

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ**

**Кул ёзма ҳукукида
УДК: 616.127.36-004**

ГАФФОРОВ ХУДОЁР ХУДОЙБЕРДИЕВИЧ

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ЮРАКНИНГ СИСТОЛИК
ВА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ АХАМИЯТИ**

МУТАХАССИСЛИК: 5А 510103-ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР

Магистр академик даражасини олиш учун ёзилган диссертация

Илмий раҳбар: т.ф.д., доцент Тоиров Э.С.

САМАРҚАНД-2015

МУНДАРИЖА

ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ЮРАКНИНГ СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

1.1	Жигар циррози касаллигининг долзарблиги -----	10
1.2	Жигар циррози билан оғриган беморларда юракнинг систолик ва диастолик дисфункциясининг диагностикаси ва аҳамияти-----	17

II. БОБ.Текшириш материаллари ва усуллари

2.1.	Беморларнинг умумий клиник тавсифи-----	21
2.2.	Махсус текшириш усуллари -----	30

III. БОБ. Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишининг клиник ва инструментал белгилари

3.1	Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишининг клиник белгиларининг характеристикаси -----	33
3.2.	Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишининг инструментал белгилари -----	37
3.3.	Юрак зарарланиш белгиларини клиник баҳолаш-----	46

IV. БОБ. Жигар циррозида даво муолажаларини юрак зарарланиши кўрсатгичларига таъсири.-----

		51
--	--	----

Натижалар таҳлили-----	68
Амалий тавсиялар-----	84
Адабиётлар руйхати-----	87

ҚИСҚАРТМАЛАР РҰЙХАТИ:

ЖЦ – жигар циррози

СД – систолик дисфункция

ДД – диастолик дисфункция

ЭхоКГ – эхокардиография

ЭКГ – электрокардиография

ИКДО – охирги диастолик ҳажм индекси

ИКМП – ишемик кардиомиопатия

ИКСО – охирги систолик ҳажм индекси

ИС – қисқариш индекси

ИМ – миокард инфаркти

КДР – охирги диастолик ўлчам

КДО – охирги диастолик ҳажм

КСО – охирги систолик ҳажм

КТИ – кардиоторокал индекс

ЛЖ – чап қоринча

ЛП – чап бўлмача

ММ – миокард массаси

ТМ – миокард қалинлиги

ФК – функционал класс

ЗҲ – зарб ҳажми

КИРИШ

Долзарблиги. Жигар циррози - жигарда кечадиган диффуз яллиғланиш, дистрофик жараёнлар оқибатида паренхимада бириктиривчи тўқиманинг ривожланиши билан кечадиган жараёнدير (Садовникова И.И., 2012; Бабажанов А.Х., 2014). Касалликнинг оғир кечиши жигар циррози асоратларининг қанчалик даражада ривожланишига боғлиқ (Е.Б. Зуева, Р.И. Усманов., 2007; Гизатулина Н.Р., 2011;).

Жигарнинг диффуз касалликлари орасида кўп тарқалганлиги, ногиронлик кўрсаткичларининг юқори эканлиги, даволаш муолажаларининг ҳамма вақт ҳам ижобий самара бермаслиги туфайли хозирги вақтда ҳам гепатологияда жиддий муаммо сифатида қаратилмоқда. Маълумки, жигарнинг вирус ёки вирусга боғлиқ бўлмаган зарарланишлари некроз, апоптоз, бириктиривчи тўқима реакцияси ва портал гипертензия ривожланиши билан кечади (Хазанов Д.И., ва бошқ., 2008; Хашимов Ш.Х., 2010). Жигар циррози жигарнинг диффуз зарарланишларининг охириги босқичи бўлиб, беморлар ҳаётига жиддий хавф солувчи асоратларнинг ривожланиши билан кечади. Портал гипертензия – жигар циррозининг энг оғир асоратларидан бўлиб, энг муҳими бу асоратни жигар циррози этиологик омил билан боғлиқлиги орасидаги муносабатни ҳамма вақт ҳам ўз вақтида аниқлаб бўлмайди.

Охириги йилларда Ўзбекистон Республикаси гастроэнтерология илмий текшириш институтида портал гипертензияни ўрганишга бағишланган бир қатор илмий тадқиқот ишлари олиб борилмоқда (Маткулиев У.И., 2007; Гизатулина Н.Р., 2011; Бабаджанов А.Х., 2014). Олимлар томонидан портал гипертензияни даволашда кўплаб самарали усуллар таклиф этилмоқда. Лекин ушбу усулларни қўллашдаги катта қийинчилик портал гипертезияни этиологик омил билан «вақт ва кетма-кетлик» орқали боғлиқ эканлигини ўз вақтида аниқлаб бўлмаслиги туфайли келиб чиқади деб хулосага келинган. Юқоридаги манбалар ва охириги йилларда олиб борилган изланишлар таҳлили, касалликнинг этиологик омилларига кўра

клиник кечувини ўрганиш, унинг оқибатларини эрта аниқлаш ва керакли даво муолажаларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этишини кўрсатмоқда. Аммо, ушбу муаммони ечишга қаратилган илмий изланишлар ҳозирча етарли бўлмай, касалликни даволаш бир ёклама ва кўпгина даволаш муассасаларида фақат гепатопротекторлар ва диуретиклар тавсия этиш билан чекланиб қолмоқда.

Жигар циррози касаллигида портал гипертензия ва у билан боғлиқ гемодинамик бузилишлар барча органларнинг бузилишларига олиб келади (Осипенко М.Ф., ва бошқ., 2007; Юнусова З.Д., 2010; Таджиев Б.М., 2010; Жанибеков Ж.Ж., 2010; Ҳашимов Ш.Х., 2010). Юрак қон-томир тизими зарарланиши асосан юрак мушагидаги метаболик типдаги бузилишлар билан кечади ва «цирротик кардиопатия» («миокард дистрофияси») сифатида тавсифланади (Бутунжахон гастроэнтерологлар йигилиши, Монреаль-2005). Цирротик кардиопатия морфологик асосини чап қоринча гипертрофияси, миокардда фиброз ривожланиши ташкил этади. Бунинг натижасида миокарднинг қисқарувчанлик, систолик ва диастолик функциясининг пасайиши кўзатилади (Қонышева А.А., ва бошқ., 2012). Юрак зарарланиши ўз навбатида сурункали қон айланиши бузилишларига олиб келади, портал гипертензия даражасини янада оширади, жигар хужайраси етишмовчилигини кучайтиради, гепаторенал синдромнинг асосий сабабларидан бўлиб қолади ва беморларнинг умумий ахволини янада оғирлашувига олиб келади.

Адабиётлар таҳлили, жигар циррози касаллигида юракнинг систолик ва диастолик функцияси бузилишларини ўрганиш, касалликнинг оқибатларини эрта аниқлаш ва керакли даво муолажаларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этишини кўрсатмоқда. Жигар циррози билан касалланган беморларни даволаш ва реабилитациясида юрак фаолиятини тиклаш даволашнинг асосини ташкил этиши лозим. Юрак фаолияти бузилишларини даволаш жигарда кечадиган фаол жараённинг сусайишига,

портал гипертензия ва жигар энцефалопатиясини олдини олишга сабаб бўлиши мумкин.

Ишнинг мақсади:

Жигар циррози билан касалланган беморларда касалликнинг кечиши ва оғирлашувида юрак зарарланишлари, ҳамда систолик ва диастолик дисфункциясининг ахамиятини ўрганиш ва беморларни даволашда самарали дори воситаларини танлаш.

Текширув вазифалари:

1. Жигар циррози касаллигида юрак зарарланишига хос клиник, рентгенологик, ЭКГ, ЭхоКГ ўзгаришларини беморлар ёши, касаллик давомийлиги ва касалликнинг босқичларига боғлиқ равишда ўрганиш.

2. Юракнинг систолик ва диастолик дисфункциясини, юрак зарб хажмининг камайишларини жигар циррози касаллигининг портал гипертензия, цирротик кардиомиопатия, сурункали юрак етишмовчилиги каби асоратларига боғлиқлик даражасини аниқлаш.

3. Жигар циррози касаллигида утказиладиган традицион ва комплекс даво муолажаларини беморлар умумий ахволи, касалликнинг клиник, лаборатор ва инструментал белгиларига таъсирини аниқлаш ва касалликни оғир асоратларини стационар даволашда самарали дори воситаларини танлаш.

Илмий янгилиги. Текширувларимиз асосида жигар циррози касаллигида беморлар ёши, касаллик давомийлиги, асоратлари ва босқичлари ривожланганлиги билан пропорционал равишда ўзаро боғлиқ бўлган юрак зарарланишларига хос куйидаги диагностик мезонлар аниқланди:

-бемор шикоятларига хос: юрак соҳасида оғриқ (ўртача интенсивликда, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи, жисмоний зўриқишга боғлиқ эмас, нитроглицерин қабул қилинганда бартараф этилмайдиган, ЭКГ текширувида ишемия белгиларисиз), юрак ритмининг бузилиши

(юрakнинг тез уриши, юрак уришининг сустлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси) ва оёқларда шиш бўлиши;

-юрakнинг объектив, ЭКГ ва рентген текширувлари маълумотларига кўра: рангпарлик, цианоз, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги, пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, гипотония, экстрасистолия, титроқ аритмия, Q-T интервалини ўзайиши;

-ЭхоКГ текширувида чап қоринчанинг систолик ва диастолилик дисфункциясига хос: чап қоринчанинг охириги систолик, охириги диастолик ўлчами, охириги систолик ҳажм ва охириги диастолик ҳажм (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши ва юракнинг зарб ҳажмини (ўртача $52,3 \pm 5,4\%$) соғлом одамларга нисбатан статистик яққол пасайиши.

- ЭхоКГ ўзгаришларини жигар циррози касаллигининг портал гипертензия, цирротик кардиомиопатия, сурункали юрак етишмовчилиги каби асоратларига боғлиқлиги;

Жигар циррози касаллигида стандартлар асосида ўтказилган традицион даво муолажалари 69,8% - яхши, 24,5% - қоникарли, 5,7% - қоникарсиз натижа беради. Цирротик миокардиодистрофия ва юрак етишмовчилиги аниқланган беморларни даволаш муолажаларига юрак фаолиятини яхшиловчи калий препаратлари, бетта-адреноблокаторлар (бисопролол), АПФ-ингибиторлари (эналаприл), юрак гликозидлари (строфантин) кўшилганида 64,7% беморларда клиник, лаборатор ва инструментал белгиларнинг яхшилануви (аъло ва яхши натижа), 17,8% беморларда ушбу белгиларнинг камайиши (қоникарли натижа) кўзатилади. Жигар циррози касаллигида стационар даво 10,2% беморда қоникарсиз (5,7% - асоратлар ривожланмаганида, 15,5% -асоратлар ривожланганида) натижа беради. Портал гипертензия, асцит, жигар энцефалопатияси, оғир

даражадаги камқонлик, ва гепаторенал синдром каби асоратлар даволаш муолажаларини самарадорлигини янада пасайтиради.

Амалий аҳамияти. Жигар циррози касаллигида беморларда кардиал шикоятлар характери, юрак қон-томир тизими объектив текширувида юрак зарарланишига хос симптоматика, инструментал текширув усуллари ЭКГ, рентгенологик текширув, ЭхоКГ текширувларини киритиш юракнинг систолик ва диастолик дисфункциясини касалликнинг асоратларини эрта босқичларида аниқлашга имкон беради. Касалликда асосий даво усуллари (гепатопротекторлар) билан биргаликда юрак функционал ҳолатини яхшилаш ва юрак зарарланишини олдини олиш мақсадида юрак мушаги метаболизмини яхшиловчи препаратларни (калий, в-адреноблокаторлар, АПФ-ингибиторлари, юрак гликозидлари ва б.) қўллаш юрак функционал ҳолати бузилишларини даволашда самарали ҳисобланади.

Ишнинг ҳимояга олиб чиқарилувчи асосий ҳолатлари:

1. Жигар циррози касаллигида мақсадли равишда олиб борилган текширувларда 48,9 % бемор юрак соҳасидаги оғриққа, 46,9 % - юрак ритми бузилишларига хос, 45,9 % - оёқларида шиш бўлишига шикоят қилади, объектив, ЭКГ ва рентген текширувлари 53,8-71,4% беморларда - рангпарлик, цианоз, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги, пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, гипотония ва Q-T интервалини ўзайиши каби белгиларни аниқлаш имконини беради.

2 М-режимдаги ЭхоКГ текширувида 88,8 % беморда чап қоринчанинг охирги систолик (115%), охирги диастолик ўлчами (117%), охирги систолик ҳажм (143%) ва охирги диастолик ҳажм (128%) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши, 42,9% беморларда - юракнинг зарб ҳажмининг енгил даражада (59-50%), 28,6% беморда - яққол юрак етишмовчилиги даражасида (49-40%) ва 17,3% беморда - оғир юрак етишмовчилиги даражасида (40%) пасайиши аниқланади.

3. Юрак зарарланишларига хос объектив, рентген, ЭКГ ва ЭхоКГ белгилари- жигар циррози билан касалланган беморлар ёши, касаллик давомийлиги, асоратлари, оғирлик даражасига пропорционал равишда ривожланади.

4. Юракка хос асоратлар цирротик миокардиодистрофия ва юрак етишмовчилиги аниқланган беморларнинг даволаш муолажаларига юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар (калий препаратлари, бетта-адреноблокаторлар, АПФ-ингибиторлари, юрак гликозидлари) кўшилганида, 64,7% беморларда клиник, лаборатор ва инструментал белгиларнинг яхшилануви, 17,8% беморларда - ушбу белгиларнинг камайиши (қоникарли натижа) кўзатилади, 15,6% беморларда - даво муолажалари натижаси қоникарсиз бўлади. Сурункали юрак етишмовчилиги, жигар энцефалопатияси, портал гипертензия, гепаторенал синдром, кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши ва жигарнинг чуқур комаси каби асоратларда даволаш самараси кескин камаяди.

Ишнинг апробацияси. Ишнинг асосий материаллари «Магистратура туғрисидаги Низом» асосида 1-Ички касалликлар ва фтизиатрия кафедрасида, терапия тармоқ услубий кенгаш йиғилишларида, институт Марказий илмий-услубий кенгаши йиғилишларида, институтда ҳар йили ташкил этиладиган «Тиббиётнинг долзарб муаммолари» мавзусидаги илмий-амалий қонференцияда муҳокама қилинган.

Публикация. Ушбу тадқиқот материалларига асосан 5 тезис ва 2 мақола чоп этилган.

Диссертация ҳажми ва тўзилиши. Диссертация 95 бетдан иборат бўлиб, кириш, адабиётлар шарҳи, текширув материали ва усуллари, тадқиқот натижалари бўлими, хулоса, амалий тавсиялар, фойдаланилган адабиётлар рўйхати қисмлардан иборат. Ишда 8 диаграмма, 15 та жадвал келтирилган, фойдаланилган адабиётлар рўйхатида 81 манба мавжуд.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ЮРАКНИНГ СИСТОЛИК ВА ДИАСТОЛИК ДИСФУНКЦИЯСИНING ХУСУСИЯТЛАРИ

1.1. Жигар циррози касаллигининг долзарблиги

Жигар циррози касаллиги гепатоцитлар некрози натижасида жигар структурасида бириктирувчи тўқима ривожланиб, склеротик бўлакчалар пайдо бўлиши билан кечадиган патологик жараёндир. Касалликда жигар хужайралари бириктирувчи тўқима билан алмашинади ва унинг кечиши ва оқибати - жигар паренхимасининг функционал бузилиши даражаси, портал гипертензия ва жигар касаллиги фаоллигига боғлиқ (Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., 2001; Касьянова Т.Р., 2015; Ильченко Л.Ю., Голованова Е.В., Царегородцева Т.М., 2005; Александрова Р.А. Аллазов В.А., 2006).

Аҳолисининг турмуш тарзи яхши ҳисобланган ва иктисоди ривожланган мамлакатларда жигар циррози 35-60 ёшдаги аҳолининг улим ҳолатининг энг кўп тарқалган 6 сабабидан бири ҳисобланади ва 100000 аҳоли га 14-30 атрофида бўлади. МХД мамлакатларида жигар циррози 1% аҳолида аниқланади (Броновец И.Н., Гончарик И.И., Демидчик Е.П., Сакович М.Н., 1997; Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., 2001; Хашимов Ш.Х., 2010; Zambruni A., Trevisani F., Giilbero V., 2007).

Жигар циррози касаллиги беморлар хаёт давомийлиги жиддий хавф солади. 60% беморлар алкоғолли цирроз, 30% беморлар – вирусли цирроз ташхиси қуйилганидан кейин ўртача 5 йил давомида хаёт кечирадилар. Бирламчи билиар цирроз касаллигида беморлар хаёти давомийлиги 5–15 йил атрофида бўлади. Компенсацияланган жигар циррозида фақат 50% бемор 7 йилдан ортиқ умр кечирадилар. Асцит ривожланганида беморларнинг фақат $\frac{1}{4}$ қисмигина 3 йилдан ортиқ яшайдилар. Энцефалопатия ривожланиши янада ёмон кўрсаткич бўлиб, аксарият беморлар ушбу асорат ривожлангандан кейин бир йил давомида вафот этадилар. Аксарият беморларда – жигар комаси (40–60%), ошқозон ичак-тракти юқори қисмларидан қон кетиш (20–40%), бошқа сабаблар – жигар

раки, интеркуррент инфекцияни қўшилиши, гепаторенал синдром улимга сабаб бўлади (Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Мушкин О.Н., 2001; Журавлева И.Г., 2005; Малиновская Ю.О., Остроумов Е.Н., Котина Е.Д., Мойсюк Я.Г., 2014)

Статистик текширувлар олиб борган тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, hozirgi вақтда ҳам жигар циррози касаллигининг тарқалиш частотаси хақида маълумотлар тулиқ эмас ва турли хил карама-қаршилиқларга эга. Бу турли мамлакатларда касалликка нисбатан турли хил қарашларнинг мавжудлигидадир. Касалликларнинг 10-халқаро таснифига кўра, жигар циррозининг алкохол этиологияли жигар циррози (K70.3), жигарнинг токсик зарарланиши фиброз ва цирроз ривожланиши билан (K71.7), бирламчи билиар цирроз (K74.3), иккиламчи билиар цирроз (K74.4), номаълум этиологияли билиар цирроз (K74.5), бошқа ва номаълум этиологияли жигар циррози (K74.6) каби турлари келтирилган. Турли хил мамлакатларда ижтимоий-иктисодий ва табиий омилларнинг бир хил бўлмаганлиги сабабли касалликнинг шакллари тарқалиш частотаси ушбу мамлакатларда турлича бўлиб қолмоқда.

Европа мамлакатларида алкохол этиологияли жигар циррози, фиброз ва цирроз ривожланиши билан жигарнинг токсик зарарланиши, бирламчи ва иккиламчи билиар цирроз касаллиги кўп тарқалган бўлса, иктисодиёти кам ривожланган мамлакатларда вирус этиологияли жигар циррози ёки номаълум этиологияли жигар циррози кўп тарқалган (Голованова Е.В. Илченко Л.Ю., 2003).

Касалликнинг оилавий тарқалишини таҳлил этганда, аёллар эркакларга нисбатан кўпроқ наслий мойилликка эга, коэффиценти 75% ташкил этади (Ильченко Л.Ю., Голованова Е.В., Царегородцева Т.М., 2005). Жигар циррози асосан 40 ёшдан ошганларда кўпроқ намоён бўлади. Аниқ статистик маълумотларга биноан ўртача эркакларда—45 ёшдан ошганда, аёлларда—55 га яқин ёшда. Одатда касаллик секин ривожланади. Ноқулай шароитда жигар циррози тез, 0,5–1,5 йил ичида авж олади. 30%

беморларда касаллик латент кечиб, яққол клиник кўриниши 15 йил ва ундан ортиқни ташкил этади (Малиновская Ю.О., Остроумов Е.Н., Котина Е.Д., Мойсюк Я.Г., 2014).

Сурункали алкоголизм (20-95%) ва вирусли гепатит (10—40%) цирроз сабаблари ичида муҳим урин тутади. Охирги йилларда гепатит С касаллигининг 40% (баъзан 80% холларда) жигар циррозига олиб келиши, гепатит В касаллигида эса 0,5—1% холатларда жигар жиррози ривожланиши исботланган. Шу билан биргаликда, бошқа инфекциялардан сифилс ва туберкулёз инфекциясида цирроз ривожланиши тўлиқ инкор этилган. Ишлаб чиқариш захарли моддаларининг, дори препаратлари (метотрексат, изониазид), микотоксинлар таъсирида ҳамда, оғир юрак етишмовчилиги ва жигарда веноз димланиш ҳам жигар циррозини келтириб чиқаради (Шевченко Ю.Л., Обуховский Б.И. Яковенко А.В., 2007; С.Н Маммаев, А.М Қаримов, Т. Э. Ильясова А.Ш. Хасаев.,2010; Lee R.F., Glenn T.K., Lee S.S., 2007)

Касалликнинг этиологик омиллари хилма-хил бўлиб, етакчи уринда алкогольли гепатит туради. Лекин, Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Пустотина З.М., Морозова Е.И., (2010) фикрича спиртли ичимликларни сурункали ичувчиларда цирроз ривожланиш эҳтимолини олдиндан айтиш мумкин эмас. Чунки, аёллар эркакларга нисбатан касаллик ривожланишига кўпроқ мойил ва бемор алкоголь ичимликларини истеъмол қилишни тўхтатса алкогольли гепатитни даволаш мумкин.

Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В., (2012), Moller S ., Henriksen J.H., (2010) текширувларига кўра, алкогольли циррозда бемор уни истеъмол қилишни тўхтатса касаллик прогнози яхшиланади. Бемор алкоголь истеъмол қилишини тўхтатгандан кейин, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, сариқлик, асцит кўзатилмаган бўлса, цирроз касаллик оқибатига таъсир қилмайди. Юқори каллорияли ва оқсилга бой бўлган парҳезни сақлаш керак.

Жигарнинг сурункали иммун касалликлари, сурункали аутоиммун гепатит, склерозланувчи холангит касалликларининг ҳам жигар циррози касаллигининг келиб чиқишидаги роли тасдиқланган. Айниқса, сурункали вирусли гепатит, вирусли гепатит В ва вирусли гепатит С жигар циррози ривожланишида муҳим роль уйнайди. Моддалар алмашинуви касалликлари – гемохроматоз, α_1 - антитрипсин етишмовчилиги ва Вильсон-Коновалов касаллигининг ҳам жигар циррози ривожланишдаги роли тасдиқланган (Голованина Е.В., Ильченко Л.Ю., Царегородцева Т.М., 2004; Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В., 2012; Куликов В. Е., 2008; O'Connor C.M., 2007).

Жигар циррози ичида бирламчи билиар цирроз кенг тарқалган бўлиб, бу касаллик жигарнинг идиопатик холестатик касаллиги ҳисобланади ва катта ёшдаги кишиларда учрайди. Касаллик билан асосан ўрта ёшдаги аёллар касалланиб жигар ацинуслари, бўлакчалари, улар ўртасидаги деворлар ва ут йулларининг деструкцияси билан характерланади. Бирламчи билиар цирроз касаллиги прогрессияланувчи кечувга эга ва аксарият холларда жигар етишмовчилигига олиб келади (Қонышева А. А., Сагинова Е. А., Моисеев С. В., 2012; М.Ф. Осипенко, Е.А. Бикбўлатова., 2003; Moller S., Henriksen J.H., 2010; Nagueh S.F. et al., 2011).

Охирги йилларда дори моддаларининг таъсири ҳам жигар циррози касаллигининг аҳоли орасида кўпайишига сабаб бўлмоқда. Гепатологлар томонидан 600 хилдан ортиқ гепататоксик таъсирга эга дори кайд этилган. Шифохонага ётқизилган 2-5 % сариклик синдроми ривожланган беморлар, 10-20% - тез ривожланган жигар етишмовчилиги аниқланган беморлар касаллиги дори моддалар таъсирда келиб чиққанлиги аниқланган (Абдурахмонов Д., Ибрагимова М., Ильянкова А. Возможности., 2004; Александрова Р.А. Аллазов В.А., 2006; Lee R.F., Glenn T.K., Lee S.S., 2007).

