

617  
A150

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**



# **PORTAL GIPERTENZIYA**

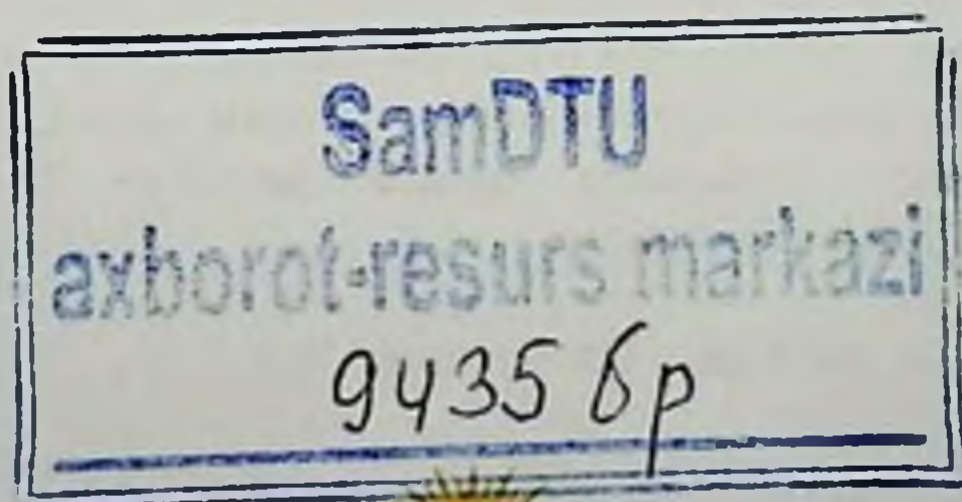
**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI  
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**



## **PORTAL GIPERTENZIYA**

O'quv uslubiy tavsiyanoma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining 25-yanvar 2023-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "6"- son bayonnomasiga ko'ra tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan

*Tibbiyot universitetining yuqori kurs talabalari klinik ordinatorlar va magistratura rezidentlari uchun tayorlangan o'quv-uslubiy tavsiyanoma*



**Tuzuvchilar:**

**Abdullayev S.A.**

SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining professori t.f.d.

**Dusiyarov M.M.**

PhD SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining assistenti

**Xo'jaboyev S.T.**

SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining dotsenti t.f.d. (DSc)

**Taqrizchilar:**

**Karabayev X.K.**

SamDTU 2- son xirurgik kasalliklari va urologiya kafedrasini professori, t.f.d.

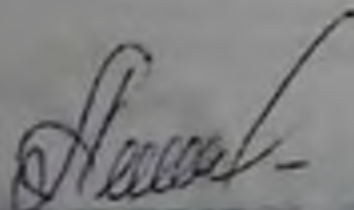
**Mustafaqulov I.B.**

SamDTU 2- son xirurgik kasalliklari va urologiya kafedrasini mudiri, t.f.n. dotsent

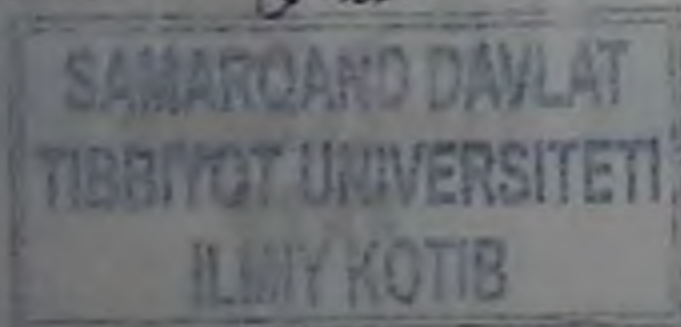
*Portal gipertenziya - bu portal vena tizimidagi bosimning ko'tarishi bo'lib, portal bosim gradientining oshishi bilan aniqlanadi (portal vena bosimi va pastki kava vena yoki jigar venasi ichidagi bosim o'rtasidagi bosimning farqi). Bu bosim gradienti odatda 5 mmHg dan kam yoki unga teng. Portal va jigar venalari (yoki pastki kava vena) bosim gradienti 6 mmHg yoki undan ko'p bo'lsa, ko'p hollarda portal gipertenziya mavjudligini ko'rsatadi. Portal gipertenziya sirroz bilan kasallangan bemorlarda kasalxonaga yotqizish, varikoz qon ketish, jigar transplantatsiyasi va o'limning eng ko'p uchraydigan sababidir. Dastlabki o'quv-uslubiy tavsiyanoma portal gipertenziyani baholash va boshqarish va ushbu kasallikka chalingan bemorlarga yordam ko'rsatishni yaxshilashda bag'ishlangan va keltirilgan vazifalarni bajarishga nafaqat jarrohlr balki interprofessional shifokorlar kerakligi rolini ta'kidlaydi.*

“25” yanvar 2023 yil Bayonnoma № 6

Илмий кенгаш котиби:



У.У. ОЧИЛОВ



## MUNDARIJA

KIRISH .....	4
Mashg'ulotning xronologiyasi.....	4
Mashg'ulotning maqsadi .....	5
Jigarning anatomiyasi va fiziologiyasi .....	6
JIGAR SIRROZI .....	8
Portal gipertenziya va uning shakllari .....	10
Portal gipertenziyaning klinik belgilari .....	14
Laboratoriya va instrumentlar bilan tekshirish .....	17
Portal gipertenziyani davolash usullari.....	19
Testlar .....	28
Vaziyatli masalalar .....	30
Foydalanilgan adabiyotlar .....	31

## KIRISH

Xirurglarning jigar sirrozi muammosiga bo'lgan kiziqishi portal gipertenziya degan aloxida sindromning klinik amaliyotga kiritilgan vaqtdan boshlandi. Portal gipertenziyaga xos bo'lgan uchlik simptomlari mavjud: qizilo'ngach va me'dadan qon oqishi ogir asorat bo'lib, birinchi qon oqishdan keyin o'lim 30%, ikkinchisidan keyin yana 30 %, uchinchisidan keyin yana 30 % va oxirgi to'rtinchi qon oqishdan keyin 10 % bemorlar o'ladilar. Qon oqishni profilaktika qilishning uchta asosiy usullari mavjud: Birinchi - portal tizimini dekompressiya qilish ya'ni portakaval shuntlash, ikkinchisi - portakaval aloqani qizilo'ngach va me'da soxasida kengaygan venalar satxida ularni ajratish, buni xirurgik usulda amalga oshiriladi. Nixoyat uchinchisi portal tizimidagi bosimni dorivor moddalar bilan tushirish.

### Mashg'ulotning xronologiyasi

<b>№</b>	<b>Mashg'ulot bosqichlari</b>	<b>O'tkazish joyi</b>	
1	Ertalabki vrachlar konferentsiyasida qatnashish	Kafedraning konferentsiya zali	30 minut
2	Tashkiliy chora-tadbirlar	O'quv xonasi	10 minut
3	Mavzu bo'yicha talabalar bilimini baholash	O'quv xonasi	30 minut
4	Bemorlar kuratsiyasi	Bog'lov xonasi	60 minut 40 minut
5	Kuratsiya qilingan bemorlar taxlili	O'quv xonasi	40 minut
6	Mashg'ulotni muxokama qilish	O'quv xonasi	60 minut
7	O'zlashtirilgan material nazorati	O'quv xonasi	30 minut
8	Test nazorati	O'quv xonasi	20 minut
9	Vaziyatli masala va amaliy ko'nikma	O'quv xonasi	40 minut
10	Keyingi amaliy mashg'ulot nazorati	O'quv xonasi	10 minut

### **Mashg'ulotning maqsadi**

1. Talabalar nazariy bilimga ega bo'lish va mavzu bo'yicha nazorat savollariga javob bera olish, amaliy mashg'ulotdagi test topshiriqlarini bajarish va yakuniy modul nazoratini topshira olish.

2. Nazariy tushunchaga ega bo'lgan holda, mavzu bo'yicha amaliy ko'nikmalarni texnik jixatdan bajarishni namoyish qilgan bemorlar kuratsiyasida yoki fantomlarda ko'rsatib berishni bilish.

**Mavzu bo'yicha mustaqil ish bo'yicha topshiriqlar.**

**Mavzu bo'yicha minimal darajada o'zlashtirishi lozim.**

1. Jigar sirrozi topografoanatomik xususiyatlarini.
2. Jigar sirrozining patofiziologiyasini.
3. Jigar sirrozining patomorfologik va patofiziologik o'zgarishlarini.

4. Bemorlarda fizikal va so'rab-surushtirish usullarini.

**Mavzu bo'yicha mustaqil ishning maqsadi.**

Olgan bilim va ko'nikmalarga tayangan xolda mashg'ulotlarning nazaryasini o'rganish va nazorat savollariga javob berishni bilishi lozim.

1. Jigar sirrozining klassifikatsiyasi va etiopatogenizi.
2. Jigar sirrozi kasalliklarining klinik simptomatikasini va kechishi bosqichlarini.
3. Jigar sirrozining asoratlari va ularning klinik ko'rinishlarini.
4. Jigar sirrozining zamonaviy diagnostikasi.
5. Jigar sirrozigacha o'xshash kasalliklar va ular bilan differentsial diagnostika o'tkazishni.
6. Jigar sirrozini davolash usullarini o'rganish (konservativ va operativ). Davolash taktikasini tanlash.
7. Jigar sirrozini konservativ davolashning asosiy printsiplarini bilish.
8. Jigar sirrozi kasalliklarida operativ davolashga ko'rsatmani aniqlash.
9. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kuratsiya qilish. Operatsiyadan keyingi asoratlarni diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

**Umumiy qo'llanma**

1. Jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish: (so'rab-surushtirish, shikoyatlari, tizimlar bo'yicha surishtirish, kasalliklar va hayot anamnezi) umumiy axvolini va tashqi ko'rinishini (terini, teri osti yog')

qavatini ko'zdan kechirish, limfa tugunlarini va x.k) baxolash: qon tomirlar sistemasini, qorin bo'shlig'ini, suyak - mushak tizimini tekshirish.

