

**JIGAR XIRURGIK KASALLIKLARI MKB 10 (K70-K77)**

Kokand University Andijon Filiali

Tibbiyot Fakulteti Pediatriya ishi yo'nalishi

Mashrabova Bibi Fotima Muxammad qizi

Email: bibifotimamashrabova@gmail.com

[Tel: +998902011617](tel:+998902011617)

Ilmiy rahbar: **Xodjayeva Muqaddas Sati- Maxamatovna**

madinausm01@gmail.com

Annotatsiya: *Ushbu maqolada jigarning anatomik tuzilishi, qon ta'minoti, segmentar bo'linishi hamda uning jarrohlik nuqtai nazaridan ahamiyati yoritilgan. Jigar inson organizmidagi eng yirik parenximatoz a'zo bo'lib, ko'plab hayotiy funksiyalarni bajaradi. Undagi arteriya, vena va o't yo'llarining o'zaro joylashuvi jarrohlik amaliyotida muhim ahamiyatga ega. Maqolada, shuningdek, jigar bo'laklari va segmentlari bo'yicha qon aylanishi, gistologik tuzilishining xususiyatlari hamda jigar jarrohlik kasalliklarini aniqlash va davolashda bu bilimlarning ahamiyati tahlil qilingan.*

Kalit so'zlar: *jigar, anatomik tuzilish, segment, darvoza venasi, jigar arteriyasi, jarrohlik, qon ta'minoti.*

Аннотация: *В данной статье рассматриваются анатомическое строение печени, особенности её кровоснабжения и сегментарное деление с точки зрения хирургии. Печень — крупнейший паренхиматозный орган человека, выполняющий множество жизненно важных функций. Расположение сосудов и желчных протоков имеет особое значение при хирургических вмешательствах. В работе также анализируются особенности сегментарного кровообращения и гистологического строения печени, а также их значение при диагностике и лечении хирургических заболеваний.*

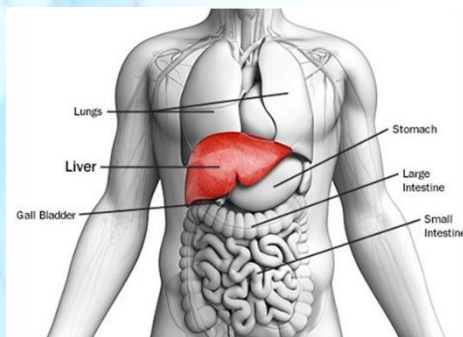
Ключевые слова: печень, анатомическое строение, сегмент, воротная вена, печёночная артерия, хирургия, кровоснабжение.

Annotation: This article describes the anatomical structure of the liver, its blood supply, and segmental division from a surgical perspective. The liver is the largest parenchymal organ of the human body, performing numerous vital functions. The arrangement of the hepatic artery, portal vein, and bile ducts is of great importance in surgical operations. The paper also discusses the characteristics of hepatic segments, microstructure, and the significance of these features in diagnosing and treating surgical liver diseases.

Keywords: liver, anatomy, segment, portal vein, hepatic artery, surgery, blood supply.

Kirish

Jigar anatomiyasi



Jigar inson organizmining eng yirik a'zolaridan biri hisoblanadi. Uning og'irligi 1200-2000 g ni (tana og'irligining 1/50 qismini) tashkil qiladi.

Jigarning pastki chegarasi o'rta chiziq bo'ylab kindik bilan xanjarsimon o'simta orasidagi masofaning o'rtasida joylashgan. Jigarning oldingi yuqori qabariq yuzasi o'roqsimon boylam bilan ikki bo'lakka: o'lchamlari bo'yicha katta o'ng va kichikroq chap bo'laklarga bo'linadi. Pastki botiq yuzasida ikkita uzunasiga ketgan bo'ylama egatlar (o'ng va chap) va ko'ndalang egat farqlanib, buni jigar darvozasi deb ataladi. Bu egatlar jigarning o'ng, chap, kvadrat va dumsimon bo'laklarga bo'ladi.

Jigar darvozasi tarkibiga jigar arteriyasi, nervlari va darvoza (qopqa) venasi kiradi, limfatik yo'llar va umumiy jigar o't yo'li esa undan boshlanadi. Jigar, diafragma tegib turadigan orqa yuzasidagi qismidan tashqari, hamma tomonlardan qorin parda bilan qoplanadi.

