

**Z.A. Ergasheva, N.A Tillaboyev,**

Andijan State Medical Institute, Yu. Atabekov St., Building 1, 170127, Andijan, Uzbekistan

[tillaboyev12@gmail.com](mailto:tillaboyev12@gmail.com)

---

## **TURLI XIL ETIOLOGIYALI SPLENOMEGALIYALARNI SABABLARI, TASHXISI VA QIYOSIY TASHXISI**

**Abstract.** Спленомегалия синдромининг асосий сабабларидан бири бу жигарнинг диффуз касаллигидир. Айти пайтда дунёда ушбу патология билан касалланиш даражаси доимий равишда ўсиб бормоқда, бу асосий ижтимоий-иқтисодий муаммо. Европалик тадқиқотчилар томонидан олинган маълумотларни кўриб чиқаётганда, спленомегалия сабаблари орасида биринчи ўринда вирусли Б, С ва Д вирусли гепатитлар натижасида ривожланган жигар паренхимасининг ўзгариши тўғрисида аниқ маълумотлар кўриниб турибди. Ногиронлик ва ўлимнинг асосий сабабларини этиологик омиллар тасирида, жигарнинг асоратлари деб ҳисоблаш керак, бу эса ўз навбатида диагностиканинг янги инвазив бўлмаган усуллари ишлаб чиқишни ва беморларнинг ушбу гуруҳини динамик кузатишни талаб қилади.

**Keywords:** спленомегалия, вирусли гепатит, гиперкоагуляция, АДТИ клиникаси, декомпенсация, ўнг қоринча, витамин, моноклёр, IgM, HBV, ДНК, anti-Hbcore.

---

### **1 Introduction**

Спленомегалия - бу талоқ хажмининг нормага нисбатан катталашиб кетишидир. Спленомегалия мустақил нозологик бирлик эмас, балки бошқа патологик жараён фониди, иккиламчи касаллик сифатида пайдо бўлади. Талоқнинг вазни одатда, тахминан 100-150 г ни ташкил қилади ва уни пайпаслаганда қўлга урилмайди, 2-3 марта катталашганда органни палпация билан аниқлаш мумкин. Тарқалиши умумий аҳоли орасида 1-2%ни ташкил қилади. Спленомегалия ҳар қандай ёшдаги одамларда пайдо бўлиши мумкин. Бу аёлларга ҳам, эркакларга ҳам бир хил таъсир қилади.

### **2 Literature review**

Спленэктомия қон тизими касалликларига чалинган беморларни комплекс даволашда муҳим ўрин тутди (27, 51, 57, 114). Патогенетик жиҳатдан асосланган жарроҳлик аралашуви сифатида талоқни олиб ташлаш барқарор ремиссия ва маълум патологик шароитларда тўлиқ тикланишига имкон беради (12, 62, 74, 99). Қон тизими касалликлари бўйича биринчи операциялар 20-асрнинг ўрталаридан бошлаб қўлланила бошланди. Ушбу аралашувларнинг тўпланган тажрибаси шуни кўрсатдики, патологиянинг хусусиятига қараб, жарроҳлик аралашуви касаллик натижасига сезиларли даражада таъсир қилади, шунинг учун операция шикастланишини минималлаштириш йўллари излаш талоқ томирлари орқали қон оқимини тўхтатиш учун эндоваскуляр аралашувларнинг ривожланишига ҳисса қўшди ва эндовидеоскопик техника пайдо бўлиши билан - лапароскопик спектр такомиллашди, бу биринчи марта 1988 йилда қўлланилган (27,34, 38,117). Бугунги кунга келиб лапароскопик спленэктомия техникаси етарлича ривожланган. Шу билан бирга, операциядан кейинги асоратлар сони 30% дан ошади ва пасайиш тенденциясига эга эмас (27,41,25,53,118,193,209,229).

Асоратларнинг сабабларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, улар геморрагик ва гиперкоагуляцион синдромларни ривожланишига, буйрак усти безининг ўткир етишмовчилигига, пневмония, плеврит ва бошқа касалликларнинг ривожланишига олиб келадиган касалликларнинг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ. Спленэктомиянинг энг кенг тарқалган жарроҳлик асоратлари бу ўткир панкреатит, қорин ичи қон кетиши ва субфреник хўшпоздир. Узоқ муддатли олдинги гормонал терапия ва Иценко-Кушинга синдромининг ривожланиши натижасида келиб чиққан семириш туфайли, шунингдек, катта орган ўлчамлари бўлган беморларда талокқа кириш ва кўриш назорати остида операция қилиш қийин бўлган беморлар тоифаси мавжуд (15). Бундай беморларда талок жуда чуқурликда жойлашган ва шу сабабли лапаротомик ёндашув, ҳатто энг тежамкор операция техникаси бўлса ҳам шикаст етказди, бу операциядан кейин асоратларни ривожланишига замин яратади. Лапароскопик усул билан талокни олиб ташлаш бўйича тажриба тўпланиши хавфсиз аралашув ва операциядан кейинги асоратлар сонининг пасайиши эҳтимолини тасдиқлади (93). Ушбу ҳолатлар спленэктомиyani амалга оширишнинг лапароскопик усулининг кўрсаткичлари ва имкониятларини ўрганиш ва қон тизими касалликлари билан касалланган беморларда уни амалга ошириш техникаси ва усулларини янада такомиллаштириш учун сабаб бўлди.

