

617
A120

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOQLIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI

SAMARQAND DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI



Abdullayev. S. A. Alimov J.I.

JIGAR SIRROZI

*Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining IV-V-VI kurs
talabalari uchun o'quv-uslubiy tavsiyanoma*

Samarqand 2020

817
A 120

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

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim
bosh boshqarmasi boshlig'i

O'.S. Ismailov

2020 y "14" oktyabr
№ 8 bayonoma



“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori

N.R. Yangieva

2020 y "14" oktyabr
№ 8 bayonoma



JIGAR TSIRROZI

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari IV-V-VI kurs
talabalari uchun o'quv-uslubiy tavsiyanoma

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMONIDAN
RO'YHATGA OLINDI
№ 14-oktyabr 2020 yil

Sam DTI
axborot-resurs markazi
9280 6p

Tuzuvchi:

Abdullayev, S. A. t.f.d. SamDTI pediatriya fakulteti xirurgik kasallik kafedrasining professori

Alimov J.I. SamDTI pediatriya fakulteti xirurgik kasalliklar kafedrasida assistenti

Taqrizchilar:

Sattarov t.f.d. TTA fakultet va gospital xirurgiya kafedrasining dotsenti
O.T.

Z.B.Kurbaniyazov SamDTI 1-son Xirurgik kasalliklar kafedrasining mudiri. t.f.d.

Annatsiya: O'quv uslubiy tavsiyanomada jigar sirrozining etiologiyasi, patogenezi, klinik va instrumental diagnostikasi, klassifikatsiyasi, kasallikning klinik ko'rinishi aks ettirilgan. Jigar sirrozini davolashda zamonaviy usullarni qo'llashga asoslangan yondashuvlar keltirilgan. Jigar sirrozi asoratlari, ularning diagnostikasi va profilaktikasiga qaratilgan alohida bo'limi muhim ahamiyat kasb etadi. Jigar sirrozi diagnostikasiga alohida to'xtalib o'tilgan. Qo'llanma amaliy yo'nalishga ega bo'lib, o'quvchilarga jigar sirroziga xos simptomlari berilgan, qo'shimcha zamonaviy tekshirish usullari, birinchi yordam ko'rsatish va davolashda xirurgik taktikalari ahamiyati keltirilgan. Uslubiy tavsiyanoma tibbiyot oliygohining IV-V-VI kurs talabalari uchun mo'ljallangan.

O'quv uslubiy tavsiyanoma Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti Ilmiy Kengashida muhokama qilindi va ma'qullandi.



№ 2020 2020-y

№ 4 Bayonnom

Ilmiy kotib:

PhD, dots S.S.Davlatov

Kirish

Xirurglarning jigar sirrozi muammosiga bo'lgan qiziqishi portal gipertenziya degan alohida sindromning klinik amaliyotga kiritilgan vaqtidan boshlandi. Portal gipertenziyaga xos bo'lgan uchlik simptomlari mavjud: qizilo'ngach va me'dadan qon oqishi og'ir 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 sohasida kengaygan venalar sathida ularni ajratish, buni xirurgik usulda amalga oshiriladi. Nihoyat uchinchi portal tizimidagi bosimni dorivor moddalar bilan tushirish.

Mashg'ulotning xronologiyasi:

№	Mashg'ulot bosqichlari	O'tkazish joyi	Vaqt
1	Ertalabki vrachlar konferensiyasida qatnashish	Kafedraning konferensiya zali	30 minut
2	Tashkiliy chora-tadbirlar	O'quv xonasi	10 minut
3	Mavzu bo'yicha talabalar bilimni baholash	O'quv xonasi	30 minut
4	Bemorlar kurasiyasi	Bog'lov xonasi	60 minut
5	Kurasiya qilingan bemorlar tahlili	O'quv xonasi	40 minut
6	Mashg'ulotni muhokama 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 nazorati	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 jihatdan bajarishni namoyish qilgan bemorlar kurasiyasida yoki fantomlarda ko'rsatib berishni bilishi kerak.

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 patomorfalogik va patofiziologik o'zgarishlarini.
4. Bemorlarda fizikal va so'rab-surishtirish usullarini.

Mavzu bo'yicha mustaqil ishning maqsadi.

Olgan bilim va ko'nikmalarga tayangan holda 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 sirroziga o'xshash kasalliklar va ular bilan differensial diagnostika o'tqazishni.
6. Jigar sirrozini davolash usullarini o'rganish (konservativ va operativ). Davolash taktikasini tanlash.
7. Jigar sirrozini konservativ davolashning asosiy prinsiplarini bilish.
8. Jigar sirrozi kasalliklarida operativ davolashga ko'rsatmani aniqlash.
9. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni kurasiya qilish. Operatsiyadan keyingi asoratlarni diagnostikasi, davolash va profilaktikasi.

Umumiy qo'lanma

1. Jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarni tekshirish: (so'rab-surishtirish, shikoyatlari, tizimlar bo'yicha surishtirish, kasalliklar va hayot anamnezi) umumiy ahvolini va tashqi ko'rinishini (teri, teri osti yog' qavatini ko'zdan kechirish, limfa tugunlarini va h.k) baholash: 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 tashhis qo'yish.
4. Qo'shimcha tekshirish usullarining rejasini tuzish (laborator va instrumental) va ularning natijasini baholash.
5. O'xshash kasalliklarda differensial 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'rigan bemorlarga davolash taktikasini tanlash, patogenetik asoslangan konservativ davo yoki jarrohlik aralashuvi va unga ko'rsatma, profilaktika choralari, diagnostika va operatsiyadan keyingi asoratlarni davolash.
9. Jigar sirrozi asoratlari bo'lgan taqdirda uni tashhislay olish, birinchi yordamni to'g'ri talqin qilish va uni ko'rsata olish.