2. Kasallikning asosiy simptomlarini yoki sindromini va (Locus morbi). Jigar sirrozi kasalliklarining maxsus patogenetik simptomlari.

3. Bemorga aniq yoki maxsus sindromlarga asoslangan holda tashxis qo'yish.

4. Qo'shimcha tekshirish usullarining rejasini tuzish (laborator va instrumental) va ularning natijasini baxolash.

5. O'xshash kasalliklarda differentsial diagnostika qila olish.

6. Kasallikka klassifikatsiya bo'yicha to'g'ri diagnoz qo'yish, yo'ldosh kasalliklarini va asoratlarni aniqlash.

7. Bemor uchun individual davo muolajalarini tanlash (konservativ va shoshilinch operativ davo oxirgi tezkor, tezkor kechiktirilmaydigan, absolyut yoki nisbiy ko'rsatmalar).

8. Jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarga davolash taktikasini tanlash, patogenetik asoslangan konservativ davo yoki jarroxlik aralashuvi va unga ko'rsatma, profilaktika choralari, diagnostika va operatsiyadan keyingi asoratlarni davolash.

9. Jigar sirrozi asoratlari bo'lgan taqdirda uni tashxislay olish, birinchi yordamni to'g'ri talqin qilish va uni ko'rsata olish.

10. Diagnozni qo'yish va unga mos davo muolajalarini to'g'ri tanlash va shoshilinch holatlarda birlamchi yordam ko'rsata olish.

### **Aniq amaliy ko'nikmalar**

1. Jigar sirrozining simptomlarini aniqlash.

Mavzuni auditoriyadan tashqari o'zlashtirish uchun ma'lumotlar majmuasi.

### **Jigarning anatomiyasi va fiziologiyasi**

Jigar asosan o'ng qovurg'a tagi osti viloyatini egallaydi. Uning kichik bir qismi chap qovur g'a osti qismida joylashgan. Katta kishilarda jigarning o'rtacha kattaligi 25-30 sm, kengligi 15-20 sm va balandligi 9-14sm ni tashkil etadi.

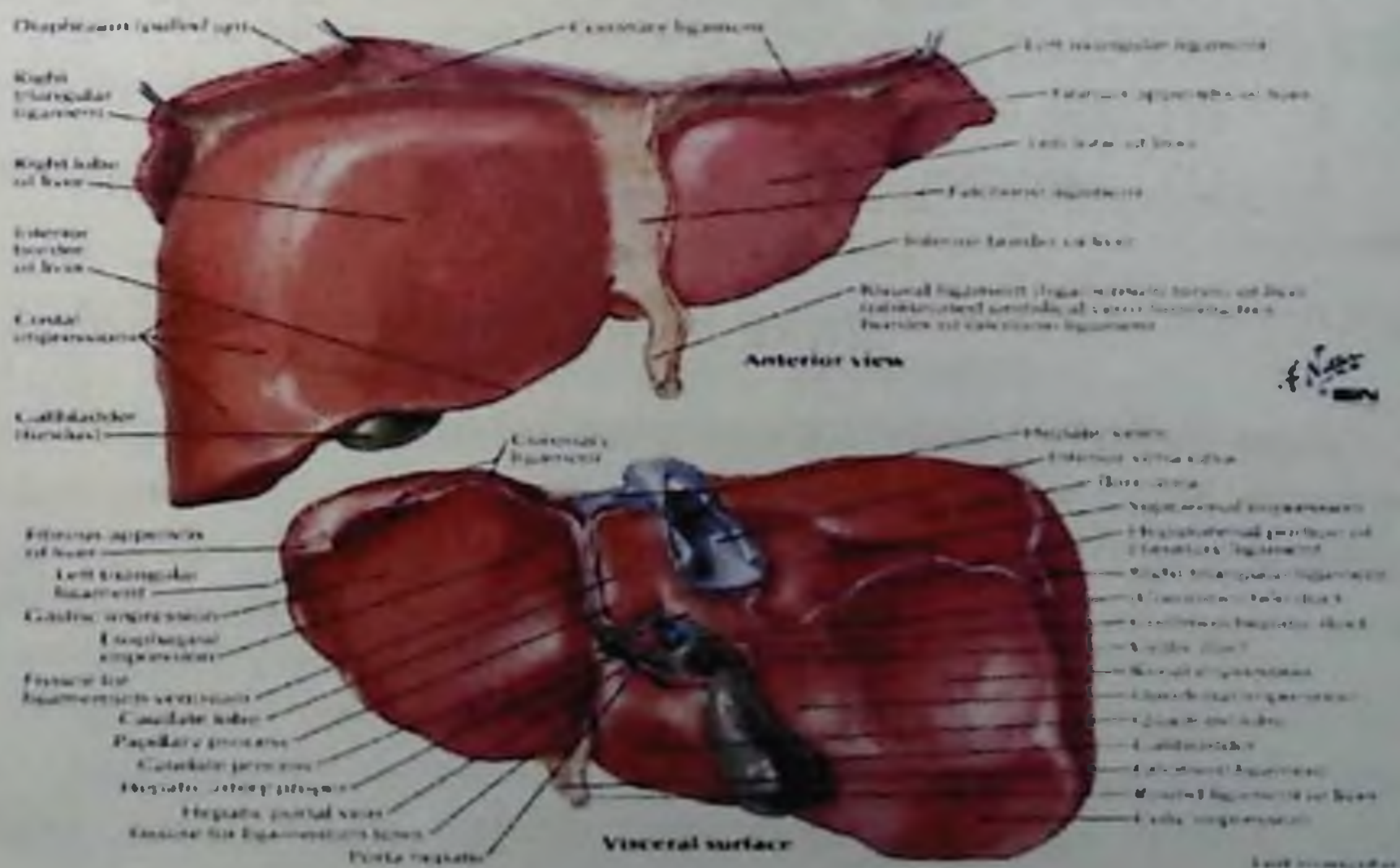
Jigarning 2 ta yuzasi bor: vistseral yoki pastki - facies visceralis va diafragmal yoki yuqori - facies diaphragmatica va ikkita orqa va oldingi chegaralari bor.

Jigarning kattaligi bir xil bo'lmagan ikkita bo'lakdan iborat. Jigarning katta bo'lmagan orqa yuzasi va uning darvoza qismidan tashqari

qattiq fibroz kapsula (glisson kapsulasi) bilan qoplangan. Bu kapsulaning ustidan qorin parda bilan qoplangan. Jigarni qoplagan qorin parda atrof to'qimalarga o'tishda jigarning bog'lamlarini hosil qiladi.

Jigarning yumaloq bog'lami (lig. teres hepatis) kindikdan jigarning kundalang ariqchasiga va darvoza qismiga tutashadi. Bu bog'lamda v. umbilicalis va v.v. paraumbilicalis lar joylashgan. Amaliyotda jigarning darvoza tizimi Kuino (Couinand, 1957) buyicha ikki bo'lakdan (ung va chap), beshta sektordan va sakkizta segmentdan iborat ekanligi qo'llaniladi.

Jigarning qon bilan ta'minlanishi aloxida xususiyatga ega bo'lib jigarga qon ikkita tomirdan: jigar arteriyasi va darvoza venasi orqali keladi. Jigarning shaxsiy qon tomiri a. hepatica propria bo'lib jigarning umumiy arteriyasi a. hepatica communis ning davomi bo'lib hisoblanadi. Jigarning umumiy arteriyasi truncus coeliacus dan boshlanadi. A. Hepatica propria jigarning parenximasiga kirishdan oldin ikkita shaxobchaga: a.hepatica dextra va a. hepatica sinistra ga bo'linadi. Chap jigar arteriyasi jigarning chap, kvadrat, dum bo'laklarini qon bilan ta'minlaydi. Uning uzunligi katta kishilarda 2-3 sm, diametri 2-3 mm. O'ng jigar arteriyasi kattaroq bo'lib uzunligi 2-4 sm, diametri 2-4 mm ni tashkil etadi. Bu arteriya asosan jigarning o'ng yarimini va o't xaltachasiga shaxobcha - (a. Cystica) beradi.



1-rasm. Jigarning anatomik tuzilishi



Vena qon tizimi jigarda darvoza venasi - v. Portae opqali (v. Cava inferior) yuzaga chiqadi. Darvoza venasi qonni qorin bo'shlig'idagi toq a'zolardan oladi. Bu vena yuqori tutqich (vena mesenterica superior) va taloq (v. lienalis) venalarining qo'shilishidan hosil bo'ladi. Bu holat oshqozon osti venasining bosh qismi ortasida sodir bo'ladi. Pastki tutqich venasi (v. mesenterica inferior) ko'pincha taloq venasiga, juda oz holatlarda yuqorigi tutqich venasiga quyiladi va ayrim holatlarda aloxida darvoza venasini o'qini tashkil etadi. Darvoza venasiga yuqorigi (v.v. pancreatoduodenalis, v. prepiloric) va me'da venalari (v. Gastrica dextra et sinistra) lar quyiladi. Oxirgi vena ayrim holatlarda taloq venasiga quyiladi. Darvoza venasining uzunligi 2-8 sm, jigar ichida 1-1,5 sm dan keyin o'ng va chap jigar venalariga bo'linadi. V.Umblicalis kindik atrofida qisman obliteratsiyaga uchrab, jigarning yumaloq boylamiga o'tadi va o'zining kengligini 12-15 mm gacha saqlab qoladi.

### **Tashqi o't yo'llari tizimining fiziologiyasi.**

Jigardan chiqqan o't suyuqligi o't xaltada yig'iladi va 12 b. ichakka vaqti-vaqti bilan o'tadi. O't suyuqligi ovqat hazm qilishda muxim ahamiyati bor.