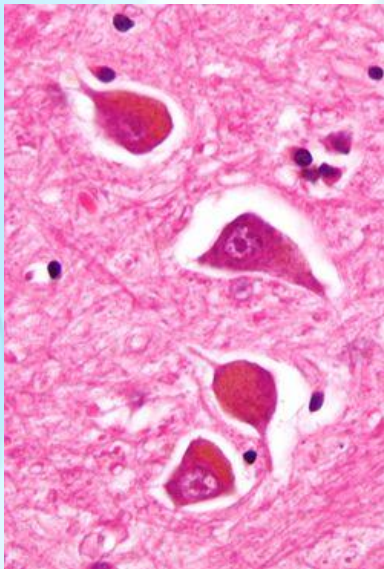


Jigarning qon ta'minoti xususiy jigar arteriyasi, shuningdek darvoza venasi tomonidan amalga oshiriladi. Bunda umumiy qon oqimining taxminan 25% arteriyaga va 75% i darvoza venasiga to'g'ri keladi.

Jigarning o'roqsimon boylami bo'yicha o'ng va chap bo'laklarga bo'lish uning funktsional anatomiyasiga mos kelmaydi, bundan vizualizatsiya usullari natijalariga baho berishda, hamda xirurgik operatsiyalar o'tkazishda foydalaniladi. Uning negizini darvoza venasi, xususiy jigar arteriyasi va o't yo'llarining tarmoqlanishi printsipli tashkil qilinadi, ular qon ta'minotini va jigarning bir-biriga nisbatan uzoqlashgan sohalaridan qon oqib kelishini ta'minlab turadi. Chunonchi, darvoza venasi o'ng va chap tarmoqlarga bo'linib, tegishli jigarning o'ng va chap bo'lagini oziqlantiradi. Bo'laklar o'rtasidagi chegara qiya chiziq bo'ylab pastki kovak venasidan o't qopchasi o'rnigacha va keyin jigar darvozasigacha boradi. Darvoza venasining har ikki tarmog'i, o'z navbatida, yana ikkita tarmoqqa bo'linib sektorlar nomini olgan sohalarini qon bilan ta'minlaydi.

O'ng bo'lakda – oldingi va orqa, chap bo'lakda – medial va lateral sektorlar farqlanadi. Sektorlar segmentlarga bo'linadi, ular raqamlar bilan belgilanadi. Chap bo'lakni I-IV segmentlar xosil qiladi. Bunda I segment jigarning dumsimon bo'lagiga mos keladi, II va III segmentlar chap lateral sektorda, IV segment esa chap medial sektorda joylashgan. Jigarning o'ng bo'lagi tarkibiga V-VIII segmentlar kiradi. O'ng oldingi sektor V va VIII ga, o'ng orqa esa VI va VII segmentlarga bo'linadi.

Jigarning gistologik tuzilishi asosini shakli prizmasimon va o'lchamlari 1 mm dan 2,5 mm gacha bo'lgan bo'lakchalar tashkil qiladi. Har bo'lakcha o'rtasida markaziy vena joylashgan bo'lib, undan radiuslar bo'yicha periferiyaga tomon to'sinlar joylashib, ular o't kapillyarlarini, qo'shilgandan keyin esa – o't yo'llarini xosil qiladigan ikki qator jigar hujayralaridan iborat. Jigar arteriyasini va darvoza venasining oxirgi tarmoqlarini kapillyarlar xosil qiladi, ular jigar hujayralarini o'rab turadi. Oddiy kapillyarlardan farqli ravishda, bo'lakchalar ichidagi kapillyarlar endoteliysidan tashqari, yuqori fagotsitar faoliyatga ega bo'lgan Kupfer hujayralarini saqlaydi. Endotelial hujayralar muayyan o'lchamdagi



makromolekulalarni gepatotsitlar bilan endotelial hujayralar o'rtasida joylashgan Disse bo'shlig'igacha o'tkazib, qonni filtrlash xususiyatiga

ega bo'lgan fenesterlar bilan ta'minlanadi.

Jigar ichi o't yo'llari darvoza venasi va jigar arteriyasini tarmoqlarining yo'li bo'ylab joylashgan. O'ng va chap bo'lakchali jigar yo'llari birga qo'shilib, umumiy jigar o't yo'lini (gepatikoxoledox) xosil qiladi.

Unga qopcha yo'li quyilgandan keyin, bu yo'l – umumiy o't yo'li (xoledox) deb ataladi va me'da osti bezi yo'li bilan birga o'n ikki barmoqli ichakka quyiladi.