### **3 Material and methods of research**

2018 йилдан 2020 йилгача АДТИ клиникасида терапия бўлимида спленомегалия синдроми билан бирга талок патологияси бўлган 50 нафар бемор ва талок патологияси бўлган 20 нафар бемор текширилди. Беморлар гастроэнтерологик, жарроҳлик ва юкумли касалликлар бўлимларига ётқизилган. Ушбу беморлар: шикоятларни йиғиш (келиб тушган шикоятларнинг хусусиятлари ички ва жарроҳлик касалликлари клиникасида қабул қилинган анкеталарга асосланган), анамнезни йиғиш, тўлиқ клиник текширув, лаборатория ва инструментал маълумотларни таҳлил қилиш.

Тадқиқотда беморлар қўшимча мезонлари қуйидагилар:

- беморда талок катталашган бўлса;
- беморда талокнинг патологияси мавжуд;
- жигар циррози мавжудлиги;
- вирус этиологияли сурункали гепатитлари мавжудлиги;
- алкоғолли ва ноалкоғол стеатогепатитнинг мавжудлиги;
- юкумли моноклеоз мавжудлиги;
- беморнинг тадқиқотга розилиги.

Қуйидаги ташхис қўйилган беморлар тадқиқотдан четлаштирилди:

- декомпенсацияланган коагулопатия;
- жигар томирларининг тромбоземи болияси;
- Д, Е ва бошқалар билан бирга бўлган вирусли гепатитнинг мавжудлиги;

- ўнг қоринча юрак етишмовчилиги ва юрак фибрози

ЕФ 45% дан кам бўлган жигар, шунингдек ХСН ІІБ ФКІІІ;

- обструктив сариқлик;
- ўткир токсик ва вирусли гепатит;
- Б ва С вирусли гепатитлари бўлган беморларда ОІВ инфекцияси;
- ўткир рухий касаллик.

Тадқиқот босқичида барча беморларга умумий детоксикация терапияси, касалланган беморлар, 5% глюкоза эритмаси, гемодез, эндеродез қилинди. Дори препаратларининг асосий гуруҳи фармакологик препаратлар таркибидаги гепатопротектор моддалар бўлган: Гептрал, Карсил, Хофитол, Фосфоглив, Эссенсиал; иккинчи гуруҳ дорилар диуретиклар эди: верошпирон, фуросемид, лазикс, триампур, диакарб; портал гипертензия мавжуд бўлганда, селектив бўлмаган б-блокаторлар билан даволаш ўтказилди: анаприлин, обзидан; ошқозон ости беги ферменти етишмовчилиги мавжуд бўлганда қуйидагилар ишлатилган: Креон, панкреатин, мезим; кўллаб-қувватловчи витаминли терапия: Б витаминлари (Б1, Б6), Е витамини, А витамини; жигар етишмовчилигининг оғир ҳолатларида глюкокортикостероидлар қабул қилинди: преднизолон, дексаметазон; агар парентерал овқатланиш зарур бўлса, қонда озукавий аралашмалар ишлатилган: аминокислота эритмалари, ёғ эмулсиялари, албумин, янги музлатилган плазма, эритроцитлар массаси. Б ва С вирусли гепатитлари билан оғриган беморлар гуруҳида интерферонлар ишлатилган: Реаферон Интрон-А, Пегасис, Пегинтрон; баъзи ҳолларда, биргаликда ёки нуклеозид / нуклеотид аналоглари билан ажратилган: Зефикс, Бараклуд, Сибиво. Юқумли моноклёрзни даволашда дезинфекцияловчи эритмалар ишлатилган, ангинада маҳаллий даволаш ўтказилган: Мирамистин, Хлоргексидин; бактериал асоратлар бўлса - антибактериал терапия, бу бактериал воситанинг сезгирлигига қараб амалга оширилди.

#### 4 Results and discussions

Тақсимот қуйидагича: 41 эркак (58,9%) ва 29 аёл (41,1%). Ёшни тақсимлаш бўйича қуйидаги маълумотлар мавжуд: 28 ёшдан 69 ёшгача бўлган ёш гуруҳлари (ўртача ёш  $45,52 \pm 8,93$  ёш). Турмуш шароитларига келсак, беморларнинг аҳволи деярли бир хил, аммо биз уларни шаҳарда яшовчиларга ажратдик, бу 72 фоизни, қишлоқда яшовчилар эса 28 фоизни ташкил этди. Юқоридаги тақсимотлар тўғрисидаги маълумотлар 1-жадвалда келтирилган:

**Жадвал 1 – Текширув гуруҳидаги беморларни ёши ва жинсига кўра тақсимланиши**

Гуруҳ	Ўртача ёш	Эркаклар		Аёллар			Ҳаммаси	
		абс.	%	абс	%	абс	%	
1 гуруҳ ЖНАКБ (n=11)	45.03±8.8 6	6	8,7	5	7,1	11	15,8	
2 гуруҳ	47.03±8.7 6	11	15,7	2	2,7	13	18,4	

ЖАКБ (n=13)							
3 гуруҳ ВГ(В,С) (n=11)	50.70±8.1 3	8	11,4	3	4,2	11	15,6
4 гуруҳ ЖЦ (n=10)	44.88±6.9 5	6	8,7	4	5,7	10	14,4
5 гуруҳ ЮМН (n=12)	40.31±8.8 4	4	5,7	8	11,4	12	17,1
6 гуруҳ ФТПБ (n=13)	42.31±8.8 4	6	8,7	7	10	13	18,7
Жами:	45,52±8,9 3	41	58,9	29	41,1	70	100

Тадқиқотни режалаштиришда биз бир қатор мезонларни туздик, улар бўйича №1 назорат гуруҳига беморларни танладик, бундай мезон:

- 18 ёшдан 27 ёшгача;
- маълумотларни қайта ишлаш ва сўров ўтказиш учун асосли розилик бериш;
- талоқнинг катталашини ёки локал хужайраларда ултратовуш белгиларининг йўқлиги;
- бошқа диффуз жигар касалликларининг анамнестик белгиларининг йўқлиги.