1. Lipolitik ferment (lipaza) oshqozon osti bezida ishlab chiqarilib, ichaklarda yog'ning parchalanishini ta'minlaydi.
2. Yog'larni emulsiya holatiga keltiradi.
3. O'tning ta'sirida ichaklarda o't kislotasi eriydi va ichaklar shilliq qavatlarini orqali yaxshi so'riladi.
4. O't ichak xarakatini kuchaytiradi.
5. O't oshqozon osti bezining sekret ishlab chiqarishini stimullaydi.

## **JIGAR SIRROZI**

**Jigar sirrozi** - jigarning parenximasi va stromasining rivojlanuvchi zararlanish holati bo'lib, gepatotsitlarning destruktiviyasi, jigarning tugunli regeneratsiyasi, qo'shuvchi to'qimaning rivojlanishi bilan jigar parenximasida va qon tomirlarida chuqur o'zgarishlar bo'lishi.



2-rasm. Jigar sirrozi. Astsit.

#### Jigar sirrozining etiologik faktorlari

1. Virusli hepatitlar
2. Alkogolizm
3. Endo- va ekzogen oqsil va vitaminlarning yetishmovchiligi.
4. Jigardan tashqari o't yo'llarining obturatsiyasi
5. Har xil qon aylanishlarining buzilishi: yurak kasalliklari, portal tizimidagi tomirlarning trombozi va flebiti
6. Kongenital sifilis
7. Temir moddasi almashuvining buzulishi (gemaxromatoz)
8. Mis moddasi almashuvining buzilishi

Ayrim ta'sir qiluvchi qo'shimcha faktorlarni aniqlash zaruriyati bor.

1. Granulematozlar (brutsellyoz, tuberkulyoz)
2. Toksik agentlar (to'rt xlorli uglerod, trinitrotoluol)
3. Gelmintozlar

Sirrozlar 1956-yilgi tasnifi buyicha quyidagi turlarga bo'linadi: - portal, postnekrotik, biliar, aralash turi.

Sirrozning har bir turi rivojlanishiga qarab 3 bosqichdan iborat: boshlanish, sirrozning shakllanish va oxirgi (destruktsiya) bosqichi.

Sirrozning 1974-yilda taklif bilingan tasnifiga asosan: mayda tugunli (portal sirroz), katta tugunli (postnekrotik sirrozga qavin), aralash shakllarga ajratilgan.



3-rasm. Jigar sirrozining kelib chiqish etablari.

### Portal gipertenziya va uning shakllari

Portal gipertenziya - portal tizimida qon aylanishining buzilishi natijasida rivojlanadigan simptomlar kompleksi bo'lib, portal venasida bosimning oshib ketishidir.

Portal gipertenziya quyidagi shakllarga bo'linadi.

1. Porto-portal tizimida sirkulyatsiyaning buzilishi natijasida yuzaga chiqqan portal gipertenziya
2. Jigar osti portal tizimidagi blok.
3. Jigar ichi portal tizimidagi
4. Jigar usti portal tizimi bloki
5. Kombinatsiyalashgan (jigar ichi va tashqi portal tizimi bloklari)

**Porto-portal tizimida sirkulyatsiyaning kuchayishi arterio-venoz oqmalarining ichaklar, taloq, me'da, oshqozon osti bezi satxida faolligi bilan bog'lash mumkin.**

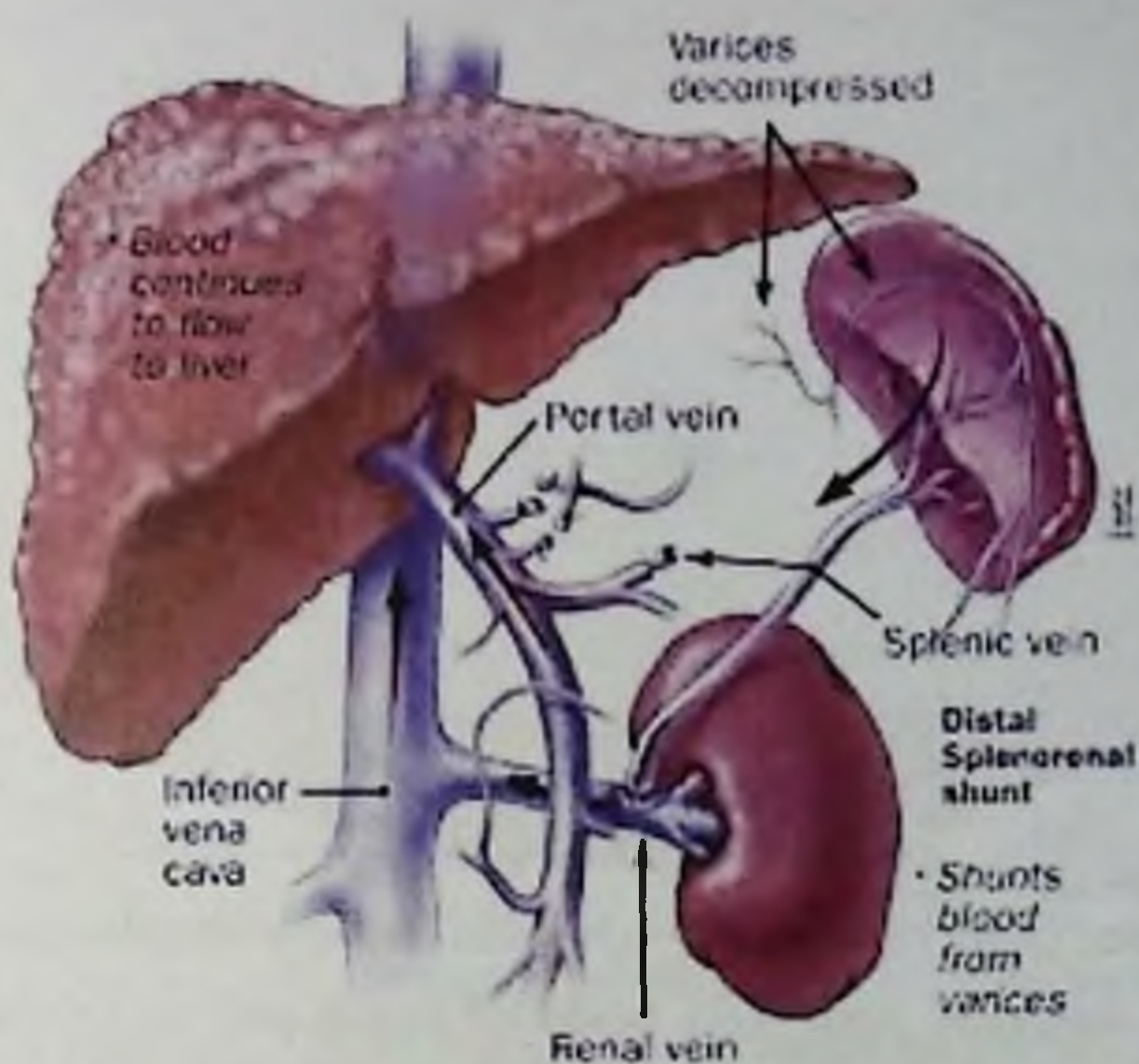
**Portal gipertenziya sindromining jigar osti shaklida darvoza venasidagi qon aylanishi buzilishi quyidagi holatlarda sodir bo'ladi.**

- Darvoza venasining turli anomaliyalarida (aplaziya, gipoplaziya, atreziya).

- Darvoza venasida va uning shaxobchalari trombozi va flebitlarida (qorin bo'shligi a'zolarining yiringli-septik asoratlarida).

Darvoza venasining kavernoza transformatsiyasida:

- Portal tizimi venalarining qisilishi (pankreatitlar, kistalar, o'sma shishlar, infiltratlar, chandiqlar sababli)



4-rasm. Portal tizimiga qatnashadigan organlar.

**Jigar ichi shakli sindromi** xususan-jigar parenximasining jaroxatlanishida kuzatiladi: jigar sirrozi, jigar fibrozi (postravmatik, portal), surunkali gepatit, o'choqli sklerotik o'zgarishlar, chandiqli o'zgarishlar, o'choqli sklerotik o'zgarishlar, o'sma shishlar, rak.

**Jigar ichi qon aylanishi buzilishining xillari:**

- Presinusoidal, Parasinusoidal, Postsinusoidal bloklari.

**Sabablari buyicha:**

1. Venalarning qisilishi: shistostomozlarda, Vilson kasalligida, obturatsion sariqlikda

Darvoza venasiga qo'shimcha arterial qonning oqib kelishi: arterio-venoz oqmalar, jigar sirrozi bilan bemorlarda arteriola va venulalarda presinusoidal aloqaning paydo bo'lishi

2. Gepatotsitlarning bo'kishi natijasida o'tkir gepatitda, jigarning yog'li destruksiyasida, jigar sirrozida, obturatsion sariqlikda

3. Jigar venalarida o'tkazuvchanlikning buzilishi yuzaga chiqqanligida: o'sma shishlar bilan qisilishi; pastki kovak venasining membranoz obstruksiyasi



5-rasm. Qorin old devori teri osti venalarining varikoz kengayishi

**Portal tizimida jigar usti bloki (Badd-Kiari sindromi)** – jigarda qonning oqib ketishi qiyinlashuvi oqibatida uchraydi: jigar venalarining o'sma shishlar sababli qisilishida, jigar venalarining kistalar sababli qisilishida, pastki kovak venasining jigar usti qisilishi venoz obstruktsiyasi.

#### **Badd - Kiari sindromining shakllari**

1. Obliteratsiyalovchi jigar venasining endoflebiti (Chiari kasalligi). Bir necha hafta ichida tez rivojlanadi, davolash kam foyda beradi. Ko'pincha bu kasallik yosh ayollarda uchraydi. Bu holat kasallikning patogenezida gormonal buzilishlar borligidan darak beradi.
2. Pastki kovak venasining segmentar okklyuziyasi bo'lib jigar venasining jaroxati bilan sodir bo'ladi. Birlamchi patologik jarayon jigar venalarida bo'ladi.
3. Pastki kovak venasining segmentar okklyuziyasi bilan jigar venasidan yuqorida tomirlarning membranoz torayishi.
4. Pastki kovak venasining total trombozi, yonbosh venalarining rivojlanuvchi trombozi yoki buyraklar va jigarning xavfli shishi.