Gemoglobinning parchalanishi jarayonida uning oqsil qismi (globin) ajralib chiqadi, gemosiderin tarkibidagi temirdan sintez uchun foydalaniladi, gemotoidin esa (molekulaning gem saqlovchi bo'lagi) keyinchalik parchalanishga uchraydi. Mikrosomal ferment gemoksigenaza ta'siri ostida porfirinli halqa chiziqli terapirrolga (biliverdin) aylanadi, u o'z navbatidan biliverdin sintetazidan bilirubinga aylanadi, xosil bo'lgan bilirubin tuzilishiga ko'ra qutblanmagan birikma, ya'ni yog'da eruvchan modda hisoblanadi. U qon albumini bilan uzviy bog'langan. Jigar sinusoidlarida bilirubin albumindan ajralib chiqadi. Jigar hujayrasida bilirubinning glyukuron kislotasi bilan kon'yugatsiya reaksiyasi ro'y berib, natijada bilirubin mono va diglyukuronidga (bog'langan bilirubin) aylanadi. U suvda eruvchan bo'lib qoladi va o't orqali ajraladi. Kon'yugatsiyalanmagan bilirubin sulfodiazoreaktiv bilan molekulalararo vodorod bog'lar to'g'ridan-to'g'ri (spirt bilan Vandenberg reaksiyasi) xosil qilmaydi, shuning uchun kon'yugatsiyalangan (bevosita bilirubin) dan farqli ravishda bilvosita bilirubin deb ataladi. Albumin bilan bog'langan va suvda erimaydigan bilvosita bilirubin buyrak kanalchalarida filtrlanmaydi va siydik bilan ajralib chiqmaydi.

Ingichka ichakda, o't yo'llarida (ayniqsa bakterial xolangitda) bilirubin urobilinogenga aylanadi, u qonga oson so'riladi. Biroq amalda to'la-to'kis ushlab qolinadi. Jigar faoliyati buzilganda urobilinogenning jigardan ekskretsiyasi ortadi,

keyinroq yo'g'on ichak mikroflorasi ta'siri ostida bog'langan bilirubindan sterkobilinogen xosil bo'ladi, u sterkobilinga aylanib axlatga o'ziga xos rang beradi. Normada sterkobilinogenning ozroq qismi jigarni chetlab o'tib, to'g'ri ichak venalari bo'ylab, sistem qon oqimiga tushadi va siydik bilan ajraladi.



Jigar abstsesslari

Jigar abstsesslari keyingi yillarda ta'sir doirasi keng bo'lgan antibiotiklarning tibbiyotda faol qo'llanilishi oqibatida bir muncha kam uchraydigan kasallik bo'lib qoldi. Bugungi kunda bu kasallikni ko'paytiruvchi omillar: jadal kimyoviy muolaja, qandli diabetning asoratlanishi, o'zga a'zolari ko'chirib o'tkazish va OITS sababli immunitetning pasayib ketishi xisoblanadi. Jigar abstsesslari yuqoriga ko'tariluvchi biliar infektsiya ta'sirida, infektsiyaning portal venoz sistema bo'ylab gematogen tarqalishi yoki sepsisda jigar arteriyasi orqali tarqalishi, infektsiyaning qorin bo'shlig'i a'zolarining yallig'lanish kasalliklarida to'g'ridan-to'g'ri tarqalishi, shuningdek jigarning jarohatlanishlari natijasida paydo bo'ladi. Ko'pchilik hollarda jigar abstsesslari o't tosh kasalligida yoki jigardan tashqaridagi o't yo'llari saratonining parchalanishida aksariyat og'ir kechuvchi yiringli xolangitning asorati sifatida rivojlanadi. Boshqa sabablaridan: destruktiv appenditsit, chambar ichak divertikuliti, nospetsifik yarali kolit, amyobali dizenteriyalar asorati bo'lgan sepsis yoki pileflebit hisoblanadi.

Jigar abstsessi hamisha ikkilamchi kasallik hisoblanib, kasallikning asosiy klinik belgilari zahirida: tana haroratining gektik tabiatga ega bo'lishi, et junjikishi, qaltirash, haddan tashqari ko'p terlash, ko'ngil aynishi, ishtaha pasaishi kuzatiladi. Og'riq esa, bu xastalikda kechikkan simptom bo'lib hisoblanadi va aksariyat yirik yolg'iz abstsesslarda uchraydi. Bu holda ko'pincha jigar kattalashadi,



paypaslanganda jigarda og'riq paydo bo'ladi va ba'zan teri qoplamlari va ko'zoqlig'ining (skleralar) sarg'ayishi kuzatiladi. Qon tahlilida – yuqori leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi, anemiyaga xos belgilar kuzatiladi.

