



## ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИ КЛИНИКО ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедова Н.А Курбонкулова А.А.  
Тошкент тиббиёт академияси . Ўзбекистон

**Аннотация:** Жигар циррози сурункали, полиэтиологик, диффуз касаллик бўлиб, у жигар паренхимаси ва унинг интерстициал тўқимасининг бириктирувчи тўқима билан алмашиши, шунингдек, жигар архитектурасининг бузилиши ва жигар етишмовчилиги, регенерация тугунларининг ривожланиши билан тавсифланади. Шунинг учун жигар циррозида куйидаги жараёнларни содир бўлади: жигар етишмовчилиги, портал гипертензия.

Мақолада вирусли этиологияли жигар циррозининг этиологияси, таснифи, патогенези, диагностикаси, клиник кўриниши ва даволаш усуллари кўрсатилган. *Чайльд Пью* шкаласи бўйича цирроз даражасини акс эттирувчи жадвал мавжуд.

**Калит сўзлар:** жигар циррози, HCV, HBV, HDV, АСТ, АЛТ.

**Аннотация:** Цирроз печени - хроническое, полиэтиологическое, диффузное заболевание, характеризующееся замещением паренхимы печени и ее интерстициальной ткани соединительной тканью, а также нарушением архитектуры печени и печеночной недостаточностью, развитием узлов регенерации. Поэтому при циррозе печени возникают следующие процессы: печеночная недостаточность, портальная гипертензия. В статье освещены этиология, классификация, патогенез, диагностика, клиника и лечение цирроза печени вирусной этиологии. Приведен таблица отражающий степень цирроза по шкале Чайльд Пью.

**Ключевые слова:** цирроз печени, HCV, HBV, HDV, АСТ, АЛТ.

**Annotation:** Цирроз печени - хроническое, полиэтиологическое, диффузное заболевание, характеризующееся замещением паренхимы печени и ее интерстициальной ткани соединительной тканью, а также нарушением архитектоники печени и печеночной недостаточностью, развитием узлов регенерации. Поэтому при циррозе печени возникают следующие процессы: печеночная недостаточность, портальная гипертензия. В статье освещены этиология, классификация, патогенез, диагностика, клиника и лечение цирроза печени вирусной этиологии. Приведен таблица отражающий степень цирроза по шкале Чайльд Пью.

**Ключевые слова:** цирроз печени, HCV, HBV, HDV, АСТ, АЛТ.

### **Кириш**

Жигар циррози сурункали, полиэтиологик, диффуз касаллик бўлиб, у жигар паренхимаси ва унинг интерстициал тўқимасининг бириктирувчи тўқима билан алмашиши, шунингдек, жигар архитектоникасининг бузилиши ва жигар етишмовчилиги, регенерация тугунларининг ривожланиши ривожланиши билан тавсифланади. Шунинг учун жигар циррозида куйидаги жараёнларни содир бўлади: жигар етишмовчилиги, портал гипертензия.

Жигар мураккаб орган ҳисобланади. Жигар касалликлари агарда беморда ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлмаса, симптомсиз кечади. Агарда беморда ошқозон-ичак тизими томонидан ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлса, у ҳолда жигар циррозининг симптоматик кўриниши ноаниқ бўлади. жигар циррозига чалинган беморларда жигарнинг бирламчи карциномаси ривожланиш хавфи нисбатан кўпроқ кузатилади. Сўнгги пайтларда жигар циррози фонида жигар саратони ривожлана бошлади.

Ҳозирги вақтда ривожланган мамлакатларда жигар циррози касаллиги 35-65 ёшдаги инсонлар ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлиб, ҳар 100 000 аҳолига тахминан 15-30 ҳолатни ташкил қилади. Дунё миқёсида ҳар йили 45 миллионга яқин аҳоли жигарнинг вирусли этиологияли циррози ва вирусли гепатит В касаллигида фонида ривожланадиган гепатоцеллюляр

карциномадан вафот этади. Жигар циррози эркаклар орасида кенг тарқалган бўлиб, касалликнинг эркаклар ва аёллар орасида учраш нисбати 3: 1 ни ташкил қилади. Касаллик барча ёш гуруҳларида учраши мумкин, лекин кўпинча 40 ёшдан кейин ривожланади. Жигар циррози билан оғриган беморлар учун касаллик оқибати нохуш, чунки беморларнинг тахминан (50%) 5 йил ичида ҳеч қандай асорат ривожланмасдан вафот этишади, тахминан 70%-90% касаллик асорати асцит бошланганидан кейин 5 йил ичида вафот этади. Беморларнинг 75% қизилўнгачнинг варикоз томирларидан қон кетишидан вафот этади.

