

İZAHLI SUALLAR

TEST SUALLARI

İZAHLI SUALLAR

1. Qaraciyərin orqanizmdə ən mühüm funksiyalarını necə cəmləşdirmək olar?

Qc orqanizmdə 100-dən çox funksiya yerinə yetirir. Bunları 4 qrupda cəmləşdirmək olar:

- təmizləmə
- tənzimləmə
- sekresiya
- hemodinamika

Qaraciyər (Qc) orqanizmdə ən böyük parenximatoz orqan olub, **humoral homeostazın təminində** mərkəzi rol oynayır ki, bu da əsasən zərərli və artıq maddələrin kənarlaşdırılması (*təmizləmə* - detoksikasiya funksiyası) və vacib maddələrin istehsalı və tutulması (*tənzimləmə* - sintez, depolama və s. funksiyası) sayəsində həyata keçirilir.

Hemodinamik funksiya splanxik sistemdən çıxan venoz qanın ümumi qan dövrəsinə tökülməsini təmin etməkdən və müəyyən miqdarda (~ 400 ml) qanın depolanmasından ibarətdir.

Sekretor funksiya öd istehsalı və ifrazını aid etmək olar. Öd vasitəsi ilə həm orqanizmdən bir çox zərərli və artıq maddələr çıxarılır (yağda həll olan maddələr, bilirubin, xolesterin, Ca⁺⁺, mis və s), həm də həzmdə iştirak edən öd turşuları bağırsaqlara atılır.

2. Qarındaxili orqanlarının qan təhsizatının hansı özünəməxsus xüsusiyyətləri var?

Qarındaxili orqanların qan təhsizatının ən azı 3 özünəməxsus xüsusiyyəti var: arteriyalarının spazma yüksək həssas olması, venoz qanın birbaşa sitemik qana yox Qc-ə getməsi və qapı sistemi ilə ümumi venalar arasında kollateralların olması.

3. Porto-kaval kollaterallar normada mövcud olur, yoxsa portal hipertenziya nəticəsində yenidən yaranır?

Qapı venoz sistemi ilə boş vena arasında embrional dövrdə mövcud olan kollaterallar var. Kollaterallar normal halda “işləmir”, lakin portal hipertenziyada və ya boş venada təzyiq artarsa fəaliyyətə başlayırlar, genişlənilirlər və varikoza çevrilirlər.

4. Porto-kaval kollaterallar neçə yerdə var?

Orqanizmdə 4 yerdə porto-kaval kollaterallar var:

- gastro-ezofageal
- göbəkətrafi
- hemorroidal
- retroperitoneal

5. Porto-kaval varikozlardan qanaxmaya ən çox və ən az meyilli olanları hansıdır?

Qanaxma ən çox gastroezofageal, ən az isə retroperitoneal varikozlardan baş verir.

6. Qc qan təchizatının elə cəhətləri varmı ki, digər orqanlarda olmasın?

Var. Qc həm arterial, həm də venoz qanla qidalanır. Maraqlıdır ki, Qc oksigen təchizatının yarısını portal qandan alır. Venoz qan Qc üçün çox vacib trofiki faktordur. Qc-ə portal qan gəlmədikdə atrofiyaya uğrayır. İkincisi, qaraciyər kapilyarları olan sinusoidlərin bazal membranı yoxdur. Üçüncüsü, böyük qan dövrünün bütün kapilyarlarından fərqli olaraq sinusoidlərdə təzyiq çox aşağıdır (5-8 mm Hg.st).

7. Portal təzyiqin hansı qiymətində varikoz və qanaxma baş verir?

Portal sistemdə normal təzyiq 5-10 mm Hg.st. təşkil edir. Portal təzyiqin özünün yox aşağı boş venadakı təzyiqlə fərqi daha çox klinik əhəmiyyəti var. Bu fərq

normada 5 mm Hg.st. təşkil edir. Fərq 8 mm Hg.st.-dan çox olarsa varikoz və assit baş verir, 12 mm Hg.st. çox olduqda isə, qanaxma risqi yüksəlir.

8. Portal təzyiqin artma mexanizmləri hansılardır?

Portal təzyiqin artmasında iki mexanizm əsas rol oynayır: müqavimətin artması və portal hipervolemiya.

9. PH-ın ən çox rast gələn səbəbi hansıdır?

PH-a səbəb olan amillər yerinə görə 3 qrupa bölünür: qaraciyəraltı, Qc-daxili, Qc-üstü. Qc-daxili amillər, xüsusən, sirroz PH-ın ən çox rast gələn (~80%) səbəbidir.