10. Diaqnozni 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 qovurg'a osti qismida joylashgan. Katta kishilarda jigarning o'rtaqa kattaligi 25-30 sm, kengligi 15-20 sm va balandligi 9-14 sm ni tashkil etadi.

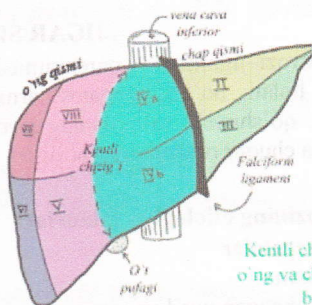
Jigarning 2 ta yuzasi bor: visseral yoki pastki – facies visceralis va diafragmal yoki yuqori – facies diaphragmatica va ikkita orqa va oldingi chegaralari bor.

Jigarning kattaligi bir xil bo'lmagan ikkita bo'lakdan iborat. Jigarning katta bo'lmagan orqa yuzasi va uning darvoza qismidan tashqari qattiq fibroz kapsula (glissonov kapsulasi) bilan qoplangan. Bu kapsulaning ustidan qorin parda bilan qoplangan. Jigarni qoplangan qorin parda atrof to'qimalarga o'tishda jigarning bog'lamlarini hosil qiladi.

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

Jigarning qon bilan ta'minlanishi alohida 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 caeliacus dan boshlanadi. A. hepatica propria jigarning parenxemasiga kirishdan oldin ikkita shahobchaga: 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-

Jigar Segmentlari **Kuino klassifikatsiyasi**



Kentli chiziq i jigarni o'ng va chap qismlarga bo'ladi

4 mm ni tashkil etadi. Bu arteriya asosan jigarning o'ng yarmini va o't xaltachasiga shahobcha – (a. Cystica) beradi.

Vena qon tizimi jigarda darvoza venasi – v. Portae orqali (v. Cava inferior) yuzaga chiqadi. Darvoza venasi qonni qorin bo'shlig'idagi toq a'zoldan 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 orqasida sodir bo'ladi. Pastki tutqich venasi (v mesenterica inferior) ko'pincha taloq venasiga, juda oz holatlarda yuqorigi tutqich venasiga qo'yiladi va ayrim holatlarda alohida darvoza venasini o'qini tashkil etadi. Darvoza venasiga yuqorigi (v.v. pancreatoduodenalis, v. prepilorica) va me'da venalari (v. Gastrica dextra et sinistra) qo'yiladi. Oxirgi vena ayrim holatlarda taloq venasiga qo'yiladi. 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 obliterasiyaga uchrab, jigarning yumaloq bog'lamiga 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 muhim 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 harakatini kuchaytiradi.

5. O't oshqozon osti bezining sekret ishlab chiqarishini stimullaydi.

JIGAR SIRROZI

Jigar sirrozi–jigarning parenximasi va stromasining rivojlanuvchi jarohatlanish holati bo'lib, gepatositlarning destruksiyasi, jigarning tugunli regenerasiyasi, qo'shuvchi to'qimaning rivojlanishi bilan jigar parenximasida va qon tomirlarida chuqur o'zgarishlar bo'lishi.

Jigar sirrozining etiologiya faktorlari

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

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

1. Granulematozlar (brusellyoz, tuberkulyoz)
2. Toksik agentlar (to'rt atomli uglerod, trinitrittoluol)
3. Gelmentozlar

Sirrozlar 1956-yilgi tasnifi bo'yicha quyidagi turlarga bo'linadi: portal, postnekrotik, biliar, aralash turi (smeshanniy)

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

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

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

Portal sirrozining shakllari

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

Porto-portal tizimida sirkulyasiyaning kuchayishi arterio-venoz oqmalarining ichaklar, taloq, me'da, oshqozon osti bezi sathida 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 shahobchalari trombozi va flebitlarida (qorin bo'shligi a'zolarining yiringli-septik asoratlarida).

Darvoza venasining kavernoza transformasiyasida:

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

Jigar ichi shakli sindromi xususan–jigar parenxemasining jarohatlanishida 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 bo'yicha:

1. Venalarning qisilishi: shistosomozlarda, Vilson kasalligida, obturasion 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. Gepatositlarning bukishi natijasida o'tkir hepatitda, jigarning yog'li destruksiyasida, jigar sirrozida, obturasion sariqlikda

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

Portal tizimida jigar usti blokida (sindrom Badda-Xiari) – jigardan qonning oqib ketishi qiyinlashuvi oqibatida uchraydi: jigar venalarining o'sma shishlar sababli qisilishida, jigar venalarining kistalar sababli qisilishida, pastki kovak venasining jigar usti qisilishi membran obstruksiyasi.

Badda-Xiari sindromining shakllari

1. Obliterasiyalovchi 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 patogenezi gormonal buzilishlar borligidan darak beradi.