Qorin bo'shlig'i a'zolari rentgenoskopiyasida diafragmaning o'ng gumbazini odatdan tashqari yuqoriga ko'tarilganligi va xarakatchanligining cheklanishi aniqlanadi. Plevral sinusda reaktiv tarzda suyuqlik yig'ilishi mumkin. Gaz hosil qiladigan flora abstsessga sabab bo'lsa, jigar soyasi tasvirida suyuqlik sathi aniqlanishi mumkin, ba'zan esa jigar chegaralarining deformatsiyasi aniqlanadi.

Diagnostikasida jigarni ultratovush yordamida tekshirish, kompyuter va rentgen tomografiyasi o'tkazish, zarurat bo'lganda esa angiografiya, jigarni radioizotop texnetsiy bilan skanerlash diagnozni aniqlashda yordam beradi.

Yakka holdagi katta yoki bir necha yirik abstsesslarni operatsiya usulida davolanadi, abstsess ochiladi va bo'shliq drenajlanadi. Ko'p sonli abstsesslarda, bo'shliqni rentgenoskopiya, komp'yuter tomografiya yoki ultratovush tekshiruvi nazorati ostida teri orqali drenajlash, davolashning kam invazivli va samarali usullaridan hisoblanadi. Jigar abstsessi asoratlari sepsis, diafragma osti abstsessi, abstsessning qorin bo'shlig'iga yoki plevra bo'shlig'iga yorilishi, plevra empiemasi, yiringli perikardit, peritonitlar kiradi.

Prognozi doimo jiddiy. Yakka yirik abstsesslarda o'z vaqtida drenajlanganda 90% gacha bemorlar sog'ayib ketadilar. Ko'p sonli abstsesslar va drenajlanmagan yakka abstsesslarda davolash ko'pchilik hollarda o'lim bilan yakunlanishi kuzatiladi.

Jigar exinokokkozi

Exinokokkozning ikki turi tafovut qilinadi. Bir kamerali yoki gidatidoz va ko'p kamerali yoki alveolyar turi farq qilinib, ularni exinokokkning ikkita mustaqil turlari qo'zg'atadi. Exinokokkozning gidatidoz turini tasmasimon gijja (*Echinococcus granulosus*) rivojlanishining lichinka bosqichidan iborat. Alveolyar turining qo'zg'atuvchisi (*Echinococcus multilocularis*) hisoblanadi. Gijjaning asosiy xo'jayini bo'lib – it va ba'zi yirtqich hayvonlar: bo'ri, tulki va b., oraliq



xo'jayini bo'lib esa odam va o'txo'r uy hayvonlari (qo'y, qoramol, tuya va b.) hisoblanadi.

Insonda exinokokk kistasining rivojlanishi jarayoni asosida gijja tuxumlarining (skoleks) me'da-ichak traktiga tushishishi asosiy omil bo'lib hisoblanadi. Parazit tuxumlari me'da yoki ingichka ichak devoriga kiradi va vena qon tomirlari bo'ylab avvalo jigarga, aksariyat hollarda o'ng bo'lagiga, undan o'tgan tuxumlari esa o'pka va boshqa a'zolariga etib boradi. Shuning uchun, kasallikka eng ko'p chalinadigan a'zolar jigar, keyingi o'rinda esa o'pkalar turadi. Keyingi yillar tajribasi shuni ko'rsatdiki, insonda bu kasallikka chalinmaydigan a'zoning o'zi yo'q. Jumladan, bu kasallik taloqda, ichaklarda, mushaklarda va hattoki bosh miyada uchrash holatlari ham e'tirof etilgan.

Inson organizmining parazitlar kista rivojlanayotgan a'zolari uning atrofida zich fibroz kapsula shakllanishi bilan javob beradi. Exinokokk kistasi ichki germinativ va tashqi xitin pardalardan tashkil topgan bo'ladi.

Klassifikatsiyasi

Jigar exinokokkozining klinik kechishi bo'yicha ko'p mualliflar kasallikning uch asosiy bosqichini tafovut qiladilar:

bosqichi: yashirin, simptomsiz.

bosqichi: simptomlar yuzaga chiqqan.

bosqichi: asoratlarning rivojlanishi.

Jigar exinokokki kistasi birmuncha tez rivojlanib, katta o'lchamlarga etganda klinik jihatdan namoyon bo'ladi. Jigar va epigastriy sohasida simmillovchi zirqiragan og'riqlar paydo bo'ladi. So'ngra qorin old devorining (ayniqsa kista yirik o'lchamlarda bo'lsa) bo'rtib chiqishi kuzatiladi. Parazitning rivojlanishi jarayonida organizmda unga nisbatan antigen-antitelo reaksiyasi ishga tushadi va sensibilizatsiya jarayoniga sabab bo'ladi. Shuning uchun organizmda allergik holat yuzaga keladi va "eshak emi"ga o'xshash toshmalar toshishi kuzatiladi.

