

**ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫ**

Терапия бакалавриат кафедрасы

ПРЕЗЕНТАЦИЯ

**Тақырыбы: Вирусты гепатиттер және
бауыр циррозының алдын алу.**

Орындаған: Асан Ә.

Тобы: 406 ҚДС

Қабылдаған: _____

Анықтамасы

- Бауыр циррозы (БЦ) — архитектуралық 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 архитектуралық 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.

Этиологиясы.

- 1. Созылмалы вирусты гепатиттер.
- В, С, Т, Д, О вирусты гепатиттердің барлығы циррозбен аяқталуы ықтимал, ең циррозогендіге жататындар — С және В гепатит.
- 2. Созылмалы алкогольизм. 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;

Этиологиясы.

- 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 дәрімектер: хлорланған көмірсулар, ауыр металдардың туындылары, саңырауқұлақгың улары (афлатоксиндер, фаллоидин, р-аманитин т.б.); туберкулезге қарсы дәрімектер; психотроптық дәрімектер; цитостатиктер, стероидтық анаболиктер мен андрогендер.
- 7. Бауырішілік және бауырдан тыс өт жолдарының аурулары: идиопатиялық дуктопения — өт түтікшелерінің облитерациясы (идиопатиялық немесе дәрімектің 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.).

ПАТОГЕНЕЗ

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

ПАТОГЕНЕЗ

- 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.

Морфологиясы

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

Жіктелуі

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.

Клиникасы

- 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 сақдарынан іш қысымының биіктеуі, осыдан рефлюкс-эзофагиттің дамуы; бауырда гистаминнің бейтарапталмауынан дамидын 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 портальдік гипертензий ауырлайды. Бұл жағдай әрдайым есте болуы тиіс.
- 10. Эндокриндік бұзылыстар:
- а) гиперэстерогенемиядан 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) үйқыбездің фиброзы болғанда қантты диабет дамуы.

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
Цитоллиз 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



Бауыр комасы

Құсығы “көфеге” ұқсас



Бауыр комасы кезінде алақанның айқын
сары түске боялуы

Диагностикасы

- Бауыр циррозының диагностикасы келесі белгілердің болуына негізделеді:
- цитолиздік, 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 - архитектоникасының айқын бұзылысы (морфологиялық зерттеудің нәтижесі бойынша), портальдік гипертензияның клиникалық белгілері (асцит, спленомегалия, веналық коллатеральдар, асқорыту жолынан қанның кетуі).
- Бауыр циррозын, өсіресе оның портальдік 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-КТ және рентгендік кимография жасалынуы тиіс. Қатерсіз сублейкемиялық миелоз (бауырдың, өсіресе талақтың ұлғаюына әкелетін). Бұл ауруда портальдік 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.

Емі

- 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.

Этиологиялық ем.

- 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, НСУ және НВеАё анықталған науқастарға ғана қолданады.
- Алкогольдік гепатитте алкогольдік ішімдіктің барлық түрлеріне қатаң тыйым салынады.
- 3. Біріншілік биллиарлық циррозда (бауыр трансплантациясы күтудегі науқастарға) урсодезоксихол қышқылын қолданады.
- 4. Гемохроматозға байланысты циррозда бауырдағы гистологиялық өзгерістерді қан ағызумен біршама келтіреді, бірақ қалыптасқан циррозға бұл ем әсер етпейді.

Емі

- 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 тиіс. 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,

Симптомдық ем.

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

Емі

- 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.

Емі

- 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 реттен; 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

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Diabetes Blue Circle Symbol. International Diabetes Federation (17 Наурыздың 2006).
2. *Строев Ю. И.* и др.: Сахарный диабет. СПб, 1992
3. Шаңырақ : Үй-тұрмыстық энциклопедиясы. Алматы : Қаз.Сов.энцикл.Бас ред., 1990
4. Вернер, Дэвид. Халыққа медициналық жәрдем көрсету жөніндегі (Анықтамалық). Қазақ тіліне аударғандар: Айымбетов М, Бермаханов А.— Алматы: "Демалыс", "Қазақстан", 1994— 506 бет.
5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – С.-Петербург, 2000.— 914 с.