

ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

**ТИББИЙ-ПЕДАГОГИКА ФАКУЛЬТЕТИ
ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАР КАФЕДРАСИ**

Маъруза мавзуси:

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

ПЕДИАТРИЯ факультетининг 6 курс талабалари учун

Тошкент – 2018

[illegible]

<u>4 босиқ</u> Якуний (10 минут)	4.1. Саволлар беради: 1. Жигар етишмовчилиги? 2. Қизилўнғач варикоз венгайган қон томирларидан қон кетиш? 4.2. Мустақил ишлаш учун вазифалар беради: Портал гипертензияни эндоваскуляр даволаш усуллари.	4.1. Саволларга жавоб берадилар. 4.2. Тинглайдилар, ёзиб оладилар.
---	---	--

Мавзунини асослаш: Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг хисоботи бўйича кейинги ўн йил ичида дунёнинг купгина мамлакатларида жигар циррози касаллигининг асорати бўлмиш портал гипертензия купаймоқда. Жигар циррози айниқса Ўрта Осиё республикаларида куп тарқалган бўлиб, ўлка патологияси ҳисобланади. Портал гипертензия – аҳолининг энг меҳнатга қобилиятли қатламини шикастлантириб, уларни тезда инвалид ҳолатига олиб келади ва ўлим юқори бўлади. Бу эса катта социал аҳамиятга эгадир.

Маъруза мақсади: талабаларга жигар циррози касаллигининг асорати бўлмиш портал гипертензия ривожланиш сабаблари, кечилишининг ўзига хослиги, асорати, қиёсий ташхислаш, даволашнинг самарадор усуллари, амалиётдан кейинги парвариш қилишни тушунтириш.

Тарбиявий мақсадлар: маъруза талабада билимни оширишни ёрдам беради, ташхис қўйишга ўргатади. Портал гипертензия этиологиясини, патогенезини, жаррохлик асоратини ўз вақтида олдини олишга имкон берувчи чораларни қўллашни ва уларни ривожлантиришга имкон беради.

Маъруза масалалари: Жигар циррозининг асорати бўлмиш портал гипертензия бўйича тушунча бериш, унинг этиопатогенези, ушбу касалликнинг клиник манзараси ва асоратларини ёритиш, диагностика ва дифференциал диагностикаси, замонавий даволаш усуллари ёритиш

Мухокама учун саволлар:

1. Мавзуини асослаш - 5 мин
2. Портал гипертензия синдроми ҳақида тушунча, этиология ва патогенези - 20 мин
3. Жигар етишмовчилигининг Чайлд-Пью бўйича таснифи - 10 мин
4. Портал гипертензия синдроми клиникаси - 20 мин.
5. Портал гипертензиянинг асоратлари - 10 мин.
6. Портал гипертензиянинг текшириш усуллари - 15 мин.
7. Портал гипертензиянинг даволаш усуллари - 10 мин

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ СИНДРОМИ

Негизда дарвоза венасида қон босимининг ортиши бўлган (нормада 200 мм сув устунигача) портал гипертензия синдромининг ривожланиши, артериал қонни қорин бўшлиғи тоқ аъзоларига оқиб келиши ва дарвоза вена си (v. portae) ўзанига оқиб кетиши орасидаги нисбатнинг бузилишига боғлиқ. Қоннинг адекват оқиб кетиши қаршилиқ қилувчи тўсиқ (блок) лар 3 турли бўлиб, буларга жигардан ташқаридаги, жигарнинг ичидаги ва аралаш тўсиқлар киради. Ўз навбатида жигардан ташқари тўсиқлар 2 турли бўлади: жигаргача (жигар ости) ва жигардан ўтгач (жигар усти) блоклар.