Дори моддалари таъсирида асосан 3 типдаги – гепатоцеллюляр, холестатик ва аралаш типдаги жигар зарарланишлари ривожланади. Дори

препаратларининг қабул қилиш давомийлиги ва жигар зарарланиш белгилари келиб чиқиши билан боғлиқлиги хақида аниқ маълумотлар келтиришни ҳамма вақт ҳам иложи бўлмасда, гепатит ёки холестаз биринчи марта дори қабул қилгандан кейин аксарият беморларда 5-90 кун давомида ривожланиши аниқланган (Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Дубров К.Ю.,2009; Oprea- Lager D.E. et al., 2010; Rav al Z. et al., 2011). Морозова Е.И., Филев А.П.,Говорин А.В.,Радаева Е.В., Чистякова М.В., (2012), Куликов В. Е.,(2008), O’Connor С.М., (2007) маълумотларига кўра, гепатоцеллюляр типдаги жигар зарарланишлари дори моддаларини қабул қилиш тухтатилганидан кейин 2 хафта давомида яхшиланади, лекин холестит ёки аралаш типдаги жигар зарарланишларида ижобий динамик ўзгаришлар 4 хафта давомида ҳам сақланиши мумкин. Биохимик ўзгаришларнинг кўпроқ вақт сақланиб туриши беморларда йулдош касалликлар ёки жигарнинг бошқа этиологияли (вирус ёки аутоиммун гепатит, бирламчи билиар цирроз, бирламчи склерозирловчи холангит) зарарланишлари оқибатида бўлиши мумкин.

Дори моддалари жигар хужайраларига бевосита, билвосита таъсир билан бир вақтда иммун таъсир ҳам кўрсатади. Фосфор, углеродни хлорли бирикмаси, парацетамол, хлороформ жигар оқсиллари билан макромолекулалар хосил қилиб жигарга бевосита таъсир кўрсатади: хужайралар мембранасини парчалайди ва ферментлар фаоллигини камайтиради. Фенитоин, изониазид, текренофин, галотан, вальпроат натрий иммун реакцияларни кучайтириб, жигар шикастланиши билан бир вақтда тошмалар чақиради, иситма ва эозинофилия кўзатилади (Гарбўзенко Д. В.,2006; Денисов А. А., 2007; Zambruni A., Trevisani F., Giilbero V. et al., 2007).

Мансуров Х.Х., Аминджанов С.А.,(1999), Раевнева Т.Г., Артишевская Н.И., Савченко А.А.,(2005) фикрича беморлар ёши, жинси, дори моддаларни юбориш йуллари, дори моддаларининг ўзаро таъсири препаратларнинг гепататоксик хусусиятига ўзгартирувчи таъсир

кўрсатади. Ёш кишилар аспирин ва ностероид яллиғланишга қарши препаратларга таъсирчан бўлса, қари кишилар парацетамол ва изониазидга нисбатан сезгир бўлишади. Эркакларга нисбатан аёллар жигари дори моддалар таъсирига сезгир бўлиб, уларнинг жигарлари вазнини кичиклиги, тана массасининг камлиги, организмда оқсил миқдорининг камлиги сезувчанликни оширувчи омиллардан ҳисобланади. Антибиотикларни парэнтерал юборишдан кўра, ичиш кўпроқ гепатотоксик таъсир кўрсатади. Изониазид - рифампицинни, алкоголь - парацетамол ва изониазидни, ностероид яллиғланишга қарши препаратлар - антибиотикларни гепатотоксик таъсирини потенциаллайди (кучайтиради).

Алькогол ва парацетамол энг кўп жигар шикастланишини чақирувчи дори моддалар ҳисобланади (Морозова Е.И., Говорин А.В., Радаева Е.В., Давыдкина Е.Н., 2009; Куликов В. Е., 2008; Маев И.В. Самсонов А.А., 2003; Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В., Морозова Е.И., Муха Н.В., Перевалова Е.Б., 2011) Парацетамол катта дозаларда – 7,5 грамм суткада, жигарнинг детоксикацион функциясини ишдан чиқаради. 70 кг вазндаги киши 10 грамм парацетамол қабул қилганда улим кўзатилади. Алькогол истемол қилувчи кишиларда парацетамолдан захарланиш кўпроқ ва тезроқ кўзатилади. Парацетамолдан захарланганда N- ацетилцистеин антидот ҳисобланади.

Жигар циррози клиникасида жигар хужайраси етишмовчилиги белгилари, портал гипертензия, холестаза ва ички органлар зарарланиши ҳал қилувчи белгилари ҳисобланади. Бу белгиларнинг ифодаланиши жигар циррозининг морфологик турига боғлиқ (Морозова Е.И., Говорин А.В., Радаева Е.В., Давыдкина Е.Н., 2011; Лобзин В.Ю., Жданов К.В., Гусев Д.А., Яременко М.В.,2005). Броневец И.Н., Гончарик И.И., Демидчик Е.П., Сакович М.Н.,(2000), Zambruni A., Trevisani F., Giilbero V. et al., (2007) фикрича жигар циррози турли регионларда турлича этиологик омилларга боғлиқ бўлишига қарамадан, юқоридаги клиник белгилар бир хил кечади.

Жигар циррози билан касалланган беморлар кам овқат истеъмол қиладилар, уларда мушак массасининг камайиши, ёғлар микдорининг депода озайиши, оксил синтезининг сусайиши, мушаклар атрофияси характерли бўлади (Голованина Е.В., Ильченко Л.Ю., Царегородцева Т.М., 2004; Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В., 2012; Куликов В. Е., 2008; O'Connor С.М., 2007).

Касаллик кучайган сари, тинч ҳолатда ҳам организмнинг энергия йўқотиши кучайиб боради.

Портал гипертензия жигар циррозининг асосий синдромларидан бўлиб, асцит ривожланиши ва варикоз кенгайган веналардан қон кетишида ҳал қилувчи роль уйнайди. Ушбу асоратларда даволаш-профилактик чоратадбирлар ишлаб чиқарилган бўлсада, жигар циррозидаги гемодинамик бузилишлар барча органлардаги функционал етишмовчиликни келтириб чиқаради ва беморлар улимига сабаб бўлади. Ушбу асоратлар патогенизини билиш ва ўз вақтида керакли чоралар куриш учун бу асоратларни келиб чиқиш вақтини ва бу асоратларни жигар циррози этиологик сабаблари билан боғлиқ даражасини билиш лозим (Сакович М.Н., 2007; С.Д. Подимова, 2010; Lee R.F., Glenn T.K., Lee S.S., 2007). Диффуз фиброз, регенерация тугунлари, маҳаллий таъсир этувчи вазоактив моддалар метаболизмининг бузилиши, азот оксиди, эндотелен-1 моддалар дисметаболизми портал томирлар зуриқишига ва портал гипертензияга сабаб бўлади. Физиологик портаковал анастамозларнинг бўлишига карамасдан, жигар ичидаги қон оқшининг гипердинамик ҳолати натижасида юзага келувчи юрак зарбининг ошуви, периферик томирлар қаршилигини кучаюви портал босимни янада ошувига олиб келади (Радченко В.Г., 2011; Барац С.С., Закроева А.Г., 2001; Буравихина Т.А., Ковалевская О.А., Иванов А.С., Кожевников В.А., Тараян М.В., 2008).

Жигар циррози натижасида: юрак томонидан - цирротик кардиомиопатия, упка томонидан – портопульмонал гипертензия ва гепатопульмонал синдром, буйракларда – гепаторенал синдром, ошқозон

ичак трактида – шиллик қават морфологик тўзилиши ўзгаришлари ва уни дори воситалари, алкоголь, ут кислоталари ва бошқалар таъсирига мойиллигини ошуви натижасида қон кетиш каби асорат ривожланишига, бош мияда – қон келишини камайишига олиб келади (Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Колчина О.С., Крайнова Т.В., 2012; Zambruni A., Trevisani F., Giilbero V. et al., 2007; Oprea- Lager D.E. et al., 2011).

1.2 Жигар циррози билан оғриган беморларда юракнинг систолик ва диастолик дисфункциясининг диагностикаси ва аҳамияти

Адабиётларда жигар циррози касаллигида юракнинг зарарланиши ҳақида 50 йил олдин ёзиб утилган. Сунги йилларда «цирротик кардиомиопатия» термини фанга кириб келди (Бутунжахон гастроэнтерологлар йигилиши Монреаль-2005).. Цирротик кардиомиопатия морфологик асосини чап қоринча гипертрофияси, миокардда фиброз ривожланиши ташкил этади. Жигар циррозида в-адренорецепторлар ва ион каналлар функцияси бузилиши, NO кўп ажралиши, миокардда фиброз тўқима ривожланиши ва гипертрофияси юзага келади. Бунинг натижасида миокарднинг қисқарувчанлик, систолик ва диастолик функциясининг пасайиши кўзатилади Цирротик кардиомиопатияни патогенизи охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Замонавий тиббиётда жигар касалликлари долзарблигича қолмоқда. (А.А.Қонышева, С.В.Моисеев, Е.А.Сагинова, Т.Н.Краснова, Д.Т.Абдурахманов., 2012).

Сунги вақтларда дунё бўйича турли этиологияли жигар циррози билан трансплантация қиланадиган беморлар сони ошиб бормоқда. Трансплантация қилинган беморларда асосий касалликни клиникаси билан юрак-қон томир тизимидаги асоратлар ҳам яхши тамонга ўзгарган. (О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова, К.Ю. Дубров., 2009). Жигар циррозида беморларда юрак қон-томир тизими тамонидан дастлабки ўзгариш ЭКГ да Q-T интервалининг ўзайиши 50 йил олдин аниқланган (Шляхто Е.В., 2005, Говорин А.В., 2010). Сунги йилларда эса қон босими пасайиши, қон

томирлар кенгайиши, қон-томир девори қаршилиги пасайиши, юрак қисқариш сони ошиши аниқланган (Молчанов С.Н., 1995). Эхокардиографияда юрак камералари бўшлиғи кенгайиши ва миокард девори қалинлашиши аниқланган (Осипенко М.Ф., 2007, Гарбўзенко Д.В., 2007). 2005 йилда бутун жаҳон гастроэнтерологлар съездида кардиомиопатия термини фанга киритилиб, диагностик мезонлари ишлаб чиқилди. Бунда физик зуриқишда юрак қисқарувчанлик функцияси пасайиши ёки унинг диастолик тикланиш ва электрофизиологик бузилиши ҳақида маълумот берилди.

Цирротик кардиомиопатиянинг диагностик мезонлари

Асосий диагностик мезонлари

Систолик дисфункция

✓ юрак зарб ҳажмининг физик зуриқишда ёки фармакологик синамаларда етишмовчилиги (масалан: допаминли синамада)

✓ чап қоринча зарб ҳажмининг тинч ҳолатда 55% кам бўлиши

Диастолик дисфункция

✓ $E/A < 1,0$

✓ Эрта диастолик тулишиш вақтининг ўзайиши (>200 мс)

✓ Изоволимик тулишиш вақтини ўзайиши (>80 мс).

Қўшимча диагностик мезонлар.

✓ электрофизиологик бузилиш

✓ физик ва фармакологик зуриқишга жавобан ноадекват хронотроп жавоб

✓ қоринчалар электромеханик синхронлигининг бузилиши.

✓ Q-T интервалининг узайиши.

✓ чап бўлмача кенгайиши

✓ юрак массасининг ошиши

✓ натрий уретик пептеднинг миқдори ошиши

✓ тропонин-1 миқдори ошиши

Жигар циррози билан оғриган беморларда чап қоринча систолик функциясининг бузилиши. Жигар циррози билан оғриган беморларда тинч ҳолатда юрак зарб кучи (сердечный выброс) ошган ёки нормада бўлади (Прибылов С.А., 2000, Осипенко М.Ф., 2007, Қонышева А.А., 2012). Бироқ физик зуриқишда чап қоринча зарб ҳажми (фракция выброс) соғлом кишиларга нисбатан кам даражада ошади. Бошқа адабиётда ёзишича алкоголь ва бошқа этиологияли жигар циррозида физик зуриқишда юрак зарб ҳажми (сердечный выброс) 97% гача, соғлом кишиларда эса 300% гача кутарилганлиги аниқланган (Осипенко М.Ф., 2007, Гарбўзенко Д.В., 2007, Маммаев С.Н., 2010). Текширишларда шу билан бир қаторда физик зуриқишда чап қоринча охирги диастолик босими ошиши ва зарб ҳажми, отиш фракциясини эса камайиши кўзатишган (Сакович М.Н., 2007; С.Д.Подимова, 2010).

Яққол ифодаланган чап қоринча қисқарувчанлик функциясини пасайиши асцит бор беморларда кўзатишган, бу эса систолик дисфункция даражаси ва жигардаги жараён оғирлигига боғлиқ (Маммаев С.Н., 2010). Таранглашган асцит, варикоз кенгайган кизилунгач веналари ва трансвенноз жигар ичи портал тизими юрак қон-томир тизими зарарланишини кучайтирувчи қўшимча омил ҳисобланади (Осипенко М.Ф., 2007, Гарбўзенко Д.В., 2007). Бир қанча илмий изланишларда трансвенноз жигар ичи портал тизими шунтлашда 3-6 ойдан сунг чап қоринча зуриқиш белгилари кучайганлиги такидланган (Moller S., Henriksen J.H., 2010). Жигар трансплантациясидан сунг чап қоринча систолик ва диастолик функцияси яхши тамонга ўзгарган (Myers R.P., Lee S.S 2009).

Жигар циррози билан оғриган беморларда чап қоринча диастолик дисфункцияси. Жигар циррози билан оғриган беморларда юрак қон-томир тизими зарарланишининг асосий механизмларидан бири миокард диастолик дисфункцияси ҳисобланади. 1958 йилда жигар циррози билан оғриган бемор аутопсиясида миокард деворлари қалинлашиб кетганлиги аниқланган; бемор артериал гипертония, юрак ишемик

касаллиги ва юрак пароклари билан оғримаган. Микроскопик текширувда эса кардиомиоцитлар гипертрофияси, пегментлар ўзгариши, хужайра ядроси вакуолазацияси ва миокарда шиш, фиброз тўқима ривожланганлиги аниқланган (Ивашкин В.Т., 2008, Шифф Ю.Р., 2010, Радченко В.Г., 2011; Барац С.С., Закроева А.Г., 2001; Буравихина Т.А., Ковалевская О.А., Иванов А.С., Кожевников В.А., Тараян М.В., 2008). Жигар циррози билан оғриган беморларда диастолик дисфункциянинг белгиси сифатида Е/А коэффенти пасаяди, шунга мос равишда асцити бор беморлар парацентиз килинганда коэффент кўрсаткичи ошади (Воробьев Л.П., Маев И.В., Андреев Н.Г., 2010). Бундан ташқари жигар циррозида бўлмача натрийуретик пептид канцентрацияси кўпаяди. Натрийуретик пептит бўлмачалар кардиомиоцитларида ишлаб чиқарилади (А.А.Қонышева, С.В.Моисеев, Е.А.Сагинова, Т.Н.Краснова, Д.Т.Абдурахманов., 2012).

Жигар циррозида юракнинг систолик ва диастолик дисфукцияси цирротик кардиомиопатия («миокард дистрофияси») сифатида тавсифланади. Цирротик кардиомиопатия морфологик асосини чап қоринча гипертрофияси (ЭКГ ва ЭхоКГ асосида), миокардда фиброз ривожланиши (ЭхоКГ асосида) ташкил этади. Юрак зарарланиши ўз навбатида сурункали қон айланиши бузилишларига олиб келади, портал гипертензия даражасини янада оширади, жигар хужайраси етишмовчилигини кучайтиради, гепаторенал синдромнинг асосий сабабларидан бўлиб қолади ва беморларнинг умумий ахволини янада оғирлашувига олиб келади (Камолов Н.М ва б., 2008).

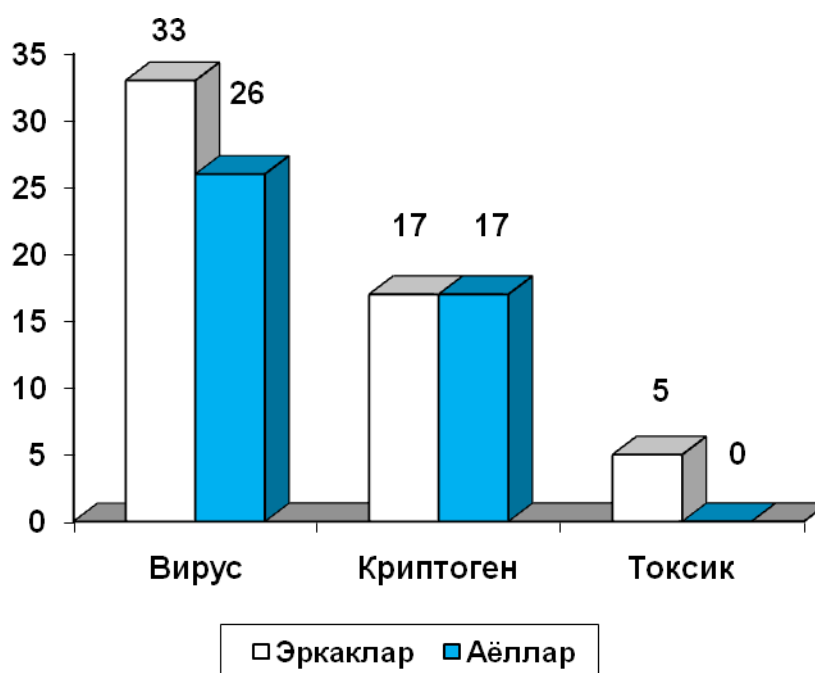
II БОБ. ТЕКШИРИШ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА УСУЛЛАРИ

2.1. Беморларнинг умумий клиник тавсифи

Текширувларимиз Самарканд давлат тиббиёт институти клиникасининг терапия бўлимида олиб борилди. Бизнинг клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотларимиздан жигар циррози касаллиги билан касалланган 98 бемор ўтказилди.

Олиб борган клиник, лаборатор ва инструментал текширув маълумотларига кўра, 59 беморга (60,2%) вирус этиологияли жигар циррози, 34 беморга (34,7%) – криптоген жигар циррози ва 5 беморга (5,1%) - токсик этиологияли жигар циррози ташхиси куйилди.

Адабиётлар таҳлилига кўра, жигар циррози касаллиги эркаклар орасида кўп учрайди. Бизнинг текширувларимизда ҳам эркаклар кўп бўлиб, улар 55 кишидан (56,1%), аёллар эса 43 кишидан (43,9%) иборат эдилар. Жигар циррози шаклининг беморлар жинсига кўра тарқалиши диаграммада келтирилган:



Диаргамма 1. Жигар циррози касаллигининг беморлар жинсига кўра тарқалиши

Диаграмма маълумотларига кўра, вирус ва токсик этиологияли жигар циррози эркеклар орасида кўп учраган, криптоген жигар циррози эса иккала жинс орасида бир хил нисбатда тарқалишга эга бўлган.

Жигар циррози касаллигининг беморлар ёшига кўра учраши жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 1. Жигар циррози касаллигининг беморлар ёши ва жинсига кўра тарқалиши

Беморлар Ёши	Беморлар сони	Этиологиясига кўра			Жинсга кўра	
		Криптоген	Токсик	Вирус	Аёллар	Эркеклар
14-20	9 (9,1%)	3	-	6	3	6
21-30	12 (12,2%)	1	-	11	2	10
31-40	13 (13,2%)	2	1	10	8	5
41-50	24 (24,4%)	9	-	15	12	12
51-60	24 (24,4%)	8	2	14	11	13
60 дан зиёд	16 (16,3%)	11	2	3	7	9
Жами	98 (100,0%)	34 (34,7%)	5 (5,1%)	59 (60,2%)	43 (43,9%)	55 (56,1%)

Жадвал маълумотларига кўра, вирус этиологияли жигар циррози 20-50 ёшдаги беморлар орасида кўп аниқланган. Криптоген жигар циррози эса асосан 40 ёшдан кейин кўпроқ аниқланган бўлса, токсик этиологияли жигар циррози эса аксарият беморларда 50 ёшдан кейин аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши вирус этиологияли жигар циррози $40,5 \pm 1,9$ йилга, криптоген жигар циррозида – $52,3 \pm 2,7$ йилга, токсик этиологияли жигар циррозида эса – $56,6 \pm 7,5$ йилга тенг бўлди.

Жинсга кўра, аёллар орасида ҳам, эркеклар орасида ҳам касаллик энг кўп 41-60 ёшда кўп учради.

Жигар циррози касаллигининг ривожланишида ички ва ташқи омилларнинг салбий таъсири муҳим роль уйнайди. Беморларнинг турмуш тарзи, уларнинг яшаётган муҳитга мослашиш характери, жисмоний,

эмоционал ва рухий зуриқишлари даражаси, беморлар интеллектуал характери, овқатланиш тартиби, зарарли одатлари, касбий сабаблар ушбу омилларга киради. Ушбу омилларга кўра профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқиш касалликнинг тарқалишини, ривожланишини ва асоратларини олдини олишга хизмат қилади.

Беморларнинг яшаш жойларига, яъни уларнинг шаҳар ёки қишлоқ шароитида истиқомат қилишларига кўра таҳлил этиш касалликнинг келиб чиқишида роль уйновчи салбий омилларни аниқлашга имкон беради. Беморлар яшаш шароитлари таҳлил этилганда, 14 беморнинг (5,3%) шаҳар аҳолиси эканлиги, 32 беморнинг (32,7%) туман марказида шаҳар ва қишлоқ шароитига яқин уй шароитида истиқомат қилишлари, 52 беморнинг (53,0%) эса қишлоқ аҳолиси эканлиги аниқланди.

Беморлар яшаш шароитидаги коммунал қулайликларининг таҳлили, уларнинг кўпчилигини яшаш шароитлари қишлоқда ёки қишлоқ шароитига яқин бўлиб, уйлардаги санитар тугунларини канализация тизимига уланмаганлигини, алоҳида ванна, душ ёки ювиниш хоналари бўлмаганлигини аниқлашга имкон беради. Аксарият беморлар уйларида алоҳида ошхоналари бўлмай, овқатни ташқарида, учокда ёки ошхонага мослаштирилган хоналарда тайёрлашларини таъкидлайдилар. 98 бемордан 26 нафари (26,5%) ўз уйларидаги яшаш шароитларидан қониқишларини, 19 нафари (19,38%) - қисман қониқишларини ва 53 нафар (54,1%) бемор - ўз яшаш шароитларини яхшиланишини хошлашларини таъкидлайди.

Кўзатувимиздаги беморларни касбларига кўра таҳлил этганимизда, 24 беморнинг нафакада эканлиги (24,48%), 27 беморнинг фақат уй рўзгор ишлари билан шугулланиши (27,6%), 6 беморнинг биринчи (6,1%), 31 беморнинг иккинчи (31,6%) гуруҳ ногирони эканлиги, 14 беморнинг аклий меҳнат кишиси (14,28%) эканлиги аниқланди. Ушбу келтирилган маълумотлар жигар циррози касаллиги ҳеч қандай касб билан шугулланмайдиган кишилар орасида кўп учрашини кўрсатади. Шу билан бирга касаллик кўзатувимиздаги 38 (38,8%) беморнинг биринчи ва

иккинчи гуруҳ ногиронлигига сабаб бўлганлиги, 24 (24,5%) беморни нафақада эканлиги ушбу касалликни ижтимоий жихатдан ҳеч қандай ижтимоий касб билан шугулланмайдиганлар орасида кўп учрашини ва ногиронликка олиб келишини кўрсатди.

Беморларнинг овқатланиш тартибини муҳокамаси, уларда бир қатор овқатланиш тартибини бузилиш ҳолларини кўрсатди. 34 нафар (34,7%) бемор қунига 1 марта иссиқ овқат истеъмол қилишини, 32 нафар (32,6%) бемор – қунига 1-2 марта овқатланишини, 69 нафар (70,4%) бемор – овқатни энг кўп кечкурун истеъмол қилишини, 70 нафар (71,4%) бемор – аччик, шур, нордон таомларни хуш қуришини таъкидладилар. Овқатланиш тартибини бузилишда беморларни сут ва сут маъсулотларини истеъмол қилмасликларини (34 бемор, 34,7%), гушт махсулотларини кам истеъмол қилишларини (26 бемор, 26,5%), балиқ, парранда гушти каби махсулотларни онда-сонда истеъмол қилишларини (38 бемор, 38,8%) таъкидлаш мумкин.