10. Porto-sistemik paradoks nə deməkdir?

Qc-ə daxil olan arterial və sinusoidal qanın əksər hissəsinin geriye - portal venaya və kollaterallara keçməsinə deyilir.

Bu hadisə daha çox sirrozda rast gəlir bəzən *portal arterializasiya da adlanır*. Sirrozda genişlənən porto-sistemik kollaterallar portal hipertenziyanı azaldır. Kollaterallarda müqavimət Qc-ə nəzərən aşağı olduğu üçün portal qanın əksər hissəsi (bəzən 90%) kollaterallara gedir. Qaraciyərə daxil olan qapı qanı və qaraciyərdaxili portal təzyiq isə ciddi azalır. Nəticədə qaraciyərin arterial və sinusoidal qanı portal sistemə keçərək «geriyə», kollaterallara doğru hərəkət edir. Dopler müayinələrində belə hal qapı venasında qanın «geriyə» (retrograd və ya hepatofuqal axın) axını kimi görünür. Geriyə axın Qc-ın qan təhcizatını ciddi pozmaqla yanaşı portal qanın arterial qan hesabına artmasına səbəb olur. Beləliklə, sirroz portal hipertenziyanı həm törədir, həm də dəstəkləyir. Başqa sözlə, sirrozda portal hipertenziya qüsurlu dövrəni yaranır. Sirroz həm portal axına müqaviməti üzvü (sinusoid zədələnməsi, fibroz) və funksional yolla (sinusoid spazmı) artıraraq, həm də portal hipervolemiya törədərək (splanxik arterial dilatasiya, porto-sistemik paradoks - portal arterializasiya) portal təzyiqi artırır və davam etməsinə səbəb olur.

11. Varikoz PH üçün çox xarakterikdir. Ola bilərmə ki, PH olsun, lakin varikoz olmasın, və ya varikoz olsun, PH olmasın?

Varikozun olması PH-ı təsdiqləyə bilər, lakin olmaması inkar etmir. PH-lı xəstələrin təxminən 60-70%-ində klinik olaraq varikoz genişlənmiş venalar təyin olunur. Xəstədə PH varsa, lakin varikoz təyin olunmursa aşağıdakı hallar ola bilər: PH-ın aşağı səviyyəsi (porto-sistemik fərq 5-8 mm Hq arasında); splenomeqaliya və klinik təyin olunmayan retroperitoneal kollaterallar varsa; ürək yetməzliyinə bağlı PH; kəskin başlayan PH-ın erkən mərhələsi.

PH olmadan qida borusu və düz bağırsaqda varikoz venaların görünməsi nadir rast gəlinən venoz malformasiyalarda müşahidə olunur. Göbəkətrafi venaların genişlənməsi isə, aşağı boş vena tutulmalarında rast gələ bilər.

12. Hansı əlamət PH-a şübhə yaradır, hansı əlamət isə PH-ı dəqiqləşdirir?

Xəstədə xroniki Qc xəstəliyi, assit, splenomeqaliya, hepatomeqaliya olarsa PH-a şübhə yaranır. PH-ı dəqiqləşdirən əlamət damar genişlənməsi və ya təzyiqli ölçülməsidir. Damar genişlənməsini endoskopik (qida borusu, mədə, 12 bb, düz bağırsaq varikozları) və angioqrafik (Dopler USM, KT/MRT və birbaşa) müayinələrlə təyin olunur. Təzyiqli ölçülməsi birbaşa olaraq əməliyyat vaxtı və ya vidacı venadan keçərək təzyiqlər fərqi təyin etməklə aparıla bilər.

13. PH-lı xəstələrdə təzyiqli ölçülməsini yerinə yetirmək mütləq lazımdır mı?

Xeyr. Əgər xəstədə klinik, endoskopik və ya angioqrafik olaraq damar genişlənməsi varsa, PH təsdiq olunur. Təzyiqli ölçülməsi xüsusi hallarda, PH-ın səbəbi və yerini təyin etmək çətin olduqda və tədqiqat işlərində aparılır.

14. Xəstədə PH təsdiq olunubsa, əlavə hansı müayinələr mütləq aparılmalıdır?

PH-ı olan bütün xəstələrdə aşağıdakı müayinələr mütləq aparılmalıdır:

- PH-nın səbəbi və yeri

- Qc-in morfo-funksional vəziyyəti
- Qida borusu və mədə varikozlarının vəziyyəti
- Ürəyin funksional vəziyyəti

15. PH müalicəsinə müasir baxış – müalicə strategiyası nədən ibarətdir?

PH birincili xəstəlik deyil və xəstəliyin törətdiyi sindromdur. Təbii ki, bu sindromun müalicəsində də ilk hədəf səbəbin aradan qaldırılmasıdır. Təəssüf ki, bir çox hallarda əsas səbəbi aradan qaldırmaq mümkün olmur. Belə halda PH-lı xəstəyə yanaşma fəlsəfəsi müəyyən inkişaf yolu keçmişdir.