Сўралган беморлар орасида 41 эркак (58,9%) ва 29 аёл (41,1%) мавжуд. Беморларнинг ўртача ёши  $23 \pm 3,76$  ёшни ташкил этди.

Назорат гуруҳи №2 (n = 20) синдроми бўлган беморларни ўз ичига олган талоқ паренхимасининг қаттиқлигини ретроспектив баҳолаш ва олинган маълумотларга консерватив давонинг таъсирини баҳолаш билан талоқ силжиш тўлқини ултратовушли эластографиясини ўтказган спленомегалия.

Асосий гуруҳнинг биринчи гуруҳига ЖНАК (n = 11) бўлган беморлар киритилган. Юқорида айтиб ўтилганидек, ушбу ташхис клиник ва лаборатория, шунингдек, инструментал тадқиқотлар натижасида тасдиқланди. Шунингдек таъкидлаш керакки, текширув давомида ушбу когортага киритилмаган бошқа патологияни чиқариб ташлаш зарур эди: АБП, СВХС ва ёки СВХБ, дори жигар зарарланиши, Уилсон-Коновалов касаллиги, аутоиммун гепатит, гемохроматоз; шунингдек, агар беморда "стеатоз" каби асосий касалликнинг асоратлари бўлса - бемор тадқиқотдан четлаштирилди.

Беморларни ушбу гуруҳдан четлаштирамаган бир вақтда учрайдиган патологиялар қуйидагилардир: ҳар хил оғирликдаги артериал гипертензия (8 бемор (11,4%)); бир қатор тадқиқотларга кўра касалликнинг ривожланишига таъсир қилиши мумкин бўлган гипотиреоз (5 бемор (7,1%)); тана вазнининг кўпайиши (4 бемор (5,7%)) ва семизлик (6

беморда БМИ > 25 кг / м<sup>2</sup> (8,7%) ва 5 да БМИ > 30 кг / м<sup>2</sup> (7,1%); мақсадли ХБА1С 6,5% дан кам ва веноз плазмадаги глюкоза 6,1 ммол / Л дан юқори бўлган 2-тоифа диабет меллитус (9 бемор (12,8%)); дислипидемия (ХДЛ холестерол даражаси паст бўлган беморларнинг 65%, триглицеридлар миқдори ошган 67%).

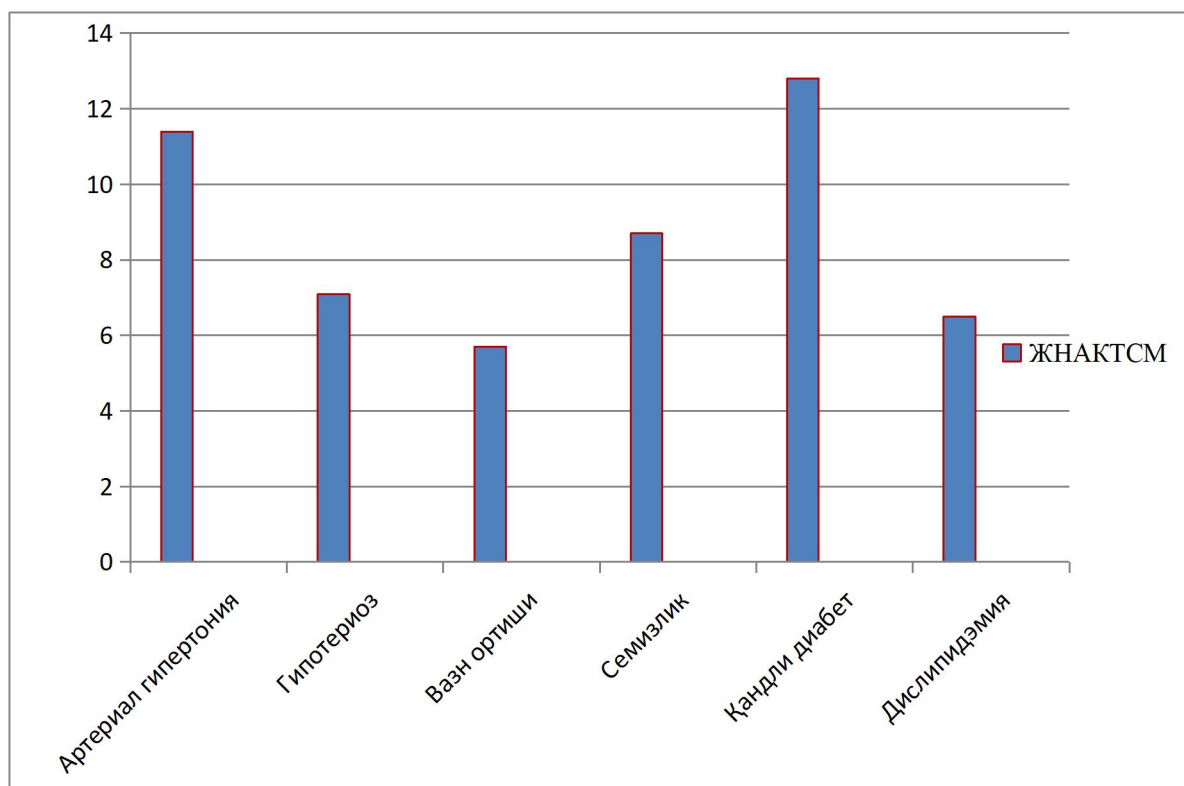


Диаграмма 1. Жигарнинг ноалкогол касаллигида спленомегалиянинг учраш кўрсаткичи

ЖАК бўлган беморларнинг иккинчи гуруҳи (n = 13). Ташхис нарколог ва / ёки токсиколог маслаҳати билан беморнинг анамнезини таҳлил қилиш, алкоголь тарихи ва касалликнинг клиник кўринишлари асосида аниқланди.