Беморлар орасида тугри овқатланиш тартиби, овқатнинг режими, овқат таркиби, овқат турлари ҳақида утказилган текширувда, 41 нафар беморнинг бу ҳақида умуман хабари йўқ эканлиги (41,8%), 29 нафар беморнинг қисман хабардор эканлиги аниқланса (29,6%), 28 нафар беморнинг тассавури қоникарли (28,6%) деб баҳоланди.

Утказилган суровномада 29 нафар (29,6%) бемор алкоғол ва алкоғол махсулотлари (ароқ, вино, пиво) истеъмол қилиши аниқланиб, улардан 11 нафарини хар қуни (11,2%), 10 нафарини - ҳафтада 2-3 марта (10,2%), 8 нафарининг (8,2%) эса - хар 10 кунда истеъмол қилишини кўрсатди.

Никотин ва кашандаликнинг ҳам жигар циррози келиб чиқишидаги роли олимлар томонидан бир неча йиллар олдин тасдиқланган. Бизнинг кўзатувимдаги 41 нафар беморнинг сигарет чекиши, 28 нафар беморнинг эса нос чекиши аниқланиб, барча кашандалар 61 кишини (нос ва сигаретни биргалиқда чекувчилар қўшиб ҳисоблаганда) ёки 62,2 фоизни ташкил этди. Кашандаларнинг 14 нафари (14,3%) нос ва сигаретни хар қуни 10 мартадан

кўпроқ, 13 нафари (13,3%) – 5-10 мартагача, 16 нафари (16,3%) – 3-4 марта чекиши аниқланган бўлса, 17 нафари (17,2%) – сигарет ва носни доимий бўлмаган равишда чекиб туришган.

Зарарли одатларга эга 30 бемор ўртасида олиб борилган текширувлар, уларнинг 6 нафарини (20,0%) спиртли ичимликлар ва кашандаликнинг ножуя таъсири ҳақида умуман тассавури йўқлигини, 11 нафар бемор қисман билишини (36,7%), 13 нафар беморнинг салбий оқибатларини билишсада ичиш ва чекишни яна давом эттиришлари аниқланди (43,3%). Ўтказилган текширувда 26 нафар бемор зарарли одатларини ташлашга ҳаракат қилишларини хоҳласалар (86,7%), 4 нафар (13,3%) бемор ичиш ва чекишни ташлашга хоҳишлари йўқлигини ва ахволлари яхшилангач «давом» эттиришларини таъкидладилар.

Текширувларимизда жигар циррози касаллигининг дастлабки ривожланган вақтининг аниқлаш имконияти маълум қийинчиликларга эга бўлди. Бу аксарият беморларнинг уларда портал гипертензия, асцит ривожлангунча ўзларини соғлом ҳисоблаб, касалликнинг дастлабки белгиларини аниқ ифодамай олмаганликлари, беморларнинг яна бир қисмини ўзларининг зарарли одатларини яширишга ҳаракат қилганликлари билан боғлиқ бўлди. Этиологик омилни аниқ ифодамай олмаслик, асосан криптоген этиологияли жигар циррози касаллиги билан касалланган беморлар орасида кўпроқ кўзатилди.

Вирус этиологияли жигар циррози касаллигининг давомийлиги аниқлаш ҳам, беморларнинг ўзларини вирусли гепатит билан касаллангандан буён касал ҳисоблашлари, кўпчилик беморларни вирусли гепатит туфайли уйда даволанганликлари ва тиббий хужжатларга эга эмасликлари каби омиллар ҳисоблашда ноаниқликлар келиб чиқарди.

Юқоридаги қийинчиликларга қарамадан жигар циррози касаллиги билан касалланганларда касалликнинг 1 ойдан 17 йилгача давом этаётганлиги аниқланди.

Вирус этиологияли жигар циррозида 21 беморда касаллик 6 ойгача, 10 беморда - 6 ойдан 1 йилгача, 15 беморда – 1-5 йилгача, 10 беморда 5- 10 йилгача, 3 беморда - 10 йилдан зиёд давом этаётганлиги аниқланди. Умуман, вирус этиологияли жигар циррози касаллигининг ўртача давомийлиги $3,2\pm 0,5$ йилни ташкил этди.

Криптоген жигар циррозида эса 10 нафар бемор касаллигини - 6 ой давомида, 8 нафар бемор - 6 ойдан 1 йил давомида, 12 нафар бемор – 1-5 йил давомида, 3 нафар бемор – 5-10 йил давомида, 1 нафар бемор эса 10 йилдан зиёд давом этаётганлигини таъкидлади. Криптоген жигар циррози давомийлиги $2,1\pm 0,4$ йилни ташкил этди.

Токсик этиологияли жигар циррозида касалликнинг умумий давомийлиги – $1,8\pm 0,1$ йилга тенг бўлиб, касаллик 3 беморда - 6 ой давомида, 1 беморда - 3 йилдан буён, 1 беморда эса – 4 йил давомида давом этаётганлиги аниқланди.

Юқорида келтирилган маълумотлар, яна бир бор жигар циррози касаллигининг дастлабки бошланган вақтининг аниқлашнинг имконияти қийин эканлигини ва касалликнинг даслабки белгилари беморлар ва врачлар томонидан эътиборсиз қолаётганлигидан дарак беради.

Маълумотларимизга кўра 30 беморда (30,6%) касаллик 6 ой давомида ривожланган ва бу беморлар врач қабулига портал гипертензия ва асцит ривожлангандагина келганлар. Анамнез маълумотларини йиғишда ушбу беморлар олдин соғлом эканликларини ва бирон-бир касаллик билан мутлақо касал бўлмаганликларини таъкидлаганлар.

Вируслик текширувларда 59 беморда вирус этиологияли жигар циррози касаллиги аниқланган: 28 беморда вирусли гепатитнинг В шакли, 10 беморда А, 21 беморда – С шакли аниқланган. Утказилган уткир вирусли гепатитдан кейин жигар циррозининг келиб чиқиш давомийлиги вирусли гепатитнинг А шаклида $15,2\pm 2,3$ йилни, В шаклида – $8,5\pm 0,4$ йилни, С шаклида – $1,2\pm 0,02$ йилни ташкил этган.

Жигар циррози касаллигининг келиб чиқишида беморлар қон гуруҳининг ҳам ахамияти бор бўлиб, бу ирсий назариянинг далиларидан хисобланади. Бизнинг бу борада олиб борган текширувларимизда жами 46 беморда қон гуруҳи аниқланган: 28 (60,8%) беморда 0 (I), 12 (26,1%) беморда – А (II), 5 (10,9%) беморда – В (III) ва 1 (2,2%) беморда – АВ (IV) гуруҳи.

Кўзатувимиздаги барча беморлар тўлиқ клиник-лаборатор текширувлардан ўтказилди.

Жигар циррозининг фаол даври куйидаги синдром ва кўрсаткичларга кўра аниқланди:

- Астено-вегетатив синдром - холсизлик, дармонсизлик, иштаха пастлиги, бош оғриши, уйқунинг ёмонлашуви каби белгилар асосида;

- Диспепсик синдром - қориндаги оғриқ, қусиш, қорин дамлаши, ахлат чиқилишининг бузилиши, кунгил айниши каби белгиларга кўра;

- Цитолитик синдром - тана массасининг пасайиши, «жигар кафти», «томир юлдўзчалари» белгиларининг бўлиши, гиперферментемия асосида;

- Геморрагик синдром – милк, лунж, бурун, ичакдан қон кетиш асосида.

- Холестатик синдром – тери ва склералар сариқлиги, тери қичиши, сийдик рангининг ўзгариши, қонда билирубин ва унинг кўрсаткичлари асосида;

- Гепато- ва спленомегалия объектив равишда, жигар ва талокнинг физик ҳолати – ўлчамлари, қаттиқлиги, юзаларининг ҳолати, қонсистенцияси асосида;

- Портал гипертензия даражаси ультратовушли текширувда босимни порто-жигар градиентини (ПЖГ), дарвоза венаси диаметрини ва қон оқиш тезлигини аниқлаш орқали баҳоланди. Портал гипертензияда ПЖГ 5 мм. сим. уст. дан баланд бўлади. Босим 5-10 мм.сим.уст.га тенг бўлса

гипертензия латент хисобланади, клиник симптомлар босим 10 мм сим. уст. дан ошганда юзага келса, босим 12 мм.сим.уст.дан ошганда қон кетиш хавфи кўзатилади. Портал гипертензияда дарвоза венаси диаметри 12,5 мм.дан катта, қон оқиш тезлиги эса 21 см/сек.дан паст бўлади.

•Асцитик синдром – қорин катталашуви, флюктуация симптоми ёки кўчиб юрувчи тумтоқлик симптоми, ультратовушли текширувда суюқлик аниқлаши ва асцитик суюқликни парацентез орқали олиб лаборатор текшируви асосида;

Текширувлармизда жигар етишмовчилиги даражалари Чайльд Пью (1979) белгиларига кўра аниқланди.

Жадвал 2. Жигар циррози касаллигининг босқичларини аниқлаш мезонлари

Белгилар:	А-компенсация ланган	В-субкомпенса цияланган	С- декомпенса цияланган
Билурибин, мг% (x17=мколь/л)	34 мколь/л дан паст	34-51 мколь/л	51 мкмоль/л дан зиёд
Альбумин, г%	35 г/л дан зиёд	30-35 г/л	30 г/л.дан паст
Асцит	Кам ифодаланган ёки йўқ	Ифодаланган ва даволанувчи	Яққол ифодаланган ва даволаниши қийин
Неврологик бузилишлар	Фақат махсус тестларда	Минимал ва ўртача	Карахт, прекома, кома

Умуман, кўзатувимиздаги беморлардан 11 беморда (11,2%) Чайльд Пью буйича касалликнинг А босқичи, 43 беморда – В босқичи (43,8%), 44 беморда – С босқичи 44,9% беморда аниқланган:

Диаргамма 2. Чайльд Пью буйича жигар циррозининг беморларда тақсимланиши



Вирусли жигар циррозида 59 бемордан 11 бемор (18,6%) касаллиқнинг дастлабки босқичида (Чайльд Пью буйича: А босқич), 29 бемор (49,2%) - ифодаланган цирроз босқичида (Чайльд Пью буйича: В босқич) ва 19 бемор (32,2%) кечки цирроз босқичида (Чайльд Пью буйича: С босқич) мурожаат қилганлар.

Криптоген жигар циррози касаллиги билан касалланган 34 беморнинг 14 нафари (41,1%) касаллиқнинг Чайльд Пью буйича В босқичи, 20 нафари (58,8%) эса С босқичида мурожаат қилган бўлсалар, токсик жигар циррозида барча беморларда (100,0%) касаллиқнинг декомпенсация босқичи белгилари аниқланган.

Бизнинг олиб борган кўзатувларимиз, яна бир бор жигар циррози билан касалланган беморларнинг стационар даволаниш учун аксарият ҳолларда кеч, яъни касаллиқнинг ифодаланган цирроз ва кечки цирроз босқичларида мурожаат этаётганликларини кўрсатади. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, ушбу даврларда жигарда жараён қайтмас морфологик босқичига утиб, даволаш муложалари самараси жуда паст

бўлади ва кўпчилик беморлар фақатгина симптоматик терапия воситаларинигина қабул қилишга мажбур бўладилар.

2.2. Махсус текшириш усуллари

Махсус текшириш усулларига беморларнинг юрак зарарланишига хос шикоятларини ва юрак зарарланишлари симптоматикани аниқлаш, юрак ва ревматик анамнезни аниқлаш киритилди.

Ҳар бир беморни сураб-суриштирилганда жигар циррозига қарши дори воситалар қабул қилиш муддати, юрак зарарланишига хос илк симптомларнинг пайдо бўлиш даври ва давомийлиги, бу симптомлар нима билан бартараф этилиши, юракка хос шикоятларнинг асосий касаллик билан боғлиқлиги кабилар аниқланди. Юракни физикал текшируви юрак соҳасини кўздан кечириш, юракнинг нисбий ва абсолют чегарасини аниқлаш, қон босими ва пульсни аниқлашдан иборат бўлди.

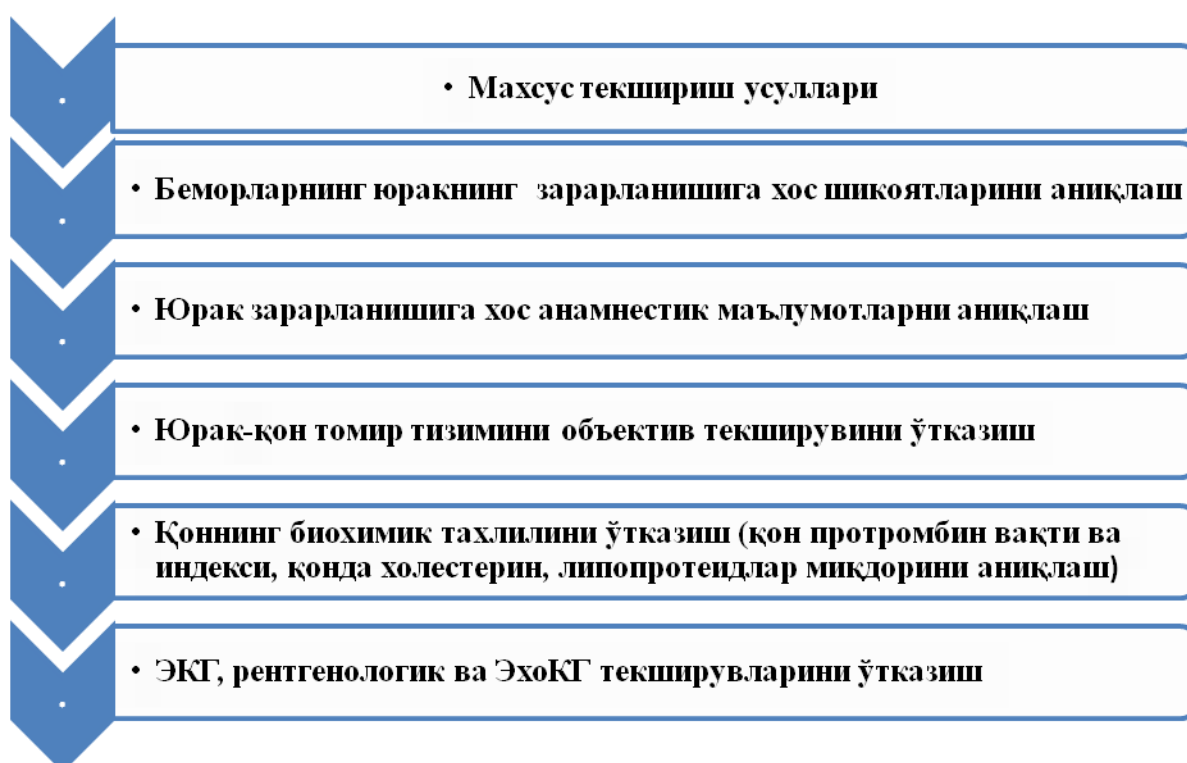


Диаграмма 3. Жигар циррози касаллигида юрак функционал ҳолатини аниқлаш усуллари

Беморлар текшируви умумий клиник, лаборатор ва инструментал текширувларни ўз ичига олади. Ташхис қўйиш ва касаллик оғирлик даражаси куйидаги симптомлар орқали амалга оширилди: тез чарчаш, хансираш, юрак соҳасида ноҳушлик ва оғриқ бўлиши. Шунингдек беморлар ёши, анамнези (артериал гипертензия, ангина, коронар етишмовчилик, анемия, қалқонсимон без дисфункцияси), қабул қилинган медикаментоз воситалар ва зарарли одатлари (чекиш, спиртли ичимликлар ичиш) назардан четда қолмади.

Инструментал текширувлардан кукрак қафаси рентгенологик текширувида чап қоринча гипертрофияси, кардиомегалия, ўпкада димланиш белгилари аниқланса; электрокардиографияда – ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари, юрак деворлари гипертрофияси, миокарддаги Диффуз-дистрофик, гипоксик характердаги ўзгаришларни аниқлаш имкони бўлди.

Юракнинг функционал ҳолатини баҳолашда жигар циррози билан оғриган беморларда М-режимдаги ЭхоКГ текшируви ўтказилди.

Назорат гуруҳи учун 20 нафар (10-эркак, 10-аёл, ўртача ёши – $28 \pm 0,2$ йил) соғлом кишилар текширувлари натижалари инобатга олинди.

Жадвал 3. Соғлом кишиларда ЭхоКГ кўрсаткичлари

№	Кўрсаткичлар	Соғломлар
1.	Чап қоринча систолик ўлчами (КСР, см)	$3,5 \pm 0,1$
2.	Чап қоринча диастолик ўлчами (КДР, см)	$5,1 \pm 0,1$
3.	Чап қоринча систолик ҳажми (КСО, куб см)	$53,3 \pm 3,8$
4.	Чап қоринча диастолик ҳажми (КДО, куб см).	$123,3 \pm 5,7$
5.	Зарб ҳажми (ФВ, %)	$67,2 \pm 1,2$
6.	Мушак толаси қисқариш тезлиги (V_{cfo}/c)	$1,0 \pm 0,02$
7.	Юрак қисқаришлар сони (ЮКС, дақиқа)	$72,0 \pm 0,5$

Юракни ультратовуш текширувида чап қоринчанинг систолик ўлчам (КСР) ва диастолик ўлчами (КДР), зарб ҳажми (ФВ, %), мушак толасининг қисқариш тезлиги (V_{cfo}/c), чап қоринчанинг систолик ва диастолик ҳажми (КСО, и КДО в куб см) ўлчанди.

Систолик функция кўрсаткичлари чап қоринчанинг систолик ҳажми ва ўлчамлари, зарб ҳажми ҳисобланади. Диастолик функция чап қоринчанинг диастолик ўлчами ва ҳажмига қараб белгиланди. Эхокардиографияда шунингдек, юрак бўшлиқлари дилатацияси, деворлар гипертрофия, гипокинезия ёки гиперкинезияси, юрак клапан аппарати ҳолати ва юрак қисқарувчанлик ҳолатини аниқлаш имкони бўлди.

Лаборатор текширувлардан: гемоглобин, эритроцит, ранг кўрсаткич, тромбоцит, лейкоцитар формула, эритроцитлар чўкиш тезлиги, протромбин вақти, протромбин индекси, Сухарев бўйича қон ивиш вақти, қонда холестерин ва липопротеинлар текширилди.

Олинган натижалар вариацион статистика усулида баҳоланди. Бунда ўртача арифметик миқдор, унинг ўртача квадрат хатоси моментлар усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончлилиқ мезони (t) и ишончлилиқ даражаси (P) ҳам таҳлилдан ўтказилди. Статистик текширувларда Р-IV персонал компютерининг «Статистика-2012» программаларидан фойдаланилди.

III БОБ. ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК ЗАРАРЛАНИШИНИНГ КЛИНИК ВА ИНСТРУМЕНТАЛ БЕЛГИЛАРИ

3.1 Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишининг клиник белгиларининг характеристикаси

Жигар циррозида юрак зарарланишининг тарқалиш частотаси ва даражаси адабиётларда турли-туман бўлиб, ўзаро қарама-қарши фикрлар ва натижалар учраб туради. Бу муаммога тадқиқотчилар турлича ёндашадилар. Баъзи текширувларда «жигар циррозида юрак қон-томир асоратлари (миокардиодистрофия) функционал характерли бўлиб, юрак фаолиятининг нейроэндокрин регуляцияси бузилишидан келиб чиққан» шаклдаги қарашлар мавжуд. Бошқа тадқиқот хулосаларига кўра жигар циррозида юрак зарарланиши энг кўп – портал гипертензия туфайли келиб чиқиши таъкидланади. Халигача жигар циррозида юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришларни келиб чиқиши сабаби ҳақида аниқ фикрлар йўқ.

Юқорида қайд этилганидек, юрак зарарланиши беморлар шикоятлари, анамнези, объектив, рентгенологик, электрокардиографик ва эхокардиографик текширувлар орқали аниқланди.

Юракнинг зарарланишига хос шикоятлар уч типда бўлиб, уларга:

- юрак соҳасида оғриқ ёки унинг эквивалентлари,
- юрак ритмининг бузилиши,
- шиш киритилди.

Беморларнинг асосий шикоятлари (48,9%) юрак соҳасидаги оғриқ бўлиб, кўпинча оғриқ ўртача интенсивликда, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи типда бўлди. Оғриқ ҳамма вақт ҳам жисмоний зўриқишда пайдо бўлмади, нитроглицерин қабул қилиниши оғриқни бартараф этмади, оғриқ вақтида ЭКГ текширувида ишемия белгилари кўзатилмади.

Иккинчи ўринда (46,9%) юрак ритми бузилишига хос шикоятлар:

юракнинг тез уриши, юрак уришининг сушлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси каби белгилар аниқланди.

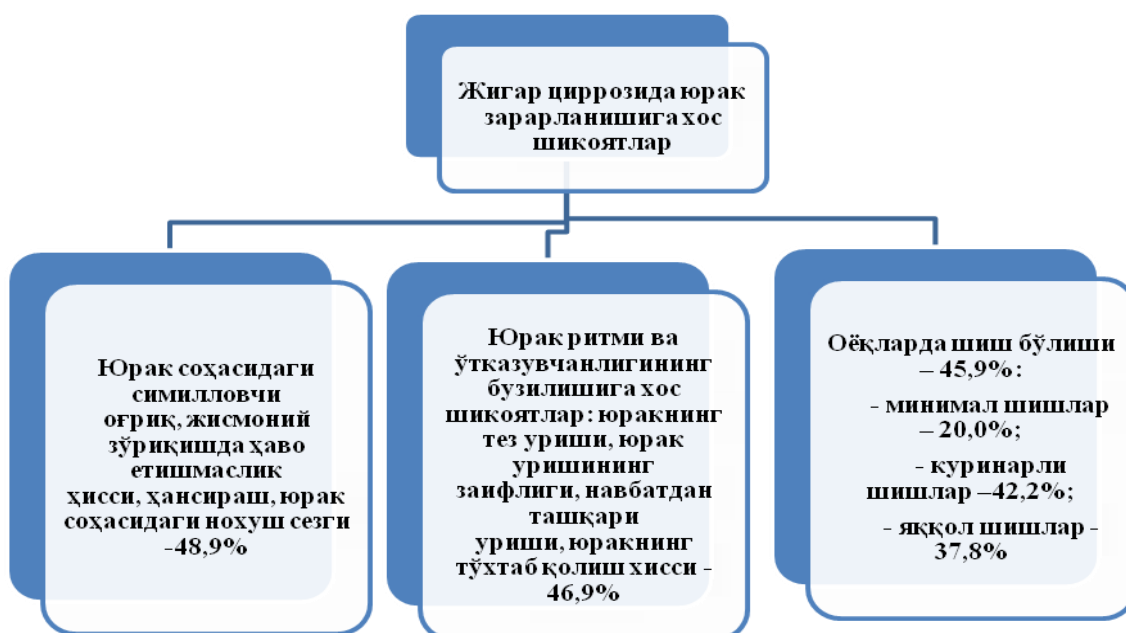
Оёқларда шиш бўлишига 45 бемор (45,9%) шикоят килди:

- товон соҳасидаги ва жисмоний зўриқишда кўпаювчи камроқ ифодаланган шишларга - 9 нафар бемор (20,0%),

- кечки пайтда кўпаядиган товондаги кўринарли шишларга – 19 нафар бемор (42.2%),

- болдир соҳасига тарқаладиган яққол шишларга - 17 нафар бемор (37,8%).

Диаграмма 4. Жигар циррозида юрак зарарланишларига хос шикоятлар.



Шишлар асосан сурункали юрак етишмовчилиги учун характерли бўлиб, шишларнинг табиатини аниқлаш борасида ўтказилган

текширувларимизда шишлар жигар циррози натижасидаги цирротик кардиомиопатия учун хослиги аниқланди.

Дастлабки таъхисда шишлар асосида асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилиги 45 беморда (46,0%) қайд этилиб, 28,6% ҳолатда сурункали юрак етишмовчилигининг II А босқич (NYHA (1964) бўйича II Функционал синф), 17,3% ҳолатда – II Б босқич (NYHA (1964) бўйича III Функционал синф) қайд этилди.