Портал гипертензиянинг ривожланиш жароёнида жигардан ташқари тўсиқлар турларига дарвоза венасининг ривожланиш нуқсонлари (вена бўшлиғи атрезияси, облитерацияси) ёки унинг қорин бўшлиғидаги йирингли жараёни - киндик сепсиси, яқин турган аъзолар ўсмаси томонидан эзилиши натижасида пайдо бўлиши мумкин. Одатда, портал гипертензиянинг жигар ичи тури кўпроқ (80-90%гача) учраб, жигар циррози билан боғлиқ бўлади. Жигар веналари тромбофлебити (Киари синдроми), жигар веналарининг қуйилиши сатҳидаги пастки ковак вена окклюзияси (Бадд-Киари синдроми) ёки пастки ковак венасининг ривожланиши нуқсонлари оқибатида блокнинг пайдо бўлиши жигар усти блокларга киради. Аралаш блокка - жигар циррози билан касалланган беморларда қўшимча равишда дарвоза венасининг тромбозини ривожланиши киради. Дарвоза венасида босимнинг ортиши идиопатик деб ном олган портал гипертензияда, дарвоза венаси ўзанига артериовеноз фистула орқали жадал қон оқиб келишидан пайдо бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғининг тоқ аъзоларидан дарвоза венаси системасига қоннинг оқиб келиб токи пастки ковак венага қуйилишигача бўлган жойда тўсиқ пайдо бўлиши - портал гипертензияга, бу ҳолат эса ўз навбатида табиий портоковал анастомозларнинг юқори даражада ривожланиб кетишига (варикоз кенгайишига), улар орқали эса қонни кавал вена системасига тушишига олиб келади. Портал системада гипертензиянинг янада кўтарилиши, табиий портокавал анастомозларда босимнинг янада ортишига, уларнинг ёрилиши оқибатида қизилўнгачнинг пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисмидан, геморраидал веналардан, баъзида эса қорин деворининг пастки қисмидаги веналардан катта миқдорда қон кетишига сабаб бўлади.

Шу сабабдан, портал гипертензиянинг асосий белгиларидан: спленомегалия, қизилўнгач пастки 1/3 ва меъданинг кардиал қисми веналари, гемороидал веналар ҳамда қорин деворининг пастки қисмидаги веналарнинг варикоз кенгайиши ва асцит суюқлигининг борлиги алоҳида аҳамиятга эга бўлади. Беморлар - ҳолсизлик, эпигастрал соҳадаги оғриқлар, иштаҳанинг йўқлиги, кўнгил айниши, қориннинг дам бўлиши, қабзиятдан нолийдилар.

Бемор кўздан кечирилганда: тери қопламалари рангпар, куруқ, тана мушаклари атрофияга учраш ҳолатида, вазни камайган, қорни катталашган, бақаникига ўхшаш ёнлари асцит ҳисобига бўртиб чиққан, қориннинг пастки

ён томонларида кенгайган варикоз венлар (caput medusae) кўринади. Жигар хасталигининг белгиларидан: “томир юлдузчалари”, петехиялар ҳамда бемор кафтларда хос ўзгаришларни аниқлаш мумкин. Талокнинг катталашуви (спленомегалия) ва гиперспленизм билан ўтади, бу тромбоцитопения, лейкопения, анемия ҳолатлари билан юзага чиқади. Жигар фаолиятининг бузилганлиги - қон ивиш омилларининг ишланиши, тромбоцитлар миқдори-нинг камайишига ҳамда гипокоагуляцияга олиб келади. Бунинг таъсирида милклар қонашга мойил бўлади, бурундан қон оқиши юзага келади. Жигар ичи гипертензиясида касалликнинг кечиши цирроз касаллигининг табиатига (постнекротик, алкогольдан ва б.), жараённинг активлигига, жигардаги функционал бузилишлари даражасига боғлиқ бўлади.

Жигар усти блокиннинг ўткир турларида (Киари, Бадде - Киари синдром-лари) гипертензия ҳисобига эпигастрал соҳада, ўнг қовурғалар остида тўсатдан кучли оғриқлар пайдо бўлади, гепатомегалия белгилари ва асцит миқдори тез орта боради. Беморлар кўпинча, авж олиб борадиган жигар ва буйрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар. Касалликнинг сурункали турида гепатомегалия ва спленомегалия кузатилади, олдинги қорин деворида коллатерал веноз томирлар тўри аниқланади, асцит орта боради, оксил алмашинувининг бузилишлари ва оғриқлар кучайиб боради.

Жигардан ташқари блокда жигар фаолияти узоқ вақтгача қониқарли даражада қолиши мумкин, портал гипертензия тасодифан спленомегалия топилганда ёки қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналаридан қон кетганда аниқланиши мумкин.

Касалликнинг компенсация босқичида портал босим ўртача даражада кўтарилади. Клиник кўринишларида жигар циррози белгилари устунлик қилади. Кенгайган портосистем коллатераллар, қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши, касалликнинг субкомпенсация босқичига ўтганлигидан далолат беради. Транзитор (ўтиб кетадиган) ёки резистент (барқарор) асцит борлиги, жигар ўлчамларининг кичрайиши, ҳатто атрофиягача қисқариши, жигар етишмовчилигидан келтириб чиқаради ва портал гипертензиянинг декомпенсация босқичидан дарак беради.