2. Pastki kovak venasining segmentar okklyuziyasi bo'lib jigar venasining jarohati bilan sodir bo'ladi. Birlamchi patologik holat 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 kombinasiyalangan bloki.

Jigar oldi va ichi venalarining qo'shimcha bloki bilan harakterlanadi va ko'pincha jigar sirrozi darvoza venasi va uning shahobchalari 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'lami to'qimasi qalinligida, gastrogepatika bog'lami to'qimasi qalinligida, jigaming 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 shahobchasi bilan qo'shiladi.
3. O'ng me'da venasining shahobchasi darvoza venasining chap shahobchasi

tomon yo'naladi oshqozon osti bezining bosh qismidan darvoza venasi qo'shimcha vena ketadi.

4. Yuqori tutqich venasining shakllangan joyidan katta shahobcha darvoza venasining o'ng shahobchasiga 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 qo'shilishi.

2. Yuqori, o'rta va pastki to'g'ri ichak venalari turlarining pastki kaval venasi bilan anastomози.

3. Kindik va qorinning yuqori qismi venalarining yuqori va pastki kaval venalari bilan anastomози.

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 ko'krak 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 orqali 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 sohasida giperemiya («jigar kafti»), ishtahaning yuqolishi, og'izda «temir zangi» ta'mi paydo bo'lishi, o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida og'riq, ovqat iste'mol qilgandan keyin va jismoniy zo'riqishdan keyin kuchayishi, teri va ko'zning oq pardasida sariqlik, assit, holsizlik, charchashning kuchayishi, dispeptik holatlar, terining oqish ko'kimtir rangdaligi va quruqligi, ruhiyatning buzilishi – gepatoportal ensefalopatiya va jigar komasi.

Klinik oqimi bo'yicha assitning turlari:

1. Tranzitor assit – davolashda assit o'tib ketadi
2. Rivojlanuvchi – davolash yaxshi effekt bermasligi yoki qisqa vaqtli effekt bo'lishi mumkin.
3. Distrofik assitlar – kasallikning oxirgi bosqichi hisoblanadi

Portal gipertenziyaning klinik belgilari:

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

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

Badd-Xiari sindromida oyoqlardagi shishga bel sohasida 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 sohasida intensiv og'riq va gipertemiya kuzatiladi. Jigargacha bo'lgan blokda juda tezlik bilan splenomegaliya va assit paydo bo'ladi. Jigar usti okklyuziyasida gematomegaliya yuzaga chiqadi.

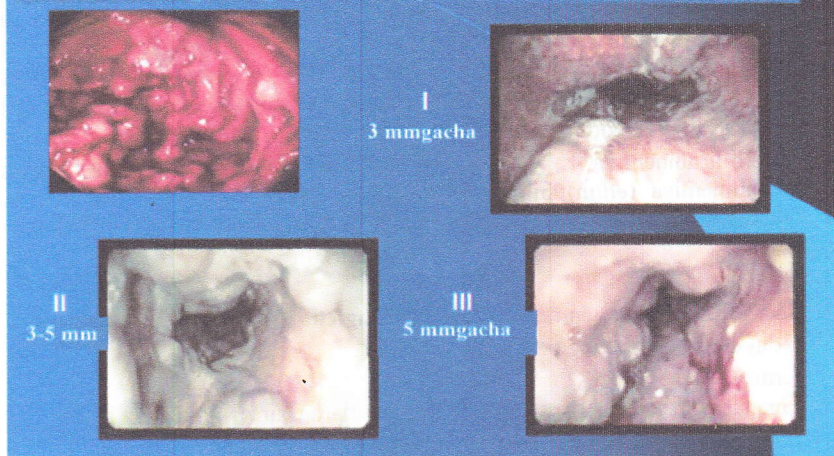
Klinik oqimi bo'yicha quyidagi bosqichlarga ega: Portal gipertenziya sindromi (M. D. Pasiora bo'yicha).

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

2. Subkompensasiya 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. Dekompensasiya bosqichi – splenomegaliya qizilo'ngach, me'da venalari varikoz kengaygan qon oqish bilan yoki bo'lmasligi, assit, 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 assit bilan portal tizimida bosimning oshishi sababini jigar sirrozi ekanligini aytganlar.

Scherzinger tasnifiga ko'ra qizilo'ngachning varikoz tomirlarining kengayish darajasi



1. Jigar sirrozida kompensasiya belgilariga qarab Chayld-Pyu bo'yicha tasnifi.

Belgilari	Ballari		
	1	2	3
protrombiklar vaqti sek.	1-4	>4-6	6
Bilirubin mkmol/l	<34	34-51	>51
Albumin 2/1	>35	35-28	<28
Assit	yuk	yengil	taranglashgan
Ensefalopatiya	yuk	Stadiya 1-2	

Jigar sirrozi: Sinf A-kompensasiya bosqichi 6 ball

Sinf V-Subkompensasiya 7-9 ball

Sinf S-Dekompensasiya 10-15 ball

Sariqlik 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 sargayishi 51 mkmol/l dan oshganda bilinadi. Normada miqdori 21,5 mkmol/l gacha bo'ladi.