Объектив кўрик ва текширувда тери тургорининг пасайиши, тери қопламларининг кўруқлиги, тери қопламлари ва юзаларининг рангпарлиги белгилари барча беморларда кўзатилди. Цианоз белгилари 24 нафар (24,5%) беморда аниқланиб, 11 нафар беморда - акрацианоз, 13 беморда - бармоқ учлари, лаблар, бурун қирралари цианози қайд этилди.

Юракнинг пальпациясида юрак чуққиси турткиси кучининг сусайиши – 38 беморда (38,8%), ўзгармаганлиги – 10 беморда (10,2%) характерли бўлди.

Юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши 58 (59,1%), иккала томонга катталашуви - 6 (6,1%) нафар беморда аниқланди.

Қоринчалар гипертрофияси ҳисобига юрак кундаланг ўлчамининг 15 см.дан катталашуви 54 (55,1%) беморда қайд этилди.

Жигар циррози билан касалланган беморларда пульс таранглиги пасайиши характерли бўлиб (44 бемор, 44,9%), тахикардия 62 нафар беморда (63,2%) (пульсинг минутага 90 тадан кўп бўлиши), брадикардия 16 беморда (16,3%) - (60 тадан кам бўлиши) хос бўлди.

Систолик артериал босимнинг - 100-120 мм.сим.уст. атрофида, диастолик артериал босимнинг – 60-80 мм.сим.уст. бўлиши 50 (51,0%) беморда қайд этилди (нормал артериал босим).

Гипотония 48 нафар беморда (48,9 %) кўзатилди: систолик КБ 100 мм.сим.уст.дан паст, диастолик КБ 60 мм.сим.уст.дан паст.

Юрак тонларининг бўғиклиги 38 беморда (38,8%), экстрасистолия (юракнинг навбатдан ташқари қисқариш) 13 кишида (13,3%), титрок аритмия 7 нафар текширилган беморларда (7,2%) қайд этилди.

Жадвал 4. Жигар циррози касаллигида юрак зарарланишининг объектив белгилари (беморлар сони ва %)

№	Белгилар	Беморлар сони (%)
1	Тери тургорининг пасайиши, тери қопламларининг куруқлиги, тери қопламлари ва юзаларининг рангпарлиги	98 (100%)
2	Цианоз белгилари	24 (24,5%)
3	Юрак чуққиси турткиси кучининг сусайиши	38 (38,8%)
4	Юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши	58 (59,1%)
5	Юрак кундаланг ўлчамининг 15 см.дан катталашуви	54 (55,1%)
6	Пульс таранглиги пасайиши характерли бўлиб	44 (44,9%)
7	Тахикардия	62 (63,2%)
8	Гипотония	48 (48,9%)
9	Тонлар бугиклиги	38 (38,8%)
10	Экстрасистолия	13 (13,3%)
11	Титрок аритмия	7 (7,2%)

Шундай қилиб, жигар циррози касаллигида юракнинг объектив текшируви юракка хос симптомларни 58,3% беморларда аниқлаш имконини беради.

Жигар циррозида юрак зарарланишининг клиник симптомлари бўлиб – юрак соҳасидаги оғриқ, юрак уриши, юрак тўхтаб қолиш ҳисси ва шишлар ҳисобланади. Объектив текширилганда кўп ҳолларда тери ва кўринарли шиллик қаватларининг рангпарлиги, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги аниқланади. Шунингдек пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия ва

юрак тонларининг бўғиқлиги кўзатилади. Бу клиник симптомлар юрак зарарланишининг нафақат функционал характерда, балки юрак мушагининг дистрофик зарарланишини таъкидлайди.

3.2. Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишининг инструментал белгилари

Рентгенологик текширув натижалари. Жигар циррози касаллигида рентгенологик текшириш усуллари юракдаги зарарланиш характерини аниқлашда маълум аҳамиятга эга.

Диаграмма 5. Юрак зарарланишининг рентгенологик белгилари (%)



Текширувларимизда бу усул ёрдамида қуйидагиларга эътибор берилди:

-юрак чегараларининг кенгайиши;

-юрак ёйининг ўзгариши;

-юрак кундаланг ўлчамининг кенгайиши (эркакларда 15 см.дан катта, аёлларда 14 см.дан катта);

-кардиоторакал индексинг ортиши (юрак кундаланг ўлчамининг кўкрак кафаси кундаланг ўлчамига нисбати);

-юрак қисмларининг гипертрофияси;

-юрак қисқарувчанлиги ва пропорционаллигини аниқлаш.

Бизнинг текширувларимизда 98 нафар жигар циррози билан касалланган беморлардан 38 нафарда (38,8%) юрак чегаралари нормада эди. Рентгенологик текширув ёрдамида юракка оид турли хил ўзгаришлар 62 нафар беморларда (63,2%) аниқлаш имкони бўлди. Рентгенологик текширувда:

- 50 нафар беморда (51,0%) чап қоринчанинг кенгайиши,

- 12 нафар беморда (12,24%) – иккала қоринчанинг кенгайиши аниқланди;

- 62 нафар беморда (63,2%) – кардио-торакал индексинг 40% дан катталиги;

-25 нафарда беморда (25,5%) - аорта ёйининг яссилашуви;

-44 нафар беморда (44,9%) – юрак қисқарувчанлигининг пасайиши;

-17 беморда (17,34%) – қоринчалар қисқарувчанлигининг кучайиши кўзатилди.

Бу ўзгаришлар юрак мушагида патологик жараёнлар борлигини таъкидлайди.

ЭКГ текширувлари натижалари. Юрак ритмига хос ЭКГ текширувида автоматизм, қўзғалувчанлик ва ўтказувчанлик бузилиши белгилари 71 беморда аниқланди, бу 71,44% ни ташкил этди.

Автоматизм бузилишлари - синус тахикардияси 38 беморда (38,8%), синус брадикардияси – 8 беморда (8,1%) ва синус аритмияси – 5 беморда (5,1%) типиде кечди.

Қўзғалувчанликнинг бузилишлари: қоринча экстрасистолияси - 13 кишида (13,3%), суправентрикуляр экстрасистолия – 5 беморда (5,1%), титроқ аритмия – 7 кишида (7,2%) аниқланди;

Ўтказувчанлик бузилиши: I даражали атриовентрикуляр блокада 3 беморда (3.02%), Гис тутами чап оёқчаси нотўлиқ блокадаси 12 кишида (12.24%) қайд этилди.

Жадвал 6. Жигар циррози касаллиги беморлардаги ЭКГ ўзгаришлари

№	Ўзгаришлар:	Сони	%
1	Синусли тахикардия	38	38,7%
2	Синусли брадикардия	8	8,16%
3	Қоринча экстрасистолияси	13	13,26%
4	Қоринча усти экстрасистолияси	5	5,1%
5	Титроқ аритмия	7	7,14%
6	AV-блокада I даража	3	3,06%
7	Гисс тутами чап оёқчаси блокадаси	12	12,24%
8	Q-T интервалини ўзайиши	41	(41,8%)

Текширувларимизда Q-T интервалини ўзайиши 41 беморда учради ва 41,8% ни ташкил этди.

ЭКГ текшируви ёрдамида юрак турли қисмларининг гипертрофияси белгилари текширилганида чап қоринча гипертрофияси белгилари 60 беморда (61,2%), иккала қоринча гипертрофияси белгилари - 12 беморда (12,2%) кўзатилди. ЭКГ текшируви чап қоринча гипертрофиясини аниқлашда рентгенологик текширувга нисбатан кўпроқ информатив ҳисобланади.

Бундан ташқари текширувимизда 35 кишида (35,7%) миокарднинг дистрофик зарарланиш белгилари: RS-T сегментининг пасайиши, I, II, III,

aVL, aVF, V3, V4 va V5 уланишларда Т тишчанинг яссилашуви ёки манфийлиги аниқланди.

Юракнинг функционал ҳолати М-режимда ЭхоКГ текшируви орқали баҳоланди. Юракнинг ультратовушли текширувида чап қоринчанинг систолик (КСР) ва диастолик ўлчами (КДР) (см), юракнинг зарб ҳажми (ФВ, %), мушак толасининг қисқарувчанлиги тезлиги ($V_{сfo/c}$), чап қоринчанинг систолик ва диастолик ҳажми (КСО, и КДО куб см) каби кўрсаткичлардан фойдаланилди. Систолик функция кўрсаткичлари юракнинг зарб ҳажми, чап қоринчанинг систолик ўлчами ва ҳажми ҳисобланади. Диастолик функция чап қоринчанинг диастолик ўлчами ва ҳажми орқали белгиланди.

Текширувимизда ЭхоКГ да юракнинг зарарланиш белгилари 87 беморда (88,8%) қайд этилди.

Жигар циррози билан касалланган беморларда соғлом кишиларга нисбатан чап қоринчанинг охириги систолик (115%), охириги диастолик ўлчами (117%), охириги систолик ҳажм (143%) ва охириги диастолик ҳажм (128%) (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши хос бўлди ($P<0,05$; $P<0,02$). Бу кўрсаткичлар жигар циррози касаллигида юрак мушагининг, айниқса чап қоринчанинг жиддий зарарланиши ва гемодинамиканинг чуқур ўзгариши белгилари ҳисобланади. Айниқса, жигар циррози касаллигида систолик ва диастолик функцияларининг етишмовчилиги, шунингдек чап қоринчанинг ҳажм жиҳатдан зўриқишини билдиради.

Юракнинг зарб ҳажми ўртача $52,3\pm 5,4\%$ ни ташкил этди ва соғлом одамларга нисбатан 1,28 марта статистик пасайиши қайд этилди ($P<0,02$).

Текширилган 98 нафар жигар циррози билан касалланган беморлардан 11 (11,2%) кишида зарб ҳажми 60% дан кўп эди (нормал кўрсаткич).

42 (42,9%) нафарда зарб ҳажми 59-50% атрофида бўлиб, бу қисқарувчанликнинг пасайганидан далолат беради.

Зарб ҳажми 28 (28,6%) беморда 49-40% ни ташкил этди – яққол юрак етишмовчилиги белгиси.

Қолган 17 (17,34%) нафарда зарб ҳажми 40% дан кам бўлиб бу оғир юрак етишмовчилигининг белгиси ҳисобланади.

Шунингдек, жигар циррози билан касалланган беморларда юракнинг қисқарувчанлик фаолиятининг пасайиш белгиси - мушак толаларининг циркуляр қисқариш тезлигининг пасайиши хос бўлди (V_{cfo}/c).

Жадвал 7. Жигар циррози билан касалланган беморларда ЭхоКГ маълумотларининг ўзгаришлари ($M \pm m$)

№	Кўрсаткичлар:	Норма	Жигар Циррози	P
1	КСР, см	3,5±0,1	4,0±0,1	<0,05
2	КДР, см	5,1±0,1	5,7±0,1	<0,05
3	КСО, куб см.	53,3±3,8	76,3±4,1	<0,02
4	КДО, куб см.	123,3±5,7	157,9±5,6	<0,02
5	Зарб ҳажми, %	67,2±1,2	52,3±5,4	<0,02
6	V_{cfo}/c	1,0±0,02	0,7±0,04	<0,02
7	ЮКС, 1 дақиқада	72,0±0,5	84,4±1,6	<0,05

Изох: P – ўзгаришлар ишончлилиги

ЭхоКГ текширувида юрак деворлари гипертрофияси белгилари (40 бемор, 40,8%), шу жумладан, чап қоринча орқа девори ва қоринчалараро тўсиқ гипертрофияси 65 беморда (66,32%) аниқланди. Шунингдек, чап қоринча бўшлиғи дилатацияси 18 беморда (18,36%), деворлар гипокинезияси – 15 нафар (15,3%) ва юрак қисқарувчанлигининг сонини ошуви 38 нафар (38,7%) аниқланди.

Текширувларимизнинг кейинги босқичда ЭхоКГ текширувида аниқланган юрак зарб ҳажмининг пасайишлари беморлар ёши,

касалликнинг клиник ва лаборатор кўрсаткичларига қай даражада боғлиқлиги таҳлил этилди.

ЭхоКГ маълумотларига кўра 40 ёшгача бўлган беморларда юрак зарбининг пасайиши 67,6%, 40 ёшдан катта беморларда 100,0% га тенг эканлиги маълум бўлди. 41-50 ёшдаги 24 беморнинг 19 (79,1%) нафарида юрак етишмовчилигининг дастлабки белгилари аниқланган бўлса, 5 (20,9%) нафар беморда яққол ифодаланган юрак етишмовчилиги аниқланди.

51-60 ёшдаги 24 беморнинг 17 (70,8%) нафарида яққол ифодаланган юрак етишмовчилиги, 7 (29,2%) нафарида оғир ифодаланган юрак етишмовчилиги белгилари аниқланди.

60 ёшдан катта 16 беморнинг эса 6 (37,5%) нафарида яққол ифодаланган юрак етишмовчилиги, 10 (62,5%) нафарида оғир ифодаланган юрак етишмовчилиги белгилари аниқланди.

Жадвал 8. Юрак зарб ҳажмининг пасайишларини беморлар ёши билан боғлиқлик даражаси

Беморлар ёшига кўра таксимланиши	Зарб ҳажми 60% дан кўп -11 бемор (11,3%)	ЭхоКГда юрак зарб ҳажмининг пасайиши		
		59-50% 42 бемор (42,9%)	49-40% 28 бемор (28,6%)	40% дан паст 17 бемор (17,3%)
14-20 ёш – 9 бемор	3 (33,3%)	6 (66,7%)	-	-
21-30 ёш – 12 бемор	5 (41,7%)	7 (58,3%)	-	-
31-40 ёш – 13 бемор	3 (23,1%)	10 (76,9%)	-	-
41-50 ёш – 24 бемор		19 (79,2%)	5 (20,8%)	-
51-60 ёш – 24 бемор		-	17 (70,8%)	7 (29,2%)
60 дан зиёд – 16 бемор		-	6 (37,5%)	10 (62,5%)

Касаллик давомийлигига кўра таҳлил қилинганда, жигар циррози касаллиги билан 1 йилгача касалланганларда ЭхоКГ текширувида юрак зарб ҳажмининг пасайиши - 41 кишида (55,6%), касаллик 1-5 йил давом этганда - 29 беморда (89,5%), касаллик 5-10 йилдан давом этганда -13 беморда (100,0%), 10 йилдан зиёд давом этганда эса – 4 (100,0%) беморда аниқланди. ЭхоКГ текширувлар учун хос бўлган яққол ва оғир юрак етишмовчилиги ривожланганлигидан дарак берувчи белгилар асосан касалликнинг 5 йилдан зиёд вақт кечган беморлар учун характерли бўлди.

Жадвал 9. Юрак зарб ҳажмининг пасайишларини касаллик давомийлиги билан боғлиқлик даражаси

Беморларни касаллик давомийлигига кўра таксимланиши	Зарб ҳажми 60% дан кўп -11 бемор (11,3%)	ЭхоКГда юрак зарб ҳажмининг пасайиши		
		59-50% 42 бемор (42,9%)	49-40% 28 бемор (28,6%)	40% дан паст 17 бемор (17,3%)
1 йилгача– 52 бемор	11 (21,2%)	36 (61,5%)	3 (5,8%)	2 (3,9%)
1-5 йил – 29 бемор	-	6 (20,7%)	20 (69,0%)	3 (10,3%)
5-10 йил – 13 бемор	-	-	5 (38,5%)	8 (61,5%)
10 йилдан зиёд -4 бемор	-	-	-	4 (100%)

Клиник-лаборатор текширувларимиз натижасида кўзатувимиздаги беморлардан 11 беморда (11,2%) Чайлд буйича касалликнинг А босқичи, 43 беморда – В босқичи (43,83%), 44 беморда – С босқичи (44,89%) аниқланган. ЭхоКГ текшируви натижаларини Чайлд мезонларига ёки касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқлиги жадвалда кўрсатилган.

Текширишларимиз натижаси шуни кўрсатдики, чап қоринчанинг систолик дисфункцияси билан кечадиган гемодинамик Кўзатувимиздаги Чайльд Пью буйича касалликнинг А босқичи аниқланган барча 11 (100,0) беморда ЭХОКГ текширувда юрак зарб ҳажми 60,0% дан кўп бўлиб, юрак фаолияти сақланганлигидан дарак берди. Касалликнинг В босқичи аниқланган 43 бемордан эса 1 (2,3%) нафариди зарб ҳажми 49-40% атрофида, 42 (97,7%) нафариди – зарб ҳажми 59-50% атрофида бўлди (юрак систолик кучини пасайиши). Чайлд буйича касалликнинг С босқичи аниқланган 44 бемордан 17 (38,6%) нафариди юрак зарб ҳажми 40% дан паст бўлиб оғир юрак етишмовчилигидан дарак берган бўлса, 27 (61,4%) нафариди – 49-40% ни ташкил этиб, яққол юрак етишмовчилиги ривожланганлигини кўрсатди.

бузилишлар ташкил этувчи - юрак зарб ҳажмининг яққол пасайиши жигар циррози касаллигининг хавф омиллари - беморлар ёши ва касаллик давомийлиги, асоратлар ривожланганлиги билан пропорционал равишда ўзаро боғлиқ.

Жадвал 10. Юрак зарб ҳажмининг пасайишларини касалликнинг оғирлик даражаси билан боғлиқлиги

Чайлд буйича касалликнинг босқичлари	Зарб ҳажми 60% дан кўп -11 бемор (11,3%)	ЭХОКГда юрак зарб ҳажмининг пасайиши		
		59-50% 42 бемор (42,9%)	49-40% 28 бемор (28,6%)	40% дан паст 17 бемор (17,3%)
А босқичи – 11 бемор	11 (100,0%)	-	-	-
В босқичи – 43 бемор	-	42 (97,7%)	1 (2,3%)	-
С босқичи – 44 бемор	-	-	27 (61,4%)	17 (38,6%)

Юқорида келтирилган фактлар жигар циррози касаллигида юрак функционал ҳолатини ўзгаришлари касаллик билан ўзвий равишда боғлиқ эканлигини кўрсатди. Беморларнинг аксариятида юрак зарарланишларининг объектив белгилари – чап қоринча гипертрофияси, юрак қисқарувчанлигининг ошуви, тахикардия, кардио-торакал индекснинг 40% дан катталиги, чап қоринчанинг охирги систолик, охирги диастолик ўлчами, охирги систолик ҳажм ва охирги диастолик ҳажм (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг ортиши, ҳамда чап қоринчанинг систолик дисфункцияси билан кечадиган гемодинамик бузилишлари, юрак зарб ҳажмининг яққол пасайиши хос бўлди.

Жигар циррози касаллиги эрта диагностикасида замонавий инструментал текшириш усуллари беморларнинг умумий аҳволини, ички аъзолар, хусусан юрак функционал ўзгаришларини аниқлашда катта диагностик аҳамиятга эга. Жигар циррози билан касалланган беморларда юрак зарарланишига ҳеч қандай шубҳа бўлмасда, ушбу касалликда юрак патологияси диагностикаси ўзига яраша қийинчиликларга эга. Айниқса, жигар циррози билан касалланганларда миокард зарарланишининг яққол белгилари йўқлиги алоҳида диққат талаб этади. Текширувимизда кўрсатилганидек кардиал симптомлар фақат 44,3% беморларда, юрак қон-томир тизими объектив текширувида эса юрак симптоматикаси 58,3% ҳолатларда диагностика қилинади. Ушбу касалликда рентгенологик текширувда юрак томонидан ўзгаришлар 61,7% беморларда, ЭКГ текширувда автоматизм, ритм, ўтказувчанлик бузилишлари ва юрак қисмлари гипертрофияси - 71,7% ҳолатда аниқланади. Замонавий текшириш усуллардан М-режимда ЭхоКГ текширувида эса чап қоринчанинг систолик дисфункцияси ва юрак зарбининг пасайиши – 88,8% беморларда кўзатилади. Ушбу касаллик учун систолик дисфункция характерли бўлиб, бу дисфункция зарб ҳажмининг камайиши, чап қоринчанинг систолик ўлчами ва систолик ҳажми каби кўрсаткичлар орқали белгиланади.

3.3. Юрак зарарланиш белгиларини клиник баҳолаш

Бизнинг текширувларимизда жигар циррози билан касалланган беморларда юрак томонидан ўзгаришлар (юрак касалликларига хос шикоятлар, объектив текширув маълумотлари, рентгенологик, ЭКГ ва ЭхоКГ ўзгаришлари) 87 беморда кўзатилиб, бу кўрсаткич 88,8% ни ташкил этди.

Юрак зарарланишларининг клиникаси, инструментал текширув натижаларига кўра жигар циррозига хос юрак зарарланиши – цирротик миокардиопатия ёки миокардиодистрофия, асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилиги ва юрак зарарланишларининг кам симптомли варианты каби нозологик бирликларга бўлинди.

Жигар циррозида миокардиопатия ёки миокардиодистрофия ташхиси кўйилган беморларнинг юракга хос шикоятлари аниқ бўлмай, асосан, юрак соҳасида нохуш сезгидан иборат бўлди. Баъзан беморлар юрак соҳасидаги оғриқ ва бу оғриқ жисмоний зўриқиш билан боғлиқ эмас, юрак ўришига шикоят қилдилар. Оғриқ юрак чўққисида жойлашиб, симилловчи, босувчи, санчувчи характерга эга ва кукрак кафасининг чап қисмига берилади, жисмоний зўриқиш билан боғлиқ эмас, нитроглицерин ёрдам бермайди. Миокард қисқарувчанлик функцияси бўзилганлиги учун инструментал текширувда юрак етишмовчилиги белгилари аниқланди.

Жадвал 11. Жигар циррози касаллигида юрак зарарланишларининг нозологик бирликларда ифодаланиши

Юрак зарарланишлари	Беморлар сони (%)
Жами беморлар	98 (100%)
Клиник-инструментал текширувларда юрак зарарланиши аниқланмаган беморлар	11 (11,2%)

Клиник-инструментал текширувларда юрак зарарланишлари аниқланган беморлар	87 (88,8%)
Цирротик миокардиодистрофия ташхиси аниқланган беморлар	74 (75,6%)
Юрак зарарланишлари «Кам симптомли вариант» сифатида кайд этилган*	13 (13,2%)
Сурункали юрак етишмовчилиги аниқланган беморлар	45 (46,0%)
Сурункали юрак етишмовчилиги II А босқичи (NYHA буйича II Функционал синф)	28 (28,6%)
Сурункали юрак етишмовчилиги II Б босқичи (NYHA буйича III функционал синф)	17 (17,3%)
Сурункали юрак етишмовчилиги I босқичи* (NYHA буйича I функционал синф)	42 (42,9%)

Изох: *-касаллик тарихида диагноз таркибига киритилмаган

ЭКГда қоринча электрик систоласи ўзайган, Т тишча вольтажининг пасайиши, баъзан барча уланишларда Т тишча яссиланган ёки иккиланган. Юрак зарарланиши секинлик билан ривожланган. Тахикардия, экстрасистолия ёки титрок аритмия аниқланди. Юрак ўлчамлари катталашган, тонлар бўғиқлашган. ЭхоКГ маълумотларида чап қоринча бўшлиғи дилатацияси, зарб ҳажмининг камайиши ва қоринча деворлари гипокинезияси намоён бўлди. Беморлар ёши 20 - 48 ёш атрофида (ўртача – 41,3±0,3 ёш), касаллик давомийлиги 6 ойдан 5 йилгача (ўртача – 3,0±0,3 йил) бўлди.

**Жадвал 12. Жигар циррози касаллигида «миокардиодистрофия»
белгилари**

Белгилар	Миокардиодистрофия
Беморлар ёши	47,3±0,3 йил
Касаллик давомийлиги	4,0±0,3 йил
Касаллик ривожланиши	Аста-секин
Кўп учрайдиган шикоятлар	Юрак соҳасидаги нохуш сезги, жисмоний меҳнат билан боғлиқ бўлмаган юрак соҳасидаги оғрик, ҳансираш ва юрак уриши.
Объектив белгилар	Юрак ўлчамлари катталашган, тонлар бўғиқ, аритмик.
Ритм бузилиши	Тахикардия, экстрасистолия, титрок аритмия
ЭКГ	Электрик систолянинг ўзайиши, Т тишча вольтажнинг пасайиши, баъзан барча уланишларда Т тишча яссиланган ёки иккиланган.
ЭхоКГ	Чап қоринча зарб ҳажмининг пасайиши ва қоринчалар девори гипокинезияси.