Жигар циррозидан ўлим структурасида алкоғолли циррознинг улуши 42,8-63,4% ни, сурункали гепатит С дан келиб чиққан цирроз - 8,6-11,8% ни ташкил қилади. Баъзи беморларда (60%) касаллик клиник белгилар билан кечади ва бу беморлар шифокорларга мурожаат қилишади. Айрим беморларда (20%) жигар циррози яширин ва симптомсиз кечади. Бундай беморларда касаллик оммавий текширув вақтида тасодифан аниқланади. Баъзи беморларга касаллик ташхиси, яъни жигар циррози ташхиси ўлимдан сўнг қўйилади (20%). Ҳар йили жигар циррози билан касалланиш даражаси ўсиб бормоқда, чунки касалликнинг ривожланишига турли омиллар ёрдам беради: нотўғри овқатланиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, гиёҳванд моддалар, жигар вирусли касалликлари: HCV, HBV ва HDV.

Қонда вируслар репликациясининг фаол бўлганда терапевтик даво тайинланади: вирусга қарши препаратлар, аутоиммун жараёнларда иммуносупрессив моддалар, Вильсон-Коновалов касаллигида Д-пенцилламин буюрилади. Ушбу усулларнинг самарасизлиги ва касаллик кучайган ҳолатларда жигар трансплантацияси буюрилади. Жигар трансплантацияси бўйича етакчи давлатларга АҚШ, Япония ва Европа киради. Чунки бу давлатларда шифокорлар йилига бир неча минг органини трансплантация қилишади. Юртимизда, Тошкентда *Академик В. Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказида жигар трансплантацияси йўлга қўйилмоқда. Шу вақтга қадар юртимизда ўнга яқин трансплантация операциялари амалга оширилган. Ўзбек шифокорлари томонидан мустақил равишда иккинчи ортотопик жигар трансплантацияси амалиёти ўтказилди.*

#### Этиологияси

Жигар циррозининг этиологияси жуда хилма-хилдир [2]. Биринчидан, жигар циррози сурункали гепатит В, С ва D нинг охири босқичидир (айтиб ўтилган гепатит билан оғриган беморларнинг 30-40 %да жигар циррози ривожланади; шунингдек, сурункали гепатит билан оғриган беморларда гепатоцеллюляр карцинома ривожланиш эҳтимоли юқори бўлади. Иккинчидан, жигар циррози узок вақт спиртли ичимликларни истеъмол қилиш фонида ҳам ривожланиши мумкин (70-80% ҳолларда, кунига 80-160 мл этанол истеъмол қилганда 5-10 дан кейин келиб чиқади). Кўп ҳолларда алкоғолли цирроздан олдин жигарнинг ёғли дистрофияси ва ўткир алкоғолли гепатит келиб чиқади. Жигарнинг алкоғолли вирусли цирроз касаллиги оғир кечиши билан характерланади. Чунки улар одатда гепатоцеллюляр карциномага айланади. Учинчидан, цитостатиклар, гиёҳвандлик моддалари, гормонал ва хомиладорликда сақловчи моддалар жигарга токсик таъсир қилади [1,3].

Темир алмашинувининг генетик бузилишлари этиологик омилларга ҳам боғлиқ бўлиши мумкин, бундан ташқари, жигар циррози ривожланишининг

этиологиясида оғир металллар, нафталинлар, бензол каби токсик моддалар ҳам жигарга токсик таъсир қилади. Шунингдек, камдан-кам ҳолларда жигар ичи ва жигардан ташқари ўт йўллари касалликлари,  $\alpha$ 1-трипсин етишмовчилиги гепатолентикуляр карциномага сабаб бўлиши мумкин [4].