Жигарнинг функционал ҳолатига баҳо бериш учун халқаро Чайлд-Пью таснифи қўлланилади, унда жигар-хужайра етишмовчилигининг асосий белгилар баҳоланади (жадвал 1).

Жадвал 1

Жигар етишмовчилигининг Чайлд-Пью бўйича таснифи.

Белгилар	Баллар сони		
	1	2	3
Асцит	Йўқ	Транзитор	Барқарор
Энцефалопатия	Йўқ	Транзитор	Яққол
Билирубин	30 мк моль/л	30-50 мк-моль/л	50 мкмоль/лдан ортиқ
Альбумин	35 г/л дан ортиқ	35-28 г/л	28г/л дан кам
Протромбин индекси	65-100%	65-55%	55% дан кам

Портал гипертензияни диагностикасининг асбоб-ускуна ёрдамида текшириш усуллари қизилўнгач ва меъданинг варикоз веналари борлигини, уларнинг ўлчамлари ва тарқалганлигини аниқлаш (эзофагогастроудено-фиброскопия), беморга контраст модда (BaSO_4) ичириб рентгенологик текшириш, жигарда қон таъминоти бузилишлари табиатини, дарвоза венасидан қон оқими бўйлаб тўсиқнинг сабаби ва даражасини аниқлаш учун (доплерография, целиакография, каваграфия, спленопортография, тери орқали жигар орқали портография) текширувларини ўтказиш зарур бўлади.

Портал гипертензияни даволаш, блокнинг турига, касаллик босқичига ва компенсация даражасига узвий боғлиқ бўлиб, муолажанинг асосий йўналиши блок сабабларини бартараф этиш, жигар фаолиятини тиклаш ва келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар профилактикасига йўналтирилган.

Синдромнинг жигардан ташқари блок турларида, кўпинча беморлар хирургик усулда даволанишлари лозим бўлади. Портосистем-спленоренал, мезентерико-кавал ёки бевосита портокавал анастомозлар қўйиш операциялари кўпроқ қўлланилади. Жигар циррози келтириб чиқарган портал гипертензияли беморларни даволашда хирургик даволашдан, жигарда актив жараён ва жигар етишмовчилари симптомлари бўлмагандагина фойдаланиш мумкин. Беморнинг ёши ва умумий аҳволига, қўшма касалликлар борлиги ва уларнинг турига, жигарнинг бузилган фаолиятларини тикланиш даражасига, гиперспленизмнинг юзага чиққанлигига, ҳамда компенсация даражасига муолажа узвий боғлиқ бўлади. Бугунги кунда, хирургик йўл билан даволашнинг иккита асосий йўналиши қўлланилади: дарвоза венасида босимни пасайтириш учун портосистем анастомозлар қўйиш ёки қон кетишларнинг олдини олиш мақсадида гастроэзофагеал шунтларни қўйиш.

Беморларда асцит суюқлиги бўлганда, овқатланиш жароёни бузилганда ва неврологик белгилар юзага келганда, операциянинг натижалари кониқарсиз, операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлади.

Портал гипертензияли беморларни даволашда бугунки кунда қўлланиладиган прогрессив ва кам инвазив усулларида бири эндоваскуляр усуллардир. Бу усулларга: талоқ артериясини сурункали эмболизация қилиш, қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналарини ўткир эмболизацияси киради. Бу усул орқали жигар ичига портосистем шунт қўйиш ҳам мумкин. Бу хилдаги кам жароҳатлаш усуллари билан даволаш самарадорлиги анча юқори бўлади.

Портал гипертензиянинг даҳшатли асоратларидан бири – қизилўнгачнинг пастки $1/3$ ва меъда кардиал қисмидаги варикоз кенгайган веналардан профуз қон кетиши ҳисобланади. Бунда одатда беморларда эпигастрал соҳада олдиндан бирор оғриқ сезилмай, бирданига қизил рангдаги қон ва ивиндилари билан қайт қилиш рўй беради. Бу ҳолатда кўпинча беморларда постгеморагик шок, унинг оқибатида рўй берадиган ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятининг бузилиши ва етишмовчилиги белгилари пайдо бўлади, авж олади. Шу ҳолат юз берган беморларнинг тахминан $1/3$ қисмини ҳалокатга олиб келади.