Олиб борилган текширувимизнинг кейинги вазифаси жигар циррози касаллигида юрак зарарланиши натижасида келиб чиққан асорат - сурункали юрак етишмовчилигини учраш частотасини аниқлашдан иборат бўлди. Сурункали юрак етишмовчилиги белгилари қуйидагилар асосида аниқланди:

- ҳансираш
- тез чарчаш
- юрак уриши
- периферик шишлар
- йўтал
- ўпкадаги нам хириллашлар
- ортопноэ

- кардиомегалия
- гепатомегалия
- бўйин веналарининг кенгайиши.

Сурункали юрак етишмовчилиги диагнозини ифодалашда функционал синфларни кўрсатувчи тасниф (Нью-Йорк, 1964, NYHA, 1964) ва В.Х.Василенко, Н.Д.Стражеско (1935) классификациясидан фойдаланилди:

- I босқич – бошланғич, яширин; жисмоний зўриқишда намоён бўлади (NYHA, 1964 бўйича I Функционал синф)
- II А босқич – гемодинамик бузилишлар кам даражада намоён, юракнинг бирор қисми фаолиятининг бузилиши кўзатилади (ўнг ёки чап қоринча етишмовчилиги) (NYHA, 1964 бўйича II Функционал синф).
- НК II Б босқич – кичик ва катта қон айланиш доирасида чуқур гемодинамик бузилишлар (NYHA, 1964 бўйича III Функционал синф).
- III дистрофик босқич - орган ва тўқималарда қайтмас жараёнлар, яққол ифодаланган дистрофик ўзгаришлар (NYHA, 1964 бўйича IV Функционал синф).

ЭхоКГ текширувидан кейин, клиник ташхисни асослашда асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси 45 (46,0%) беморда: 28 (28,6%) беморда II А босқич, 17 (17,3%) беморда II Б босқич кайд этилди. Шунингдек, ЭхоКГ текшируви 42 (42,9%) беморда юрак етишмовчилигининг дастлабки I босқичи аниқлаш имконини берди (зарб ҳажми 59-50%).

11 беморда (11,2%) инструментал текширув усуллари даволовчи шифокорлар томонидан баҳоланмаган (юрак зарарланишининг кам симптомли варианты). Тўртинчи гуруҳни ушбу юрак зарарланишининг кам симптомли варианты қўйилган беморлар ташкил этди. Беморлар ёши 46-52 ёшни (ўртача– 50,0±0,4 ёш), касаллик давомийлиги - 8 ойдан 12 йилгача (ўртача – 5,0±0,3 ёш) бўлди. Ушбу беморларда объектив текширилганда юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши ёки икки томонга силжиши, тахикардия ёки брадикардия аниқланган. Аускультацияда юрак

тонларининг бўғиқлашуви ва юрак чўққисида систолик шовкин эшитилган. ЭКГ текширувида синусли аритмиялар (тахикардия ва брадикардия), Гисс тутами чап оёқчаси блокадаси аниқланган. Чап қоринча гипертрофияси белгилари барча беморларда (рентгенологик текширувда чап қоринча қонтурларининг кенгайиши) кўзатилган. Юракнинг ультратовуш текширувида (ЭхоКГ) чап қоринча орқа девори гипертрофияси белгилари, юрак қисқарувчанлигининг пасайиши қайд этилган. Аммо, шуни таъкидлаш керакки, беморлардаги объектив ўзгаришлар, ЭхоКГда аниқланган белгилар касаллик тарихларида ўз аксини топган, лекин бу белгилар даволовчи шифокорлар томонидан ҳисобга олинмаган ва диагнозларда қайд этилмаган. Бу ҳолатнинг асосий сабаблари сифатида беморларнинг шикоятларини аниқ бўлмаганлиги, жигар циррози белгилари фонида яққол ифодаланмай қолганлиги, инструментал текширувлари натижаларини ўзаро мос келмаганлигини кўрсатиш мумкин.

IV БОБ. ЖИГАР ЦИРРОЗИ КАСАЛЛИГИДА ДАВО МУОЛАЖАЛАРИНИ ЮРАК ЗАРАРЛАНИШИ КЎРСАТГИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Жигар циррози касаллигини даволаш касалликни прогрессив ривожланишини камайтириш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, асоратлар олдини олишга қаратилган. Беморларни тўғри овқатлантириш ва кунлик жисмоний фаолликни тугри ташкил этиш касалликни даволашда муҳим урин эгаллайди.

Даволаш режими. Жигар циррози билан беморларни компенсация даврида нерв-психик ва физик зуриқишдан сақланган ҳолда меҳнат билан шуғулланиши мумкин. Иш давомида қисқа вақтли дам олиш, ҳафта давомида эса дам олиш кунлари ташкил қилиниши керак. Жигар циррозини актив ва декомпенсация даврида беморлар ётоқ режимида бўлади. Беморларни горизантал ҳолатида жигар ва ичаклар системасида қон билан таъминланиш яхшиланади, бу эса регенератор жараёнларни активлаштиради. Бундан ташқари буйраклар қон айланиши яхшиланиб, иккиламчи гиперальдостеронизмни камайтиради.

Беморларга алкоголь, шунингдек жигарга токсик таъсир қилувчи препаратлар (антидепрессантлар, транквилизаторлар, барбитуратлар, рифампицин, наркотик дори воситалари ва.б) тақиқланди. Физиотерапия ва иссиқ муолажаларни жигар соҳасига қуйиш, минерал сувлар, ўт хайдовчи дори воситаларини қабул қилиш ман этилди.

Беморларни овқатлантириш. Жигар циррози билан оғриган беморларга № 5 пархез столи тавсия этилди. Бунда нормал ут хайдалиши ва регуляр ахлат ажралишини таъминлаш учун суткада 4-5 маҳал озиқланади.

А.Ф. Блюгер тавсия қилган пархезга кўра: оқсил-1-1,5 г 1 кг тана массасига, бундан 40-50 г хайвон оқсилга; ёғлар-1 г 1 кг тана вазнига, бундан 20-40 г хайвон ёғи; углеводлар 4-5 г 1 кг тана вазнига; 4-6 г тўз

(агарда шиш ва асцит бўлмаганда). Диетанинг энергитик киймати 2000-2800 ккал ташкил қилади.

Агарда беморларда жигар энцефалопатияси бўлса, озиклар таркибидан оқсил микдори камайтирилди. Жигар циррози декомпенсация даврида, асоратлардан шиш ва асцит ривожланганда: кунлик озик рациони таркибида оқсил 1 г 1 кг тана вазнига (ўртача 70-80 г), бундан 40-50 г хайвон оксигиға туғри келди; углеводлар 300-400 г ; ёғлар 80-90 г. Озик рациони энергитик киймати 1600-2000 ккал. Озик рациони таркибидаги тўз микдори 0,5-2 г суткасиға берилди. Диетаға 0,5 л сут (қарши кўрсатма бўлмаганда), тухум тавсия қилинди. (сут таркибида 15 г оқсил ва 250 мг натрий, бир дона тухумда эса 65 мг натрий бўлади). Истъемол қиланадиган суюқлик ўртача 1,5 л суткасиға тенг бўлди. Беморларни диурези суткасиға 0,5-1,0 летрдан кам бўлмаслиги назорат қилинди. Яққол ифодаланган асцит ривожланганда беморларға тўзсиз диета № 7 тавсия қилинди. Агар бемор хафта давомида № 7 пархез столи ва ёток режимида бўлганда хам суткалик диурез 0,5 л дан кам ва тана вазни 2 кг кам микдорда камайса, бу беморларға сийдик хайдовчи дори воситалари қўлланилди.

Сийдик хайдовчи терапия. Дастлаб беморларға альдостерон антагонистларидан верошпирон тавсия қилинди. Верошпирон буйрак каналчалар эпителийсида альдостерон сезувчи рецепторларни блоклайди. Буйрак каналчаларида натрий реабсорбцияси камаяди ва экскрецияси кучаяди. Верошпирон 25 мг, 50 мг, 100 мг дозада капсула ва таблеткаларда чиқарилади. Беморларға 25 мг дан 200 мг/суткасиға берилди.

Верошпирон эффективлиги бўлмаганда Қўшимча тарзда фуросемид тавсия қилинди. Фуросемид буйрак каналчалар дистал ва проксимал кисмиға таъсир килиб, натрий ва хлор ионлари реабсорбциясини камайтиради. Препарат 0,04 г таблетка ва 1%-2,0 мл ампулада чиқарилади. Фуросемид 40-80 мг суткалик дозада 7-10-14 кун тавсия қилинди.

Шиш ва асцит синдроми яққол ривожланган беморларга верошпирон (150-200 мг суткасига) ва урегит (25-100 мг суткасига) тавсия этилди.

Жигар циррози касаллигида яллиғланиш ва фиброз жараёни камайтириш, жигар фаолятини яхшилаш мақсадида куйидаги гепатопротекторлар қўлланилади:

- **L** -липол кислотаси
- урсодезоксихол кислотаси
- эссенциаль фосфолипиди
- адеметионин
- артишок экстракти
- L-орнитин L-аспартат

L-липол кислотаси касалликда асосий механизм оксидланиш ҳолатига таъсир этади, эркин радикаллар ҳосил бўлишини камайтиради ва организмни эндоген химоясини таъминлашга хизмат қилади. Глутатион кислотаси витамин с, витамин Е, цистеин ҳосил бўлишини миёрига келтиради. Препарат таъсирида билирубин, холистерин, глюкоза. АЛТ, АСТ.кўрсаткичлари миёрига келади. Холестатик ва диспептик синдром белгилари яхшиланади. Препарат таблеткада 0,025 г дозада чиқарилади. Беморларга 0,075 мг суткалик дозада 45-60 кун тавсия этилди.

Эссенциал фосфолипидлар - углеводлар ва липидлар метаболизмини кучайтиради ва энергия ҳосил бўлиш жараёнида муҳим урин эгаллаб, гепатоцитлар функционал ҳолатини тиклашга ёрдам беради. Эссенциал фосфолипидлари 2,5 мг пиридоксин гидрохлорид, 10 мкг цианокобаламин, 25 мг никотилами ва пантотенат натрийдан таркиб топган. Препарат капсула ва 5 мл ампулада чиқарилади. Беморларга 1-2 капсуладан 3 маҳал 30-40 кун давомида тавсия қилинди, 5 мл эритмаси эса 5% глюкоза билан томчи ҳолатида 20 кун тавсия қилинди.

Адеметионин (s-аденозил-L-метионин) – гепатопротектор, антихолестатик, антиоксидант, антидепрессив, нейропротектор хусусиятга эга дори воситаси ҳисобланади. Адеметионин организмдан эндоген

адеметионин сентизини стимуллайди ва унинг организмда етарли даражада бўлишини таъминлайди. Адеметионин малекуласи организмдаги кўплаб биологик реакцияларни бошлаб беради. Адеметионин малекуласи радикаллари тўқима мембранаси оксил ва фосфолипидлар трансметилланиш реакциясига донарлик қилади. Препарат жигар гепатоцитлари функционал холатини яхшилади, ут хосил бўлишини ва ажралишини стимуллаб, билирубин, холистерин, АЛТ, АСТ кўрсаткичларини миёрига келтиради. Адеметионин (Гептрал)-400 мг флаконда чиқарилади. Беморларга 400-800 мг суткалик дозада 5-10 мл эритма билан 2-3 хафта давомида тавсия қилинди.

Артишок экстракти - комплекс биологик дори воситаси бўлиб, таркиби: аскорбин кислота, хлороген кислота, каротин, цинарин, инулин, В гуруҳ витаминларидан таркиб топган. Препарат қонда холестирун микдорини камайтиради, гепатоцитлар регинерацияси в ут ажралишини стимуллайди; гиполипидемик ва диуретик таъсир қилади. Препарат капсулада чиқарилади. Беморларга 1 капсуладан 3 махал 30 кун давомида тавсия қилинди.

Урсодезоксихол кислотаси (урсофальк) – ут хайдовчи дори воситаси хисобланади. Адабиётларда ёзишича урсодезоксихол кислотаси тўғридан тўғри гепатопротектор таъсирга эга. Препарат ут кислотаси микдорини оширади, жигарда холестирун сентизини ва утнинг литоген индексини камайтиради. Ичакларда гидрофоб ва потенциал токсик моддаларни реабсорбциясини камайтиради. Препарат 250 мг капсулада чиқарилади. 250 мг суткасига 6-12 ой давомида тавсия этилади.

Л-орнитин Л-аспартат (Гепо-мерц) - жигар касалликларида организмда аммиак микдорини камайтиради. Препарат орнитин циклида аммиакдан мочевина синтез қилишни кучайтиради. Ичакларда бижғиш жараёнида хосил бўлган аммиакни қонда боғлаб, жигар энцефалопатиясини олдини олади. Препарат 5 г курук парашог ва 10 г

ампулада чиқарилади. Беморларга 10-40 г суткасига 200 мл эритма билан томчи холатида тавсия қилинди.

Тавсия этилган даво муолажаларига кўра барча беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ беморлари қабул қилинган стандартлар асосида юқорида кўрсатилган даво муолажаларини қабул қилдилар (53 бемор). Иккинчи гуруҳ беморларига (45 бемор). Қўшимча равишда юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар калий препаратлари, в-адреноблокаторлар (бисопролол), АПФ-ингибиторлари (эналаприл), юрак гликозидлари (строфантин) қўлланилади. Иккинчи гуруҳга киритилган беморлар сурункали қон айланиши етишмовчилиги аниқланган беморлар бўлиб, уларнинг 28 (28,6%) нафарида асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилигининг II А босқичи (NYHA буйича II Функционал синф), 17 (17,3%) нафарида сурункали юрак етишмовчилигининг II Б босқичи (NYHA буйича III Функционал синф) кайд этилган.

Хозирги замон даво стандартларидан келиб чикиб стационар шароитда 15-20 кун давомида беморларга юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар қўлланилди.

Утказилган даво муолажаларининг самарадорлиги беморнинг стационардан жавоб берилаётган кунида (15-20 кунлар) кунларда бахоланди.

Жадвал 13. Утказилган даво муолажаларини касалликнинг клиник белгиларига таъсири

Касаллик белгилари	Биринчи гуруҳ - 53 бемор		Иккинчи гуруҳ – 45 бемор	
	Даводан олдин (%)	Даводан кейин (%)	Даводан олдин (%)	Даводан кейин (%)
Астено-вегетатив синдром	50 (94,3%)	34 (64,1%)	40 (88,9%)	21 (46,7%)

Диспепсик синдром	53 (100,0%)	30 (56,6%)	45 (100,0%)	19 (42,2%)
Цитолитик синдром	44 (83,0%)	29 (54,7%)	38 (84,4%)	25 (55,6%)
Геморрагик синдром	24 (45,3%)	16 (30,2%)	31 (68,9%)	19 (42,2%)
Холестатик синдром	22 (41,5%)	13 (24,5%)	26 (57,8%)	13 (29,0%)
Гепато-спленомегалия	21 (39,6%)	18 (34,0%)	28 (62,2%)	22 (49,0%)
Портал гипертензия (дарвоза венаси диаметри 12,5 мм.дан катта)	48 (90,6%)	36 (68,0%)	42 (93,3%)	24 (53,3%)
Асцитик синдром	49 (92,5%)	22 (41,5%)	45 (100,0%)	20 (44,4%)

Даво натижасида беморлардаги астеновегетатив синдром белгилари - холсизлик, дармонсизлик, бош оғриши, иштаха пастлиги, бош оғриши, уйқунинг ёмонлашуви каби белгилар кескин камайди. Деярли барча беморларда учраган диспептик синдром белгилари (қориндаги оғрик, қусиш, қорин дамлаши, ахлат чиқишининг бузилиши, кунгил айнаши) даволашдан кейин 50-60% беморларда, кечуви оғир ҳисобланган цитолитик синдром (тана массасининг пасайиши, «жигар кафти», «томир юлдузчалари» белгиларининг бўлиши, гиперферментемия), геморрагик синдром (милк, лунж, бурун, ичакдан қон кетиш), холестатик синдром (тери ва склералар сариқлиги, тери кичиши, сийдик рангининг ўзгариши, қонда билирубин ва унинг кўрсаткичларини ошуви), портал гипертензия (дарвоза венаси диаметри 12,5 мм.дан катта), асцитик синдром белгилари, гепато-спленомегалия эса 30-40% беморларда аниқланди.

Даво гуруҳлари буйича таҳлил этилганда стационардан жавоб беришдан олдин юқорида кўрсатилган белгиларнинг яхшиланиши биринчи гуруҳга нисбатан иккинчи гуруҳ беморлари ичида кўпроқ намоён бўлди.

Айниқса, асцитик синдром белгиларини ва портал гипертензия даражасини камайиши асосий даво муолажаларига юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар кўшилганида кўпчилик беморларда кўзатилди.

Утказилган даво муолажаларидан кейин клиник белгиларнинг яхшилануви бир қатор лаборатор кўрсаткичларнинг яхшилануви билан биргаликда кечди.

Жадвал 14. Утказилган даво муолажаларини лаборатор белгиларга таъсири

Касаллик кўрсаткичлари	Биринчи гуруҳ -53 бемор		Иккинчи гуруҳ – 45 бемор	
	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
НВ г/л	82,0±5,3	86,0±4,8	80,0±5,1	88,0±7,6
Умумий оксил, г/л	60,0±6,3	64,0±5,8	54,6±5,3	59,6±5,1
Альбуминлар г/л	34,0±3,2	36,0±3,3	30,0±3,0	35,0±3,1
Умумий билирубин мкмоль/л	34,6±3,5	24,2±2,8	48,6±4,1	36,0±3,3
Тимол синамаси, ТБ	8,6±0,7	8,4±0,7	9,0±0,6	8,0±0,7

Жумладан, қондаги гемоглобиннинг барча беморлардаги ўртача миқдори 81,0±0,8 дан 86,0 ±0,7 г/л.га, эритроцитлар 3,2±0,2 дан 3,4 ± 0,3 x10¹²/л.га, умумий оксил миқдори 56,2 ± 4,8 дан 60,0 ±0,5 г/л.га, альбуминлар миқдори 32,2 ±0,2 дан 34,2 ±0,3 г/л.га кутарилди. Пигмент алмашинуви кўрсаткичларидан умумий билирубин миқдори 36,0±3,5 дан 26,2 ±2,8 мкмоль/л.га, тимол синамаси кўрсаткичи 8,8 ±0,2 дан 8,2 ±0,4 ТБ га пасайди.

Стационардан жавоб беришдан олдин юқорида кўрсатилган лаборатория белгиларнинг яхшиланиши иккала гуруҳда бир хил намоён бўлди.

Жигар циррози касаллигида даволашдан олдин юрак соҳасидаги оғриққа (ўртача интенсивликда, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи типда) 43,3% бемор, юракнинг тез уриши, юрак уришининг сустлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси каби белгиларга 46,9% бемор шикоят қилган. Стационар даводан кейин 7,1% беморда оғриқнинг камайиши, 36,7% беморда умуман йўқолиши, 8,0% беморда юрак ритмининг бузилишига хос симптомларнинг камайганлиги, 38,8% беморда умуман йўқолганлиги характерли бўлди.

Стационардан жавоб беришдан олдин товон соҳасидаги жисмоний зўриқишда кўпаювчи камроқ ифодаланган шишлар аниқланган 9 нафар (9,2%) беморда шишлар умуман кўзатилмади. Кечки пайтда кўпаядиган товондаги кўринарли шишлар аниқланган 19 нафар (19,4%) бемордан 6 нафариди (6,2%) кам ифодаланган шишлар аниқланди, 10 нафариди (10,2%) шиш умуман аниқланмади. Болдир соҳасига тарқаладиган яққол шишларга шикоят қилган 17 нафар (17,3%) бемордан 7 (7,1%) нафариди шиш кўзатилмади, 6 (6,2%) нафариди кам ифодаланган шишлар аниқланди, 4 нафариди (4,1%) шишлар умуман йўқолмади.

Беморлар шикоятлари динамикасини даволаш муолажалар характерига кура таҳлили юрак соҳасида оғриқ сақланган 7 нафар, юрак ритмининг бузилишлари сақланган 8 нафар беморнинг барчаси 2 гуруҳдаги беморлар эканлигини кўрсатди.

**Жадвал 15. Жигар циррози касаллигида даво муолажаларини
ЭКГ ўзгаришларига таъсири**

№	Ўзгаришлар	Сони	Биринчи гуруҳ – 53 бемор		Иккинчи гуруҳ – 45 бемор	
			Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
1	Синусли Тахикардия	38	14	6 (75%)	24	12 (50%)
2	Синусли брадикардия	8	2	-	6	-
3	Қоринча экстрасистолияси	13	2	-	11	-
4	Қоринча усти экстрасистолияси	5	3	-	2	
5	Титроқ аритмия	7	-	-	7	4 (57%)
6	AV блокада I даража	3	1	-	2	-
7	Гисс тутами чап оёқчаси блокадаси	12	1	1	11	11

Утказилган даволаш муолажаларидан кейин ЭКГда аниқланган белгиларнинг ҳам ижобий томонга ўзгарганлиги кайд этилди. Даволашдан сунг иккала гуруҳ беморлари орасида даволашдан олдин кўзатилган синус брадикардияси, қоринча усти экстрасистолияси, қоринчалар экстрасистолияси белгилари аниқланмади. Синус тахикардияси аниқланган 38 бемордан 18 нафарида юрак урушлари сони 90 тадан ортиқлигича колди. Шунингдек титроқ аритмия 4% беморларда, Гисс тутамининг чап оёқчаси блокадаси 11% беморларда сақланиб колди.

Даво муолажалари ЭхоКГ натижаларини ҳам ўзгаришларига сабаб бўлди. Стационардан жавоб беришдан олдин жигар циррози билан касалланган беморларда чап қоринчанинг охирги систолик, охирги

диастолик ўлчами, охирги систолик ҳажми ва охирги диастолик ҳажми (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг камайиши хос бўлди.

Жадвал 16. ЭхоКГ кўрсаткичларига даво муолажаларининг таъсири (М±m)

№	Кўрсаткичлар:	Норма	Даводан Олдин	Даволашдан кейин	
				1 гуруҳ	2 гуруҳ
1	КСР, см	3,5±0,1	4,0±0,1	3,6±0,2	3,9±0,3
2	КДР, см	5,1±0,1	5,7±0,1	5,4±0,5	5,5±0,4
3	КСО, куб см.	53,3±3,8	76,3±4,1	61,5±6,1	67,8±6,9
4	КДО, куб см.	123,3±5,7	157,9±5,6	138,4±14,8	145,6±12,8
5	Зарб ҳажми, %	67,2±1,2	52,3±5,4	60,0±6,1	56,0±5,1
6	Vcfo/c	1,0±0,02	0,7±0,04	0,8±0,03	0,7±0,04
7	ЮКС, 1 дақиқада	72,0±0,5	84,4±1,6	74,4±6,6	78,2±5,8,6

Изох: P – ўзгаришлар ишончлилиги: * - P<0,05; ** - P<0,02

Даволаш муолажалари юракнинг зарб ҳажмининг ошувига олиб келди ва стационардан жавоб беришдан олдин юракнинг зарб ҳажми ўртача 52,3±5,4% дан 61,9±4,9% гача кўтарилди. Лекин, беморлардаги ушбу кўрсаткич амалий соғлом кишилар кўрсаткичидан (67,2±1,2%) пастлигича қолди.

Даводан кейин юракнинг зарб ҳажми 59-50% атрофида бўлиб, юрак қисқарувчанликнинг пасайганидан далолат берган 42 (42,9%) нафар беморнинг барчасида юрак зарб ҳажми 60% дан юқори эканлиги кайд этилди.

Зарб ҳажми 49-40% ни ташкил этган (яққол юрак етишмовчилиги белгиси) 28 (28,6%) бемордан 12 (12,4%) нафарида юрак зарб ҳажми ўзгармади, 7 (7,1%) нафарида – 59-50% бўлди (юрак қисқарувчанлигини пасайиши), 9 (9,2%) нафарида – 60%д ан юқори эканлиги кайд этилди (нормал кўрсаткич).