Жигар циррозининг яна бошқа сабабларига ичаклардаги операциялар, масалан, юноилеал анастомозни қўйиш овқат ҳазм қилиш мувозанатининг бузилишига олиб келиши мумкин.

Бошқа сабаблари - саркаидоз; Рандю-Ослер касаллиги; шунингдек паразитар ва юқумли касалликлар (эхинококкоз, шистосомиаз, бруцеллёз, описторхоз, токсоплазмоз) ҳам бўлиши мумкин. Номалум этиологияли ҳам жигар циррози мавжуд. Номалум этиологияли жигар циррози (идиопатик, криптоген) билан касалланиш даражаси тахминан 20-30% га етади.

Номалум этиологияли жигар циррози асосан аёлларда кузатилади. Кўпгина ҳолларда криптогеник цирроз жигарнинг алкоғолсиз ёғли дегенерацияси натижасида ривожланади, бу семириш, қандли диабет фониди юзага келади [6]

Жигар циррозининг ривожланиши узоқ вақт, ойлаб ва балки йиллаб давом этади, шунинг учун бу вақт ичида жигар хужайраларининг генетик аппарати (гепатоцитлар) ўзгаради ва хужайраларда патологик ўзгаришлар рўй беради, бу жараён иммун яллиғланиш деб аталади [5]. Бирламчи билиар цирроз ташхиси қўйилган баъзи беморларда касаллик этиологиясини аниқлаб бўлмайди (10-15%). Одатда бирламчи билиар цирроз аёлларда ёшлигида ривожланади ва майда жигар ичи ўт йўллари некрозли шикастланиши билан характерланади [7]. Иккиламчи билиар цирроз умумий ўт ёки умумий жигар каби йирик ўт йўллариининг тикилиб қолиши, шунингдек, ўт йўллариининг яллиғланиши фониди ривожланади; катталарда иккиламчи билиар цирроз жигардан ташқари ўт йўллариининг операциядан кейинги стриктураси билан ривожланади.

### Жигар циррози патогенези

Жигар циррози патогенезида морфологик ўзгаришлар келиб чиқади. Этиологик омиллардан, спиртли ичимликлар, вирусли инфекциялар, орттирилган касалликлар муҳим роль ўйнайди, чунки бу этиологик омиллар гепатоцитлар некрозини келтириб чиқаради. Бу жараёнда аутоиммун реакциялар, алоҳида аҳамиятга эга. Шунингдек, некрознинг бўлак марказидан портал йўлга тарқалиши ҳам эътиборга молик. Жигар ичидаги босим таъсирида бўшлиқнинг йўқолиши, унинг ўрнини паренхима эгаллайди [8], бу жараён натижасида дарвоза йўллари ва марказий томирлар бир-бирига яқинлашади ва бириктирувчи тўқима ўсишни бошлайди. Тирик қолган гепатоцитлар қайта тикланган регенерат тугунларни ҳосил қила бошлайди, улар қолган паренхима билан биргаликда псевдо-лобулалар ҳосил қилади. Псевдолобула- бу марказий томирга нисбатан трабекулаларнинг одатий радиал йўналиши бўлмаган паренхиманинг жойларидир. Псевдолобулалар марказида марказий томирлар ва периферия бўйлаб портал йўллар бўлмайди. Кенгайган бириктирувчи тўқима битишмалари қон томирларини сиқиб чиқаради, бунинг натижасида микроциркуляция бузилади, веноз томирларнинг облитерацияси, жигар ичи босимининг ошиши, портал қон оқими тезлигининг секинлашиши ва жигарда қон оқимининг ҳажми камайиши кузатилади.