Нарколог ва / ёки токсиколог спиртли ичимликлар миқдори юқори бўлганлигини тасдиқлади ва шунга мувофиқ касалликнинг ривожланиш босқичи ва кечиши белгиланди:

- бошланғич ("нол") босқич: ушбу босқич куйидагилар билан тавсифланади:

мастлик; кайфиятни кўтариш мастлик ҳолатида ҳам, хушёр ҳолатда ҳам аниқланади; уйқусизлик ҳолатида алкогольли ичимликлар учун негатив истак йўқ;

- биринчи босқич (1-4 йил давом этади): ушбу босқичда алкоголь таркибидаги ичимликларга қарамлик (бағрикенгликнинг ўзгариши) бошланади, бу пай рефлексининг пасайиши ёки "ўчирилиши" ва спиртли ичимликларни етарлича кўп миқдорда ичиш имкониятининг пайдо бўлиши билан тавсифланади, бу эса дозани назорат қилишни йўқотишини кўрсатади. спиртли ичимликлар; ушбу босқичда беморларда алкогольли ичимликларга бўлган патофизиологик иштиёқ уйғонади, бу спиртли ичимликлардан фойдаланишга руҳий боғлиқлик билан намоён бўлади;

- иккинчи босқич (5-15 йил давом этади): ушбу босқичда беморлар катта дозадаги спиртли ичимликларни қабул қилишдан ва спиртли ичимликлар қабул қилинганидан кейин узок муддатли ва аниқ тўхтаб қолишади, бу ҳар фойдаланишдан кейин пайдо бўладиган "толерантлик платоси" деб номланади. спиртли ичимликларга руҳий ва жисмоний қарамлик тўғрисида; ҳолатларнинг катта фоизида галлюцинатор ва алкоғолли психоз ривожланиши мумкин;

- учинчи босқич (15 йилдан ортиқ давом этади): ушбу босқичда алкоғолга нисбатан бағрикенглик пасаяди, ичкиликбозлик ва мунтазам равишда ичкиликбозлик пайдо бўлади; ўзига хос клиник кўринишга ега бўлган аниқ синдром; ушбу босқичда беморнинг шахсияти ёмонлашади ва психикаси ўзгаради.

Анамнезни, нарқолог ва / ёки токсикологларнинг ёзувларини таҳлил қилишда иккинчи гуруҳ беморларида касалликнинг клиник кўринишлари аниқланди.

алкоғолизмнинг куйидаги босқичлари: 2-расмда келтирилган беморларнинг спиртли ичимликлар тарихи билан тасдиқланган дастлабки, биринчи, иккинчи ёки учинчи босқичлар.

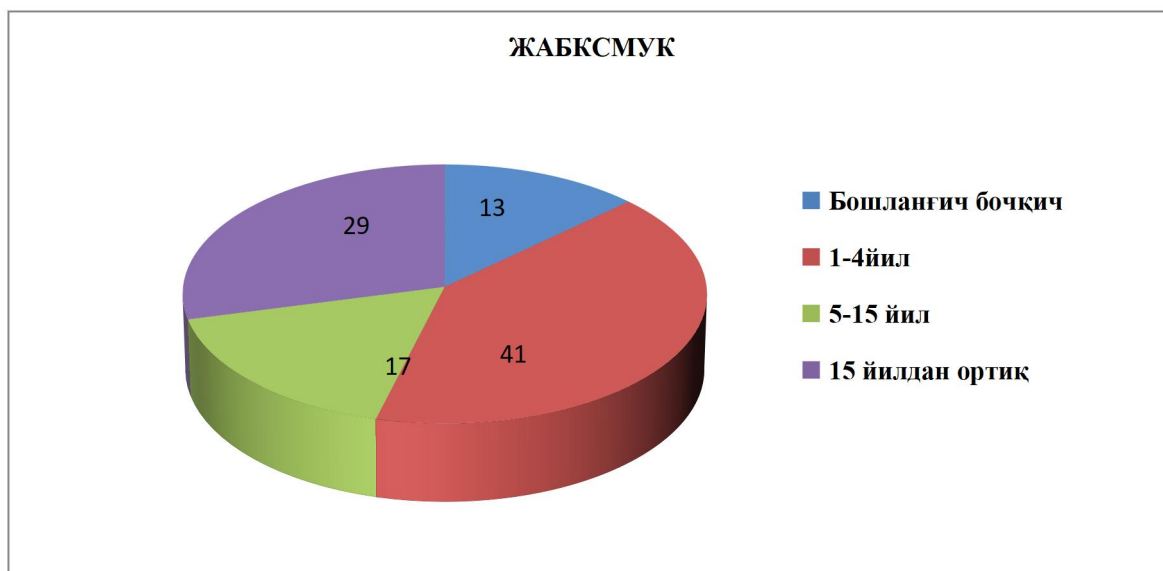


Диаграмма 2. Жигарнинг алкоғолга боғлиқ касаллигида спленомегалиянинг учраш кўрсаткичи

Шунингдек, ушбу гуруҳдаги беморларни текшириш режасида невропатологнинг текшируви мавжуд еди. Унинг хулосасига кўра биз куйидаги неврологик анормалликларни аниқладик: 2 кишининг хотирасининг бузилиши (2,8%); миопатиялар ва полиневропатиялар 2 (2,8%) ва 3 (4,2%) беморларда аниқланди; тарих ва шикоятлар бўйича пастки экстремиталарда крамплар 1 кишида (1,4%) аниқланди. Алкоғолли делирий руҳий ҳолати 3 кишида аниқланди (4,2%).

