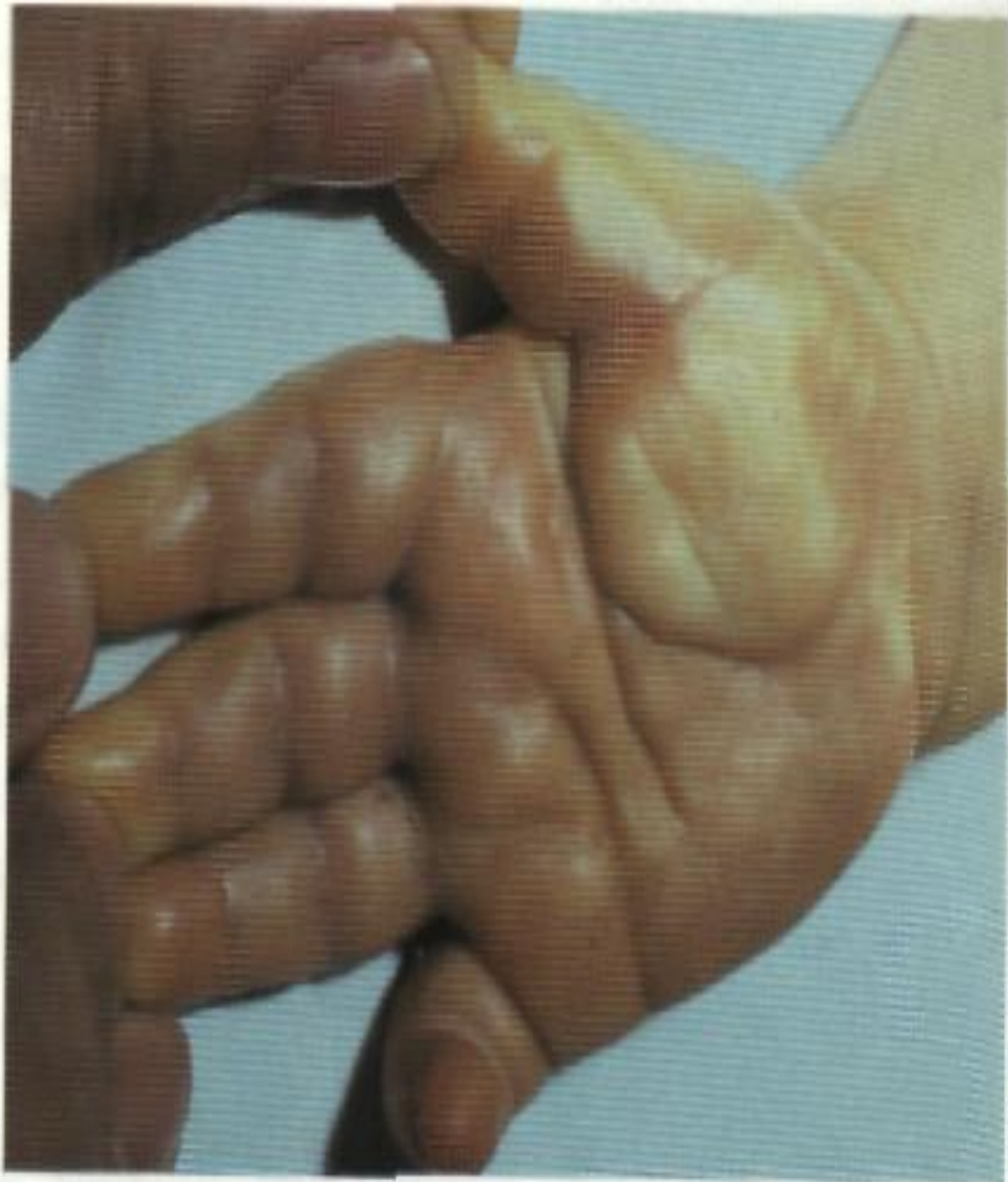
**Бауыр циррозы**

**Белгілері: жалпы әлсіздік, зат алмасу бұзылысы, бауыр қызметінің бұзылуымен («гепатоциттердің жетіспеушілік синдромы» альбумин, холестерин, протромбин және т.б. жетіспеушілігі) сипатталады. Ауыздан бауыр иісі шығады, қызба болады, асцит, бауырлық энцефалопатия дамиды. Мұның бәрі күшейе түседі де терминальды сатысында науқас бауыр комасына түседі.**

Созылмалы  
гепатит В.  
Бауыр  
комасында  
алақанның  
сарғыш түске  
енуі, бауыр  
алақаны

90

Вирусный гепатит В.  
Яркое желтушное  
прокрашивание  
ладоней при  
печеночной коме.





**Қолдағы эксхимоз**

## Гепатолинаяльдық синдром (ГЛС).

ГЛС - бауырдың және көк бауырдың үлкеюімен сипатталады (олардың біреуінің ғана үлкеюі біріншілік зақымдануында болады). Жалпы патологиялық процесте екеуінің де үлкеюі (гемолиз, инфекция, токсинді зақымдануларында) олардың ретикуло-эндотелиальды тінмен бай болуына және оларда қан айналым жүйесі ортақ болуымен байланысты. Көк бауырдың анағұрлым ұлғаюы (спленомегалия) оның қызметінің күшеюімен (гиперспленизм) қатар жүруі де мүмкін.

# Бауырдың үлкеюі