2. Qon zardobidagi ko'rsatkichlar:

Gepatositlardagi o'zgarishlar - AST, ALT, LDG fermenti miqdori oshadi, bilirubinning eksresiyasi - umumiy, konyugatlashgan (to'g'ri va bog'langan) va konyugatlashmagan (to'g'ri bo'lmagan va erkin) bilirubin ko'tariladi. O't yo'llaridagi jarohatlanish bo'lsa o't fosfataza va γ -glutamintranspeptidaza (GGTP) miqdorlari ko'tariladi. Gepatositlar funksiyasi 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
- eritrositlar gemolizi
- jigar funksiyasining pasayishi (og'ir hepatitlarda, sirrozlarda kuzatiladi)
- nasliy sindromlarda (Jilber, Krigler-Nayara) bo'ladi.

Yana bo'lishi mumkin konyugirlashgan giperbilirubinemiya.

- gepatositlarning jarohatlanishi (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)
- konyugasiyalashgan giperbilirubinemiya
- terida qichish (terida o't kislotalarining o'tirib qolishi)
- terida ksantoma (xolesterinning lokal o'tirib qolishi)
- laboratoriya: (ishqoriy fosfataza va γ -glutamintranspeptidaza fermentlarining ko'tarilishi)

Jigar ichi xolestazining rivojlanishi jigar ichi kasalliklarining rivojlanishida muhim etiologik omil bo'lib hisoblanadi. Bunga ta'sir qiladigan etiologik faktorlar: oksidatlashgan stress, apoptoz, steatoz, autoimmun holatlar.

Laboratoriya va instrumentlar bilan tekshirish.

Qonning umumiy tahlili: (gipersplenizm) leykositlar $4 \times 10^9/l$ dan kam. Trombositlar $1 \times 10^8/l$ kam.

Qon oqishlar bo'lganda quyidagicha nazorat qilish kerak.

- eritrositlarni, rang ko'rsatkichini, gemogloblin, gematokritni va SOE ni.
- Jigar funksiyasini aniqlaydigan bioximik tekshirishlar:

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

- xenodeoksixolevoy- kislotasining gepatit va sirroz paytida qon zardobida ko'tarilishi.

- xolevoy 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 indoasian ko'ki vena ichiga 0,5ml/kg tomchilab yuboriladi, qonsentrasiyasi qonda stabil ko'tarilgandan keyin, bo'yovchi moddaning periferik qondagi va jigar venalarida qonsentrasiyasi aniqlanadi, shunga asoslanib moddaning klirensi aniqlanadi.

Splenomonometriya – taloqdaki bosimni aniqlaydi va portal tizimidagi umumiy bosim to'g'risida axborot beradi.

Texnikasi: aseptik sharoitda mahalliy anesteziya bilan o'rta va orqa qo'ltik osti chiziqlari bo'ylab VIII-IX qovurg'alar orasidan taloq ingichka igna bilan funksiya qilinadi va Valdman apparati bilan ulanadi. Taloq dagi 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. Funksiya 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 splenomonografiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- qon uyushishining buzilishi.

- kontrast moddalarni ko'tara olmaslik.

- bemorning umumiy og'ir ahvoli. Qorin bo'shligi a'zolarida bo'lgan operatsiya qarshi ko'rsatma bo'ladi.

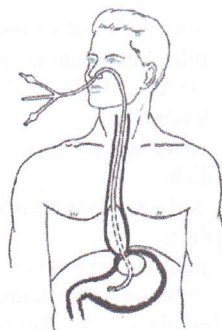
Qorin o'qi va yuqorigi tutqich arteriyalarini arteriografiya qilish.

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 shahobchalarida yaxshi ko'rinishga ega bo'ladi. Bu usulni yordamchi portografiya deyiladi. Qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalarini baholashda 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 dilatasiya holati, konturlari aniq emasligi, ko'p sonli defektlar borligi aniqlanadi.



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

Reohepatografiya – jigar ichi qon aylanishini aniqlashda qo'llaniladi.

Punksion jigardan biopsiya olish – hepatit yoki sirrozda morfologik diagnozni aniqlashda ishlatiladi.

KT va MSKT-

Laparoskopiya –

splenomegaliya, jigar sirrozi, asitni aniqlaydi.

Differensial diagnostika.

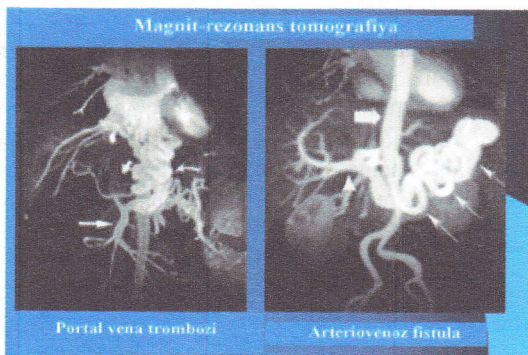
Gepatit va jigar sirrozini differensiallash.

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

- jigar o'sma shishi va bifurkasiya sathida bo'ladigan o'sma shishlar.
- o'ng qorincha tipidagi qon aylanishining yetishmovchiligi.
- perikardit sababli psevdosirroz.

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



- assitni differensiallash.
- qorin bo'shligi a'zolarining o'sma shishlari, qorin parda orqa bo'shligi a'zolari disseminasiyasi va qorin pardaga tarqalishi.

Konservativ davolash.