Учинчи гуруҳ жигар сиррози билан касалланган беморлардан иборат эди (n = 11). Гуруҳ таркибида алкоғолли жигар циррози бўлган 5 (7,1,5%) бемор бор (4 (5,7%) эркак ва 1 (1,4%) аёл); Вирусли этиологиянинг ЖС билан касалланган 3 (4,2%) бемор (1 (1,4%) эркак ва 2 (2,8%) аёл); Аралаш (спиртли-вирусли) цироз билан касалланган 3 (4,2%) бемор (2 (2,8%) эркак ва 1 (1,4%) аёл). Олинган маълумотлар 3-расмда кўрсатилган.

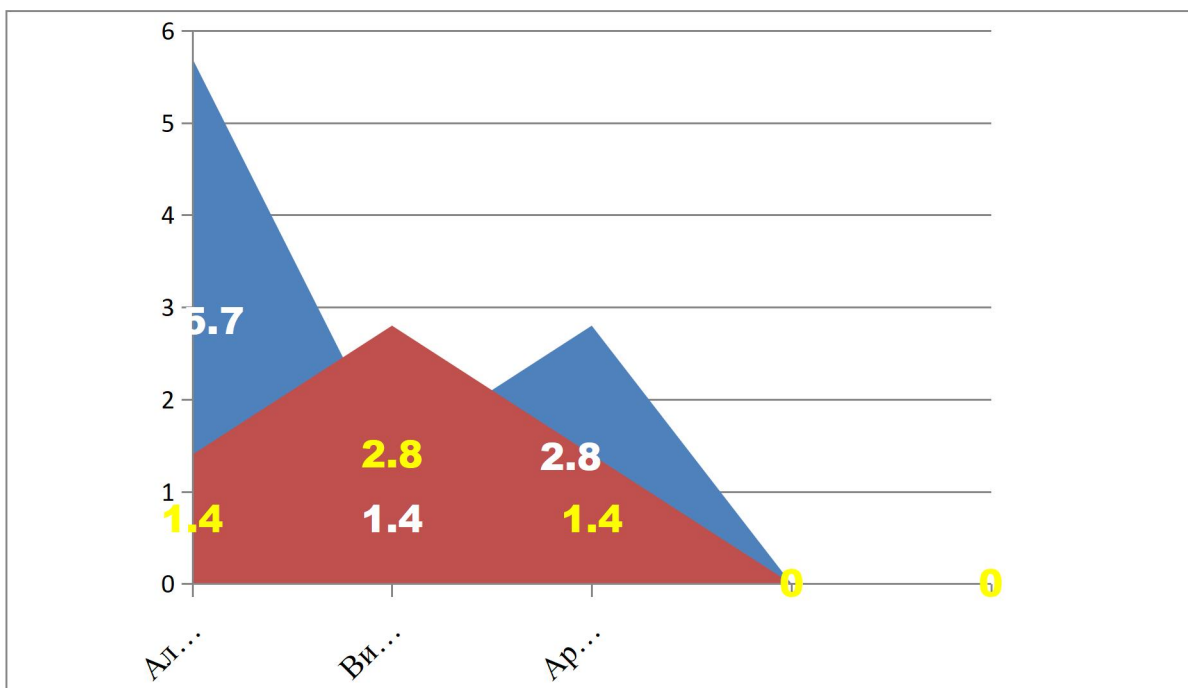


Диаграмма 3. Жигарнинг циррозида спленомегалиянинг учраш кўрсаткичи

ЖЦ кучайишига кўра, беморлар биз томонидан чайлд-пю дунё таснифига мувофик тақсимланган: чайлд-пю А (компенсация қилинган ЖС) - 4 бемор (5,7%); чайлд-пю Б (субкомпенсацияланган СП) –3 (4,2%) бемор; чайлд-пю С (декомпенсацияланган СП) - 3 (4,2%) бемор; Ушбу маълумотлар 4-расмда келтирилган.

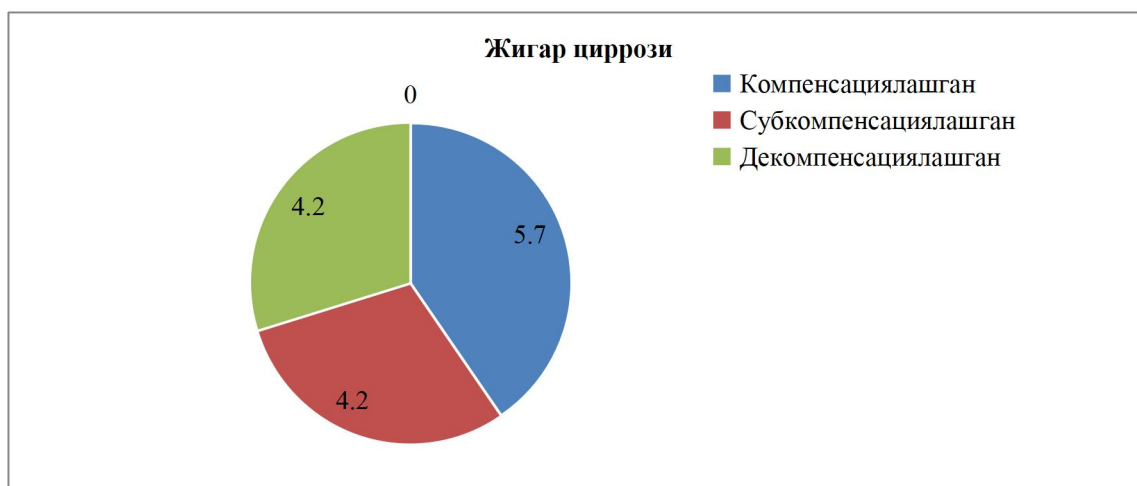


Диаграмма 4. Жигар циррозининг оғир турида спленомегалиянинг учраш кўрсаткичи

Андижондаги ОИТСга қарши кураш маркази негизида ўзига хос антителлар ва вирусли гепатит Б ва С антигенлари борлиги учун қон текшируви ўтказилди, ушбу кўрсаткичларни аниқлаш усуллари қуйидагилардир:

- лаборатория диагностикасининг турли тизимларидан фойдаланган ҳолда: анти- HCV, HbsAg, IgG, анти-HIV, anti-Hbcore IgM;
- тескари транскрипсия ва полимераза занжири реакцияси, бу ДНК ва HBV-РНК нинг сифатини ҳам, микдорини ҳам аниқлашни таъминлайди; ва ҲСВ генотипини аниқлаш амалга оширилди.

В ва С вирусли гепатитлари маркерлари борлиги тўғрисида беморларни тадқиқ қилишда асосий мезон қон зардобиди, вирусли гепатит Б учун: IgG, HbsAg, HBV ДНК, anti-Hbcore IgM, где HbeAg, HbsAg, anti-Hbcore IgM, HBV ДНК, anti-Hbcore бўлган беморларда вирусни фаол репликация қилиш фазаси ва ХВГВ, а anti –Hbe, HbsAg, anti-Hbcore IgM, HBV-ДНК, anti-Hbcore – бўлган беморларда. Вирусли гепатит С: HCV-РНК ва anti-HCV учун шуни таъкидлаш керакки, ушбу кўрсаткичлар репликация босқичида ҳам аниқланган.

Биз текширган беморларда биз ўртача вирус юкини аниқладик, бу қуйидагича: вирусли гепатит Б учун – 2145,15±559, 52 МЕ/мл; вирусли гепатит С учун – 3690351,52±57213,20 МЕ/мл. Шунингдек, текширув давомида биз ушбу гуруҳдаги беморларда вирусемия ҳолатини аниқладик, бу қуйидагиларга тўғри келди: СВГС учун паст даража - беморларнинг 28%, юқори даражадаги - беморларнинг 61%.

СВГБ ва аниқланадиган HbsAg билан касалланган беморларда вируснинг кўпайиши (2000 МЕ/мл дан ортиқ) 25% ни ташкил етди, СВГБ билан касалланган беморларнинг 75% да бу даража 2000 МЕ/мл дан кам эди. Бизнинг тадқиқотимизда 1 вирус генотипи беморларда кўпроқ аниқланди (83,1%).

Бешинчи гуруҳга юқумли моноклеоз билан касалланган 12 нафар бемор киритилган. Пол-Буннел-Девидсон реакциясини ўтказишда 2 (2,8%) беморда касалликнинг ҳетерофил-мусбат шакли (3 (4,2%) эркаклар ва 2 (2,8%) аёллар), 4 (5), 7%) касалликнинг гетерофил-салбий шакли бўлган беморлар (1 (1,4%) аёллар).

Олтинчи тадқиқот гуруҳига фаол талоқ патологияси бўлган беморлар, шу жумладан фокал талоқ патологияси бўлган 13 киши, улар 4 (5,7%) талоқ хўппози бўлган беморлардан (2 (2,8%) эркаклар ва 2 (2,8%) аёллар) иборат), 5 (7,1%) талоқ кистаси бўлган одамлар (2 (2,8%) эркаклар ва 3 (4,2%) аёллар), 2 (2,8%) лимфосаркома билан касалланганлар (1 (1,4%) ) талоқ гемангиомасига чалинган эркаклар ва 1 (1,4%) аёллар) ва 2 (2,8%) беморлар (2 эркак ва 1 аёл). Ушбу беморлар гуруҳини тақсимлаш тўғрисидаги маълумотлар 5-расмда келтирилган.





Диаграмма 5. Текширилган беморларда талоқнинг ўчоқли касалликларидаги кўрсаткичларининг тақсимоти

Бизнинг бемор текширувимиз бир неча босқичда ўтказилди:

I босқич

Сўровнома:

- шикоятлар (умумий заифлик, оғизда аччиқланиш, оғизнинг қуриши, қорин бўшлиғидаги ноқулайлик, оғирлик, қоринни катталашиши, қорин оғриғи ва бошқалар);
- анамнез (касаллик давомийлиги, юқиш йўллари, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва бошқалар);
- биргаликда патология (‘ндокринолог, юқумли касалликлар мутахассиси, гастро’нтеролог, токсиколог, нарколог, жарроҳ ва бошқалар маслаҳатлари).

II босқич

Беморнинг умумий ҳолатини аниқлаш учун умумий текширув (енгил, ўртача ва оғир).

III босқич

Қорин олд деворининг перкуссияси ва палпацияси (ички органларнинг чегараларини ва ўлчамларини, жигар ва талоқни аниқлаш; ўпка ва қоринни аускултация қилиш).

IV босқич

Лаборатория ҳолатини аниқлаш (ОАК, ОАМ, биокимёвий қон текшируви, вирусли гепатит белгилари ва бошқалар).

V босқич

Фиброгастроуденоскопияни ўтказиш (кўрсатмаларга кўра ва асоратларни, хусусан, варикларни аниқлаш учун)

VI босқич

Мураккаб ултратовуш текшируви:

- қорин бўшлиғини ултратовуш текшируви Б-режимда;
- в. томонидан қон оқимини баҳолаш билан ранг ва қувват Допплер харитаси. порта ва в. лиеналис.
- силжиш тўлқинли эластография, жигар ва талоқнинг компрессив эластографияси, шунингдек ултратовуш текшируви остида жигар ва талоқ биопсиясини ўтказиш (агар кўрсатилган бўлса, шунингдек дифференциал диагностика учун).