#### **Portal tizimining kombinatsiyalangan bloke**

Jigar oldi va ichi venalarining Vo'shimcha bloki bilan xarakterlanadi va ko'pincha jigar sirrozi darvoza venasi va uning shaxobchalari trombozi bilan birga uchraydi.

Portal gipertenziya kollateral qon aylanishlarning rivojlanishiga olib keladi.

**Kolleterallar bo'linadi:** Porto-portal (gepatopetal), Porto-kaval (gepatofugal).

**Gepatopetal kollateral qon oqimining zonalari:** Gepatoduodenal bog'lam to'qimasi qalinligida, gastrogepatika bog'lami to'qimasi qalinligida, jigarning chap bo'lmasi, qizilo'ngachning qorin qismi va me'daning kardial qismi.

Gepatopetal katta anastomozlarining variantlari:

1. Darvoza venasi bilan qo'shimcha o'ng me'da venasi.
2. Chap me'da venasi darvoza venasining chap shaxobchasi bilan qo'shiladi.
3. O'ng me'da venasining shaxobchasi darvoza venasining chap shaxobchasi tomon yo'naladi oshqozon osti bezining bosh qismidan darvoza venasi qo'shimcha vena ketadi.
4. Yuqori tutqich venasining shakllangan joyidan katta shaxobcha darvoza venasining o'ng shaxobchasiga qo'yiladi.

**Porto-kaval anastomozlar asosiy turlari:**

1. Me'daning kardial qismida va qizilo'ngachning qorin qismida darvoza venasi tizimi bilan yuqori kovak venasi bilan toq venalar orqali bo'shilishi.
2. Yuqori, o'rta va pastki to'g'ri ichak venalari turlarining pastki kaval venasi bilan anastomozlari.
3. Kindik va qorinning yuqori qismi venalarining yuqori va pastki kaval venalari bilan anastomozlari.
4. Darvoza venalaridagi bosim 120-180 mm. suv ustuniga teng.

**Darvoza vena tizimidan kovak venoz tizimiga o'tadigan kollateral yo'llari.**

1. Darvoza venasini yuqorigi kovak venasi bilan birlashtiruvchi kindik atrofi va kukrak ichki venasining yuzaki yo'llari.
2. Darvoza venasini pastki kovak venasi bilan birlashtiruvchi pastki qorin, son va umumiy yonbosh venalari orqali yuzaki yo'llari.
3. Darvoza venasini yuqorigi kovak venasi bilan birlashtiruvchi chuqur yo'llari.
  - a. Chap me'da venasi orqali qizilo'ngach, qavatlararo, toq va yarimtoq venalar.
  - b. kindik venasi orqali, yuqorigi epigastral va ko'krakning ichki venasi.

- c. Chap me'da venasi orqali diafragma va ko'krak ichki venasi
- d. Buyraklar kapsulasi venalari orali va ko'krakning ichki venalari.
4. Darvoza venasini pastki kovak venasi bilan bog'lovchi chuqur yo'llar.
  - a. Chap me'da venasi orqali va diafragma venalari
  - b. Pastki tutqich venalari orqali, to'g'ri ichak va ichki yonbosh venalari
  - c. Yuqorigi va pastki tutqich venalari orqali, 12 barmoqli ichak va ko'ndalang chamber ichakning pastki tushuvchi qismi venalari
  - d. O'ng me'da venasi orqali va diafragma venalari

**Klinikasi:**

Jigar funksiyasining yuqolishini ko'rsatadigan klinik belgilar: barmoqlarda «baraban barmoqlari» kabi o'zgarishlar paydo bo'lishi, teleangiektaziya, kaft soxasida giperemiya («jigar kafti»), ishtaxaning yuqolishi, og'izda «temir zangi» ta'mi paydo bo'lishi, o'ng qovurg'a yoyi osti soxasida og'riq, ovqat iste'mol qilgandan keyin va jismoniy zo'riqishdan keyin kuchayishi, teri va ko'zning oq pardasida sariqlik, astsit, holsizlik, charchashning kuchayishi, dispeptik holatlar, terining oqish ko'kimtir rangdaligi va quruqligi, ruxiyatning buzilishi - gepatoportal entsefalopatiya va jigar komasi.

**Klinik oqimi bo'yicha astsitning turlari:**

1. Tranzitor astsit - davolashda astsit o'tib ketadi
2. Rivojlanuvchi - davolash yaxshi effekt bermasligi yoki qisqa vaqtli effect bo'lishi mumkin.
3. Distrofik astsitlar - kasallikning oxirgi bosqichi hisoblanadi

**Portal gipertenziyaning klinik belgilari**

- Taloqning kattalashishi;
- Qizilo'ngach va me'da venalaridan qon oshish;
- To'g'ri ichak venalaridan qon oqish;
- Burundan, tish milkalaridan qon oqishlar (gemorragik diatez);
- Qorinning oldi devori va ko'krak devorlari teri osti venalarining kengayishi.

Gepatitlar paytida jigar kattalashadi. Jigar sirrozida jigar yoki kattalashadi yoki kichiklashadi (bujmayadi). Badd-Kiari sindromida jigar birdaniga kattalashadi. Oyoqlardagi paydo bo'ladigan shish jigar sirrozida kasallikning terminal bosqichi hisoblanadi.

Badd-Kiari sindromida oyoqlardagi shishga bel soxasida shish paydo bo'lishi qo'shiladi. Bu holat pastki kovak venasida qon o'tkazuvchanligining buzilishidan darak beradi.

Jigardan tashqari hosil bo'lgan o'tkir blokda qorinning epigastral, o'ng qovurg'a yoyi osti soxasida intensiv og'riq va gipertermiya kuzatiladi.

Jigargacha bo'lgan blokda juda tezlik bilan splenomegaliya va astsit paydo bo'ladi. Jigar usti okklyuziyasida gematomegaliya yuzaga chiqadi.

**Klinik oqimi bo'yicha quyidagi bosqichlarga ega: Portal gipertenziya sindromi (M. D. Patsiora bo'yicha).**

1. Kompensatsiya (boshlanish) bosqichi - portal tizimidagi bosim uncha katta bo'lmaydi, jigar ichi qon aylanishi - kompensatsiya holatida bo'lib, splenomegaliya gipersplenizm yoki ularsiz kuzatiladi.

2. Subkompensatsiya bosqichi - portal bosim juda baland - splenomegaliya, qizilo'ngach va me'da venalari varikoz kengaygan qon oqish bo'lishi yoki bo'lmasligi, porto-jigar qon aylanishi ancha buziladi.

3. Dekompensatsiya bosqichi - splenomegaliya qizilo'ngach, me'da venalari varikoz kengaygan qon oqish bilan yoki bo'lmasligi, astsit, porto-jigar va markaziy qon aylanish tizimida chuqur buzilishlar bo'ladi.

Portal gipertenziya sindromi birinchi marta 1906-yilda Gilbert va Villaret (Jilbert va Villaretlar) tomonidan yozilgan va ular astsit bilan portal tizimida bosimning oshishi sababini jigar sirrozi ekanligini aytganlar.

**Jigar sirrozida kompensatsiya belgilariga qarab Chayld-Pyu bo'yicha tasnifi**

Belgilar	Belgilar		
	I	II	III
Protromb vaqti sek.	1-4	>4-6	6
Bilirubin mkmo/l	<34	34-51	>51
Albumin 2/1	>35	35-28	<28
Astsit	Yo'q	yengil	taranglashgan
Entsefalopatiya	Yo'q	1-2 bosqich	

Jigar sirrozi: Sinf A-kompensatsiya bosqichi 6 ball

Sinf B - Subkompensatsiya 7-9 ball

Sinf C - Dekompensatsiya 10-15 ball



Sariylik, teri rangining o'zgarishi, shilliq va ko'zining oq pardasini sariq rangdagi bo'lib, bilirubinning o'tirib qolishidir. Ko'zning oq pardasining rangini sarg'ayishi 34 mkmol/l dan oshganda bilinadi.

Terining rangini sarg'ayishi 51 mkmol/l dan oshganda bilinadi. Normada miqdori 21,5 mkmol/l gacha bo'ladi.

## 2. Von zardobidagi ko'rsatkichlar:

Gepatotsitlardagi o'zgarishlar - AST, ALT, LDG fermenti miqdori oshadi, bilirubinning eksretsiyasi - umumiy, konyugatlashgan (to'g'ri va bog'langan) va konyugatlashmagan (to'g'ri bo'lmagan va erkin) bilirubin ko'tariladi. O't yo'llaridagi jaroxatlanish bo'lsa o't fosfataza va b-glutamintranspeptidaza (GGTP) miqdorlari ko'tariladi. Gepatotsitlar funktsiyasi buzilganda - umumiy oqsil miqdori pasayadi, protrombin indeksi (PTI) ko'tariladi.

Giperbilirubinemiya yuzaga chiqqanda konyugirlashmagan giperbilirubinemiya (erkin) bilirubin 85% dan umumiy bilirubin miqdoridan, konyugirlashgan giperbilirubinemiya - bog'langan bilirubin <50% dan past bo'ladi.

### Sariqlikning asosiy patogenezida quyidagicha holatlar:

- konyugirlashmagan giperbilirubinemiya
- eritrotsitlar gemolizi
- jigar funktsiyasining pasayishi (og'ir hepatitlarda, sirrozlarda kuzatiladi)
- nasliy sindromlarda (Jilber, Krigler-Nayar) bo'ladi.