Qizilo'ngach va me'dadan qon oqishlarda umumiy gemostatik terapiya: 20ml 10% CaCl₂ v/i, 100-200 ml 5% aminokapron kislotasi eritmasi v/i tomchilab qo'yiladi, (fibrinolitik aktivlikni kamaytirishi uchun) kontrikal, trasilol, 2-4 gr fibrinogen, 1-3 ml. 1% vikasal eritmasi ishlatiladi

Gemostatik maqsadda Ye-aminokapron kislotasi – trombin aralashmasi. 100 ml suvga 10 gr trombinning quruq kukuni + 200 ml Ye-aminokapron kislotasi aralashmasi 1 osh qoshiqda har 10 min. da 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.

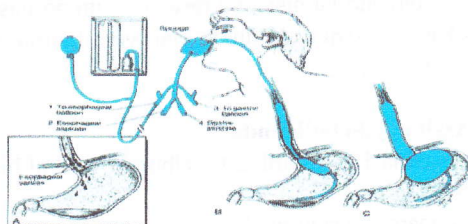
Mahalliy gemostatik terapiya:

1. Lokal gipotermiya (epigastral sohaga va ko'krak qafasining pastki uchligiga muz qo'yish

2. Muz parchalarini yutish.

3. Qizilo'ng achga Blekmor-Singstaken zondini qo'yish.

4. Endoskopik transezofagial gemostaz (intranazal sklerozlovchi preparatlar – trombovar, varikosid, stoksisklerol,etil spirti, embozlovchi gel, trombin preparati, jelatina, 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-Singstakeni 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, uchinchisi 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'ngach devorida yara hosil qilmasligi uchun har 5-6 soatda ballondagi bosim kamaytiriladi.

Gepatitning jigar yetishmovchiligi bilan davolash usullari.
Kompensasiya davrida va jigar sirrozining kam aktivligida.

- Har kuni 5% glyukoza eritmasi 200-300 ml. + askorbin kislotasi bilan vena ichiga tomchilab yuborish.

- Essensial 2 kapsuladan 3 marta bir kunda, Legalon yoki (karsil) 2-3 tabletkadan bir kunda beriladi.

Gipoalbuminiyemiya kuzatilganda:

- Anabolik steroidlar – retabolil 50 ml. bir marta 2 hafta ichida mushak orasiga, 4-5 inyeksiya qilinadi.

- Albumin 10-20% - 100ml. vena ichiga, 2-3 marta haftada, yoki plazma 100-200 ml vena ichiga tomchilab quyiladi.

Sirrozning faol davrida, portal gipertenziya va assit bo'lsa :

- Stasionar sharoitda davolash. To'shakda yotish qoidasi bilan.

- Tuzni chegaralash, 5g gacha bir sutkada.

- Suv-tuz almashinuvini korreksiya qilish.

- Antasidlar.

- N₂ blokatorlar gistamin reseptorlarini qo'llash.

- Kaliyni saqlovchi diuretiklar: verashpiron 0,025 3-4 kun, uregit – 0,05-0,1 2-3 kun beriladi.

Assit paydo bo'lganda.

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

- Laparosentez qilinadi.

Jigar yetishmovchiligida:

1. O'mrov osti venasiga kateter qo'yilib – 5% glyukoza eritmasi 1000-1500 ml 1 sutkada, kokarbiksilaza 350 mg, vitamin V 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 g. tomchilab, keyin 25 g. har soatda, 100-150 mg. 10% glyutamin kislotasining suyuqligi, Ornisetil 20-25 g sutka mobaynida.

4. Ichaklarni yuvish - bir sutkada.

5. Bir guruhdagi qon quyish .

6. Kislorod burun yo'llari orqali.

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

8. Metabolik alkolozda – kaliy preparati 10 g. bir sutkada tavsiya qilinadi.

9. Gepatargiya – bu jigar transplantasiyasiga ko'rsatma.

Xolestazini davolash usullari:

1. Geptral (ademetionin)

-organizmdagi hamma muhitlarda bor.

-jigarda adenozin va metionindan sintez bo'ladi

-bir sutkada 8 gramm endogen adenometionindan hosil bo'ladi. Shundan 50% i jigarda saqlanadi.

-sistiyen, taurin, glyutation, koyenzim A hosil bo'lishiga ta'sir 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

-dezintoksikasion

-xoleretik

-xolekinitek

-regenerasiyalovchi

-antidepressiv

-neyroprotektiv

Geptral xolestazni tez bartaraf etadi.

Geptral quyidagi kasalliklarda qo'llaniladi.

-Surunkali gepatit

-Jigar ichi xolestazi

-Jigar sirrozi

- Jigar ensefalopatiyasi

-Depressiya sindromida

-Abstinet sindromida

Geptralning jigar ichi xolestazida ta'siri:

-terida qichish va sariqlik kamayadi

-qondagi bilirubin miqdori pasayadi, ishqoriy fosfataza va glutamintranspeptidazaning faolligi pasayadi.

-transaminazaning faolligi pasayishi natijasida sitolizning jadalligi kamayadi

Jigar ensefalopatiyasi:

Sam DTI
axborot-resurs markazi

92806P

-Miya funksiyasining qayta tiklanuvchanligining buzilishi bo'lib, o'tkir jigar etishmovchiligida, surunkali jigar kasalliklarida yoki porto sistema shuntlarda paydo bo'ladi.