Бу жараёнлар натижасида жигар бўлагининг парчаланиши содир бўлади, дарвоза томирлари жигар венаси билан боғланиб, артериовеноз шунтларни ҳосил қилади ва бу анастомозлар орқали қон жигар паренхимасини четлаб ўтиб, дарвоза венасидан оқади. Жигар хужайраларининг кислород билан таъминланиши ва овқатланишининг бузилиши ва буларнинг барчаси некрозга олиб келади. Патологик жараённинг кейинги босқичи, масалан, портал гипертензия, ички ёки ташқи портал томирларининг обструкцияси туфайли портал вена тизимидаги босимнинг ошишига олиб келади. Портал гипертензия спленомегалия ва асцитга олиб келади. Тромбоцитопения, лейкопения ва анемия спленомегалия билан боғлиқ. Асцит диафрагма ҳаракатининг чекланишига олиб келади, бу ҳолат ўпка ателектази ва пневмония ривожланиши учун хавф туғдиради.

#### Жигар циррози клиникаси

Беморларни текширганда, жигар циррози касаллигида тез-тез учрайдиган аломат кўпинча тери рангининг ва шиллиқ пардаларнинг турли даражадаги сарғиш ранги, тилнинг малина ранги («жигар»), тирналган излар, танадаги тукларнинг камайиши, эркакларда гинекомастия кузатилади. Беморнинг танасида геморрагик тошмалар, терида юлдузча кўринишидаги ўзига хос қон томир шаклланиши (телангиэктазия), пальмар эритема (кафт, бармоқларнинг қизариши), жигарнинг катталаниши, жигар соҳасида оғрик кузатилади [9], Касаллик ривожланиши фонида жигар зичлашади, юзаси ғадир будир бўлиб қолади, коворға ёйи четидан чиқади ва талоқ катталашади. Қорин бўшлиғида суюқлик пайдо бўлиши (асцит) туфайли қорин ҳажми катталашади ва қориннинг олд ва ён юзаларида (медуза боши) кенгайган томирлар пайдо бўлади [10]. Жигар циррози Чайльд Пью шкаласи бўйича баҳоланади (1-жадвал).

Бемор объектив кўриқда шиш аниқланади. Ушбу аломатлар қизилўнгач, ошқозон, ичак томирларининг қон кетиши билан биргалиқда портал гипертензия синдромини кўрсатади. Марказий асаб тизими томонидан қуйидагилар қайд этилади: ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, вазн йўқотилиши ва энцефалопатия; овқат ҳазм қилиш тизими томонидан диспептик касалликлар, метеоризм ва қулоқ олди сўлак безларининг кенгайиши. Нафас олиш тизими томонидан алвеоляр-артериал градиентнинг ошиши ҳисобига гипоксемия, тахипноэ, нафас қисилиши кузатилади. Шунингдек, қўлларнинг дистал фаланжларида «барабан таёқлари» ва «соат кўзойнақлари» аниқланади [5]. Жигар циррози касаллигида эркакларда эндокрин тизими томонидан алопеция, гинекомастия, телангиэктазия, пальмар эритема қайд этилади. Бундан ташқари, бу касалликда тери ўзгаришлари ҳам қайд этилган: геморрагик тошмалар, «жигар» қафтлари, Дюпюитрен контрактураси, тирноқ пластинкаларининг оқариши, ксантелазма ва ксантомаларнинг тирналган излари.

#### Жигар циррози асоратлари

Жигар циррозининг энг оғир асоратлари: жигар комаси, қизилўнгачнинг варикоз томирларидан қон кетиш (камроқ - ошқозон, ичак), портал вена тизимидаги тромбоз, гепаторенал синдром, жигар саратони ҳисобланади [6].

Айниқса, алкогольли циррозда кўпинча юқумли асоратлар кузатилади - пневмония, асцитда «спонтан» перитонит (унинг ривожланишида шартли патоген ичак бактериал флораси муҳим роль ўйнайди, деб тахмин қилинади. Ичак қовузлоқлари шишиши натижасида лимфостаз ва - иммун тизим бузилиши оқибатида, ичак флораси қорин бўшлиғига эркин кириб, аниқ патогенлик хусусиятларга эга бўлади), сепсис келиб чиқади.