Варикоз кенгайган веналардан бу хилдаги қон кетишини даволаш консерватив тадбирлар (муолажа) дан бошланади. Вақтинчалик гемостаз учун беморларга бурун ёки оғиз орқали Блэкмор-Сейнстакен зонди қўйилади ва ишчи ҳолатга келтирилади.

Ушбу зонднинг бошланиш қисмида юмалоқ (меъда учун) ва цилиндрсимон (қизилўнгач учун) шаклдаги иккита пуфакчалари бўлган 3 каналли резина найчадан иборат бўлиб, иккита канали пуфакчаларни шишириш учун ишлатилади. Учинчи канали эса, меъда ширасини аспирация қилиш ва гемостатик муолажа самарадорлигини назорат қилиш учун хизмат қилади.

Зондни ўрнатишдан олдин пуфакчаларга ҳаво юбориш йўли билан шишириб, уларнинг бутунлиги текшириб кўрилади. Аввало зонд бурун ёки оғиз орқали меъдага киритилади, сўнгра меъдага тегишли пуфакчага ҳаво юбориб шиширилади. Ундан сўнг зонд ретроград йўналишда яхшилаб тортилиб, меъданинг кардиал қисмини маҳкам босиб туриши таъминланади ва қизилўнгач учун мўлжалланган пуфакча шиширилади. Зонд шундай ҳолатда маҳкамланади. Меъдани бир неча марта совуқ сув билан ювилади. Қонаётган варикоз веналарни зонд пуфакчаларининг маҳкам босиши, кетаётган қоннинг тўхташига шароит яратади. Бир неча соат ўтгач (12-24), қон кетиш тўхтагач пуфакчалардаги босим камайтирилиб, зонддан чиқаётган суюқлик табиати назорат қилинади. Қизилўнгачда зондни ишчи ҳолатда ушлаш 2 суткадан ошмаслиги керак. Албатта ушбу тадбир комплекс муолажа остида қилиниши керак.

Муолажа замирида шокни бартараф этувчи тадбирлар, гемостатик препаратларни қўллаш, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш ва ҳаётий муҳим аъзолар фалятини тиклаш ётади. Дарвоза венасида босимни камайтириш учун вазоактив препаратлар (вазопрессин, терлипрессин, октропид) қўлланилади.

Қон оқишини узил-кесил тўxtатиш мақсадида варикоз веналарни эндоскопик склерозлаш, лигатура ёрдамида варикоз кенгайган веналарни боғлаш мумкин бўлади. Бунинг учун эндоскоп орқали вена бўшлиғига ёки паравеноз соҳага махсус игна орқали склерозловчи препаратлар (варикоцид, тромбовар) юборилади. Булар вена интимасини жароҳатлантиради ва унинг бўшлиғини облитерация бўлишига замин яратади.

Бугунги кунда, узил-кесил гемостазни таъминлашда кам травматик ва самарадор усуллардан бири - эндоваскуляр операциялар ёрдамида қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналарининг эмболизацияси. Портал системада қон босимини пасайтиришга эса, тери ва жигар орқали шунтлаш ҳисобланади.

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон оқишини медикаментоз даволаш наф бермаганда мажбурий чора сифатида ҳар хил даги хирургик операциялар қўлланилади. Буларга Пациора ва Таннер жарроҳлик амалиётлари кириб, бемор аҳволининг оғирлига сабабли кенгайган қизилўнгач ва меъданинг кардиал қисми варикоз кенгайган веналарини боғлаш билан чекланади.

Портосистем анастомозлар қўйиш, бу тур беморларда алоҳида қилинадиган анчайин травматик операциялар туркумига кириб, чекланган ҳоллардагина қўлланилади. Бирмунча кенгроқ қўлланиладиган операциялардан бири спленэктомия бўлиб, унинг замирида ҳам спленомегалия ёки гиперспленизмга учраб ниҳоятда катталашиб кетган талокни олиб ташлаб, портал система гипертензиясини бирмунча камайтириш ётади. Бирок, бу операцияни ҳам, ахволи оғир беморларда ўтказиш анчагина мураккаб бўлиб, ҳамиша ҳам яхши натижаларга олиб келавермайди.