Зарб ҳажми 40% дан кам бўлиб, оғир юрак етишмовчилигининг белгиси ҳисобланган колган 17 (17,34%) нафар бемордан 12 (12,4%) нафарида зарб ҳажми ўзгармай пастлигича колди ва фақатгина 5 (5,1%) нафар беморда зарб ҳажми 49-40% ни ташкил этди (яққол юрак етишмовчилиги белгиси).

Хулоса қилганимизда ЭхоКГ текширув натижаларига кўра даволаш муолажаларидан кейин 87 бемордан 36 нафарида юрак зарб ҳажми паст кўрсаткичга эга бўлди, бу 41,4% ни ташкил этади.

Стационардан жавоб беришдан олдин даволаш муолажаларининг самардорлиги “яхши (5 б)”, “қоникарли (4 б)”, “ўзгаришсиз (3 б)”, “ёмонлашган (2 б)” тарзида бахоланди. Бунда клиник белгиларнинг камайиши (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиш даражаси (1 б), инструментал белгиларнинг яхшиланиши (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг камайиши (1 б) ва беморни визуал аналог шкаласи бўйича ўз ахволини ижобий бахолаши (1 б) каби мезонлар ҳисобга олинди.

Куйидаги клиник-лаборатор текширувларда юрак зарарланишлари аниқланмаган беморларнинг стационардан жавоб беришдан олдин аниқланган даво муолажаларининг натижалари келтирилган:

Диаграмма 6. Жигар циррози билан касалланган юрак зарарланиши аниқланмаган беморларнинг (11 нафар, 100%) даволаш натижалари

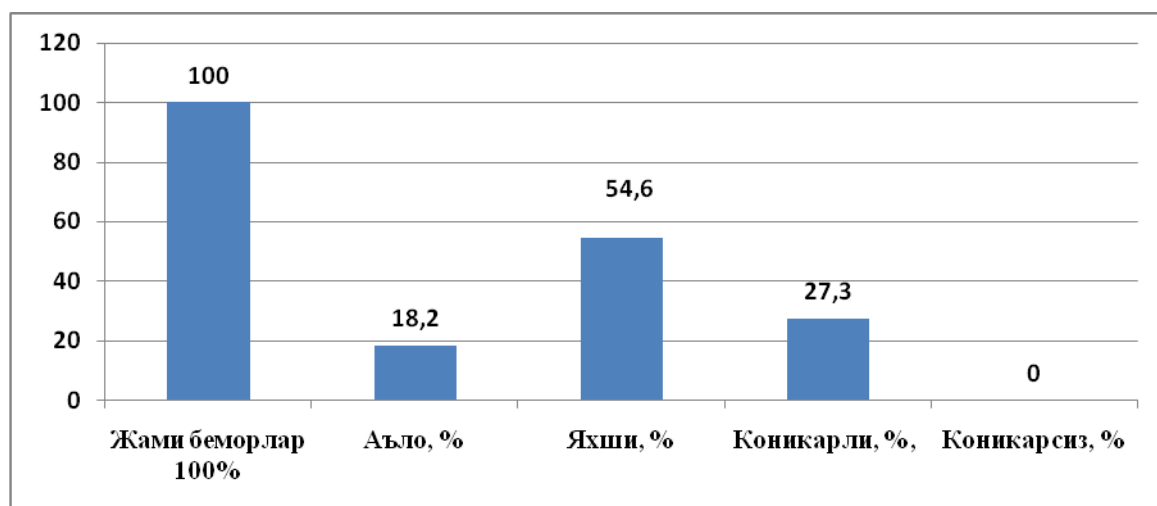


Диаграмма маълумотларига кўра, ушбу гуруҳда стационардан жавоб беришдан олдин 11 нафар бемордан 2 (18,2%) нафарида клиник белгиларнинг камайиши (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиши (1 б), инструментал белгиларнинг яхшиланиши (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг камайиши (1 б) ва беморни визуал аналог шкаласи буйича ўз аҳолини ижобий баҳолаши (1 б) кўзатилиб, даволаш муолажалари натижаси аъло (5 балл) баҳоланди.

6 (54,6%) нафар беморда эса клиник белгилар камайганлигига (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланганлигига (1 б), инструментал белгиларнинг яхшиланганлигига (1 б) ва сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг йўқлигига қарамасдан (1 б) беморларни визуал аналог шкаласи буйича ўз аҳолини ижобий баҳолашмаганлиги туфайли (1 б) даволаш муолажалар натижаси яхши (4 б) сифатида баҳоланди.

3 (27,3%) нафар беморда бошқа кўрсаткичларни яхшиланганлигига қарамасдан касалликнинг клиник белгиларини сақлаб қолинганлиги ва беморларни визуал аналог шкаласи буйича ўз аҳолини ижобий баҳолашмаганлиги туфайли даво муолажалари натижаси қониқарли (3 балл) сифатида баҳоланди.

Жигар циррози билан касалланган юрак зарарланиши аниқланмаган беморларда стационар даволаш натижалари қониқарсиз (2 балл) сифатида баҳолашмади.

Демак, бизнинг кўзатувларимизда жигар циррози касаллиги билан касалланган беморларда юрак зарарланишларининг клиник-лаборатор-инструментал текширувлари белгиларининг йўқлигида ўтказилган традицион даво муолажалари 42,8% беморларда ижобий (4 ва 5 балл) натижа берган.

Такдиковларимизнинг кейинги қисмида лаборатор ва инструментал текширувларда юрак зарарланишларига хос белигилар аниқланган, лекин даво муолажалари традицион тарзда олиб борилган беморларнинг

стационардан жавоб беришдан олдин даво натижаларини таҳлил этилди. Ушбу кўрсаткичлар диаграммада келтирилган.

Диаграмма 7. Жигар циррози билан касалланган юрак зарарланиши аниқланган ва традицион даво қабул қилган беморларнинг (42 нафар, 100%) даволаш натижалари

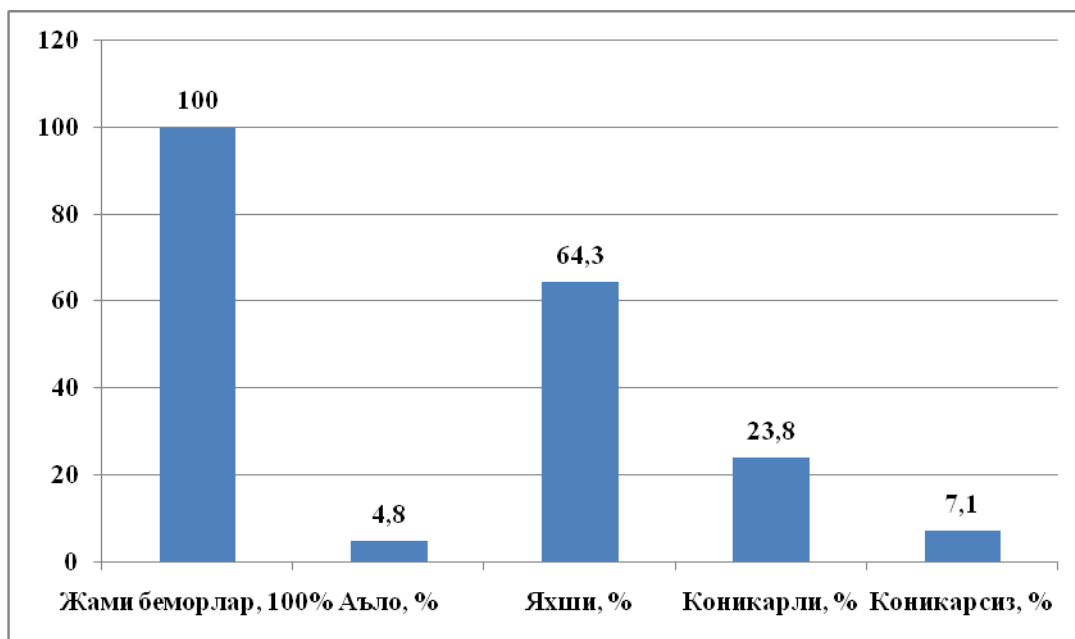


Диаграмма маълумотларига кўра жигар циррози касаллиги билан касалланган беморларда юрак зарарланишларининг клиник-лаборатор-инструментал текширувлари белгилари аниқланганида традицион даво натижалари 69,1% ҳолатда ижобий (4,8% - аъло, 64,3% - яхши) натижа, 23,8% ҳолатда – қониқарли, 7,1% - ҳолатда қониқарсиз натижа берган.

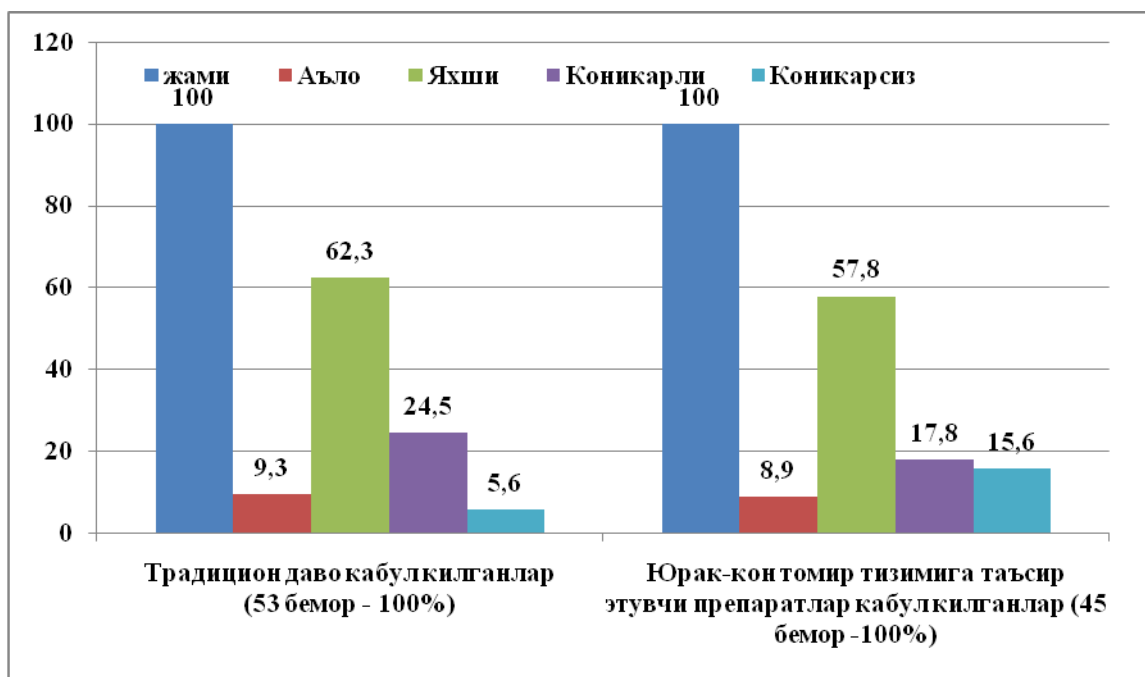
Умуман, кўзатувимизда традицион даво муолажалари 53 нафар беморда утқазилган бўлиб, ушбу беморларнинг 4 (7,5%) нафарида даволаш муолажалари аъло (5 балл), 33 (62,3%) нафарида – яхши (4 балл), 13 (24,5%) нафарида – қониқарли, 3 (5,7%) нафарида – қониқарсиз баҳоланган.

Традицион даво қабул қилган беморлар таркибини таҳлил этганимизда ушбу гуруҳдаги 29 нафар беморда цирротик

миокардиодистрофия тахсиси белгилари аниқланган ва 13 беморда юрак зарарланишлари “кам симптомли вариант сифатида кайд этилган. Айнан, цирротик миокардиодистрофия белгилари аниқланган ва юрак зарарланишлари “кам симптомли вариант сифатида кайд этилган беморлар ичида традицион даволаш муолажаларидан кейин коникарсиз натижалар кўзатилди.

Традицион даво қабул қилган беморлар даволаш натижаларини комплекс даво қилган беморлар даволаш натижалари билан қиёсий таҳлил этганимизда (диаграмма) комплекс даво қабул қилган беморлар даволаш кўрсаткичларини паст эканлигини кайд этилди. Биринчи гуруҳдаги беморларда иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан ижобий (4 ва 5 балл) ва коникарли (3 балл) даво натижалари 1,1 ва 1,4 марта кўп, коникарсиз натижалар – 2,8 марта камлиги кўзатилди.

Диаграмма 8. Жигар циррози билан касалланган беморларда традицион ва комплекс даво натижалари



Қўшимча равишда юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар калий, в-адреноблокаторлар (биспролол), АПФ-ингибиторлари (эналаприл), юрак гликозидлари (строфантин) қўлланилган иккинчи гуруҳ беморлари ичида даволаш муолажаларининг паст самарадорлиги сурункали юрак етишмовчилиги аниқланган беморларда кўзатилди.

Сурункали юрак етишмовчилиги II А босқичи (NYHA буйича II функционал синф) аниқланган 28 нафар бемордан 2 (7,1%) нафарда даволаш муолажалари аъло (5 б), 22 (78,6%) нафарда – яхши (4 б), 2 (7,1%) нафарда - қоникарли (3 б) ва 2 (7,1%) нафарда - қоникарсиз (2 б) баҳоланган.

Сурункали юрак етишмовчилиги II Б босқичи (NYHA буйича III функционал синф) аниқланган 17 нафар бемордан 2 (11,8%) нафарда даволаш муолажалари аъло (5 б), 4 (23,5%) нафарда – яхши (4 б), 6 (35,3%) нафарда - қоникарли (3 б) ва 5 (29,4%) нафарда - қоникарсиз (2 б) баҳоланган.

Демак, сурункали қон айланиши бузилиши даражасини ошуви даволаш муолажаларини самарадорлигини янада пасайишига олиб келган.

Умуман кўзатувимиздаги 98 беморнинг стационар даволаш натижалари диаграммада келтирилган.

Диаграмма 9. Жигар циррозида стационар даволаш натижалари

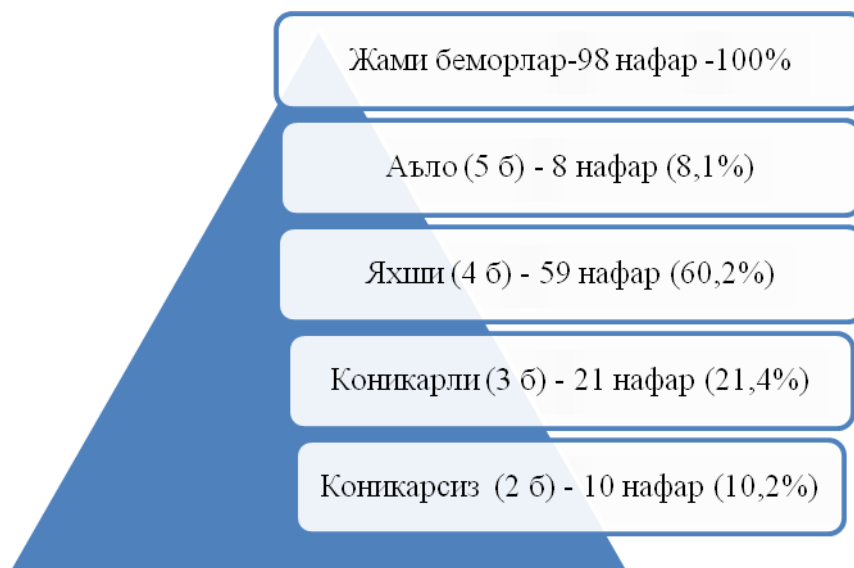


Диаграмма кўрсаткичларига кўра, кўзатувимиздаги 98 нафар беморнинг 8 нафарида (8,1%) стационардан жавоб беришимиздан олдин клиник белгиларнинг камайиши (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиши (1 б), инструментал белгиларнинг яхшилануви (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг камайиши (1 б) ва беморни визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳолаши (1 б) кўзатилиб, даволаш муолажалари натижаси аъло (5 балл) баҳолаган.

59 нафар (60,2%) беморда касалликнинг клиник белгилари камайган (1 б), лаборатор кўрсаткичлари (1 б) ва инструментал белгилари яхшиланган (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг йўқолган ёки камайган (1 б), лекин беморлар визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоланмаган ва шу сабабли даволаш муолажалар натижаси яхши (4 б) сифатида баҳоланган.

21 (21,4%) нафар беморда бошқа кўрсаткичларни яхшиланганлигига қарамасдан асосий касалликнинг клиник белгиларини сақлаб қолинганлиги ва беморларни визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоланмаганлиги туфайли даво муолажалари натижаси қониқарли (3 балл) сифатида баҳоланди.

Кўзатувимизда 10 (10,2%) нафар беморда клиник, лаборатор, инструментал белгилар яхшиланмаган, беморлар визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоламаган ва даво муолажалари натижаси қониқарсиз (2 балл) баҳоланди.

Жигар циррози билан касалланганларнинг стационар даво кунлари 14,5+1,2 койка кунини ташкил этган. Даволаш натижаси касалликнинг босқичларига ва асоратларига боғлиқ бўлди.

Кўзатувимиздаги даволаш муолажалари «қониқарсиз» баҳоланган 10 бемордан 4 нафари стационардан қисқа кунларда (3-5 кун) давомида қариндошлари ёки ўзларининг хоҳишларига кўра уйига олиб кетилган. Бу беморларда касалликнинг - портал гипертензия, асцит, жигар

энцефалопатияси, оғир даражадаги камқонлик, гепаторенал синдром, сурункали қон айланиш етишмовчилиги каби асоратлари бўлган.

Кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши 4 нафар беморда аниқланган ва бу беморлар реанимация бўлимига утказилиб гемостатик даво муолажалари давом эттирилган. Ушбу беморлардан 1 нафаридан қон кетиш белгилари тўхтатилиб уйига жавоб берилган, 3 беморда даволаш самара бермаган.

Даволаш давомида 2 нафар беморда жигарнинг чуқур комаси кўзатилиб, бу беморларни комадан чиқаришнинг имконияти бўлмаган. Умуман, кўзатувмизда жигар жиррозидан стационарда улим ҳолати 5 беморда кўзатилиб, кўзатувимиздаги беморларнинг 5,1% ни ташкил этган.

Жигар циррози касаллигида даволаш натижалари таҳлили, касаллик ривожланган вақтида касалликнинг фаоллигини камайтириш, жигар функционал фаоллигини яхшилаш, портал гипертензия даражасини камайтириш, жигар энцефалопатияси ва сурункали қон айланиш етишмовчилигига қарши кўрашишга қаратилган тадбирларни кенг ўтказишни талаб этади. Летал оқибатлар таҳлили ушбу асоратларни беморларни улимига олиб келувчи асосий сабаб эканлигини кўрсатди.

НАТИЖАЛАР ТАҲЛИЛИ

Жигарнинг диффуз касалликлари аҳоли орасида кўп тарқалганлиги, ногиронлик кўрсаткичларининг юқори эканлиги, даволаш муолажаларининг ҳамма вақт ҳам ижобий самара бермаслиги туфайли хозирги вақтда ҳам гепатологияда жиддий муаммо сифатида қаратилмоқда. Маълумки, жигарнинг вирус ёки вирусга боғлиқ бўлмаган зарарланишлари некроз, апоптоз, бириктирувчи тўқима реакцияси ва портал гипертензия ривожланиши билан кечади (Хазанов Д.И., ва бошқ., 2008; Хашимов Ш.Х., 2010).

Жигар циррози касаллигида портал гипертензия ва у билан боғлиқ гемодинамик бузилишлар барча органларнинг бузилишларига олиб келади (Осипенко М.Ф., ва бошқ., 2007; Юнусова З.Д., 2010; Таджиев Б.М., 2010; Жанибеков Ж.Ж., 2010; Хашимов Ш.Х., 2010). Юрак қон-томир тизими зарарланиши асосан юрак мушагидаги метаболик типдаги бузилишлар билан кечади ва «цирротик кардиопатия» («миокард дистрофияси») сифатида тавсифланади (Бутунжахон гастроэнтерологлар йиғилиши 2005). Касалликда юракнинг систолик ва диастолик функцияси бузилишларини ўрганиш, касалликнинг оқибатларини эрта аниқлаш ва керакли даво муолажаларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этишини кўрсатмоқда. Аммо, ушбу муаммони ечишга қаратилган илмий изланишлар хозирча етарли бўлмай, касалликни даволаш бир ёклама ва кўпгина даволаш муассаларида фақат гепатопротекторлар ва диуретиклар тавсия этиш билан чекланиб қолмоқда.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, ишнинг мақсадини жигар циррози билан касалланган беморларда касалликнинг кечиши ва оғирлашувида юрак зарарланишлари, ҳамда систолик ва диастолик дисфункциясининг аҳамиятини ўрганиш ва беморларни даволашда самарали дори воситаларини танлашга қаратдик.

Самарканд давлат тиббиёт институти клиникасининг терапия бўлимида жигар циррози 98 бемор (59 бемор, 60,2% - вирус этиологияли

жигар циррози, 34 бемор, 34,7% – криптоген жигар циррози, 5 бемор 5,1% - токсик этиологияли жигар циррози) клиник, лаборатория ва инструментал текширувларидан ўтказилди.

Текширувларимизда эркаклар кўп бўлиб, улар 55 кишидан (56,1%), аёллар эса 43 кишидан (43,9%) иборат эдилар. Беморларнинг ўртача ёши вирус этиологияли жигар циррози $40,5 \pm 1,9$ йилга, криптоген жигар циррозида – $52,3 \pm 2,7$ йилга, токсик этиологияли жигар циррозида эса – $56,6 \pm 7,5$ йилга тенг бўлди. Кўзатувимиздаги беморлардан 11 беморда (11,2%) Чайльд Пью буйича касалликнинг А босқичи, 43 беморда – В босқичи (43,8%), 44 беморда – С босқичи (44,9%) аниқланган.

Махсус текшириш усулларига беморларнинг юрак зарарланишига хос шикоятларини ва юрак зарарланишлари симптоматикани аниқлаш, юракнинг зарарланиши ва жигар циррози анамнезини аниқлаш киритилди. Юракни физикал текшируви юрак соҳасини кўздан кечириш, юракнинг нисбий ва абсолют чегарасини аниқлаш, қон босими ва пульсни аниқлашдан иборат бўлди.

Инструментал текширувлардан кукрак қафаси рентгенологик текширувида чап қоринча гипертрофияси, кардиомегалия, ўпкада димланиш белгилари аниқланса; электрокардиографияда – ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари, юрак деворлари гипертрофияси, миокарддаги Диффуз-дистрофик, гипоксик характердаги ўзгаришлар аниқланди. Юракнинг функционал ҳолатини баҳолашда жигар циррози билан оғриган беморларда М-режимдаги ЭхоКГ текшируви ўтказилди. Юракни ультратовуш текширувида чап қоринчанинг систолик ўлчами (КСР) ва диастолик ўлчами (КДР), зарб ҳажми (ФВ, %), мушак толасининг қисқариш тезлиги (V_{cf}/c), чап қоринчанинг систолик ва диастолик ҳажми (КСО, и КДО в куб см) ўлчанди.

Систолик функция кўрсаткичи - чап қоринчанинг систолик ҳажми ва ўлчамлари, зарб ҳажми, диастолик функция кўрсаткичи - чап қоринчанинг диастолик ўлчами ва ҳажмига қараб белгиланди. Эхокардиографияда

шунингдек, юрак бўшлиқлари дилатацияси, деворлар гипертрофия, гипокинезия ёки гиперкинезияси, юрак клапан аппарати ҳолати ва юрак қисқарувчанлик ҳолатини аниқлаш имкони бўлди.

Назорат гуруҳи учун 20 нафар соғлом кишилар текширувлари натижалари инобатга олинди. Олинган натижалар вариацион статистика усулида баҳоланди. Бунда ўртача арифметик миқдор, унинг ўртача квадрат хатоси моментлар усулида аниқланди. Олинган натижаларнинг ишончлилиқ мезони (t) ва ишончлилиқ даражаси (P) ҳам таҳлилдан ўтказилди.