#### Жигар циррози диагностикаси

Жигар циррози диагностикаси қуйидаги 3 та омилга асосланади:

1. Жигар фаолиятини баҳолаш (шунингдек, жигар хужайрали етишмовчилик даражаси 1-жадвал).



2. Портал гипертензия оғирлик даражасини баҳолаш.
3. Беморнинг рухий ҳолатини баҳолаш (жигар энцефалопатияси даражаси).

Касалликка ташхис қўйишда лаборатор ва инструментал текширув усулларини эътиборга олиш керак: лейкоцитопения, тромбоцитопения, анемия, қоннинг биохимик ўзгаришлари-гипер- $\gamma$ -глобулинемия, гипоальбуминемия, аминотрансферазалар фаоллиги ошиши (ишқорий фосфатаза, АСТ ва АЛТ), конъюгацияланган фракция ҳисобига гипербилирубинемия, калий, натрий, мочевина, креатинин миқдори ошиши, протромбин индекси пасайиши, қон ивиш тизимида қатнашувчи бошқа кўрсаткичларнинг пасайиши[1] кузатилади. Жигар циррози даражаларига боғлиқ гематологик картина ўзгаради (2-жадвал).

Шунингдек, ИФА усулида вирусли гепатит маркерлари, альфа-фетопротеин, антимиохондриял антителалар аниқланади. Бундан ташқари, УТТ, фиброскан ва жигар биопсияси ҳам ўтказилади. Иммунологик усуллар жигар циррози этиологик сабабини аниқлаш учун қўлланилади [7] Ж и г а р циррози декомпенсация даврида иммуноглобулинлар концентрацияси ошган бўлади. Алкогол этиологияли циррозлар учун IgA миқдори ошиши, вирус этиологияли циррозлар учун – IgG u IgM миқдори ошиши характерлидир. Бирламчи жигар билиар циррозидида IgM концентрацияси ошади. Бу ҳолатда қон зардобидида митохондрияларга нисбатан антитела аниқланади. Бирламчи жигар циррози ташхисотида антимиохондриял антителаларнинг айрим фракциялари аниқланиши муҳим рол ўйнайди.

1-жадвал.

**Чайльд-Пью шкаласи бўйича жигар хужайралари  
дисфункцияси классификацияси**

Белгилари	А	В	С
Билирубин, мкмоль/л	<35	39-50	>51
Альбумин, г/л	>35	34-30	<29
Протромбин индекс, %	>60	40-59	<40
Асцит	йўқ	Назорат қилиш осон	резистент
Энцефалопатия	йўқ	1-2 даражаси аниқланади	3-4 даражас
Озиқланиши	яхши	қониқарли	қониқар сиз

2-жадвал.

**Жигар циррози даражасига боғлиқ қон таҳлилидаги ўзгаришлар**

Жигар циррози декомпенсация даври	Жигар циррози субкомпенсация даври	Жигар циррози компенсация даври
<b>Умумий қон таҳлили: анемия, лейкопения, тромбоцитопения</b>	Умумий қон таҳлили: билинар билинмас даражада анемия, лейкопения, тромбоцитопения	Умумий қон таҳлилида ўзгаришлар кузатилмайди
<b>Қон биохимияси: аминотрансферазалар фаоллигининг 2-5 баравар ошиши</b>	Қон биохимияси: аминотрансферазалар фаоллигининг 3-4 баравар ошиши	Қон биохимияси: аминотрансферазалар фаоллигининг 1,5-3 баравар ошиши
<b>Билирубин миқдорининг 2-5 баравар ошиши</b>	Билирубин миқдорининг 3-4 баравар ошиши	Билирубин миқдорининг 1,5-2 баравар ошиши
<b>Протромбин индексининг сезиларли даражада пасайиши</b>	Протромбин индексининг ўрта даражада пасайиши	Протромбин индексининг билинар билинмас даражада пасайиши