### Yana bo'lishi mumkin konyugirlashgan giperbilirubinemiya.

- hepatotsitlarning jaroxatlanishi (virusli va dori-darmonlar sababli hepatitlar)
- Jigar ichi va o't yo'llarining yallig'lanishi (birlamchi biliar sirroz, birlamchi sklerozlashgan xolangit).
- jigardan tashqari o't yo'llari obstruksiyasi (o't tosh kasalligi, o'sma shishlar, atreziyalar)
- Nasliy sindromlarda (Dabina, Jonson, Rotar)

### Xolestazlarda yuzaga chiqadigan belgilar:

- Sariqlik (bo'lishi yoki bo'lmasligi mumkin);
- konyugatsiyalashgan giperbilirubinemiya;
- terida qichish (terida o't kislotalarining o'tirib qolishi);
- terida ksantoma (xolesterinning lokal o'tirib qolishi);
- laboratoriya: - (ishqoriy fosfataza va 0 - glutamintranspeptidaza fermentlarining faolligining ko'tarilishi).

Jigar ichi xolestazining rivojlanishi jigar ichi kasalliklarining rivojlanishida muxim etiologik omil bo'lib hisoblanadi. Bunga ta'sir

qiladigan etiologik faktorlar: oksidlash stressi, apoptoz, steatoz, autoimmun holatlar.

### Laboratoriya va instrumentlar bilan tekshirish

Qonning umumiy taxlili: (gipersplenizm) leykotsitlar  $4 \times 10^9/l$  dan kam. Trombotsitlar  $1 \times 10^9/l$  kam.

Qon oqishlar bo'lganda quyidagicha nazorat qilish kerak.

- critrotsitlarni, rang ko'rsatkichini, gemoglobin, gematokritni va EChT ni.

Jigar funksiyasini aniqlaydigan bioximik tekshirishlar:

- umumiy oqsil va uning fraktsiyalari.  
- bilirubin va uning fraktsiyalari.  
- AsAT, AlAT, IF, laktatdehidrogenaza, kreatinin, mochevina, qoldiq azot, o't kislotalari.

xenodeoksixol kislotasining gepatit va sirroz paytida qon zardobida ko'tarilishi.

- xol kislotasining jigar ichi va tashqi o't yo'llarining obturatsiyasida ko'tarilishi.

- jigar sirrozi paytida protrombin indeksining 50% ga pasayishi.

- immunologik sinamalar qilinadi.

Jigardagi qon aylanishi holatini qonga ma'lum suyuqliklar yuborib aniqlash mumkin. U moddalar tez jigar orqali organizmdan chiqib ketadilar. Bularga indoatsian ko'ki vena ichiga  $0,5ml/kg$  tomchilab yuboriladi, kontsentratsiyasi qonda stabil ko'tarilgandan keyin, bo'yovchi moddaning periferik qondagi va jigar venalarida kontsentratsiyasi aniqlanadi, shunga asosan moddaning klirensi aniqlanadi.

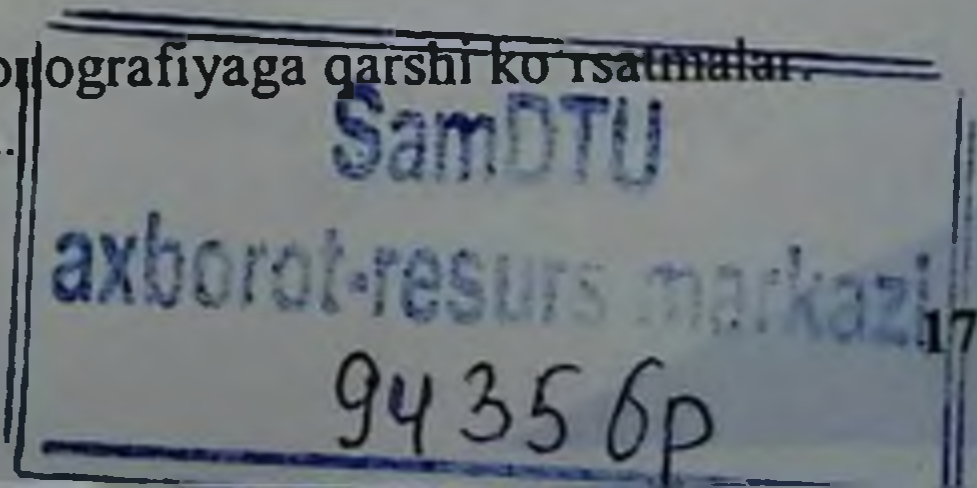
Splenomonometriya - taloqdagi bosimni aniqlaydi va portal tizimdagi umumiy bosim to'g'risida axborot beradi.

Texnikasi: aseptik sharoitda maxalliy anesteziya bilan o'rta va orqa qo'ltik osti chiziqlari bo'ylab VIII-IX qovurg'alar orasidan taloq ingichka igna bilan punktsiya qilinadi va Valdman apparati bilan ulanadi. Taloqdagi bosim o'lchanadi.

Splenoportografiya - splenomonometriyadan keyin igna orqali 5 ml kontrast modda sinama shaklida yuboriladi va undan keyin 40-60 ml kontrast modda yuborilib, rentgen bilan yozib olinadi. Har 1 sek. interval bilan. Punktsiya qilingan joyga aseptik bog'lam qo'yiladi va xirurg tomonidan bir sutka davomida kuzatuvda bo'ladi, yurak urishi chastotasi va AB nazorat qilinadi.

Splenomonometriya va splenoportografiyaga qarshi ko'rsatmalar.

- qon uyushishining buzilishi.



- kontrast moddalarni ko'tara olmaslik.
- bemorning umumiy og'ir axvoli. qorin bo'shligi a'zolarida bo'lgan operatsiya qarshi ko'rsatma bo'ladi.

Qorin o'qi va yuqorigi tutqich arteriyalarini arteriografiya qilish.

Jigar sirrozida arteriyalar puchaygan, tomirlar cho'zilgan va ancha yupqalashgan. Shu vaqtning o'zida taloqda qon aylanishi kuchaygan.

Angiografiyaning venoz fazasida portal tizimida va uning shaxobchalarida yaxshi ko'rinishga ega bo'ladilar. Bu usulni yordamchi portografiya deyiladi.

Qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalarini baxolashda taloq arteriyasi orqali arteriografiya qilish va splenorenal anastomozlar holatini bilish uchun kontrastli moddani yuqori tutqich arteriyasi orqali yuborib bilish mumkin.

Demak splenoportografiya, seliakografiya, kavagrafiya, transumbilikalportografiya, to'g'ridan -to'g'ri portografiya orqali portal tizimi to'g'risida axborot olish mumkin.

Endoskopik tekshirish bilan qizilo'ngach va me'da varikoz kengaygan venalaridagi shilliq qavat ostida -reflyuks ezofagit, privratnikning yarim yopilishi, 12 b. ichak suyuqliging me'daga qayta reflyuks bo'lishi holatini aniqlash mumkin.

**Rentgenologik tekshirishda** - qizilo'ngachning ichki tomonidan ketgan venalarda dilatatsiya holati, konturlari aniq emasligi, ko'p sonli defektlar borligi aniqlanadi.

**Radionuklid tekshirish** - skanerlash ultratovushli exolokatsiya faqat jigar sirrozida qo'llaniladi.

**Reogepatografiya** - jigar ichi qon aylanishini aniqlashda qo'llaniladi.

**Punktsion jigardan biopsiya olish** - gepatit yoki sirrozda morfologik diagnozni aniqlashda ishlatiladi.

#### **KT va MSKT**

**Laparoskopiya** - splenomegaliya, jigar sirrozi, astsitni aniqlaydi.

#### **Differentsial diagnostika.**

**Gepatit va jigar sirrozini differentsiallashtirish.**

- jigar ichi gematomasi yoki fibrozi (travmadan keyin bo'ladigan);

- jigar o'sma shishi va bifurkatsiya satxida bo'ladigan o'sma shishlar;

- o'ng qorincha tipidagi qon aylanishining yetishmovchiligi;

- perikardit sababli psevdotsirrozi.

**Qon oqishlar bo'lganda:**

- yara kasalligi;

- me'da o'sma shishi;
- ko'ndalang chamber ichak o'sma shishi;
- surunkali pankreatit;
- oshqozon osti bezi o'sma shishi;
- gemobiliya;
- burundaki qon oqish;
- o'pkadan qon oqish;
- astsitni differentsiallash;
- qorin bo'shligi a'zolarining;

o'sma shishlari, qorin parda orqa bo'shligi a'zolari disseminatsiyasi va qorin pardaga tarqalishi.

### **Portal gipertenziyani davolash usullari**

#### **Konservativ davolash.**

Qizilo'ngach va me'dadan qon oqishlarda umumiy gemostatik terapiya: 20ml 10% CaCl<sub>2</sub> v/i, 100-200 ml 5% aminokapron kislotasi eritmasi v/i tomchilab quyiladi, (fibrinolitik aktivlikni kamaytirishi uchun) kontrikal, trasilol, 2-4 gr fibrinogen, 1-3 ml. 1% vikasol eritmasi ishlatiladi.

Gemostatik maksadda E-aminokapron kislotasi – trombin aralashmasi. 100 ml suvga 10 gr trombinning quruq kukuni + 200 ml E-aminokapron kislotasi aralashmasi 1 osh qoshiqda har 10 munda ichishga beriladi 2 soat mobaynida. Keyin esa 1 osh qoshiqda har 2 soatda 1 sutka davomida ichish tavsiya qilinadi.

Bundan tashqari kerak bo'lsa qon, qon o'rmini bosuvchi moddalar, kristalloid eritmalar ishlatiladi.