Keçən əsrin ortalarında səbəbi aradan qaldırılmayan PH-ın müalicəsində əsas hədəf portal təzyiqi aşağı salmaqdan ibarət idi. Bu ideyaya əsaslanaraq müxtəlif dekompressiya üsulları, o cümlədən porto-kaval yanyol əməliyyatları, medikamentoz vasitələr inkişaf etdirildi. Təcrübə göstərdi ki, portal təzyiqin aşağı salınması, xüsusən də, portal qanın Qc-dən yan keçirilməsi (porto-kaval yanyollar) ensefalopatiya törədir, Qc-də ciddi disfunksiyaya səbəb olur. Qc xəstəliyi olan xəstələrdə bu problemlər daha ağır şəkildə ortaya çıxır.

Belə bir vəziyyət isə, iki istiqamətdə tədbirlərin inkişafına şərait yaratdı. Birincisi, PH-ı azaltmaqla yanaşı Qc qanlanmasını qorumaq, ikincisi isə, PH-a müdaxilə etmədən yalnız ağırlaşmalara uyğun tədbirlər. PH-ı azaltmaq və Qc-in qan təchizatını qorumaq istiqamətində yanyol əməliyyatlarının müxtəlif modifikasiyaları təklif edildi. Bunlardan ikisi – selektiv və hissəvi yanyollar yaşama şansı qazandı.

PH-ı dəyişdirmədən birbaşa ağırlaşmalara müdaxilə məqsədi ilə də, çoxsaylı üsullar təklif edildi. Varikoz qanaxmanı dayandırmaq üçün devaskulyarizasiya, tikmə, endoskopik müalicələr, hipersplenizmin müalicəsi üçün hissəvi dalaq embolizasiyası, böyümə faktoru istifadəsi və s.

Hazırkı dövrdə PH-ın müalicəsində aşağıdakı strategiya tövsiyə edilir.

PH-ın müalicəsində ilk hədəf səbəbin aradan qaldırılmasıdır. Səbəb aradan qaldırılmadıqda ikici hədəf seçilir.

İkinci hədəf isə, ağırlaşmaların müalicəsidir. Ağırlaşmalar baş verdikdə və ya risqi yüksək olarsa müalicə tələb edir. Ağırlaşma yoxdursa və ya risqi yüksək deyilsə profilaktik olaraq PH-ı azaltma tədbirlərinə ehtiyac yoxdur.

PH-ın ağırlaşmalarının müalicəsi əsasən iki yolla həyata keçirilir. PH-ı azaltmaq və ağırlaşmaya spesifik birbaşa müdaxilələr.

Yəni, hazırda PH-ı azaltmaq hədəf yox, ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsində vasitə kimi qəbul edilir.

16. PH-da təzyiqi azaltmaq üçün ən effektiv və ən faydalı tədbir hansıdır?

PH-ın ən radikal müalicəsi səbəbin aradn qaldırılmasıdır. Səbəbi aradan qaldırmaq mümkün olmadıqda müalicə hədəfi kimi PH-ı azaltmaq seçilir. Portal təzyiqi azaltmaq üçün mövcud olan cərrahi, medikamentoz və endovaskulyar tədbirlər arasında təzyiqi ən effektiv və uzunmüddətli azaldanı porto-kaval yanyollarıdır. Lakin, ən «faydalı» üsul yoxdur. Çünki hər birinin ciddi mənfi cəhətləri də var. Məsələn, cərrahi yanyollar təzyiqi effektiv salırlar, lakin travmatikdirlər, ensefalopatiya törədirlər, Qc disfunksiyasını artırırlar. Medikamentoz tədbirlər ya təzyiqi zəif azaldırlar (β -blokatorlar), ya da uzumüddətli istifadə edilmirlər (somatostatin, vazopressin). Endovaskulyar qaraciyərdaxili porto-kaval yanyol tezliklə tromblaşır və müvəqqəti istifadə üçün nəzərdə tutulur. Beləliklə, PH-da *yeganə faydalı müalicə səbəbin aradan qaldırılmasıdır və bu mümkün olmadıqda, təzyiqi azaltmaq üçün «ideal» üsul (effektiv və zərərsiz) yoxdur.*