Бу касалликда инструментал текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга. Ҳозирги вақтда гепатобилиар тизимни текширишнинг энг кенг тарқалган усулларида бири ультратовуш текширув ҳисобланади. Сурункали гепатитда ва жигар циррозининг дастлабки босқичида, портал гипертензия белгилари пайдо бўлишидан олдин, ташхис клиник ва лаборатор текширувлар асосида амалга оширилади. Ультратовуш текширув орқали - жигар ва талок размерини, уларнинг паренхимаси зичлигини аниқлашга, жигарда тугунлар мавжудлигини, жараённинг тарқалиш даражасини ва портал гипертензия белгиларини аниқлашга имкон беради [8,9] Жараён нисбатан содда, ноинвазив, бемор учун хавфсиз, шунингдек, бир неча марта тадқиқот қилиш имконини беради. Жигар циррозининг дастлабки босқичида жигар структураси ўзгармаган, аммо субкомпенсация ва декомпенсация даврида жигар паренхимаси ўрнида сезиларли даражада фиброз қайд этилади. Жигар кичик тугунли циррозида безнинг эхогенлиги қайд этилади, катта тугунли жигар циррозида алоҳида тугунлар, тўқималар тузилиши ўзгариши кузатилади. Касалликнинг кечки босқичларида жигарнинг ўнг бўлаги қисқариши кузатилади, энг охирида у янада кичрайиб кетади.

Жигар циррози касаллигида яна бир текширув усулларида жигар биопсияси (аутопсия) ҳам ўтказилади. Жигарнинг пункцион биопсияси энг информатив процедура ҳисобланади, чунки у биоптат намунасини гистологик текшириш, патологик жараённинг турини ва унинг босқичини аниқлаш имконини беради. Бу усул камчиликлари орасида баъзи беморларда визуализация, субъективлик, олинган натижаларни ҳужжатлаштиришнинг мумкин эмаслиги, шунингдек, баъзида ноаниқ хулосаларга олиб келадиган анатомик, ёшга боғлиқ, конституциявий хусусиятларни етарлича баҳоламаслик билан боғлиқ қийинчиликлар мавжуд. Хорижий ва маҳаллий муаллифлар таъкидлашларича, бу усулни динамикада жигар циррози ташхиси қўйилган беморларда касалликнинг кечиши ва жигардаги ўзгаришларни аниқлаш учун ҳар 6 ойда

бир марта фойдаланиш тавсия этилади. Жигар циррозида жигар томонидан изотопларнинг диффуз сўрилишининг пасайиши юз беради. Бу усул кам информатив ҳисобланади.

Компьютер томографияси, айниқса, асцит кузатилган беморларда кўпроқ информация берувчи усуллардан биридир. Бу усул орқали жигар тўқималарининг зичлиги, бир хиллиги ҳақида маълумот олиш имконини беради. Б усулда ҳатто кичик миқдордаги асцитик суюқлик ҳам аниқланади. Бундан ташқари, компьютер томографияси безни, томирларни, шунингдек, ўт йўллари батафсилроқ кўриш, сканерлаш имконини беради. Жигар циррозида жигарда изотопнинг сўрилишининг диффуз пасайиши кузатилади. Усул жуда маълумотли эмас.

Ангиографик текширув - целиакография ва спленопортография. Бу усул жигар қон томирларини кўриш ва портал гипертензиянинг мавжудлиги ва ривожланиш даражасини аниқлаш учун ишлатилади.

Қорин бўшлиғини лапароскопик текшириш, бу инвазив усул бўлса ҳам, ташхис қўйиш қийин бўлганда, қорин бўшлиғи органлари ва қон томирларининг ҳолати ҳақида қўшимча маълумот олиш имконини беради. Допплерометрия қон томирларнинг йўналишини ва қон оқимига тўсиқ бор-йўқлигини, шунингдек томирларнинг диаметрини ўлчаш имконини беради.