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

Ensefalopatiyaga olib keluvchi faktorlarni bartaraf qilish.

1. Katta spontam yoki xirurgik porto sistema shuntlarini yopish.

2. Ensefalopatiyaga olib keluvchi qo'shimcha faktorlarni bartaraf qilish: spirtli ichimliklar, har xil dori moddalarni iste'mol qilishni (sedativ dorilar) cheklash. Qon oqishlar, ximikatlar, infeksiyalarni, ich qotishlarni davolash. Elektrolitlar muvozanatini tiklash, hayvon oqsilli ovqatlarni iste'mol qilishning me'yorni tiklash.

3. Jismoniy tinchlik

4. Jigar transplantasiyasi

Surunkali jigar ensefalopatiyasini davolash prinsiplari.

1. Ensefalopatiyaga olib keluvchi faktorlarni bartaraf etish

2. Ammiakning hosil bo'lishini va uning adsorbsiyasini kamaytirish

3. Neyromediatorlarning o'zaro aloqasini modifikasiya qilish

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

Ensefalopatiya eng rivojlangan paytida 45ml zond orqali, keyin har soatda ichak ichi mahsulotining chiqib ketguncha yuboriladi. Laktuloza surunkali holatlarda 15-45 ml xar 8-12 soat mobaynida 2-3 marta to ichaklar batamom tozalanguncha yuboriladi. Laktuloza-Dyufalak disaxaridazalar bilan yemirilmay, shakar metaboliz bo'lib, asetat va laktat hosil bo'ladi. Ana shu achish ichaklar peristaltikasini kuchaytiradi, ammiak yaxshi so'rila 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 qonservativ 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 assit konservativ davolash foydasiz bo'lganda.

Operativ davolashga qarshiliklar.

1. Jigarda morfologik o'zgarishlar rivojlanganda
2. Og'ir yo'ldosh kasalliklarida
3. Qondagi albuminning pasayishi 25% va undan past.
4. Albumin-globulin koeffitsiyenti 0,7 dan past bo'lganda.
5. Protrombin indeksi 30% dan past bo'lsa .
6. Jigarda aktiv destruktiv yallig'lanish simptomlari gektik temperatura, leykositoz, transaminaza va globulin fraksiyasi ko'tarilganda, S-reaktiv oqsil reaksiyasi musbat bo'lganda.

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'ngach varikoz qon oqishlar bilan jigar ichi va jigar usti bloki bilan.

3. Mezenteriko-kaval anastomoz: turg'un assit, nisbatan ahvoli o'rtacha bo'lganda.

Palliativ operatsiyalar

- a) qisman jigar rezeksiyasi
- b) jigar yuzasini elektrokoagulyasiya qilish
- c) kriogen va lazer destruksiyalash jigar yuzasini
- d) umumiy jigar arteriyasini periarterial nevrektomiya
- e) taloq arteriyasini bog'lash va splenoektomiya
- f) Taloq arteriyasini endovaskulyar embolizasiya qilish

Organo -anastomozlar

- a) omentorenopeksiya
- b) omentofrenikopeksiya
- c) omentogepatopeksiya

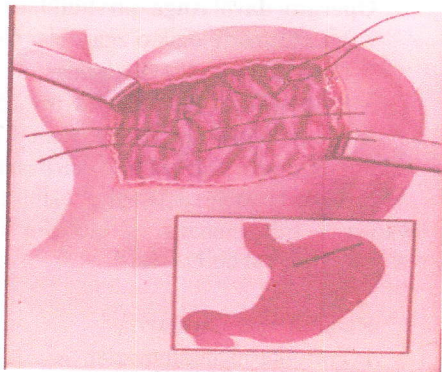
3. Assit bo'lganida qilinadigan operatsiyalar

- a) laparosentez
- b) assit suyuqligini qorinning old devori teri tagiga yoki siydik chiqaruv yo'llariga ulash.

c) Limfavenoz anastomozlar. (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 ekstraperitonizasiya qilish (jigar va diafragma tomirlarini ulash.)



Qonni to'xtatish uchun.

a) Operasiya Tannera - medani subkardial bo'limida ko'ndalang kesim bilan qayta tikish, qizilo'ngachni diafragmal usti qismida ko'ndalang kesma qilish.

b) Operasiya Shalimova - qizilo'ngachga sirkulyar anastomoz qo'yish apparati bilan kesilib anastomoz qo'yiladi.

c) Qizilo'ngachning kardial qismidan kesilib, "P" chok qo'yiladi.

d) Operasiya Pasiora M.D. qizilo'ngach va me'daning kardial qismidagi qon oqayotgan venalarni ichki shilliq pardalari orqali tikish.

e) Qizilo'ngachning va me'daning proksimal qismlarini rezeksiya qilish.

5. Portal tizimidagi bosimni tushiradigan operatsiyalar: porto-koval anastomozlar (to'g'ri va selektiv), splenoektomiya.

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

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

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

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

B. A'zolar anastomoz:

-Omentopeksiya (Omentosplenopeksiya, Omentonefropeksiya, Omentodiafragmapeksiya)

-Organopeksiya (gepatopnevmopeksiya, gastropeksiya, kolonogepatopeksiya).

V. Joyidan qo'zg'atish operatsiyalari:

-plevra bo'shlig'iga dekapsulyasiya qilingan taloqni kiritish.