Exinokokk kistasi o'zining rivojlanishi (o'sishi) jarayonida, ayniqsa jigarning yirik qon tomirlari, o't yo'llari yonida joylashgan bo'lsa, ularni ezishi natijasida portal gipertenziya belgilari yoki mexanik sariqlik kabi asoratlarni keltirib



chiqaradi. Ba'zi hollarda bemorning e'tiborsizligi yoki o'z vaqtida diagnostika qilinmaganligi oqibatida kistaning qorin bo'shlig'iga yorilishi ko'pincha anafilaktik shok, peritonit kabi og'ir asoratlarni yuzaga keltiradi. Keyinroq esa exinokokk tuxum va kistalarining yorilgan bo'shliqqa (qorin bo'shlig'i, plevral bo'shliq va b.) disseminatsiyasiga, ya'ni tushgan a'zolarida o'sib ko'payishiga olib keladi. Bu holat bemorlarni qayta-qayta jarrohlik amaliyotini boshidan o'tkazishga majbur qiladi. Exinokokk kistasi yiringlaganda bemorda intoksikatsiyaga xos bo'lgan barcha belgilar paydo bo'ladi.

Bemorda jigar exinokokkozi kasalligi borligiga shubha qilinganda uning anamnezini yig'ishda kasbiga, uy xayvonlari yoki iti borligiga, alohida ahamiyat beriladi. Yuqorida keltirilgan shikoyatlarning borligiga e'tibor beriladi. Ob'ektiv ko'rikda esa, jigarning kattaligiga, chegaralarining o'zgarganiga qaraladi. Qonning umumiy tahlilida eozinofiliya, kista yiringlaganda esa yuqori leykotsitoz topiladi. Serologik reaksiyalar (RSG, RIGA, RGA, IFA) jigarning exinokokkozga uchragani xaqida 90% ga yaqin hollarda to'g'ri natija beradi. Rentgen tekshiruvi o'tkazilganda diafragmaning zararlangan tarafda yuqori turishi, gumbazning bo'rtib chiqishi, ba'zan esa kista chegarasida kaltsinatlar borligini aniqlash mumkin. Ultratovush yordamida tekshiruv va kompyuter tomografiyasini o'tkazish eng qulay va noinvaziv tekshirish usullariga kiradi va

aniq ma'lumot beradigan usullardan hisoblanadi

Jigar exinokokki xirurgik yo'l bilan, exinokokkektomiya amaliyotini o'tkazish yo'li bilan davolanadi. Kistaning o'lchamlari unchalik katta bo'lmay, jigarning chetida joylashgan bo'lsa – ideal exinokokkektomiya usuli qo'llanilib (kistani xitin va fibroz pardalari bilan qo'shib, butunligicha – bo'shlig'ini ochmasdan) olib tashlanadi. Ko'pchilik hollarda buning iloji bo'lmasdan, kista ichidagi suyuqlik, avvalo punktsiya va aspiratsiya yo'li bilan bo'shatilib, so'ngra kista ochilib ichidagi germinativ va xitin pardalari olib tashlanadi. Albatta, bu amaliyot bajarilayotganda disseminatsiyaning oldini oluvchi barcha chora- tadbirlar qo'llaniladi. Fibroz pardaning ichiga glitserin bilan ishlov beriladi va tikib



(kapitonaj) bo'shliq yo'qotiladi. Exinokokk kistasining joylashgan o'rniga qarab, bo'shliqni yo'qotishning usuli tanlanadi.

Hozirgi kunda jigar exinokokkini laparoskopik usulida operatsiya qilish usuli ham qo'llanilmoqda. Bu amaliyotga ko'rsatma bo'lib exinokokk kistasining ulchami 10 sm dan kichik bulishi, asoratlanmagan va jigarning 2-3-5-6-7-segmentlarda joylashgan bo'lishi kerak. Operatsiyadan keyingi davrda ushbu kasallikning qaytalanishini (retsdiv) profilaktika qilish maqsadida parazitga qarshi preparatlar (albendazol, mebendazol va b.) tavsiya etiladi.