Фиброскан (Fibroscan 502 touch) - бу жигарни текширишнинг ноинвазив усули бўлиб, фиброз даражасини (жигар морфологияси) аниқлашга, шунингдек унинг қирралари ўлчами ва шаклини аниқлашга, жигар функцияси ва фаолиятини баҳолашга имкон беради. Ушбу усул беморларнинг соғлиғи учун хавфсиздир, бу усулда текшириш учун учун шифохонада ётишнинг ҳожати йўқ, бу усул маълум вақт оралиғида кўплаб беморларни текшириш имконини беради. Фиброз Метабир шкаласи ёрдамида баҳоланади (натижалар килопаскалда ҳисобланади):

0-нормал, бириктирувчи тўқима толалари йўқ (<6,1 кПа)

1-3 - бириктирувчи тўқима толалари ҳосил бўлади (6,1-14 кПа)

4- ҳужайра дегенерацияси ва жигар циррозининг ривожланиши (14<кПа) юз беради.

Клиник жиҳатдан портал гипертензиянинг 4 босқичи мавжуд: Биринчи босқичда ўнг қовурға остида оғриқ, метеоризм, ҳолсизлик, доимий бўлмаган ахлат кузатилади. Иккинчи босқичда, қориннинг юқори қисмида оғирлик, метеоризм, диспептик касалликлар, жигар ва талок ўлчамларининг катталашуви кузатилади. Учинчи босқич асцит, медуза боши, анемия белгиларининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Тўртинчи босқичда доимий асцит кузатилади ва катталашиб боради, бактериал перитонит ва варикоз томирларидан қон кетиши кўшилади.

Жигар энцефалопатияси босқичида 4 босқич ажратилади: Биринчи босқич уйқу бузилиши, эътиборнинг бузилиши, депрессия, асабийлашиш, иккинчи босқич уйқучанлик, хатти-ҳаракатларнинг бузилиши, учинчи босқич - уйқучанлик, асабийчанлик, хатти-ҳаракатларнинг бузилиши билан тавсифланади. Айрим ҳолларда амнезия келиб чиқади. Шундан сўнг тўртинчи босқич кузатилади.

### **Жигар циррозини даволаш**

Жигар циррози билан касалланган беморларни олиб бориш ва даволаш тактикаси асосий касаллик ва асоратларини даволашни ҳам ўз ичига олади. Аммо шуни ёдда тутиш керакки, жигар циррози касаллигида бошқа аъзоларнинг шикастланиши юз беради: юрак, буйраклар, ошқозон ости бези, марказий ва периферик асаб тизими.

Жигар циррози асоратларини даволаш

А) Портал гипертензия:

Дори терапияси: б-блокаторлар (пропранолон, атенолол, метопролол), камдан-кам ҳолларда портал венадаги босимни пасайтирадиган дорилар, яъни нитратлар буюрилади. Экстракорпорал детоксикация ҳам тавсия этилади.

Хирургик усуллар: қон оқимининг янги йўллари яратиш (портоковал анастомозлар), парацентез (асцит суюқликни олиш).

Б) Жигар энцефалопатияси

1. Жигар энцефалопатиясининг ривожланишига сабаб бўлган омилларни бартараф этиш

2. Оқсил қабулини 20-30 г / с гача чеклаш.

3. Медикаментоз терапия: ичакларда аммиак ҳосил бўлишини камайтириш (лактоулоза), антибиотиклардан рифампицин, камроқ ҳолларда метронидазол, ванкомицин буюрилади.

а) Жигарда аммиакнинг нейтраллашни кучайтириш: Гепта-Мерц, липойк кислота

б) Қондаги аммиакнинг боғланишини кучайтириш - натрий бензоат .

с) Марказий асаб тизимидаги жараёнларни тормозлаш (флумазенил)

д) Экстракорпорал детоксикация

е) жигар трансплантацияси

С) Гепаторенал синдром

1. Суюқлик истеъмолини чеклаш (1,5 л / с гача), туз (2 г / с гача)

2. Кислота-асос ҳолатини ва қондаги электролитлар даражасини нормаллаштириш

3. Диуретиклар – вазодилататорлар.

4. Гемодиализ ва гемофилтрация

5. Жигар трансплантацияси.