#### **Maxalliy gemostatik terapiya:**

1. Lokal gipotermiya (epigastral soxaga va ko'krak qafasining pastki uchligiga muz qo'yish;
2. Muz parchalarini yutish;
3. Qizilo'ngachga Blekmor- Singstaken zondini qo'yish;
4. Endoskopik transezofagial gemostaz (intranasal sklerozlovchi preparatlar - trombovar, varikotsid, stoksisklerol, etil spirti, embozlovchi gel, thrombin preparati, jelatin, sianokritlar);
5. Qizilo'ngachning shilliq parda osti qavatiga paravazal qo'shuvchi to'qimani o'stiradigan moddalarning yuborilishi, yangi varikoz tugunlarining paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaydi.

#### **Blekmor-Singstaken zondining ishlatilishi.**

Bu zond uch yoriqli rezinali naydan iborat bo'lib, ikkita ballondan iborat.

Yumshoq balloni 60-70 ml. hajmli bo'lib zondning oxiriga yaqin joylashgan, silindr shaklidagi ikkinchi zond 100-150 ml hajmda bo'lib proksimal qismida joylashgan. Zondning ikkita kanali ballonlarni shishirishi uchun, uchinchi me'da bo'shlig'i bilan qo'shilgan va gemostazning effektivligini nazorat qilish uchun ishlatiladi, Zond burun orqali me'daga qo'yilgandan keyin distal balloni kengaytiriladi. Zond yuqoriga tortiladi. Ballonning kardial qismi bilan to'g'ri kelganda yengil qarshilik ko'rsatiladi. Ballon shishirilganda (yoki sovuq suv qo'yilganda) varikoz kengaygan tugunlar qisiladi. Zondning qizilo'ngachda turishi 48 soat bo'lib, qizilo'nach devorida yara hosil qilmasligi uchun har 5-6 soatda ballondagi bosim kamaytiriladi.

#### **Gepatitning jigar yetishmovchiligi bilan davolash usullari.**

Kompensatsiya davrida va jigar sirrozining kam aktivligida.

- Har kuni 5% glyukoza eritmasi 200-300 ml. + askorbin kislotasi bilan vena ichiga tomchilab yuborish.
- Essentsiale 2 kapsuladan 3 marta bir kunda, Legalon yoki (karsil) 2-3 tabletkadan bir kunda beriladi.

Gipoalbuminiemiya kuzatilganda:

- Anabolik steroidlar - retabolil 50 ml. bir marta 2 hafta ichida mushak orasiga, 4-5 in'ektsiya qilinadi.
- Albumin 10-20% - 100ml. vena ichiga, 2-3 marta haftada, yoki plazma 100-200 ml vena ichiga tomchilab quyiladi.

Sirroznining faol davrida, portal gipertenziya va astsit bo'lsa:

- Statsionar sharoitda davolash. To'shakda yotish qoidasi bilan.
- Tuzni chegaralash, 5gr gacha bir sutkada.
- Suv-tuz almashinuvini korrektsiya qilish.
- Antatsidlar.
- H<sub>2</sub> blokatorlar gistamin retseptorlarini qo'llash.
- Kaliyni saylovchi diuretiklar: veroshpiron 0,025 3-4 kun, uregit - 0,05-0,1 2-3 kun beriladi.

**Astsit paydo bo'lganda.**

- Plazma 125-150ml, 20% albumin 100 ml bir kunda bir marta, bir kursda 8-10 marta.
- Laparotsentez qilinadi.

**Jigar yetishmovchiligida:**

1. O'mrov osti venasiga kateter qo'yilib - 5% glyukoza eritmasi 1000-1500 ml 1 sutkada, kokarboksilaza 350 mg, vitamin B 12 - 500 mkg, Foli kislotasi 180 mg - v/i tavsiya qilinadi.
2. Prednizolon 150 mg bir marta yuboriladi, keyin har 4 soatda 90 mg.

3. Arginin 25 gr tomchilab, keyin 25 gr har soatda, 100-150 mg 10% glyutamin kislotasining suyuqligi, Ornitsetil 20-25 gr sutka mobaynida.

4. Ichaklarni yuvish - bir sutkada.

5. Bir guruxdagi qon quyish.

6. Kislород burun yo'llari orqali.

7. Metabolik atsidozda - 200-600 ml 4% gidrokarbonat natriy suyuqligi ishlatiladi.

8. Metabolik alkalozda - kaliy preparati 10 gr bir sutkada tavsiya qilinadi.

9. Gepatargiya - bu jigar transplantatsiyasiga ko'rsatma.

#### **Xolestazini davolash usullari:**

1. Geptral (ademetionin)

- organizmdagi xamma muhitlarda bor.

- jigarda adenozin va metionindan sintez bo'ladi

- bir sutkada 8 gr endogen adenometionindan hosil bo'ladi.

Shundan 50%i jigarda saqlanadi.

- tsistein, taurin, glyutation, koenzim A hosil bo'lishiga tasir qiladi.

Geptralning 400 mg lik tabletkalardagi dozasini bir marta per os berilsa, u qon plazmasida 0,7 mg/l holatida 2-6 soat ichida yuzaga chiqadi. Uning xususiyati shundan iboratki odam organizmida 95 % ni tashkil qiladi. Geptral qondagi oqsil bilan bog'lanmaydi.

#### **Uning 7 ta muxim effektivlik xususiyati bor:**

- antioksidant;

- dezintoksikatsion;

- xoleretik;

- xolekinitek;

- regeneratsiyalovchi;

- antidepressiv;

- neyroprotektiv;

Geptral xolestazni tez bartaraf etadi.

#### **Geptral quyidagi kasalliklarda qo'llaniladi.**

- Surunkali gepatitda;

- Jigar ichi xolestazida;

- Jigar sirrozida;

- Jigar entsefalopatiyasida;

- Depressiya sindromida;

- Abstinent sindromida.

#### **Geptralning jigar ichi xolestazida ta'siri:**

- terida qichish va sariqlik kamayadi;

- qondagi bilirubin miqdori pasayadi, ishqoriy fosfataza va A-glutamintranspeptidazaning faolligi pasayadi;
- transaminazaning faolligi pasayishi natijasida sitolizning jadalligi kamayadi.

### **Jigar entsefalopatiyasi:**

- Miya funksiyasining qayta tiklanuvchanligining buzilishi bo'lib, o'tkir jigar yetishmovchiligida, surunkali jigar kasalliklarida yoki porto Sistema shuntlarda paydo buladi.

- Buzilishlar spektri: qayta tiklanuvchi metabolik entsefalopatiya, surunkali va qayta tiklanmaydigan miyadagi struktur o'zgarishlar.

Entsefalopatiyaga olib keluvchi faktorlarni bartaraf qilish.

1. Katta spontan yoki xirurgik porto sistema shuntlarini yopish.

2. Entsefalopatiyaga olib keluvchi qo'shimcha faktorlarni bartaraf qilish:

spirtli ichimliklar, har xil dori moddalarni iste'mol qilishni (sedative dorilar) cheklash. Qon oqishlar, ximikatlar, infeksiyalarni, ich qotishlarni davolash. Elektrolitlar muvozanatini tiklash, xayvon oqsilli ovkatlarni iste'mol qilishning meyorini tiklash.

3. Jismoniy tinchlik

4. Jigar transplantatsiyasi

### **Surunkali jigar entsefalopatiyasini davolash prinsiplari.**

1. Entsefalopatiyaga olib keluvchi faktorlarni bartaraf etish.

2. Ammiakning hosil bo'lishini va uning adsorbsiyasini kamaytirish

3. Neyromediatorlarning o'zaro aloqasini modifikatsiya qilish

Disaxaridlar-ammiakning hosil bo'lishini va so'rilishini pasaytiradigan modda bu: laktuloza-Dyufalak

Entsefalopatiya eng rivojlangan paytida 45ml zond orqali, keyin har soatda ichak ichi maxsulotining chiqib ketguncha yuboriladi. Laktuloza surunkali holatlarda 15-45 ml har 8-12 soat mobaynida 2-3 marta to ichaklar batamom tozalanguncha yuboriladi, Laktuloza-Dyufalak disaxaridazalar bilan yemirilmay, shakar metaboliz bo'lib, atsetat va laktat hosil bo'ladi. Ana shu achish ichaklar peristaltikasini kuchaytiradi, ammiak yaxshi so'ri-la boshlaydi.

### **Xirurgik davolash**

1. Jigar sirrozi bilan profuz me'da va ichakdan qon oqishlar, og'ir jigar - buyrak yetishmovchiligi bilan.

2. Me'da-ichak qon oqishlarni konservativ usulda to'xtatish iloji bo'lmasa 24-36 soat ichida xirurgik davolash zarur.

**Gepatit va jigar sirrozi, portal gipertenziya bilan rejali xirurgik davolash.**

1. Surunkali hepatit 6 oy davomida turg'un sariqlikni davolash iloji bo'lmasa

2. Portal gipertenziya sindromi bilan darvoza venasidagi bosim 2950 ml suv ustuni bo'lsa yoki me'da-ichak qon ketishlar bo'lsa yoki anamnezida shu holatlar kuzatilganda.

3. Splenomegaliya gipersplenizm belgilari bilan.

4. Jigar sirrozida sekinlik bilan rivojlanuvchi astsit konservativ davolash foydasiz bo'lganda.

**Operativ davolashga qarshi ko'rsatmalar.**

1. Jigarda morfologik o'zgarishlar rivojlanganda

2. Og'ir yo'ldosh kasalliklarida

3. Qondagi albuminning pasayishi 25% va undan past.

4. Albumin-globulin koeffitsienti 0,7 dan past bo'lganda.

5. Protrombin indeksi 30% dan past bo'lsa.

6. Jigarda aktiv destruktiv yallig'lanish simptomlari gektik temperatura, leykotsitoz, transaminaza va globulin fraksiyasi ko'tarilganda, S-reaktiv oqsil reaksiyasi musbat bo'lganda.

**1. Radikal operatsiyalari**

1. Porto-kaval anastomozlar.

a) latero-lateral

b) termino-lateral

Muhim ko'rsatmalar: qizilo'ngach va me'da varikoz kengaygan venalardan qon ketish, jigar ichi bloki.