PORTAL GIPERTENZIYA SINDROMI

Negizida darvoza venasida qon bosimining oshishi bo'lgan (normada 200 mm suv ustunigacha) portal gipertenziya sindromining rivojlanishi, arterial qonni qorin bo'shlig'i toq a'zolariga oqib kelishi va darvoza vena si (v. portae) o'zaniga oqib ketishi orasidagi nisbatning buzilishiga bog'liq. Qonning adekvat oqib ketishi qarshilik qiluvchi to'siqlar (blokklar) 3 turli bo'lib, bularga jigardan tashqaridagi, jigarning ichidagi va aralash to'siqlar kiradi. O'z navbatida jigardan tashqari to'siqlar 2 turli bo'ladi: jigargacha (jigar osti) va jigardan o'tgach (jigar usti) blokklar.

Portal gipertenziyaning rivojlanish jarayonida jigardan tashqari to'siqlar turlariga darvoza venasining rivojlanish nuqsonlari (vena bo'shlig'i atreziyasi, obliteratsiyasi) yoki uning qorin bo'shlig'idagi yiringli jarayoni – kindik sepsisi, yaqin turgan a'zolar o'smasi tomonidan ezilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Odatda, portal gipertenziyaning jigar ichi turi ko'proq (80-90%gacha) uchrab, jigar tsirrozi bilan bog'liq bo'ladi. Jigar venalari tromboflebiti (Kiari sindromi), jigar venalarining quyilishi sathidagi pastki kovak vena okklyuziyasi (Badd-Kiari sindromi) yoki pastki kovak venasining rivojlanishi nuqsonlari oqibatida blokning paydo bo'lishi jigar usti bloklarga kiradi. Aralash blokka – jigar tsirrozi bilan kasallangan bemorlarda qo'shimcha ravishda darvoza venasining trombozini rivojlanishi kiradi. Darvoza venasida bosimning ortishi idiopatik deb nom olgan portal gipertenziyada, darvoza venasi o'zaniga arteriovenoz fistula orqali jadal qon oqib kelishidan paydo bo'lishi mumkin.



Shunday qilib, qorin bo'shlig'ining toq a'zolaridan darvoza venasi sistemasiga qonning oqib kelib toki pastki kovak venaga quyilishigacha bo'lgan joyda to'siq paydo bo'lishi – portal gipertenziyaga, bu holat esa o'z navbatida tabiiy portokoval anastomozlarning yuqori darajada rivojlanib ketishiga (varikoz kengayishiga), ular orqali esa qonni kaval vena sistemasiga tushishiga olib keladi. Portal sistemada gipertenziyaning yanada ko'tarilishi, tabiiy portokaval anastomozlarda bosimning yanada ortishiga, ularning yorilishi oqibatida qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'daning kardial qismidan, gemorraidal venalardan, ba'zida esa qorin devorining pastki qismidagi venalardan katta miqdorda qon ketishiga sabab bo'ladi.

Shu sababdan, portal gipertenziyaning asosiy belgilaridan: splenomegaliya, qizilo'ngach pastki 1/3 va me'daning kardial qismi venalari, gemoroidal venalar hamda qorin devorining pastki qismidagi venalarning varikoz kengayishi va astsit suyuqligining borligi alohida ahamiyatga ega bo'ladi. Bemorlar – holsizlik, epigastral sohadagi og'riqlar, ishtahaning yo'qligi, ko'ngil aynishi, qorinning dam bo'lishi, qabziyatdan noliydilar.

Bemor ko'zdan kechirilganda: teri qoplamalari rangpar, quruq, tana mushaklari atrofiyaga uchrash holatida, vazni kamaygan, qorni kattalashgan, baqanikiga o'xshash yonlari astsit hisobiga bo'rtib chiqqan, qorinning pastki yon tomonlarida kengaygan varikoz venlar (caput medusae) ko'rinadi. Jigar xastaligining belgilaridan: “tomir yulduzchalari”, petexiyalar hamda bemor

kaftlarda xos o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Taloqning kattalashuvi (splenomegaliya) va gipersplenizm bilan o'tadi, bu trombotsitopeniya, leykopeniya, anemiya holatlari bilan yuzaga chiqadi. Jigar faoliyatining buzilganligi – qon ivish omillarining ishlaniishi, trombotsitlar miqdorining kamayishiga hamda gipokoagulyatsiyaga olib keladi.

Jigar usti bloking o'tkir turlarida (Kiari, Badd-Kiari sindromlari) gipertenziya hisobiga epigastral sohada, o'ng qovurg'alar ostida to'satdan kuchli og'riqlar paydo bo'ladi, gepatomegaliya belgilari va astsit miqdori tez orta boradi. Bemorlar ko'pincha, avj olib boradigan jigar va buyrak etishmovchiligidan halok



bo'ladilar. Kasallikning surunkali turida gepatomegaliya va splenomegaliya kuzatiladi, oldingi qorin devorida kollateral venoz tomirlar to'ri aniqlanadi, astsit orta boradi, oqsil almashinuvining buzilishlari va og'riqlar kuchayib boradi.