I ва II босқичларни қисқартиргандан сўнг биз қуйидаги маълумотларни олдик:

- оғриқ синдроми (56%);
- ўнг қовурға остида ноқулайлик ва оғирлик ҳисси (63%);
- чап қовурға остида оғирлик ва ноқулайлик (12%);
- уларнинг 90% диспептик синдром борлиги: 45 фоизида кўнгил айнаш, 33 фоизида шиширади ва метеоризм, овқатдан нафратланиш ва натижада иштаҳани 54 фоизга камайтириш;
- астеновегетатив синдром (ишнинг пасайиши, безовталиқ, уйқучанлик шаклида) аниқланди (62%);
- чарқоқнинг юқори даражаси ва умумий заифлик (64%);
- Тана вазнининг сезиларли даражада пасайиши, ойнага 7-10 кг дан ортиқ (53%).
- (14%) ва (42%) да терининг ва склеранинг сарғайиши (беморларнинг ушбу гуруҳи асосан ЛС ва АБП бўлган гуруҳдан иборат);
- касалликнинг тери кўринишлари - 29 кишида телангиэктазия - (15%) (ушбу когорт ЛС билан касалланган беморлардан иборат);
- (12%) ва (9%) навбати билан қорин олд деворининг сафен веналарининг асцитлари ва кенгайиши (асосан ушбу когорт ЛС синфидаги Б-С касалларидан иборат). Child-Pugh бўйича Б ва С босқичлари билан жигар энцефалопатиясининг юқори тарқалишини ҳисобга олган ҳолда, бизнинг беморларимиз лаборатория ва инструментал диагностика усулларига кўра, клиник кўриниш ва жигар хужайралари етишмовчилигининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда, ушбу патология бўйича невролог томонидан текширувдан ўтказилди. ЛС синфидаги беморларда (12,5%); ЛС синфидаги беморларда И ва ИИ босқичларнинг энцефалопатияси (31,3%); ЛС синфидаги беморларда ИИ босқичли энцефалопатия (15,6%); III даражали жигар энцефалопатияси ЛС синфидаги беморларда аниқланди (12,5%).

Умумий қон таҳлили	1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ	4 гуруҳ	5 гуруҳ	6 ФТПББ
	ЖНАКБ (n = 11)	ЖАББ К (n = 13)	ЖЦБКБ (n = 11)	ВГВСБК Б (n =10)	ЮМНБКБ (n = 12)	(n =13)

Эритроцит-лар, 1012/л	4,49 ± 0,17	4,17 ± 0,16	3,37 ± 0,14	4,39 ± 0,12	4,35 ± 0,14	4,12 ± 0,02
Гемоглобин, г/л	139,43 ± 3,12	128, 24 ± 1,95	103,24 ± 3,03	141,01 ± 1,76	139,44 ± 1,39	140,1 ± 0,06
Лейкоцит-лар, 109/л	7,97 ± 2,41	6,98 ± 3,14	5,71 ± 3,02	7,87 ± 3,06	10,1 ± 1,9	7,5 ± 2,6
Тромбоцит-лар, 109/л	239,55 ± 8,33	267,19 ± 6,82	137,89 ± 8,22	256,01 ± 9,49	256,12 ± 15,6	209,59 ± 23,6
ЭЧТ, мм/ч	8,9 ± 1,91	19,75 ± 4,02	24,32 ± 2,00	9,17 ± 0,37	15,2 ± 1,69	9,2±0,7

Қорин бўшлиғини палпация қилиш ва перкуссия қилиш биз томонимиздан В.П. Образцов ва Н.П. Страсгеско, бу ерда биз навбати билан (68,6%) ва (70,2%) беморларда жигар ва талоқ катталашганлигини аниқладик. (31,4%) ва (28,8%) беморларда палпация ва перкуссия бўйича жигар ва талоқ ҳажмини аниқлашда мураккаблик (касалликнинг бориши, семириш, асцит, жигар сиррози борлиги) туфайли ушбу тадқиқот усули жуда кам маълумотга эга эди. Шу билан бирга, (2,1%) беморларда (асцит ва семизликсиз) жигар ҳажмининг пасайиши аниқланди.

Қоннинг умумий таҳлили ўтказишда: эритроцитлар, гемоглобин, лейкоцитлар, ЭЧТ, беморлар куйидагича тақсимланди (2-жадвал).

## **2 – жадвал. Текширувга олинган беморларнинг умумий қон таҳлили кўрсаткичлари**

Олинган маълумотларни таҳлил қилишда биз ЖЦ гуруҳи бўлган беморларда анемия ва тромбоцитопения шаклини аниқладик ва бу касаллик касаллик синфига қараб ўсди. ЮМН гуруҳидаги беморларда, ўз навбатида, лейкоцитлар сонининг кўпайиши аниқланди.