17. Porto-kaval yanyol əməliyyatını seçərkən nəyə diqqət etmək lazımdır?

PH müalicəsində istifadə olunan porto-kaval yanyol əməliyyatlarını portal qanı Qc-dən yankeçirmə dərəcəsinə görə 3 qrupa bölmək olar: total, hissəvi, selektiv. Total yanyollarda ya əməliyyat vaxtı, ya da əməliyyatdan qısa müddət sonra portal qanın əksər hissəsi Qc-dən yan keçir. Hissəvi yanyollarda anastomoz diametri kiçik (<1 sm) olduğu üçün Qc qanlanması müəyyən qədər qorunur. Selektivdə isə, portal sistem iki hövzəyə ayrılır, əlaqələri kəsilir, hövzələrdən biri (intestinal) Qc-ə, digəri isə (spleno-pankreato-qastrik) aşağı boş venaya yönəldilir.

Yanyol əməliyyatlarının müsbət cəhəti PH-ı ciddi azaltmaqdır, ən böyük mənfi tərəfləri isə, ensefalopatiya və Qc disfunksiyasını artırmaqdır ki, bunlar da portal qanın Qc-dən yankeçmə dərəcəsi ilə bilavasitə bağlıdır. Total yanyollarda bu ağırlaşmalar yüksək tezlikdə (40%), selektiv və hissəvi yanyollarda isə, Qc qanlanması müəyyən qədər qorunduğu üçün nisbətən az (7-10%) rast gəlir.

Ona görə də, yanyol əməliyyatına qərar verərkən ilk olaraq Qc-in vəziyyəti qiymətləndirilməlidir. Ağır Qc disfunksiyası (Child C) yanyol əməliyyatlarına əks göstəriş sayılır. Qaraciyər funksiyası normal və ya az dərəcədə pozulmuş (Child A, B) yanyol əməliyyatının seçimində ilk yeri Qc qan təhcizatını qoruyan üsullara vermək lazımdır. İlk növbədə selektiv yanyollara, sonra hissəvi yanyollara üstünlük verilir.

18. Varikoz qanaxmanın müalicəsində (ikincili profilaktikasında) radikal devaskulyarizasiya ilə yanyol əməliyyatları bir-birinə yaxın nəticələr verir. Ona görə də onları bir-birinə alternativ sayırlar. Hansı halda bu əməliyyatlar alternativ yox, tək seçimdir?

Portal vena trombozunda, PKYY əməliyyatlarını yerinə yetirmək mümkün olmur. Splenektomiya olunmuş xəstələrdə isə distal splenorenal anastomoz əməliyyatı yerinə yetirilə bilmir. Ona görə də, belə xəstələrdə qanaxmanı effektiv dayandırmaq və qarşısını almaq üçün devaskulyarizasiya əməliyyatları yeganə seçim olur.

Devaskulyarizasiya əməliyyatları adətən mədə varikozunu artırır. Ona görə də mədə varikozları və qanaxma riski yüksək olan xəstələrdə PKYY əməliyyatları ilk seçimdir.

19. Qida borusu varikozu olan xəstələrdə qanaxmanın olub-olmayacağını proqnozlaşdırmaq mümkündürmü?

Mümkündür. Qida borusu varikozunun qanaxmasını proqnozlaşdırmaq üçün müxtəlif şkalalar tövsiyə edilmişdir. Tədqiqatlarda yerli, Qc-in vəziyyəti, portal təzyiqlə əlaqədar risk amilləri ortaya çıxmışdır. Hesab edilir ki, PH-lı xəstə 2 il

ərzində qanamamışsa, qanaxma ehtimalı xeyli azdır. Varikoz qanaxması olan xəstələrdə təkrarlama ehtimalı çox yüksəkdir (60-70%).

İkinci risq faktoru varikozun dərəcəsi və divarının incəlməsidir. III-IV dərəcəli varikozlar qanaxma risqi daşıyırlar. Divarda tumurcuqlar (varikoz üstündə varikoz) və ya qırmızı rəngli ləkələr divar incəlməsini göstərir və qanaxma risqi yüksəkdir.

Qc-in funksional vəziyyəti, xüsusən Child C (dekompensasiya) və porto-kaval təzyiq fərqi 12 mm Hq-dən yüksək olan hallarda da qanaxma risqi yüksək olur.

Qanaxma risqi yüksək olan xəstələrdə qanaxmanın profilaktikası üçün birbaşa (skleroterapiya, liqasiya) və ya PH-ı azaldan tədbirlər həyata keçirmək lazımdır.