Кези келганда шуни айтиш керак-ки, жигарда цирроз ривожланиши оқибатида юзага келган портал гипертензияда, қизилўнғач веналаридан қон кетиши ўлим даражасини янада кўтарилишига (70% гача) олиб келади ва жигар циррозининг компенсацияланган босқичидан декомпенсация ҳолатига ўтишга олиб келади. Бемор ахволининг оғирлашиши, асцит ва сарикликнинг янада ортишига, жигар етишмовчилигининг эса янада авж олиб чуқрлашишига ҳамда беморларда такрорий қон кетишлар ёки жигар фаолиятининг камчилигидан ўлимга олиб келади.

Бугунги кунда вена порта системасидаги гипертензия (босим) ни пасайтиришда клиникамизда ишлаб чиқилган ва анчагина тажриба орттирилган эндоваскуляр усулларида бири - талок артериясини сурункали эмболизациясининг қилиш, анчайин яхши натижаларга олиб келади ва бемор умрини узайтиради.

Бу усул қўлланилганда, беморнинг ниҳоятда кенгайиб кетган талок артериясига (жигар артериялари аксарият кичиклашган ва торайган) эндоваскуляр усул ёрдамида Гиан-Турко спирали ўрнатилади ва қоннинг бемалол оқиб ўтиши йўлида тўсиқ пайдо қилинади. Бунинг эвазига, амалиётдан кейинги даврда, қон оқиминида айланма ҳаракатларнинг пайдо бўлишига, талокқа келаётган қон миқдорининг камайишига, унинг тўқимаси ишемиясига ва ичида аста-секинлик билан ривожланадиган асептик некроз ҳолатига олиб келади. Бу эса, ўз навбатида аста-секинлик билан келаётган қон миқдорининг янада камайишига, талокнинг янада кичрайишига ва уни 1 - 1,5 ой мобайнида портал системадан батамом узилишига, яъни тўлиқ эмболизация бўлишига олиб келади. Бу жароённинг аста-секинлик билан ривожланиши талокқа бемалол оқиб келаётган қонни тўғридантўғри жигарга йўналтирилиши оқибатида унинг йўқола бораётган фаолиятининг тикланишига олиб келади. Албатта, бу жароёнларнинг ҳаммаси врач назоратида, касалликда ўтказилаётган комплекс муолажа замирида қилиниши керак.

АДАБИЁТЛАР:

1. Королев Б.А., Гагушин В.А. - Хирургия циррозов печени. - М: Медицина, 1993 - 160 с.
2. Подымова С.Д. - Болезни печени. -М. Медицина, 1997 - 479 с.
3. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. -Т.: Медицина УзССР, 1984-319 с.

4. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. -М. Медицина, 1997. - 794 с.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, (под ред. Савельева В.С.) -М.: Медицина, 1986 - 607 с.
6. Скрипниченко Д.П. Неотложная хирургия брюшной полости. - Киев: Здоровье, 1995 - 350 с.
7. Петров В.П. Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. - М.: Медицина, 1987-256 с
8. Портальная гипертензия: Методическая разработка к практическим занятиям для субординаторов лечебного факультета. - составители Н.Х. Шамирзаев, Ш.И. Каримов, В.Ф. Ким, А.А. Шукуров. - Ташкент, 1989 -60с
9. Каримов Ш.И. Ким В.Ф., Ахтаев А.Р. Эндоваскулярная диагностика и катетерная хирургия профузных пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией.- Т. : Издательство имени Ибн Сины, 1992-139 с
10. Каримов Ш.И., Шамирзаев Н.Х. Субординатор учун жаррохлик. 9 боб. Портал гипертензия (В.Ф.Ким, С.Х. Назаров). - Самарканд, 291-339 с

II. Қўшимча:

11. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Москва. Медицина 1997.
12. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
13. Логинов А.С., Блок Ю.Э. Хронические гепатиты и циррозы. Заболевания печени и желчных путей. Москва, 2002.
14. Майер К.П. Гепатит и последствия гепатита. М. 1999.
15. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
16. Хирургия печени. Альперович Б.И.2010.
17. Диагностический справочник хирурга – Астафуров В.Н. 2003.
18. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия – Константин Франтзайдес. 2000.
19. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии – Моше Шайн.2003г
20. Неотложная абдоминальная хирургия – Майстренко Н.А.2002г
21. Абдоминальная хирургия – Григорян Р.А. В 2-х томах.2006г