2. Splenorenal anastomozlar:

a) latero-lateral

b) termino-lateral

Bosh ko'rsatmalar: me'da va qizilo'nach varikoz qon oqishlar bilan jigar ichi va jigar usti bloki bilan.

4. Mezenteriko-kaval anastomoz: turg'un astsit, nisbatan axvoli o'rtacha bo'lganda.

**2. Palliativ operatsiyalar**

a) qisman jigar rezektsiyasi

b) jigar yuzasini elektrokoagulyatsiya qilish

c) jigar yuzasini kriogen va lazer destruktivlash

d) umumiy jigar arteriyasini periarterial nevrektomiyalash

d) taloq arteriyasini bog'lash va splenoektomiya bajarish

j) taloq arteriyasini endovaskulyar embolizatsiya qilish

Organo - anastomozlar

a) omentorenopeksiya



b) omentofrenikopeksiya

v) omentogepatopeksiya

### 3. Astsit bo'lganida qilinadigan operatsiyalar

a) laparotsentez;

b) astsit suyuqligini qorinning oldi devori teri tagiga yoki siydik chiqaruv yo'llariga ulash;

c) limfavenoz anastomoz lar. (Ko'krak limfa yo'li bilan ichki yoki tashqi uyqu venasiga);

d) peritonet venoz shuntlash-sintetik naylar orqali peritonesakinal va peritoneyugular shuntni qorinning old devoriga ulash;

e) jigarni ekstraperitonizatsiya Vilish (jigar va diafragma tomirlarini ulash.);

### 4. Qonni to'xtatish uchun

a) Tanner operatsiyasi - medani subkardial bo'limida ko'ndalang kesim bilan qayta tikish, qizilo'ngachni diafragmal usti qismida ko'ndalang kesma kilish;

b) Shalimov operatsiyasi - qizilo'ngachga sirkulyar anastomoz Ro'yish apparati bilan kesilib anastomoz qo'yiladi.

v) qizilo'ngachning kardial qismidan kesilib, "P"-simon chok qo'yiladi;

g) M.D. Patsiora operatsiyasi - qizilo'ngach va me'daning kardial qismidagi qon oqayotgan venalarni ichki shilliq pardalari orqali tikish.

d) qizilo'ngach va me'daning proksimal qismlarini rezektsiya qilish.

### 5. Portal tizimidagi bosimni tushiradigan operatsiyalar: porto-kaval anastomoz lar (to'g'ri va selektiv), splenoektomiya.

1. Ajratuvchi operatsiyalar – me'da venalarini qizilo'ngach venalaridan va portal tizimdagi bog'liqni to'xtatish.

- Patsiora operatsiyasi. Tanner operatsiyasi. Krayl operatsiyasi-ezofagotomiya qilinib o'zgargan venalarni tikish.

2. Portal tizimidan qon oqishning yangi yo'llarini tashkil qilish.

A. Tomirlar anastomozi (porto-kaval shuntlash), splenorenal anastomoz qo'yish (Uipll-Blekmor operatsiyasi), Kava-mezenterial anastomoz (Bogoraz

operatsiyasi)

B. A'zolar anastomozi:

- Omentopeksiya (Omentosplenopeksiya, Omentonefropeksiya, Omentodiafragmopeksiya);

- Organopeksiya (gepatopnevmopeksiya, gastropoksiya, kolonogepatopeksiya).

C. Joyidan qo'zg'tish operatsiyalari:

- plevra bo'shlig'iga dekapsulyatsiya qilingan taloqni kiritish.
- Jigar o'ng bo'lmasining  $\frac{3}{4}$  qismini plevra bo'shlig'iga siljitish.
- Charvini teri osti yog' qatlamiga, to'g'ri mushaklar qiniga va plevra

bo'shlig'iga siljitish.

3. Astsit suyuqligini qorin bo'shlig'idan chiqarish usullari:

- laparotsentez.
- Kalb operatsiyasi - teri osti yog' qatlamiga qorin bo'shlig'idagi suyuqlikni chiqarish uchun drenajni bel qismidan qo'yiladi;

- Ryuott operatsiyasi (peritoniovenoz shuntlash) - sonning katta teri osti venasini son venasiga quyilishigacha 10-15sm ajratiladi va kesiladi. Pupart boylamining ustida hosil qilingan teshik orqali qorin pardaga maxkamlanadi. Astsit suyuqligi to'g'ridan-to'g'ri tomirga quyiladi;

- Dekapsulyatsiya qilingan jigarni torakolizatsiya qilish;
- Qorin bo'shlig'idan chiquvchi limfaoqimni yaxshilash. Buning uchun limfavenoz anastomozini qo'yish.

4. Portal tizimiga oqib keladigan qon hajmini kamaytirish

- Splenoektomiya (asosiy ko'rsatma gipersplenizm, taloq venasining aloxida trombozi).

5. Jigarga qon kelishini ko'paytirish va jigar ichi qon aylanishini yaxshilash.

- Jigarni 10-15% massasini rezektsiya qilish;
- Malle- Gi (umumiy jigar arteriyasining periarterial nevroektomiya qilish);
- Arterio-portal anastomozlar (aortoportal, splenoportal, splenoumbilikal anastomozlar);
- Jigarni elektrokoagulyatsiya qilish.

Ko'pchilik kitoblarda portal gipertenziyani xirurgik davolanishida har xil yuqorida keltirilgan operatsiyalardan bir nechtasi qo'llaniladi.

Portal gipertenziya operatsiyalardan keyingi o'lim 20-50% ni tashkil qiladi.

**Badd-Kiari sindromi bilan jigar usti bloki portal gipertenziyasi operatsiya usullari.**

- qorin parda orqa bo'shlig'idagi kista va o'sma shishlarini olish;
- jigardagi kista va o'sma shishlarini rezektsiya qilish;
- pastki kovak venasidagi membranani kesish. Agar uni qilishni iloji bo'lmasa portal gipertenziyani bartaraf etish.

**Jigarning xirurgik kasalliklari.**

- jigarning jaroxatlari;
- xavfli va xavfsiz o'sma shishlari;

- jigar abstsessi;
- haqiqiy va yolg'on kistalar

Jigarning xamma o'sma shishlari 2 guruxga bo'linadi:

- xavfsiz va xavfli o'sma shishlari;

**Aloxida xirurgik taktikalar bo'yicha**

- transplantatsiya va jigar rezektsiyasi

**Xavfsiz o'sma shishlari**

Bu gurux kasalliklariga epitelial (gepatoma, xolangiogepatoma), mezenximal to'qimalardan o'sadigan (gemangioma, limfangioma), qo'shuvchi to'qimalardan o'sadigan (distroma) va aralash shishlarga-gamartoma kiradi.

Gepatoma va xolangiogeptomalar adenoma guruhiga, gamartoma jigarning rivojlanishi kasalliklariga kiradi.

Adenoma - jigar parenximasining aniq differentsiialangan hujayralaridan tashkil topadi (gepatoma). Jigar ichi o't yo'llari hujayralaridan xolangioma o'sadi. Bular juda sekin o'sadi, shuning uchun kasallarda holsizlik paydo bo'ladi. Ammo ularning malignizatsiya berishi tasdiqlangan. Adenoma bo'lishi mumkin solitar va ko'p sonli klinik belgilari qachonki shishlar katta hajmda bo'lsa yuzaga chiqadi, qon oqishlar yoki uzun oyoqli bo'lsa aylanib qolishi bo'lganda yuzaga chiqadi. Jigar adenomasi qattiq - elastik yoki qattiq konsistentsiyali holda palpatsiya qilinadi.

Tug'ma solitar gepatomalar potentsial xavfli o'sma shishlariga kiradi.

**Gemangioma** – tug'ma tomirlardan chiqadigan o'sma shishidir. Xavfsiz gemangiomalar ko'pincha ayollarda uchraydi.

Gemangiomalarning turlari:

- kavernoza shakli, kapillyar shakli, skleroz shakli. Ular yakka yoki ko'p sonli bo'lishi mumkin. Jigarning boshqa xavfsiz o'sma shishlari - mezenximal va aralash turlari kam uchraydi,

**Klinik belgilari:** Katta bo'lmagan bu o'sma shishlar simptomsiz o'tadilar, ko'pincha tasodifan yoki operatsiya paytida aniqlanishi mumkin.

Katta o'sma shishlarining klinik belgilari atrof to'qimalarini bosganda va har xil asoratlarida (shishning yorilishi, trombozi, abstsess hosil bo'lsa) yuzaga chiqadi. Ularga jigar soxasidagi simmillovchi og'riq, ayrim bemorlarda obturatsion sariqlik va portal gipertenziya (magistral jigar ichi o't yo'llarining va darvoza venalarining shaxobchalari bosib qolinganda) belgilari yuzaga chiqadi.

Diagnoz qo'yishda instrumentlar bilan KT, UTT, laparoskopiya muhim hisoblanadi.

**Jigar kistalari:** kistalarning parazitar va noparazitar turlari bor. Ular o'z navbatida chin, postravmatik, tug'ma kistalarga bo'linadi.

Noparazitar kistalar:

- Solitar, jigar polikistozi bu kistalar bilan ko'pincha ayollar kasallanadi.

Klinik oqimi simptomsiz o'tadi. Ayrim terminal fazasida psevdoshishli kaxeksiya bo'lishi mumkin.

Kistalar asorati:

- kistalarning yorilishi, kistalar ichi qon oqishlari, kistalarning infektsiyalanishi, portal tizimining bosilishi natijasida astsit paydo bo'lishi, sariqlik (o't yullarining bosilishi bilan) va ichak tutilishi.

**Davolash:** Operativ. Palliativ operatsiyalarga punktsiya, tashqi va ichki drenajlashlash.

Radikal operatsiyalarga - jigar rezektsiyasi.