Kasallikning kompensatsiya bosqichida portal bosim o'rtacha darajada ko'tariladi. Klinik ko'rinishlarida jigar tsirrozi belgilari ustunlik qiladi. Kengaygan portosistem kollaterallar, qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi, kasallikning subkompensatsiya bosqichiga o'tganligidan dalolat beradi. Tranzitor (o'tib ketadigan) yoki rezistent (barqaror) astsit borligi, jigar o'lchamlarining kichrayishi, hatto atrofiyagacha qisqarishi, jigar etishmovchiligini keltirib chiqaradi va portal gipertenziyaning dekompensatsiya bosqichidan darak beradi.

Jigarning funktsional holatiga baho berish uchun xalqaro Chayld-Pyu tasnifi qo'llaniladi, unda jigar-xujayra etishmovchiligining asosiy belgilar baholanadi

Jigar etishmovchiligining Chayld-Pyu bo'yicha tasnifi.

Belgilar	Ballar soni		
	1	2	3
Astsit	Yo'q	Tranzitor	Barqaror
Entsefalopatiya	yo'q	Tranzitor	Yaqqol
Bilirubin	30 mkmol/l	30-50 mkmol/l	50 mkmol/l dan ortiq
Albumin	35 g/l dan ortiq	35-28 g/l	28 g/l dan kam
Protrombin indeksi	65-100%	65-55%	55% dan kam

Portal gipertenziyani diagnostikasining asbob-uskuna yordamida tekshirish usullari qizilo'ngach va me'daning varikoz venalari borligini, ularning o'lchamlari va tarqalganligini aniqlash (ezofagogastroduodenofibroskopiya), bemorga kontrast modda (BaSO₄) ichirib rentgenologik tekshirish, jigarda qon ta'minoti buzilishlari tabiatini, darvoza venasidan qon oqimi bo'ylab to'siqning sababi va darajasini aniqlash uchun (dopplerografiya, tseliakografiya, kavagrafiya, splenoportografiya, teri orqali jigar orqali portografiya) tekshiruvlarini o'tkazish zarur bo'ladi.



Sindromning jigardan tashqari blok turlarida, ko'pincha bemorlar xirurgik usulda davolanishlari lozim bo'ladi. Portosistem-splenorenal, mezenteriko-kaval yoki bevosita portokaval anastomozlar qo'yish operatsiyalari ko'proq qo'llaniladi. Jigar tsirrozi keltirib chiqargan portal gipertenziyalı bemorlarni davolashda xirurgik davolashdan, jigarda aktiv jarayon va jigar etishmovchiligi simptomlari bo'lmagandagina foydalanish mumkin. Bemorning yoshi va umumiy ahvoliga, qo'shma kasalliklar borligi va ularning turiga, jigarning buzilgan faoliyatlarini tiklanish darajasiga, gipersplenizmning yuzaga chiqqanligiga, hamda kompensatsiya darajasiga muolaja uzviy bog'liq bo'ladi. Bugungi kunda, xirurgik yo'l bilan davolashning ikkita asosiy yo'nalishi qo'llaniladi: darvoza venasida bosimni pasaytirish uchun portosistem anastomozlar qo'yish yoki qon ketishlarning oldini olish maqsadida gastroezofageal shuntlarni qo'yish.

Portal gipertenziyalı bemorlarni davolashda bugungi kunda qo'llaniladigan progressiv va kam invaziv usullardan biri endovaskulyar usullardir. Bu usullarga: taloq arteriyasini surunkali embolizatsiya qilish, qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalarini o'tkir embolizatsiyasi kiradi. Bu usul orqali jigar ichiga portosistem shunt qo'yish ham mumkin. Bu xildagi kam jarohatlash usullari bilan davolash samaradorligi ancha yuqori bo'ladi.

Portal gipertenziyaning og'ir asoratlaridan biri – qizilo'ngachning pastki 1/3 va me'da kardial qismidagi varikoz kengaygan venalardan profuz qon ketishi hisoblanadi. Bunda odatda bemorlarda epigastral sohada oldindan biror og'riq sezilmay, birdaniga qizil rangdagi qon va ivindilari bilan qayt qilish ro'y beradi. Bu holatda ko'pincha bemorlarda postgemorragik shok, uning oqibatida ro'y beradigan hayotiy muhim a'zolar faoliyatining buzilishi va etishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi, avj oladi. Shu holat yuz bergan bemorlarning taxminan 1/3 qismini halokatga olib keladi.