Жигар циррозида юрак зарарланишининг тарқалиш частотаси ва даражаси адабиётларда турли-туман бўлиб, ўзаро қарама-қарши фикрлар ва натижалар учраб туради. Бу муаммога тадқиқотчилар турлича ёндашадилар. Баъзи текширувларда «жигар циррозида юрак қон-томир асоратлари (миокардиодистрофия) функционал характерли бўлиб, юрак фаолиятининг нейроэндокрин регуляцияси бузилишидан келиб чиққан» шаклдаги қарашлар мавжуд. Бошқа тадқиқот хулосаларига кўра жигар циррозида юрак зарарланиши энг кўп – портал гипертензия туфайли келиб чиққиши таъкидланади. Халигача жигар циррозида юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришларни келиб чиқиши сабаби ҳақида аниқ фикрлар йўқ.

Текширувларимизда 48,9% бемор юрак соҳасидаги оғриққа шикоят қилди, кўпинча оғриқ ўртача интенсивлида, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи типда бўлди. Оғриқ ҳамма вақт ҳам жисмоний зўриқишда пайдо бўлмади, нитроглицерин қабул қилиниши оғриқни бартараф этмади, оғриқ вақтида ЭКГ текширувида ишемия белгилари кўзатилмади. Иккинчи ўринда (46,9%) юрак ритми бузилишига хос шикоятлар: юракнинг тез уриши, юрак уришининг сустлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси каби белгилар аниқланди. Оёқларда шиш бўлишига 45,9% бемор шикоят қилди: - товон соҳасидаги

ва жисмоний зўриқишда кўпаювчи камроқ ифодаланган шишларга – 20,0%, кечки пайтда кўпаядиган товондаги кўринарли шишларга – 42,2%, болдир соҳасига тарқаладиган яққол шишларга – 37,8%.

Жигар циррозида юракга хос симптомларни 58,3% беморларда аниқлаш имконини беради. Объектив текширилганда аксарият беморларда тери ва кўринарли шиллик қаватларининг рангпарлиги, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги аниқланади. Шунингдек пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, экстрасистолия (юракнинг навбатдан ташқари қисқариш), титроқ аритмия кўзатилади. Бу клиник симптомлар юрак зарарланишининг нафақат функционал характерда, балки юрак мушагининг дистрофик зарарланишини таъкидлайди. Титроқ аритмия, экстрасистолия, шишлар асосан сурункали юрак етишмовчилиги учун характерли бўлиб, шишларнинг табиатини аниқлаш борасида ўтказилган текширувларимизда шишлар жигар циррози натижасидаги цирротик кардиомиопатия учун хослиги аниқланди.

Рентгенологик текширув ёрдамида юракка оид чап қоринчанинг кенгайиши, кардио-торакал индексининг 40% дан катталиги, аорта ёйининг яссилашуви, юрак қисқарувчанлигининг кучайиши каби ўзгаришлар 63,2% беморларда аниқланган бўлса, юрак ритмига хос ЭКГ текширувида автоматизм, қўзғалувчанлик ва ўтказувчанлик бузилиши белгилари 71 беморда аниқланди, бу 71,4% ни ташкил этди. Автоматизм бузилишлари - синус тахикардияси (38,8%), синус брадикардияси (8,1%) ва синус аритмияси (5,1%) типидан кечди. Қўзғалувчанликнинг бузилишларидан қоринча экстрасистолияси (13,3%), суправентрикуляр экстрасистолия (5,1%), титроқ аритмия (7,2%) аниқланди. Текширувларимизда Q-T интервалини ўзайиши 41 беморда учради (41,8%). Чап қоринча гипертрофияси белгилари 60 беморда (61,2%), иккала қоринча гипертрофияси белгилари - 12 беморда (12,2%) кўзатилди. 35 кишида (35,7%) миокарднинг дистрофик зарарланиш белгилари: RS-T

сегментининг пасайиши, I, II, III, aVL, aVF, V3, V4 ва V5 уланишларда T тишчанинг яссилашуви ёки манфийлиги аниқланди.

Юракнинг функционал ҳолати M-режимда ЭхоКГ текшируви орқали баҳоланди. Текширувимизда ЭхоКГ да юракнинг зарарланиш белгилари 87 беморда (88,8%) қайд этилди .

Жигар циррози билан касалланган беморларда соғлом кишиларга нисбатан чап қоринчанинг охириги систолик (115%), охириги диастолик ўлчами (117%), охириги систолик ҳажм (143%) ва охириги диастолик ҳажм (128%) (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши хос бўлди ($P<0,05$; $P<0,02$). Бу кўрсаткичлар жигар циррози касаллигида юрак мушагининг, айниқса чап қоринчанинг жиддий зарарланиши ва гемодинамиканинг чуқур ўзгариши, систолик ва диастолик функцияларининг етишмовчилиги, шунингдек чап қоринчанинг ҳажм жиҳатдан зўриқишини билдиради.

Юракнинг зарб ҳажми ўртача $52,3\pm 5,4\%$ ни ташкил этди ва соғлом одамларга нисбатан 1,28 марта статистик пасайиши қайд этилди ($P<0,02$). 42 (42,9%) нафарда зарб ҳажми 59-50% атрофида бўлиб, бу қисқарувчанликнинг пасайганидан далолат беради. Зарб ҳажми 28 (28,6%) беморда 49-40% ни ташкил этди (яққол юрак етишмовчилиги белгиси), 17 (17,34%) нафар беморда - зарб ҳажми 40% дан кам бўлиб бу оғир юрак етишмовчилигининг белгиси ҳисобланади.

ЭхоКГ текширувида юрак деворлари гипертрофияси белгилари (40 бемор, 40,8%), шу жумладан, чап қоринча орқа девори ва қоринчалараро тўсиқ гипертрофияси 65 беморда (66,32%) аниқланди. Шунингдек, чап қоринча бўшлиғи дилатацияси 18 беморда (18,36%), деворлар гипокинезияси – 15 нафар (15,3%) ва юрак қисқарувчанлигининг сонини ошуви 38 нафар (38,7%) аниқланди.

ЭхоКГ маълумотларига кўра 40 ёшгача бўлган беморларда юрак зарбининг пасайиши 67,6%, 40 ёшдан катта беморларда 100,0% га тенг эканлиги маълум бўлди. 60 ёшдан катта 16 беморнинг 6 (37,5%) нафарида

яққол ифодаланган юрак етишмовчилиги, 10 (62,5%) нафарида оғир ифодаланган юрак етишмовчилиги белгилари аниқланди. Касаллик давомийлигига кўра таҳлил қилинганда, ЭхоКГ текширувлар учун хос бўлган яққол ва оғир юрак етишмовчилиги ривожланганлигидан дарак берувчи белгилар асосан касалликнинг 5 йилдан зиёд вақт кечган беморлар учун характерли бўлди.

Кўзатувимиздаги Чайльд Пью буйича касалликнинг А босқичи аниқланган барча 11 (100,0) беморда ЭхоКГ текширувда юрак зарб хажми 60,0% дан кўп бўлиб, юрак фаолияти сақланганлигидан дарак берди. Касалликнинг В босқичи аниқланган 43 бемордан эса 1 (2,3%) нафарида зарб хажми 49-40% атрофида, 42 (97,7%) нафарида – зарб хажми 59-50% атрофида бўлди (юрак систолик кучини пасайиши). Чайльд Пью буйича касалликнинг С босқичи аниқланган 44 бемордан 17 (38,6%) нафарида юрак зарб хажми 40% дан паст бўлиб оғир юрак етишмовчилигидан дарак берган бўлса, 27 (61,4%) нафарида – 49-40% ни ташкил этиб, яққол юрак етишмовчилиги ривожланганлигини кўрсатди.

Демак, жигар циррозида кечадиган гемодинамик бузилишлар ташкил этувчи - юрак зарб хажмининг яққол пасайиши жигар циррози касаллигининг хавф омиллари - беморлар ёши ва касаллик давомийлиги, асоратлар ривожланганлиги билан пропорционал равишда ўзаро боғлиқ.

Хозирги вақтда клиник амалиётда органлар ўртасида боғлиқликни ўрганиш ва ички касалликларда ушбу ўзгаришлар асосида рационал диагностик ва даво ишлаб чиқиш муҳим урин эгаллайди. Жигар циррози касаллигида юрак қон-томир тизими ўзгаришлари ўзаро боғлиқ бўлиб, юрак мушагининг зарарланишлари асосий касаллик натижасида келиб чиқади ва бу зарарланишлар оқибатида эса жигар циррози касаллигининг кечуви янада оғирлашади.

Жигар циррозида гиперкинетик типдаги гемодинамика кўзатилади. Циркуляциядаги қоннинг кўпайиши, периферик қон томирлар қаршилигининг сусайиши, чап қоринчанинг зуриқиши жигардаги

ўзгаришларни кучайтиради.

Бизнинг текширувларимизда жигар циррози билан касалланган беморларда юрак томонидан ўзгаришлар (юрак касалликларига хос шикоятлар, объектив текширув маълумотлари, рентгенологик, ЭКГ ва ЭхоКГ ўзгаришлари) 87 беморда кўзатилиб, бу кўрсаткич 88,8% ни ташкил этди.

Юрак зарарланишларининг клиникаси, инструментал текширув натижаларига кўра жигар циррозига хос юрак зарарланиши – цирротик миокардиопатия ёки миокардиодистрофия, асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилиги ва юрак зарарланишларининг кам симптомли варианты каби нозологик бирликларга бўлинди.

Жигар циррозида миокардиопатия ёки миокардиодистрофия ташхиси кўйилган беморлар 75,6% ни ташкил этди. Бу беморлар учун юракка хос шикоятлари аниқ бўлмай, асосан, юрак соҳасида нохуш сезгидан иборат бўлди. Оғриқ юрак чўққисида жойлашиб, симилловчи, босувчи, санчувчи характерга эга ва кўкрак қафасининг чап қисмига берилади, жисмоний зўриқиш билан боғлиқ эмас, нитроглицерин ёрдам бермайди. Миокард қисқарувчанлик функцияси бўзилганлиги учун инструментал текширувда юрак етишмовчилиги белгилари аниқланди.

ЭКГда қоринча электик систоласи ўзайган, Т тишча вольтажининг пасайиши, баъзан барча уланишларда Т тишча яссиланган ёки иккиланган. Юрак зарарланиши секинлик билан ривожланган. Тахикардия, экстрасистолия ёки титрок аритмия аниқланди. Юрак ўлчамлари катталашган, тонлар бўғиқлашган. ЭхоКГ маълумотларида чап қоринча бўшлиғи дилатацияси, зарб ҳажмининг камайиши ва қоринча деворлари гипокинезияси намоён бўлди. Беморлар ёши 20 - 48 ёш атрофида (ўртача – 41,3±0,3 ёш), касаллик давомийлиги 6 ойдан 5 йилгача (ўртача – 3,0±0,3 йил) бўлди.

Сурункали юрак етишмовчилиги диагнозини ифодалашда функционал синфларни кўрсатувчи тасниф (Нью-Йорк, 1964, NYHA, 1964) ва

В.Х.Василенко, Н.Д.Стражеско (1935) классификацияси дан фойдаланилди.

ЭхоКГ текширувидан кейин, клиник ташхисни асослашда асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилиги ташхиси 45 (46,0%) беморда: 28 (28,6%) беморда II А босқич, 17 (17,3%) беморда II Б босқич қайд этилди. Шунингдек, ЭхоКГ текшируви 42 (42,9%) беморда юрак етишмовчилигининг дастлабки I босқичи аниқлаш имконини берди (зарб ҳажми 59-50%).

11 беморда (11,2%) инструментал текширув усуллари даволовчи шифокорлар томонидан баҳоланмаган (юрак зарарланишининг кам симптомли варианты). Беморлар ёши 46-52 ёшни (ўртача – 50,0±0,4 ёш), касаллик давомийлиги - 8 ойдан 12 йилгача (ўртача – 5,0±0,3 ёш) бўлди. Беморлардаги объектив ўзгаришлар, ЭхоКГда аниқланган белгилар касаллик тарихларида ўз аксини топган, лекин бу белгилар даволовчи шифокорлар томонидан ҳисобга олинмаган ва диагнозларда қайд этилмаган. Бу ҳолатнинг асосий сабаблари сифатида беморларнинг шикоятларини аниқ бўлмаганлиги, жигар циррози белгилари фонида яққол ифодаланмай қолганлиги, инструментал текширувлари натижаларини ўзаро мос келмаганлигини кўрсатиш мумкин.

Жигар циррози касаллигини даволаш касалликни прогрессив ривожланишини камайтириш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш, асоратлар олдини олишга қаратилган. Беморларни тўғри овқатлантириш ва кунлик жисмоний фаолликни тўғри ташкил этиш касалликни даволашда муҳим урин эгаллайди.

Тавсия этилган даво муолажаларига кўра барча беморлар 2 гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳ беморлари қабул қилинган стандартлар асосида даво муолажаларини қабул қилдилар (53 бемор). Иккинчи гуруҳ беморларига (45 бемор) Қўшимча равишда юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар калий, в-адреноблокаторлар (бисопролол), АПФ-ингибиторлари (эналаприл), юрак гликозидлари (строфантин) қўлланилади. Иккинчи гуруҳга киритилган беморлар сурункали қон

айланиши етишмовчилиги аниқланган беморлар бўлиб, уларнинг 28 (28,6%) нафарида асорат сифатида сурункали юрак етишмовчилигининг II А босқичи (NYHA буйича II Функционал синф), 17 (17,3%) нафарида сурункали юрак етишмовчилигининг II Б босқичи (NYHA буйича III Функционал синф) кайд этилган.

Жигар циррози билан касалланганларнинг стационар даво кунлари 14,5+1,2 койка кунини ташкил этган. Даволаш натижаси касалликнинг босқичларига ва асоратларига боғлиқ бўлди.

Утказилган даво муолажалари беморлар умумий ахволини яхшиланувига олиб келди. Даво натижасида беморлардаги астеновегетатив синдром белгилари - холсизлик, дармонсизлик, бош оғриши, иштаха пастлиги, бош оғриши, уйқунинг ёмонлашуви каби белгилар кескин камайди. Асцитик синдром белгиларини ва портал гипертензия даражасини камайиши асосий даво муолажаларига юрак фаолиятини яхшиловчи препаратлар кушилганида кўпчилик беморларда кўзатилди.

Утказилган даво муолажаларидан кейин клиник белгиларнинг яхшилануви бир қатор лаборатор кўрсаткичларнинг яхшилануви билан биргаликда кечди. Жумладан, барча беморларда қондаги гемоглобиннинг ўртача микдори, эритроцитлар, умумий оксил микдори, альбуминлар микдори кутарилди, пигмент алмашинуви кўрсаткичларидан умумий билирубин микдори ва тимоль синамаси курсткичи пасайди. Стационардан жавоб беришдан олдин юқорида кўрсатилган лаборатория белгиларнинг яхшиланиши иккала гуруҳда бир хил намоён бўлди.

Жигар циррози касаллигида даволашдан олдин юрак соҳасидаги оғриққа (ўртача интенсивлида, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи типда) 48,9% бемор, юракнинг тез уриши, юрак уришининг сустлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси каби белгиларга 46,9% бемор шикоят қилган. Стационар даводан кейин 7,1%

беморда оғриқнинг камайиши, 36,7% беморда умуман йўқолиши, 8,0% беморда юрак ритмининг бузилишига хос симптомларнинг камайганлиги, 38,8% беморда умуман йўқолганлиги характерли бўлди.

Стационардан жавоб беришдан олдин товон соҳасидаги жисмоний зўриқишда кўпаювчи камроқ ифодаланган шишлар аниқланган 9 нафар (9,2%) беморда шишлар умуман кўзатилмади. Кечки пайтда кўпаядиган товондаги кўринарли шишлар аниқланган 19 нафар (19,4%) бемордан 6 нафарида (6,2%) кам ифодаланган шишлар аниқланди, 10 нафарида (10,2%) шиш умуман аниқланмади. Болдир соҳасига тарқаладиган яққол шишларга шишларга шикоят қилган 17 нафар (17,3%) бемордан 7 (7,1%) нафарида шиш кўзатилмади, 6 (6,2%) нафарида кам ифодаланган шишлар аниқланди, 4 нафарида (4,1%) шишлар умуман йўқолмади.

Беморлар шикоятлари динамикасини даволаш муолажалар характерига кўра таҳлили юрак соҳасида оғриқ ва юрак ритмининг бузилишлари сақланган беморнинг барчаси 2 гуруҳдаги беморлар эканлигини кўрсатди.

Утказилган даволаш муолажаларидан кейин ЭКГда аниқланган белгиларнинг ҳам ижобий томонга ўзгарганлиги кайд этилди. Даволашдан сунг иккала гуруҳ беморлари орасида даволашдан олдин кўзатилган синус брадикардияси, қоринча усти экстрасистолияси, қоринчалар экстрасистолияси белгилари аниқланмади. Синус тахикардияси аниқланган 38 бемордан 18 нафарида юрак урушлари сони 80 тадан ортиқлигича колди. Шунингдек титрок аритмия 4% беморларда, Гисс тутамининг чап оёкчаси блокадаси 11% беморларда сақланиб колди.

Даво муолажалари ЭхоКГ натижаларини ҳам ўзгаришларига сабаб бўлди. Стационардан жавоб беришдан олдин жигар циррози билан касалланган беморларда чап қоринчанинг охирги систолик, охирги диастолик ўлчами, охирги систолик ҳажми ва охирги диастолик ҳажми (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг камайиши хос бўлди.

Даволаш муолажалари юракнинг зарб ҳажмининг ошувига олиб келди ва стационардан жавоб беришдан олдин юракнинг зарб ҳажми ўртача $52,3 \pm 5,4\%$ дан $61,9 \pm 4,9\%$ гача кутарилди. Лекин, беморлардаги ушбу кўрсаткич амалий соғлом кишилар кўрсаткичидан ($67,2 \pm 1,2\%$) пастлигича колди. ЭхоКГ текширув натижаларига кўра даволаш муолажаларидан кейин 87 бемордан 36 нафарида юрак зарб ҳажми пасат кўрсаткичга эга бўлди, бу $41,4\%$ ни ташкил этади.

Стационардан жавоб беришдан олдин даволаш муолажаларининг самардорлиги “яхши (5 б)”, “қоникарли (4 б)”, “ўзгаришсиз (3 б)”, “ёмонлашган (2б)” тарзида бахоланди. Бунда клиник белгиларнинг камайиши (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиш даражаси (1 б), инструментал белгиларнинг яхшиланиши (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг камайиши (1 б) ва беморни визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий бахолаши (1 б) каби мезонлар ҳисобга олинди.

Умуман, кўзатувимизда традицион даво муолажалари 53 нафар беморда утказилган бўлиб, ушбу беморларнинг 4 ($7,5\%$) нафарида даволаш муолажалари аъло (5 балл), 33 ($62,3\%$) нафарида – яхши (4 балл), 13 ($24,5\%$) нафарида – қоникарли, 3 ($5,7\%$) нафарида – қоникарсиз бахоланган.

Традицион даво қабул қилган беморлар таркибини таҳлил этганимизда ушбу гуруҳдаги 29 нафар беморда цирротик миокардиодистрофия тахшиси белгилари аниқланган ва 13 беморда юрак зарарланишлари “кам симптомли вариант сифатида кайд этилган. Айнан, цирротик миокардиодистрофия белгилари аниқланган ва юрак зарарланишлари “кам симптомли вариант сифатида кайд этилган беморлар ичида традицион даволаш муолажаларидан кейин қоникарсиз натижалар кўзатилди.

Традицион даво қабул қилган беморлар даволаш натижаларини комплекс даво қилган беморлар даволаш натижалари билан киёсий таҳлил

этганимизда комплекс даво қабул қилган беморлар даволаш кўрсаткичларини паст эканлигини қайд этилди. Биринчи гуруҳдаги беморларда иккинчи гуруҳ беморларига нисбатан ижобий (4 ва 5 балл) ва қоникарли (3 балл) даво натижалари 1,1 ва 1,4 марта кўп, қоникарсиз натижалар – 2,8 марта қамлиги кўзатилади.

Сурункали қон айланиши бузилиши даражасини ошуви даволаш муолажаларини самармадорлигини янада пасайишига олиб келган. Сурункали юрак етишмовчилиги II А босқичи (NYHA буйича II функционал синф) аниқланган 28 нафар бемордан 2 (7,1%) нафарида даволаш муолажалари аъло (5 б), 22 (78,6%) нафарида – яхши (4 б), 2 (7,1%) нафарида - қоникарли (3 б) ва 2 (7,1%) нафарида - қоникарсиз (2 б) баҳоланган.

Сурункали юрак етишмовчилиги II Б босқичи (NYHA буйича III функционал синф) аниқланган 17 нафар бемордан 2 (11,8%) нафарида даволаш муолажалари аъло (5 б), 4 (23,5%) нафарида – яхши (4 б), 6 (35,3%) нафарида - қоникарли (3 б) ва 5 (29,4%) нафарида - қоникарсиз (2 б) баҳоланган.

Умуман, кўзатувимиздаги 98 нафар беморнинг 8 нафарида (8,1%) стационардан жавоб беришимиздан олдин клиник белгиларнинг қамайиши (1 б), лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиши (1 б), инструментал белгиларнинг яхшилануви (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг қамайиши (1 б) ва беморни визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳолаши (1 б) кўзатилиб, даволаш муолажалари натижаси аъло (5 балл) баҳоланган.

59 нафар (60,2%) беморда касалликнинг клиник белгилари қамайган (1 б), лаборатор кўрсаткичлари (1 б) ва инструментал белгилари яхшиланган (1 б), сурункали юрак етишмовчилиги белгиларининг йўқолган ёки қамайган (1 б), лекин беморлар визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоланмаган ва шу сабабли даволаш муолажалар натижаси яхши (4 б) сифатида баҳоланган.

21 (21,4%) нафар беморда бошқа кўрсаткичларни яхшиланганлигига карамасдан асосий касалликнинг клиник белгиларини саклаб колинганлиги ва беморларни визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоланмаганлиги туфайли даво муолажалари натижаси коникарли (3 балл) сифатида баҳоланди

Кўзатувмизда 10 (10,2%) нафар беморда клиник, лаборатор, инструментал белгилар яхшиланмаган, беморлар визуал аналог шкаласи буйича ўз ахволини ижобий баҳоламаган ва даво муолажалари натижаси коникарсиз (2 балл) баҳоланди.

Кўзатувимиздаги даволаш муолажалари «коникарсиз» баҳоланган 10 бемордан 4 нафари стационардан киска кунларда (3-5 кун) давомида кариндошлари ёки ўзларининг хохишларига кўра уйига олиб кетилган. Бу беморларда касалликнинг портал гипертензия, асцит, жигар энцефалопатияси, оғир даражадаги камқонлик, гепаторенал синдром, сурункали қон айланиш етишмовчилиги каби асоратлари бўлган.

Қизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши 4 нафар беморда аниқланган ва бу беморлар реанимация бўлимига утказилиб гемостатик даво муолажалари давом эттирилган. Ушбу беморлардан 1 нафарда қон кетиш белгилари тухтатилиб уйига жавоб берилган, 3 беморда даволаш самара бермаган.

Даволаш давомида 2 нафар беморда жигарнинг чуқур комаси кўзатилиб, бу беморларни комадан чиқаришнинг имконияти бўлмаган. Умуман, кўзатувмизда жигар жиррозидан стационарда улим холати 5 беморда кўзатилиб, кўзатувимиздаги беморларнинг 5,1% ни ташкил этган.

Жигар циррози касаллигида даволаш натижалари таҳлили, касаллик ривожланган вақтида касалликнинг фаоллигини камайтириш, жигар функционал фаоллигини яхшилаш, портал гипертензия даражасини камайтириш, жигар энцефалопатияси ва сурункали қон айланиш етишмовчилигига қарши кўрашишга қаратилган тадбирларни кенг

ўтказишни талаб этади. Летал оқибатлар таҳлили ушбу асоратларни беморларни улимига олиб келувчи асосий сабаб эканлигини кўрсатди.

Демак, жигар циррози касаллигида юрак қон-томир тизимида бир қатор қатор ўзгаришлар юзага келиб, бу ўзгаришлар чап қоринчанинг систолик ва диастолик дисфункциясини ва унинг асосида сурункали юрак етишмовчилигини келтириб чиқаради. Портал гипертензиянинг ошуви, Child-Pugh мезонлари буйича касаллик кечувини оғирлашуви юрак зарарланишлари билан биргаликда кечади.