-Jigar o'ng bo'lmasining $\frac{3}{4}$ qismini plevra bo'shlig'iga siljitish.

-Charvini teri osti yog' qatlamiga va to'g'ri mushaklar qiniga va plevra bo'shlig'iga siljitish.

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

-laparosentez.

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

-Ryuotta operatsiyasi (peretoniovenoz shunti)-sonning katta teri osti venasini son venasiga qo'yilishigacha 10-15sm ajratiladi va kesiladi. Pupart bog'laminin ustida hosil qilingan teshik orqali qorin pardaga mahkamlanadi. Assit suyuqligi to'g'ridan-to'g'ri tomirga qo'yiladi.

-Dekapsulyasiya qilingan jigarni torakolizasiya qilish.

-qorin bo'shlig'idan chiquvchi limfaottokni yaxshilash. Buning uchun limfavenoz anastamozini qo'yish.

4. Portal tizimiga oqib keladigan qon hajmini kamaytirish

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

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

-Jigarni 10-15% massasini rezeksiya qilish

-Malle- Gi (umumiy jigar arteriyasining perearterial nevroektomiya qilish

-Arterio-portal anastamozlar (aortaportal, splenoportal, splenoumbikal anastamozlar).

-Jigarni elektrokoagulyasiya qilish.

Ko'pchilik kitoblarda portal gipertenziya bilan xirurgik davolash har xil yuqorida keltirilgan operatsiyalardan bir nechtasi qo'llaniladi.

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

Jigar usti bloki portal gipertenziyasi Badd-Xiari sindromi bilan operatsiya usullari.

-Qorin parda orqa bo'shlig'idagi kista va o'sma shishlarini olish

-Jigardagi kista va o'sma shishlarini rezeksiya qilish

-Pastki kovak venasidagi membranani kesish. Agar uni qilishni iloji bo'lmasa portal gipertenziyani bartaraf etish.

Jigarning xirurgik kasalliklari.

-Jigarning jarohatlari

-Xavfli va xavfsiz o'sma shishlari

-Jigar abssessi

-Haqiqiy va yolg'on kistalar

Jigarning hamma o'sma shishlari 2 guruhga bo'linadi:

- Xavfsiz va xavfli o'sma shishlari

Alohida xirurgik taktikalar bo'yicha

-transplantasiya va jigar rezeksiyasi

Xavfsiz o'sma shishlari

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

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

Adenoma- jigar parenxemasining aniq differensiallangan 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 malignizasiya 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 qonsistensiyali holda palpasiya qilinadi.

Tug'ma solitar hepatomalar potensial xavfli o'sma shishlariga kiradi.

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

Gemangiomalarning turlari:

-kavernoz shakli, kapilyar 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, abscess hosil bo'lsa) yuzaga chiqadi. Ularga jigar sohasidagi simmillovchi og'riq, ayrim bemorlarda obturasion sariqlik va portal gipertenziya (magistral jigar ichi o't yo'llarining va darvoza venalarining shahobchalari bosib qolinganda) belgilari yuzaga chiqadi.

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

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

Parazitlarsiz kistalar:

-Solitar, jigar polikistozi bu kistalar bilan ko'pincha ayollar kasallanadi. Klinik oqimi simptomlarsiz o'tadi. Ayrim terminal fazasida psevdoshishli kaxeziya bo'lishi mumkin.

Kistalar asorati:

-Kistalarning yorilishi, Kistalar ichi qon oqishlari, Kistalarning infeksiyalanishi, Portal tizimining bosilishi natijasida assit paydo bo'lishi, Sariqlik (o't yo'llarining bosilishi bilan) va ichak tutilishi

Davolash: Operativ.

Palliativ operasialarga funktsiya, tashqi va ichki drenajlash.

Radikal operasialarga – jigar rezeksiyasi.

Jigar transplantasiyasi – jigar yetishmovchiligida qilinadi. Jigarning ortopedik va geterotopik koʻchirib oʻtkazilishi operasialari bor. Ortopedik – bu donor transplantanti resipiyentning olingan jigari oʻrniga qoʻyiladi.

Geterotopik transplantasiya - resipiyentning jigari oʻz joyiga qoladi, donorning jigari qorin boʻshligining xohlagan joyiga qoʻyiladi.

Ortopedik jigar transplantasiyasi dunyoda birinchi 1963-yilda Stark tomonidan qilindi. Bu usulning mohiyati shuki donor oʻlimi aniq tasdiqlangandan keyin jigarga ekstrakorporal qon aylanishi uchun 15 S da sovutilgan suyuqlik bilan apparat oʻrnatiladi. Donor jigari batamom olinadi. Bir vaqtning oʻzida resipiyent jigari mobilizatsiya qilinadi. Tomirlar tashqi shuntlanadi. Resipiyentning pastki kovak venalari jigar usti va pastki qismlariga qisqich qoʻyiladi, darvoza venasiga, arteriyasiga ham qisqich qoʻyiladi. Tashqi shunt ochiladi va jigar olinadi. Bu jigar oʻrniga donor jigari transplantasiya qilinadi.

Geterotopik transplantasiya Xagixara, Absolon usullari boʻyicha splenoektomiya qilinib qorin boʻlimlarining chap kvadrantiga yoki Yu.I. Lopuxin, G.Ye. Ostroverxov usulida qorinning oʻng yarmiga jigarning ostiga oʻrnatiladi.