Varikoz kengaygan venalardan bu xildagi qon ketishini davolash konservativ tadbirlar (muolaja) dan boshlanadi. Vaqtinchalik gemostaz uchun bemorlarga burun yoki og'iz orqali Blekmor-Seyngsteyken zondi qo'yiladi va ishchi holatga keltiriladi



Ushbu zondning boshlanish qismida yumaloq (me'da uchun) va tsilindrsimon (qizilo'ngach uchun) shakldagi ikkita pufakchalari bo'lgan 3 kanalli rezina naychadan iborat bo'lib, ikkita kanali pufakchalarni shishirish uchun ishlatiladi. Uchinchi kanali esa, me'da shirasini aspiratsiya qilish va gemostatik muolaja samaradorligini nazorat qilish uchun xizmat qiladi.

Zondni o'rnatishdan oldin pufakchalarga havo yuborish yo'li bilan shishirib, ularning butunligi tekshirib ko'riladi. Avvalo zond burun yoki og'iz orqali me'daga kiritiladi, so'ngra me'daga tegishli pufakchaga havo yuborib shishiriladi. Undan so'ng zond retrograd yo'nalishda yaxshilab tortilib, me'daning kardial qismini mahkam bosib turishi ta'minlanadi va qizilo'ngach uchun mo'ljallangan pufakcha shishiriladi. Zond shunday xolatda mahkamlanadi. Me'dani bir necha marta sovuq suv bilan yuviladi. Qonayotgan varikoz venalarni zond pufakchalarining mahkam bosishi, ketayotgan qonning to'xtashiga sharoit yaratadi. Bir necha soat o'tgach (12-24), qon ketish to'xtagach pufakchalardagi bosim kamaytirilib, zondan chiqayotgan suyuqlik tabiati nazorat qilinadi. Qizilo'ngachda zondni ishchi holatda ushlash 2 sutkadan oshmasligi kerak. Albatta ushbu tadbir kompleks muolaja ostida qilinishi kerak.

Qon oqishini uzil-kesil to'xtatish maqsadida varikoz venalarni endoskopik sklerozlash, ligatura yordamida varikoz kengaygan venalarni bog'lash mumkin bo'ladi. Buning uchun endoskop orqali vena bo'shlig'iga yoki paravenoz sohaga maxsus igna orqali sklerozlovchi preparatlar (varikotsid, trombovar) yuboriladi. Bular vena intimasini jarohatlantiradi va uning bo'shlig'ini obliteratsiya bo'lishiga zamin yaratadi.

Bugungi kunda, uzil-kesil gemostazni ta'minlashda kam travmatik va samarador usullardan biri – endovaskulyar operatsiyalar yordamida qizilungachning varikoz kengaygan venalarining embolizatsiyasi. Portal sistemada qon bosimini pasaytirishga esa, teri va jigar orqali shuntlash hisoblanadi

Xulosa

Xulosa qilib aytganda, jigar tuzilishining chuqur anatomik o'rganilishi va segmentar bo'linishini bilish jarrohlik amaliyotida juda muhimdir. Har bir tarmoq



va tomirning joylashuvi to'g'ri aniqlansa, operatsion jarayonlar xavfsiz va samarali kechadi. Shuningdek, jigarining mikroskopik tuzilishini anglash patologik o'zgarishlarni erta aniqlash hamda ularni oldini olish imkonini beradi. Bu esa nafaqat jigar kasalliklarining, balki butun organizm faoliyatining barqarorligini ta'minlaydi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Турсунов, Ш. А., & Хамидова, М. Ш. (2021). Хирургические болезни печени и желчных путей: современные подходы к лечению. Ташкент: Издательство ТМА.
2. Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2023). Clinically Oriented Anatomy. 9th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
3. Netter, F. H. (2019). Atlas of Human Anatomy. 8th Edition. Elsevier.
4. Салахутдинов, Р. М., & Каримов, У. Р. (2020). Анатомия печени и её значение в хирургической практике. Вестник хирургии, №2, 45–52.
5. Standring, S. (2021). Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 43rd Edition. Elsevier.
6. World Health Organization (WHO). (2022). Liver Diseases: Epidemiology and Surgical Treatment Guidelines. Geneva: WHO Press.
7. Абдуразаков, Н. Т. (2018). Современные методы диагностики и лечения печёночных патологий. Ташкент: Медицинский журнал Узбекистана, №3, 27–34.
8. Blumgart, L. H., & Belghiti, J. (2019). Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas. 6th Edition. Saunders Elsevier.