Жигар ферментлари, хусусан трансаминазалар ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилиш ушбу ҳолатларнинг дифференциал диагностикасида ўзига хос бўлмаганлигини ва паст маълумот таркибини кўрсатади: СВГ (эркакларнинг 76 фоизида ва аёлларнинг 70 фоизида), ЖАК (барча беморларда 100 фоизида), ЖНАК (барча беморларнинг 98 фоизида), АЛТ ва АСТнинг ўсиши сезиларли бўлди, МН ва ОП гуруҳида жигар трансаминазалари статистик равишда мос равишда 20% ва 10% га ошди.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг коагулограммаларидаги маълумотларни таҳлил қилишда биз ЖЦ гуруҳидаги беморларда аниқ ўзгаришлар кузатилганлигини аниқладик: 100% аёлларда ва 95% эркекларда - ПТТ ўсиши; ПТИ пасайиши - аёлларнинг 99 фоизида ва эркекларнинг 92 фоизида кузатилди. Шунингдек таъкидлаш керакки, коагулограмма параметрларининг ўзгариши асосан ЖС билан касалланган беморлар гуруҳида аниқланган ва Child-Pugh маълумотларига кўра нормадан энг катта оғиш ЖС Б ва С синфларида аниқланган.

## **5 Conclusions**

Юқорида тавсифланган маълумотларнинг бутун миқдори учун кўрсатилган тавсифловчи статистикага келсак, шунингдек матн ва жадвалда ўртача оғиш билан ўртача ( $M \pm SD$ ). Ахборотнинг тарқалишини нормал ҳолатга баҳолаш Шапиро-Уилк ва Лиллиефорс тестлари ёрдамида ҳисоблаб чиқилган ва барча кўрсаткичлар стандарт тақсимотга эга эмаслигини кўрсатган (натижалар  $p < 0.05$  даражасида статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланган).

Юқорида айтилганларнинг барчасини таҳлил қилиб, биз жигар ферментлари, ГГТП ва АЛП билан боғлиқ жигарда энг катта ўзгаришлар, қон касаллигига чалинган беморлар гуруҳида жигар циррози билан оғриган беморлар аниқланади, деган хулосага келдик, бу эса жигарда сезиларли фибротик ўзгаришларни кўрсатиб, пайдо бўлишига олиб келади. жигар веноз тикилиши ва веноз тикилиши натижасида пайдо бўлади.

1. Аутоиммун жараёнлар иммуносупрессив гормонал дорилар билан даволанади. "Преднизолон" яллиғланишни самарали тарзда енгиллаштиради ва иммунитетни бошқаради.

2. Онкологик ва гематологик касалликларни даволаш учун цитостатикалар қўлланилади - "Метотрексат", "Дегранол", "Бензотэф", шунингдек радиация терапияси. Агар керак бўлса, беморларга суяк илиги трансплантацияси ўтказилади.

3. Симптоматик даволаш детоксикациядан, яллиғланишга қарши дорилар, мултивитаминлар, оғриқ қолдирувчи воситаларни тайинлашдан иборат.

4. Агар кенгайган талоқ беморга ноқулайлик туғдирмаса ёки бошқа муаммоларга олиб келмаса, анъанавий тиббиётдан фойдаланиш мумкин.

## **6 Acknowledgements**

The scientific article is self-financed, there is no conflict of interest of the co-authors. This article is approved and recommended for open publication by the ethical committee of the Andijan State Medical Institute (protocol No. 2 dated February 20, 2024).

## **References**

1. Абдурахманов Д.Т. Алкогольная болезнь печени / Абдурахманов Д.Т. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –2017. – №6. – С. 4-9.
2. Андреев В.Г., Шанин А.В., Демин И.Ю. Движение группы жестких микрочастиц в вязкоупругой среде под действием акустической радиационной силы / Андреев В. Г. [и др.] // Акустический журнал. – 2014. –Т. 60, № 6. – С. 673-678.

3. Алексеев Н.А. Вторичные лимфоидные органы (селезенка и лимфатические узлы): онтогенез, в норме и патологии / Алексеев Н.А. – СПб.: Эко-Вектор, 2014. – С. 112-131; 142-155; 660-674; 685-694; 764-769.
4. Барта И. Селезенка. Будапешт, 1976 г. Геллер Л.И. Физиология и патология селезенки. / Барта И. [и др.] // Медицина – 2014. – С. 189
5. Биссет Р., Хан А. Дифференциальная диагностика при абдоминальном
6. Ультразвуковом исследовании. / Биссет Р. // Витебск: Белмедкнига. – 2017. —С .254.
7. Бова А.А., Криушев П.В. К вопросу о дифференциальной диагностике
8. Гепатоспленомегалии / Бова А.А. // Военная медицина. – 2013. – № 4 – С. 18-25.
9. Борсуков А.В., Крюковский С.Б., Покусаева В.Н. с соавт. Эластография в клинической гепатологии (частные вопросы). / Борсуков А.В. [и др.] // Смоленск: Смоленская городская типография – 2011 – С. 276.
10. Брюгман, Э. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени / Э. Брюгман // Клин. медицина. – 2010. – № 7. – С. 102-106.
11. Буеверов, А.О. Эластография - новый метод неинвазивной диагностики фиброза печени / А.О. Буеверов // Гепатологический форум. – 2007. – № 2. – С. 14-18.
12. Буеверов, А.О. Эластография - новый метод неинвазивной диагностики фиброза печени / А.О. Буеверов // Гепатологический форум. – 2007. – № 2. – С. 14-18.
13. Василенко, И.В. Роль пункционных биопсий печени в диагностике диффузных и очаговых поражений печени / И.В. Василенко, А.Д Зубов // Doctor. – 2004. – № 3. – С. 12-16.
14. Ветшева Н.Н., Степанова Ю.А. Сравнение топометрических показателей селезенки по данным ультразвукового метода исследования / Ветшева Н.Н. [и др.] // Медицинская визуализация. – 2015. – № 4 – С. 56-60.
15. Виноградов А.Л., Карселадзе А.И., Русаков И.Г. Эпидермоидная киста селезенки / Виноградов А.Л. [и др.] // Советская медицина. - 1981. - № 11. -С. 112-114.