### **Фойдаланилган адабиётлар/Список литературы / References**

1. Трухан, Д. И. Болезни печени / Д.И. Трухан, И.А. Викторова, А.Д. Сафонов. - М.: Фолиант, 2010. - 264 с
2. Крохина, Н. Б. Значение гепатобиопсии в диагностике патологии печени у детей первого года жизни / Н. Б. Крохина, Р. А. Ушакова, Я. М. Кобелева //АРХ. ПАТОЛ. - 2010. - № 1. - С. 19-23. - Библиогр. с. 22-23 (17 назв.)
3. Караматуллаева З.Э., Шодиева Г.Р. «Турли этиологияли жигар циррози билан касалланган беморлар клиник-лаборатор характеристикаси» Научно -

практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г.Самарканд, №6  
2021 г. стр: 227-234.

4. Рустамова Ш.А., Эрназаров А.М. «Клинические проявления хронического вирусного гепатита В у больных ВИЧ-инфекцией». Научно - практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г.Самарканд, №3 2014 г. стр: 112.
5. Шодиева, Г. Р. (2020). Роль Цитокинов у больных циррозом печени вирусной этиологии. *Вестник науки и образования*, (10-4 (88)), 104-106.
6. Ярмухамедова Н.А., Ходжаев Н.И., Рустамова Ш.А., Эрназаров А.М. «Клиническая и лабораторная диагностика ХВГВ у ВИЧ инфицированных» Научно - практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г.Самарканд, №4 (85) 2015. Стр: 173
7. Ярмухаммедова Н.А., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э. «Сурункали вирусли гепатит В нинг ОИВ инфекцияси фониди клиник кечиш хусусиятлари» Научно - практический журнал «Проблемы биологии и медицины» г.Самарканд, №2 (94) Самарканд, 2017 год. Стр 162-167
8. Гарбузенко Д.В. Неинвазивные методы оценки портальной гипертензии у больных циррозом печени / Д.В. Гарбузенко // Поликлиника. - 2015.-№ 1-1.-С.33-39
9. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol* 2010; 53(3): 397-417.
10. Ахмедова, Н. А., & Темирова, М. Б. (2022). *Влияние микробиоценоза кишечника на клиническое течение хронического панкреатита и его коррекция* (Doctoral dissertation, Ташкент).
11. Жамолов, А. Ш., & Касимова, М. Б. (2023). *Анемия при ревматоидном артрите* (Doctoral dissertation, Санкт-Петербург).
12. Касимова, М. Б., & Жамалов, А. Ш. (2023). *Особенности липидного профиля у больных ревматоидным артритом* (Doctoral dissertation, Санкт-Петербург).

- 13.** Kasimova, M. B., Akhmedova, N. A., & Xudoyazarov, A. A. (2023). AN INTERACTION OF PROTEINS OF THE 14-3-3 FAMILY WITH CYTOSKELETAL SYSTEM.
- 14.** Темирова, М. Б., Ахмедова, Н. А., & Касимова, М. Б. (2023). *Микробиота желудочно-кишечного тракта при хроническом панкреатите* (Doctoral dissertation, Санкт-Петербург).
- 15.** Sh, J. A., & Kasimova, M. B. (2022). *Revmatoid artritli bemorlarda jigar funksional holatining o'ziga xos xususiyatlari* (Doctoral dissertation, Тошкент).
- 16.** Мухсимова, Н. Р., Саидрасулова, Г. Б., & Мирахмедова, Х. Т. (2023). Псориастик артрит кечишида жигар ноалкогол ёғли касаллигидаги адипоцитокинларнинг узаро боғликлиги.
- 17.** Мирахмедова, Х. Т., Дадабаева, Н. А., & Абдуллаев, У. С. (2023). Оценка динамических нарушений.
- 18.** Мирахмедова, Х. Т., Нигина, Б., Нарзиев, Н. М., & Аликулов, И. Т. (2023). General Examination of the Patient (General Condition of the Patient, Consciousness, Position, Physique), Examination by Parts of the Body: Head, Face, Neck, Limbs, Skin Integuments.
- 19.** Мирахмедова, Х. Т., Дадабаева, Н. А., Хайтимбетов, Ж. Ш., & Мухсимова, Н. Р. (2023). ПСОРИАТИК АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА НОАЛКОГОЛ ЁҒЛИ ГЕПАТОЗНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.