Jigar transplantatsiyasi - jigar yetishmovchiligida qilinadi. Jigarning ortopedik va geterotopik ko'chirib o'tkazilishi operatsiyalari bor. Ortopedik - bu donor transplantanti retsipientning olingan jigari o'rniga qo'yiladi.

Geterotopik transplantatsiya - retsipientning jigari o'z joyiga qoladi, donorning jigari qorin bo'shligining hohlagan joyiga qo'yiladi.

Ortopedik jigar transplantatsiyasi dunyoda birinchi 1963-yilda Stark tomonidan qilindi. Bu usulning mohiyati shuki donor o'limi aniq tasdiqlangandan keyin jigarga ekstrakorporal qon aylanishi uchun 15C gacha sovutilgan suyuqlik bilan apparat o'rnatiladi. Donor jigari batamom olinadi. Bir vaqtning o'zida retsipient jigari mobilizatsiya qilinadi. Tomirlar tashqi shuntlanadi. Retsipientning pastki kovak venalari jigar usti va pastki qismlariga qisnich qo'yiladi, darvoza venasiga, arteriyasigaxam qisqich qo'yiladi. Tashqi shunt ochiladi va jigar olinadi. Bu jigar o'miga donor jigari transplantatsiya qilinadi.

Geterotopik transplantatsiya Xagixara, Absolon usullari bo'yicha splenoektomiya qilinib qorin bo'limlarining chap kvadrantiga yoki Yu.I. Lopuxin, G.E. Ostroverxov usulida qorinning o'ng yarimiga jigarning ostiga o'rnatiladi.

**Jigar rezektsiyasi:**

- Tipik varianti
- Atipik varianti

Tipik varianti-jigar parenximasini anatomik yorishlari ordali bo'lish.

Tomirlar avvalo bog'lanadi va anatomik xususiyatlariga qarab:

Atipik varianti-ponasimon qirralari bo'ylab:

- patologik holat jigar qirralarida joylashganda

- ko'ndalang rezektsiya - jigarning lateral qismining chap yarimida qilinib gemostatik choklar qo'yiladi.

Tipik rezektsiyalar:

- gemigeptoektomiya - chap yarimi 3-4-segmentlar olinadi.
- lobektomiya - jigarning bir bo'lagi olinadi.
- segmentektomiya - o'ng tomondagi 5-8-segmentlar olinadi.

### Testlar

1. **Kuino bo'yicha jigar segmentlari sonini belgilang?**
  - A. 12 segment
  - B. 8 segment
  - C. 10 segment
  - D. 7 segment
2. **Jigarda qancha qon oquvchi xavzalar (basseynlar) bor?**
  - A. Bitta
  - V. Ikkita
  - S. Uchta
  - D. Beshta
3. **Portal gipertenziya - bu aloxida kasallikmi?**
  - A. O'zi aloxida kasallik
  - B. Yo'q
  - C. Surunkali gepatit bosqichi
  - D. Jigar sirrozi
4. **Jigar ichi portal gipertenziasida qo'llaniladigan radikal operativ usullarga kirmaydi?**
  - A. Splenorenal anastomoz
  - B. Laparosentez
  - C. To'g'ridan-to'g'ri portokaval anastomoz
  - D. Mezenterikokaval anastomoz
5. **Portal gipertenziaziga olib keluvchi asosiy sabablardan birini ko'rsating.**
  - A. Badd - Kiari sindromi
  - B. Kiari kasalligi
  - C. Jigar ichi qon aylanish bloki bilan jigar sirrozi
  - D. Senta uchligi
6. **Katta yoshdagi bemorlarda portal gipertenziaziga xos simptomlarni ko'rsating.**
  - A. Splenomegaliya
  - B. Gipersplenizm

- C. Qizilo'ngach, qorinning old devori to'g'ri ichak venalari varikoz kengayishi
- D. Vizilo'ngach varikoz venalaridan qon oqish
7. **Jigar ichi portal gipertenziyasi bilan qizilo'ngach venalaridan qon ketsa, operatsiya qilish hajmini ko'rsating.**
- A. Qizilo'ngach venalarini tikish
- B. Portokaval anastomoz i
- C. Splenoektomiya
- D. Qizilo'ngach venalarini sklerozq dorilar yuborish
8. **Katta yoshli bemorlarda jigargacha blok bilan portal gipertenziasida qizilo'ngachdan qon oqdanda davolash taktikasini ko'rsating.**
- A. Blekmor zondini qo'yish
- B. Qizilo'ngach venalariga skleroz qiluvchi dorilarni endoskopik usullarda yuborish
- C. Xirurgik usuli bilan davolash
- D. Konservativ davolash
9. **Sariqlida terida qichish paydo bo'lishining sababini ayting.**
- A. Terida o't kislotaning o'tirib Volishi
- B. Terida o't pigmentlarining to'planishi
- C. Tuzlarning yiqilishi
- D. Terlash
10. **Portal gipertenziasida jigargacha blokda qizilo'ngach venasidan qon oqqanda optimal operatsiya hajmini tanlang.**
- A. Qizilo'ngach venalarini tikish
- B. Taloq transpozitsiyasi
- C. Portokaval anastomoz
- D. Splenektomiya

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B	C	B	B	C	A	A	A	A	C

Vaziyatli masalalar

1. Bemor K. 62 yoshda shikoyati: umumiy holsizlikka ishtahaning kamligiga, qorinda shish borligiga, ich qotishiga, har har vaqtda qon tupurish sodir bo'lishiga shikoyat qiladi. Anamnezidan taxminan 10-12 yil avval yuqumli gepatit bilan hastalangan statsionar sharoitda davolangan, oxirgi yillar qorinda suyuqlik paydo bo'lgan, ishlash qobiliyati buzilgan.

Bemorga kuyilgan tashxis mumkin? Davolashda tekshirish usullarini ko'rsating.

Javob: Bemorda boshlangich tashxis Jigar sirrozi. Assit. Tulik tashxis kuyish uchun quyidagi klinik tekshirishlar utkazish kerak.

korin bushligi azolarini Utt kilish

EGDFS

MSKT

2. Taloq biroz kattalashgan, qizilo'ngach venalari biroz kegaygan, qorin bo'shlig'ida suyuqlik yo'q. Bu belgilar portal gipertenziyaning qaysibosqichiga tegishli:

Javob: Kompensatsiya bosqichi

3. Bemor 40 yoshida bir yildan buyon jigar serrozi bilan kasal. Jigar kichraygan, paypaslaganda qattiq, splenomegaliya va assit aniklandi. Bemorga kuyiladigan tashxis.

Javob: Portal gipertenziya. Assit.

4. Shifoxonaga 53 yoshli bemor quyidagi shikoyatlar bilan keldi. ishtaxaning pasayishi, korin dam bulishi, ich kotishi, umumiy xolsizlik, bavoasil tugunlarining kattalashishiga va xojatdan keyin biroz kon kelishiga. Sizning tashxisingiz?

Javob: Jigar sirrozi

5. Bemor K. 35 yoshli yoshligida virusli gipotit B bilan kasal bo'lgan. Hozir ishtaxaning pasayishi, korin dam bulishi, ich kotishi, umumiy xolsizlik va kuz sklerasining sargayishiga shikoyat kiladi. Ob'ektiv ko'rganda: teri qoplamlari oqimtir sargish rangda, teleangiektazalar, gemoragik toshmalar, korin old devorida varikoz kengaygan venalar aniklanadi. Astsit, jigar qattiq, chetlari o'tkir, qovurg'a yoyi ostidan +3sm chiqqan. Taloq kattalashgan. Hb 80g/l, Eht 40mm/s, ALT 1.0 AST 0,8 timol sinamasi 7,0 IFA+, xolestirin 28, umumiy oqsil 48g/l. Sizning tashxisingiz?

Javob: Jigar sirrozi portal gipertenziya

## Foydalanilgan adabiyotlar

1. Karimov Sh.I. Xirurgik kasalliklar. Toshkent 2010-yil.
2. Kuzin M.I. <<Xirurgicheskie bolezni>> Moskva <<Meditsina>> - 2018 g Str. 366-375.
3. Savelev V.S., Kirienko A.I. <<Klinicheskaya xirurgiya>> natsionalnoe rukovodstvo v trex tomax, Moskva <<GEOTAR - Media>> 2010 g. T - 2. Str 626-666.
4. Alperovich B.I. <<Xirurgiya pecheni>> Moskva GEOTAR - Media 2013 g. Str 15-86
5. CHastnaya xirurgiya. Uchebnik dlya meditsinskix Vuzov. Pod. red. SHEvchenko YU.L. Moskva GEOTAR - Media. 2004. 478 s.

### Qo'shimcha adabiyotlar:

Pod. red. Savelev V. S. 50 leksiy po xirurgii. Moskva 2010.

### Elektron adabiyotlar:

1. Xirurgicheskie bolezni (Pod. red. Savelev V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2015, -t 1-603 s)
2. Xirurgicheskie bolezni (Pod. red. Savelev V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2015, -t 2-397s)
3. Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo 3-x t./ Pod. red. Saveleva V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2010, -t 1-864 s +DISK

### Mavzu bo'yicha internetdagi saytlar:

<http://www.moodle.sammi.uz>

[http:// medi.ru/doc/83.](http://medi.ru/doc/83)

htm <http:// www.rmj.net/index>

htm <http:// www.consillium-medicum.com/media/refer>

<http:// www.mediasphera.aha.ru>

<http://www.ziyonet.uz>

<http:// www.doktor.ru>



**Abdullayev S.A., Dusiyarov M.M., Xo'jaboyev S.T**

# **PORTAL GIPERTENZIYA**

*O'quv-uslubiy tavsiyanoma*

**“SAMARQAND” nashriyoti**

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDLAXATOVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

**Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.**

**Bosishga 25.01.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 6**

**Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garniturasida. 1,86 bosma taboq.**

**Adadi: 90 nusxa. Buyurtma raqami: 50/2023**

**Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**