Jigar rezeksiyasi:

-Tipik varianti

-Atipik varianti

Tipik varianti-jigar parenxemasini anatomik yoriqlari orqali boʻlish. Tomirlar avvalo bogʻlanadi va anatomik xususiyatlariga qarab:

Atipik varianti-ponasimon qirralari boʻylab:

-patologik holat jigar qirralarida joylashganda

-koʻndalang rezeksiya- jigarning lateral qismining chap yarmida qilinib gemostatik choklar qoʻyiladi.

Tipik rezeksiyalar:

-Gemigepatoektomiya-chap yarmi 3-4-segmentlar olinadi.

-Lobeektomiya – jigarning bir boʻlagi olinadi.

-Segmentektomiya – oʻng tomondagi 5-8-segmentlar olinadi.

Testlar

1. Kuino bo'yicha jigar segmentlari sonini ko'rsating?
 - A. 12 segment
 - V. 8 segment
 - S. 10 segment
 - D. 7 segment
2. Jigarda qancha qon o'tquvchi havzalar (bassiyenlar) bor?
 - A. Bitta
 - V. Ikkita
 - S. Uchta
 - D. Beshta
3. Portal gipertenziya – bu alohida kasallikmi?
 - A. O'zi alohida kasallik
 - V. Yo'q
 - S. Surunkali gepatit bosqichi
 - D. Jigar sirrozi
4. Jigar ichi portal gipertenzijasida qo'llaniladigan radikal operativ usullarga kirmaydi?
 - A. Splenorenal anastomoz
 - V. Laparosentez
 - S. To'g'ridan-to'g'ri portokoval anastomoz
 - D. Mezenterikokaval anastomoz
5. Portal gipertenziyaga olib keluvchi asosiy sabablardan birini ko'rsating.
 - A. Baddi – Xiari sindromi
 - V. Xiari kasalligi
 - S. Jigar ichi qon aylanish bloki bilan jigar sirrozi
 - D. Senta uchligi
6. Katta yoshdagi bemorlarda portal gipertenziyaga xos simptomlarni ko'rsating?
 - A. Splenomegaliya
 - V. Gipersplenizm
 - S. Qizilo'ngach, qorinning old devori to'g'ri ichak venalari varikoz kengayishi
 - D. Qizilo'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
 - V. Portokaval anastamoz
 - S. Splenoektomiya
 - D. Qizilo'ngach venalarini skleroz qiluvchi dorilar yuborish
8. Katta yoshli bemorlarda jigargacha blok bilan portal gipertenzijasida qizilo'ngachdan qon oqqanda davolash taktikasini ko'rsating.

A. Blekмор zondini qo'yish

V. Qizilo'ngach venalariga skleroz qiluvchi dorilar yuborish endoskopik usullarda yuborish

S. Operasiya usuli bilan davolash

D. Konservativ davolash

9. Sariqlida terida qichish paydo bo'lishining sababini ayting.

A. Terida o't kislotaning o'tirib qolishi

V. Terida o't pigmentlarining to'planishi

S. Tuzlarning yig'ilishi

D. Terlash

10. Portal gipertenziyasida jigargacha blokda qizilo'ngach venasidan qon oqqanda optimal operasiya hajmini tanlang.

A. Qizilo'ngach venalarini tikish

V. Taloq transpozitsiyasi

S. Portokaval anastamoz

D. Splenoektomiya

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
V	S	V	V	S	A	A	A	A	S

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Karimov Sh.I. Xirurgik kasalliklar. Toshkent 2005-yil
2. Kuzin M.I. <<Xirurgicheskiye bolezni>> Moskva <<Medmsina>> – 2007 g Str. 366-375.
3. Savelyev V.S., Kiriyyenko A.I. <<Klinicheskaya xirurgiya>> natsionalnoye rukovodstvo v trex tomax, Moskva <<GEOTAR – Media>> 2009 g. T – 2. Str 626-666.
4. Alperovich B.I. << Xirurgiya pecheni>> Moskva GEOTAR – Media 2010 g. Str 15-86
5. Chastnaya xirurgiya. Uchebnik dlya meditsinskix Vuzov. Pod. red. Shevchenko Yu.L. Sankt – Peterburg. 1998. 478 s. (v 2- tomax)

Qo'shimcha adabiyotlar:

Pod. red. Savelyev V.S. 50 leksiy po xirurgii. Moskva 2004.

Elektron adabiyotlar:

1. Xirurgicheskiye bolezni (Pod. red. Savelyev V.S., Kiriyyenko A.I. ucheb s kompakt – diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR – Media, 2006, -t 1-603 s)
2. Xirurgicheskiye bolezni (Pod. red. Savelyev V.S., Kiriyyenko A.I. ucheb s kompakt – diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR – Media, 2006, -t 2-397s)
3. Klinicheskaya xirurgiya : natsionalnoye rukovodstvo 3-x t./ Pod. red. Savelyev V.S., Kiriyyenko A.I. ucheb s kompakt – diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR – Media, 2008, -t 1-864 s +DISK

Mavzu bo'yicha internetdagi saytlar.

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

<http://medi.ru/doc/83>.

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

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

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

<http://www.ziyonet.uz>

<http://www.doktor.ru>