Текширувларимиз асосида аниқланган беморлар шикоятлари, объектив текшириш маълумотлари, ЭКГ, ЭхоКГ асосида жигар циррози касаллигида кўзатиладиган юрак зарарланишларига хос диагностик мезонларни келтирамиз:

Бемор шикоятларига хос: юрак соҳасида ўртача интенсивлида, юракнинг бутун юзаси бўйлаб тарқалган, симилловчи характерда, 15-20 минутгача давом этувчи, жисмоний зўриқишга боғлиқ эмас, нитроглицерин қабул қилинганда бартараф этилмайдиган, ЭКГ текширувида ишемия белгиларисиз оғриқ, юракнинг тез уриши, юрак уришининг сустлашиб ва заифлашиб кетиши, вақти-вақти билан жисмоний зўриқишда юракнинг навбатдан ташқари уриши, юракнинг тўхтаб-тўхтаб уриши, тўхтаб қолиш ҳисси, оёқларда шиш бўлиши (товон соҳасидаги ва жисмоний зўриқишда кўпаювчи камроқ ифодаланган шишлар, кечки пайтда кўпаядиган товондаги кўринарли шишлар, болдир соҳасига тарқаладиган яққол шишлар);

Юракнинг объектив, ЭКГ ва рентген текширувлари маълумотларида: тери ва кўринарли шиллик қаватларининг рангпарлиги, цианоз, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги, пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, гипотония, экстрасистолия, титроқ аритмия, Q-T интервалини ўзайиши;

ЭхоКГ текширувида чап қоринчанинг систолик ва диастолик дисфункциясига хос: чап қоринчанинг охириги систолик, охириги диастолик ўлчами, охириги систолик ҳажм ва охириги диастолик ҳажм (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши;

Юракнинг зарб ҳажмини (ўртача $52,3 \pm 5,4\%$) соғлом одамларга нисбатан статистик пасайиши ва юрак зарб ҳажмининг яққол пасайиши жигар циррози касаллигининг хавф омиллари - беморлар ёши ва касаллик давомийлиги, асоратлар ривожланганлиги билан пропорционал равишда ўзаро боғлиқ бўлиши;

Жигар циррози касалликда стандартлар асосида утказилган традицион даво муолажалари $69,8\%$ - яхши, $24,5\%$ - қоникарли, $5,7\%$ - қоникарсиз натижа беради. Цирротик миокардиодистрофия белгилари аниқланган ва юрак зарарланишлари “кам симптомли вариант сифатида кайд этилган беморлар ичида традицион даволаш муолажаларидан кейин қоникарсиз натижалар кўп кўзатилади. Шу билан биргаликда, традицион даво қабул қилган беморларга нисбатан комплекс даво муолажаларини қабул қилган беморларда даволаш кўрсаткичларини самарадорлиги паст бўлади. Чунки, касалликда аксарият холларда юрак фаолиятига таъсир этувчи препаратлар сурункали қон айланиши бузилиши даражасини ошувида қўлланилиб, бу даврда даволаш муолажаларини самарадорлигини янада пасаяди. Шунингдек, бу беморларда касалликнинг - портал гипертензия, асцит, жигар энцефалопатияси, оғир даражадаги камқонлик, гепаторенал синдром каби асоратлари ривожланган бўлади.

Умуман, жигар циррози касаллигида стационар даводан кейин $10,2\%$ беморда даво муолажалари натижаси қоникарсиз бўлади, стационар даво вақтида $4,1\%$ беморларда кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши, $2,1\%$ - жигарнинг чуқур комаси кўзатилади. Бу иккала асорат натижасида жигар циррозидан стационарда улим холати $5,1\%$ ни ташкил этади.

Демак жигар циррози касаллигининг ривожланган ва асоратланган босқичда барча циррозлар клиник жихатдан бир хил бўлиб, портал гипертензия, асцит, цирротик энцефалопатия, геморрагик синдром, цирротик кардиопатия, юрак етишмовчилиги каби асоратлар билан кечади ва бу асоратларнинг кўпчилиги ёмон оқибатларга олиб келади. Шу сабабли касалликнинг бошлангич белгиларини чуқур ўрганиш лозим бўлиб, касалликнинг эрта белгиларини аниқлаш - касалликнинг кейинги клиник кечувини белгилаш имкониятини беради, унинг оқибатларини эрта аниқлаш ва керакли даво муолажаларини ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Касалликни этиологик омилларини аниқлашда вирусологик текширувларни чуқурлаштириш, токсикологик ва иммунологик текширувларни йулга куйиш, ошқозон-ичак тракти микробиологик ва физиологик текширувларни олиб бориш лозим. Инструментал текширув усулларидан доплер-гептография, ангиогепатография, гепатохолецистография усулларини киритиш ҳам жигар циррози касаллигини эрта диагностикасида муҳим роль уйнайди. Фақатгина комплекс равишда утказилган клиник, лаборатор ва инструментал текширувларгина жигар циррозини аниқ ташхислаш ва асоратларини эрта аниқлаш имкониятини беради.

Аммо, ушбу муаммони ечишга қаратилган илмий изланишлар хозирча етарли бўлмай, касалликни даволаш бир ёклама ва кўпгина даволаш муасассаларида фақат гепатопротекторлар ва диуретиклар тавсия этиш билан чекланиб қолмоқда. Шу туфайли касалликни даволаш самараси асоратлар ривожланганида жуда ҳам паст бўлаётганлигини кўрсатмоқда. Жигар циррозини профилактик чора-тадбирларига ҳам эътибор кучайтирилиши лозим бўлиб, касалликнинг олдини олишдаги бирламчи, иккиламчи ва учламчи чора-тадбирларни ишлаб чиқиш ва мавжуд усулларни қўллаш салмогини ошириш лозим.

ХУЛОСАЛАР

1. Жигар циррози касаллигида 48,9% бемор юрак соҳасидаги оғриққа, 46,9% - юрак ритми бузилишларига хос, 45,9% - оёқларида шиш бўлишига шикоят қилади ва бу белгилар цирротик миокардиодистрофия ва сурункали юрак етишмовчилигини диагностик белгилари ҳисобланади.

2. Юрак зарарланишларини аниқлашга қаратилган мақсадли объектив, ЭКГ ва рентген текширувлари 53,8-71,4% беморларда тери ва кўринарли шиллик қаватларининг рангпарлиги, цианоз, юрак нисбий чегарасининг чапга силжиши, юрак кундаланг ўлчамининг 15 см дан кўплиги, пульс таранглигининг пасайиши, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, гипотония ва Q-T интервалини ўзайишини аниқлаш имконини беради

3. ЭхоКГ текширувда юракнинг зарарланиш белгилари 88,8% беморда қайд этилиб, юрак мушагининг жиддий зарарланиши, гемодинамиканинг чуқур ўзгариши, систолик ва диастолик функцияларининг етишмовчилиги, чап қоринчанинг ҳажм жиҳатдан зўриқишини билдиради ва бу белгилар чап қоринчанинг охирги систолик (115%), охирги диастолик ўлчами (117%), охирги систолик ҳажм (143%) ва охирги диастолик ҳажм (128%) (КСР, КДР, КСО, КДО) каби кўрсаткичларининг статистик ишончли катталикларда ортиши билан намоён бўлади ($P < 0,05$; $P < 0,02$).

4. Жигар циррози касаллигида юракнинг зарб ҳажми 42,9% беморларда 59-50% атрофида бўлиб, қисқарувчанликнинг енгил даражада пасайганидан далолат беради, 28,6% беморда - 49-40% ни ташкил этди ва яққол юрак етишмовчилиги белгиси, 17,34 беморда - 40% дан кам бўлиб, оғир юрак етишмовчилигининг белгиси ҳисобланади.

5. Юрак зарарланишларига хос объектив, рентген, ЭКГ ва ЭхоКГ белгилари- жигар циррози билан касалланган беморлар ёши, касаллик давомийлиги, асоратлари, оғирлик даражасига пропорционал равишда ривожланади.

6. Цирротик миокардиодистрофия ва юрак етишмовчилиги аниқланган беморларни даволаш муолажаларига юрак фаолиятини яхшиловчи калий препаратлари, бетта-адреноблокаторлар (бисопролол), АПФ-ингибиторлари (эналаприл), юрак гликозидлари (строфантин) қушилганида, 64,7% беморларда клиник, лаборатор ва инструментал белгиларнинг яхшиланувига (аъло ва яхши натижа), 17,8% беморларда ушбу белгиларнинг камайишига (қоникарли натижа) олиб келади.

7. Жигар циррози касаллигида стационар даврдан кейин 10,2% беморда даво муолажалари натижаси қоникарсиз (5,6% - асоратлар ривожланмаганида, 15,6% -асоратлар ривожланганида) бўлади. Сурункали юрак етишмовчилиги, жигар энцефалопатияси, портал гипертензия, гепторенал синдром, кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши ва жигарнинг чуқур комаси каби асоратларда даволаш самараси кескин камаяди. Бу асоратлар натижасида жигар циррозидан стационарда улим холати 5,1% ни ташкил этади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Жигар циррози билан оғриган беморлар стандарт текширувларига ЭКГ, ЭхоКГ, ультратовуш текшируви киритилиши керак. Мақсадли равишда ўтказилган рентгенологик, ЭКГ ва ЭхоКГ текширувлари жигар циррозида юрак зарарланиши ва гемодинамик бузилишларни эрта аниқлаш имконини беради;

2. Жигар циррози касаллигини даволашда юрак функционал ҳолатини яхшилаш ва юрак зарарланишини олдини олиш мақсадида калий препаратлари, в-адреноблокаторлар, АПФ-ингибиторларини қўллаш юрак зараланишларини даволашда патогенетик жихатдан муҳим ҳисобланади.

3. Жигар циррози касаллигини олдини олишда атроф-муҳитнинг санитар ҳолатини яхшилаш, тиббий хизмат сифатини ошириш, аҳолининг яшаш шаротида қулайликлар яратиш, овқат тайёрлашдаги технологик ноқулайликларни йўқотиш, рационал овқатланишни тарғиб этиш билан биргаликда, нос ва сигарет чекиш, спиртли ичимликларни кўп миқдорда ичишни зарарли оқибатларини аҳолига етказиш муҳим ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Абдурахмонов Д., Ибрагимова М., Ильянкова А. Возможности лечения декомпенсированного цирроза печени обусловленного вирусом гепатита В. Врач. 2004. стр. 31-32
2. Алгоритмы диагностики и лечения в гатроэнтерологии. Е.Б.Зуева, Р.И.Усманов. Ташкент 2007.74 С.
3. Александрова Р.А. Аллазов В.А. Внутренние болезни. Санкт - Петербург. 2006
4. Ардатская М.Д., Дубинин А.В., Мушкин О.Н. Дисбактериоз кишечника: современные аспекты изучения проблемы, принципы диагностики и лечения. Терапевтический архив. 2001.№2. стр. 67-72.
5. Бабаджанов А.Х. Жигар циррози билан оғриган беморларда хаёт прогнозини интеграл бахолаш ва портосистем шунтлашнинг концептуал асослари. Докторлик диссертацияси автореферати. Тошкент-2014. 77 бет.
6. Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Дубров К.Ю. Современные представления о цирротической кардиомиопатии. №2. Червень 2009.
7. Беленков Ю. Н., Агманова Э. Т. Диастолическая функция сердца у больных с хронической сердечной недостаточностью и методы диагностики ее нарушений с помощью тканевой миокардиальной доплер-эхокардиографии // Кардиология. – 2003. – №11. – С. 58-65.
8. Броневец И.Н., Гончарик И.И., Демидчик Е.П., Сакович М.Н. Справочник по гастроэнтерологии. – Минск, 1997.
9. Гарбўзенко Д. В. Портопульмональная гипертензия и гепатопульмональный синдром у больных циррозом печени // Пульмонология. – 2006. – №1. – С.103-106.
10. Гарбўзенко Д.В. Мультиорганные гемодинамические нарушения при циррозе печени. Терапевтический архив. 2007. №2. стр 73-77.
11. Герловин Е.Ш., Рейсканин А.В., Яхонтова О.И. Ультраструктурные изменения эпителиальных клеток слизистой оболочки

тонкой кишки при циррозе печени. Архив патологии. 2000. №7. стр. 12-16.

12. Гизатулина Н.Р. Прогностические критерии развития осложнений у больных циррозом печени в ближайшем периоде после портосистемного шунтирования. Автореферат диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ташкент-2011. Стр-22.

13. Голованина Е.В., Ильченко Л.Ю., Царегородцева Т.М. Цитокины при первичном билиарном циррозе (диагностическое и прогностическое значение). Терапевтический архив. 2004. №2. стр. 8-11

14. Голованова Е.В. Илченко Л.Ю. Первичный билиарный цирроз: 12 летний опыт наблюдения. Тер архив. 2003. №2. стр. 26-30.

15. Голованова Е.В. Илченко Л.Ю. Цитокины при первичном билиарном циррозе (диагностическое и прогностическое значение). Тер архив. 2004. №2. стр. 8-11.

16. Губергриц Н.Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии. М.2003.

17. Денисов А. А. Оценка функции левого и правого желудочков с позиций структурно-функциональных изменений миокарда у больных хроническими гепатитами и циррозом печени в процессе лечения // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – №2. – С. 38-45.

18. Жанибеков Ж.Ж. Клинико-патогенетическое значение аллергических реакций раного типа при вирусном гепатите В. Автореферат диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ташкент-2010. Стр-22.

19. Журавлева И.Г. Цирроз печени в клиническом диагнозе у пожилых. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2002. №1. стр. 78-80.

20. Зуева Е.Б. Состояние портосистемного кровотока и микросомальной системы гепатоцитов у больных циррозом печени с различной степенью портальной гипертензии и пути лекарственной коррекции. Автореферат диссертации д.м.н. Ташкент 2004. 28 С.

21. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей. М.2005.
22. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации и алгоритмы в гастроэнтерологии. М.2003.
23. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии.– Москва, 2001.
24. Ильченко Л.Ю., Голованова Е.В., Царегородцева Т.М. Современные представления о первичном билиарном циррозе. Терапевтический архив. 2005. №2. стр. 50-54.
25. Касьянова Т.Р. Гемодинамические нарушения и дисфункция миокарда при хронических гепатитах и циррозах печени. Автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук. Астрахань-2015. 48 с.
26. Касьянова Т.Р., Левитан Б.Н., Колчина О.С., Крайнова Т.В. Изменение параметров левых отделов сердца у больных хроническим гепатитом и циррозом печени // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6; URL: www.science-education.ru/106-7434 (дата обращения: 09.04.2015).
27. Комаров Ф.И., Гребенев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. Том 2. – Москва, 1995
28. Конышева А. А., Сагинова Е. А., Моисеев С. В. и др. Ранняя диагностика кардиомиопатии у больных вирусными гепатитом и циррозом // Клин. фармакол. тер. – 2012. – №3. – С.58-62.
29. Конышева А.А. Поражение сердца при циррозе печени вирусной (НСV) этиологии. АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Москва 2013. 27 С.
30. Косимов Ш.З., Расулев К.И., Зуфарова Х.С. Клинико-морфологические изменения толстой кишки при хроническом гепатите и циррозе печени. Клиническая медицина. 1996. №3. стр 101-104.
31. Котив Б.Н. Басов С.П. Роль портальной гипертензии и коллоидно-

осмотического давления крови в патогенезе асцита при циррозе печени. Клиническая медицина 2006. №3. стр. 46-48.

32. Куликов В. Е. Системные изменения гемодинамики у больных хроническими Диффузными заболеваниями с проявлениями портальной гипертензии: Автореф. дис... доктора мед. наук. – Великий Новгород, 2008. – 44 с.

33. Лечение гепатита С: международные рекомендации. Национальный институт здоровья, сентябрь 2002 // клиническая фармакология и терапия. 2003 №1 стр 38-43.

34. Лобзин В.Ю., Жданов К.В., Гусев Д.А., Яременко М.В. Оценка состояния желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей у больных хроническим гепатитом С. Терапевтический архив. 2005. №2. стр. 66-69

35. М.Ф. Осипенко, Е.А. Бикбүлатова. Цирротическая кардиомиопатия.

36. Маев И.В. Самсонов А.А. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей. М.2003. С 93.

37. Маев И.В. Самсонов А.А. Синдром хрон-го запора. М.2005. С 96.

38. Маев И.В. Самсонов А.А. Хронический панкреатит. М.2003. С 80

39. Малиновская Ю.О., Остроумов Е.Н., Котина Е.Д., Мойсюк Я.Г. Изменения перфузии и функции миокарда после трансплантации печени у взрослых. Результаты перфузионной томосцинтиграфии, синхронизированной с ЭКГ. Вестник трансплантологии и искусственных органов. Том XVI. №2-2014.

40. Мансуров Х.Х., Аминджанов С.А. Функциональные и структурные изменения желудка при хронических Диффузных поражениях печени. Журнал гастроэнтерологии. 1999. №2. стр. 119-125

41. Мансуров Х.Х., Бобоходжаев З.М. Стеаторея при циррозе печени. Архив патологии. 1996. №5. стр.128-131.

42. Маткулиев У.И. Роль длительной внутриворотальной катетерной терапии в комплексном эндоваскулярном лечении больных с портальной

гипертензией. Автореферат диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ташкент-2009. Стр-24.

43. Микробная экология кишечника при гепатопатиях. В.В. Субботин, Н.В. Данилевская. 2005. vets@al.ru

44. Морозова Е.И. Роль портальной гипертензии и некоторых метаболических нарушений в развитии кардиогемодинамических расстройств у больных вирусным циррозом печени. АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Чита. 2013. 25 С.

45. Морозова Е.И., Говорин А.В., Радаева Е.В. Содержание адениловых нуклеотидов в эритроцитах крови у больных с циррозом печени вирусной этиологии // Некоронарогенные заболевания сердца: диагностика, лечение, профилактика: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2008. – С. 61.

46. Морозова Е.И., Говорин А.В., Радаева Е.В., Давыдкина Е.Н. Состояние кардиогемодинамики у больных циррозом печени // Человек и лекарство: материалы XVII Рос. нац. конгр. – М., 2009. – С. 118.

47. Морозова Е.И., Радаева Е.В. Содержание НЭЖК и глицерола в сыворотке крови у больных с циррозом печени вирусной этиологии // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. – Чита, 2008. – С.22.

48. Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В. Взаимосвязь метаболических и кардиогемодинамических нарушений у больных с поствирусным циррозом печени // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. - № 2 – С. 28-32.

49. Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В. Кардиогемодинамические нарушения у больных с поствирусным циррозом печени // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – №2. – С. 27-30.

50. Морозова Е.И., Филев А.П., Говорин А.В., Радаева Е.В., Чистякова М.В. Содержание незэстерифицированных жирных кислот и адениловых нуклеотидов в крови больных поствирусным циррозом печени // Сибирский медицинский журнал. – 2012. - № 5. – С. 41-43.
51. О.Я. Бабак, Е.В. Колесникова, К. Ю. Дубров. Современные представления о цирротической кардиомиопатии. // Украинский терапевтический журнал.-2009. - №2. - С. 102-108.
52. Павлов Ч.С., Коган Е.А. Шульпикова Ю.О. Методы ранней диагностики фиброза и цирроза печени. Клиническая медицина 2006 №4. стр. 53-55
53. Памятка больных циррозом печени. 2007.
<http://www.doctor.ru/medinfo>
54. Подымова С.Д. Дифференциальная диагностика желтух. Клиническая медицина. 2003. №12. стр. 66-71
55. Прибылов С.А. Дисфункция миокарда у больных циррозом печени: Клиническое значение предшественника мозгового натрийуретического пептида.
56. Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В., Морозова Е.И., Муха Н.В., Перевалова Е.Б. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка сердца у больных хроническими Диффузными заболеваниями печени вирусной этиологии // Кардиология на перекрестке наук : тез. докл. II междунар. конгр. – Тюмень, 2011. – С. 263.
57. Раевнева Т.Г., Артишевская Н.И., Савченко А.А. Цирротическая кардиомиопатия. УО Белорусский Государственный медицинский университет.
58. Рыбакова М. К., Митьков В. В., Платова М. Л. Комплексная эхокардиографическая оценка систолической и диастолической функции левого и правого желудочков в норме // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 4. – С. 64-71.

59. С.Н Маммаев, А.М Қаримов, Т. Э. Ильясова А.Ш. Хасаев. Цирротическая кардиомиопатия. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии.-2010.-Т.20.-№3.-С.19-28.
60. Садовникова И.И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения. 2007. РГМУ, <http://www.medlinks.ru/article>.
61. Таджиев Б.М. Клинико-диагностические и молекулярно-генетические особенности нвв и нсв инфекции. Автореферат диссертация на соискание ученой степени кандидата мед. наук. Ташкент-2010. Стр-38.
62. Хасаев А. Ш., Мамаев С. Н., Қаримова А. М. и др. Цирротическая кардиомиопатия // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2010. – №3. – С.19-28.
63. Хашимов Ш.Х. Медико-социальные аспекты и основные направления совершенствования хирургической помощи больным циррозом печени с портальной гипертензией. Автореферат диссертация на соискание ученой степени доктора мед. наук. Ташкент-2010. Стр-29.
64. Циррозы печени. 2015. <http://medinfo.home.ml.org>
65. Циррозы печени. Kazmedicine.kz. Мед. портал Казахстана. 2014 год
66. Цирротическая кардиомиопатия. Современные взгляды. @2013-2015 MedQueen.com.
67. Чистякова М.В., Говорин А.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Пустотина З.М., Морозова Е.И. Нарушения кардиогемодинамики у больных с вирусным циррозом печени // Сибирский медицинский журнал. – 2012. - № 8. – С. 49-52.
68. Чистякова М.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Пустотина З.М., Морозова Е.И. Нарушение диастолической функции правого желудочка у больных хроническим вирусным гепатитом с исходом в цирроз печени в зависимости от степени легочной гипертензии // Сердечная недостаточность: сб. тез. XII конгр. – М., 2012. – С. 16-17.

69. Чистякова М.В., Гончарова Е.В., Радаева Е.В., Пустотина З.М., Морозова Е.И. Тканевая доплерэхокардиография в изучении функции правого желудочка у больных циррозом печени в зависимости от степени легочной гипертензии // Сердечная недостаточность: сб. тез. XII конгр. – М., 2012.- С. 17.
70. Шевченко Ю.Л., Обуховский Б.И. Яковенко А.В. Течение портальной гипертензионной гастропатии после легирования варикозно расширенных вен пищевода. Клиническая медицина. 2007. №5. стр. 47-51.
71. Юнусова З.Д. Особенности клинического течения и лечения острых и хронических лейкозов ассоциированных вирусным гепатитом С. Автореферат диссертация на соскание ученой степени кандидата медицинских наук. Ташкент-2010. Стр-26.
72. Moller S., Hennksen J. Cardiovascular complications of cirrhosis // Gut. – 2008. – V.57. – №2. – P. 268-278.
73. Lee R.F., Glenn T.K., Lee S.S. Cardiac dysfunction in cirrhosis // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 21. – P. 125–140.
74. Zambruni A., Trevisani F., Giilbero V. et al. Daily profile of circulating C-type natriuretic peptide in pre-ascitic cirrhosis and in normal subjects: relationship with renal function // Scand. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. – P. 642–647.
75. O'Connor C.M. The new heart failure guidelines; strategies for implementation // Am. Heart J. – 2007. – Vol. 153. – P. 2–5.
76. Oprea- Lager D.E. et al. Clinical value of myocardial perfusion scintigraphy as a screening tool in liver transplant candidates. Liver Transpl. 2011; 17 (3): 261–269.
77. Moller S ., Henriksen J.H. Cirrhotic cardiomyopathy. J Hepatol. 2010; 53 (1): 179–190.
78. Nagueh S.F . et al. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 2009; 22 (2): 107–133.

79. Rav al Z. et al. Cardiovascular risk assessment of the liver transplant candidate. *J Am Coll Cardiol.* 2011; 58 (3): 223–231.
80. hi X.Y. et al. Cardiac arrest after graft reperfusion during liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2006; 5 (2): 185–189.
81. Ruiz-del-Arbol L., Monescillo A., Aroccna C. et al. Circulatory function and hepatorenal syndrome in cirrhosis // *Hepatology.* – 2005. – Vol. 42. – P. 439–447