20. Varikoz qanaxmanın diaqnostikasında endoskopik müayinə standart qəbul edilmişdir. Bu qaydadan istisnalar varmı?

Endoskopik müayinə aparmadan qanaxmanın varikoz mənşəli olub-olmadığını dəqiqləşdirmək mümkün deyil. Çünki varikozu olan xəstədə qanaxma portal hipertenziv qastropatiyadan, mədə varikozundan, xoradan və digər mədə-12 bb xəstəliklərindən də ola bilər. Çox nadir hallarda, əgər xəstədə profuz qanaxma varsa və endoskopiyanı gözləmək mümkün deyilsə, təcili əməliyyat edərək əməliyyatdaxili müayinələrə ehtiyac yaranır.

21. Varikoz qanaxmanın müalicə tədbirləri hansı hədəflərə yönəlir?

Varikoz qanaxması olan xəstədə ilk hədəf qanaxmanın dayandırılması və xəstənin stabilləşməsidir. İkinci hədəf, qanaxmanın profilaktikasıdır. Qanaxmanın birincili profilaktikası qanaxma baş vermədən aparılır, ikincili profilaktika isə, qanaxması olmuş xəstədə təkrarlanmanı önləmək məqsədi daşıyır.

Qanaxmanı dayandırmaq və xəstəni stabilləşdirmək üçün əsasən PH-ı azaltma, varikozlara müdaxilə və dəstək tədbirləri həyata keçirilir. Qanaxmanın profilaktikasında ilk növbədə PH-ın səbəbini aradan qaldırmaq gərəkir. Səbəbi aradan qaldırmaq mümkün deyilsə PH-ı azaltma və ya varikoza birbaşa müdaxilə üçün tədbirlər (medikamentoz, endoskopik, cərrahi, endovaskulyar) həyata keçirilir.

22. Varikoz qanaxması olan xəstənin müalicəsini necə təşkil olunur və nə etmək gərəkir?

Varikoz qanaxması olan xəstə təcili surətdə reanimasiya şöbəsinə yatırılır və əməliyyatxana hazır tutulur, təcili olaraq ilkin tədbirlər həyata keçirilir ki, bunlara da hemodinamik dəstək, qanaxmanı dayandırma, endoskopik müayinə və müalicə aiddir. Hemodinamik dəstək məqsədi ilə kristalloid və kolloid məhlulları, lazım gəlsə inotropiklər istifadə edilir. Təzyiqi çox qaldırmağa ehtiyac yoxdur, diurezin adekvat olması yetərlidir. Qanaxmanı dayandırmaq üçün medikamentoz (somatostatin, oktreotit, qlipressin) müalicəyə başlanılır və təcili endoskopiya edilir. Endoskopiya ilə həm diaqnoz dəqiqləşdirilir, həm də mədənin qandan təmizlənməsi və qanaxmanı dayandırma tədbirləri həyata keçirilir.

Qida borusu varikozunda EVL ilk seçimdir. Buna imkan yoxdursa skleroterapiya edilir. Bu tədbirlər həyata keçirildikdən sonra iki vəziyyət ortaya çıxa bilər. Birincisi, qanaxma dayanır, xəstə stabilləşir, ikincisi, qanaxma davam edir və ya tezliklə (bir neçə saat və ya gün sonra) təkrarlayır. Qanaxma dayanmış xəstələrdə qanaxmanın ikincili profilaktikası üçün uzunmüddətli effekt verən tədbirlər həyata keçirilir.

Qanaxma davam edən və ya təkrarlayan xəstələrdə isə, medikamentoz və endoskopik müalicəni təkrarlamaq məsləhətdir. Əgər təkrari endoskopik müalicə də effekt vermərsə xəstə təcili əməliyyata alınmalıdır.

Qanaxma davam edən və ya təkrarlayan xəstələrdə ümumi vəziyyət ağır olduğu və qaraciyərin vəziyyətini müəyyənləşdirmək çətin olduğu üçün əməliyyat sadə və effektiv olmalıdır. Qida borusu varikozlarında staplərlə ezofageal transseksiya, mədə divarı tikilməsi, mədə varikozlarında isə Pasiora əməliyyatı edilə bilər.

Bu ümumi qaydadan bəzi kənar çıxışlar ola bilər. Əgər medikamentoz və ya endoskopik müalicə yoxdursa qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq üçün Blekmor zonu qoyula bilər. Blekmor zonu 24 saatdan sonra çıxarılır və qanaxma təkrarlanarsa təcili əməliyyat edilir.

23. Mədədə varikoz var, qida borusunda varikoz yoxdursa nə düşünərsiniz?

Bu üç halda da bilər:

1. Ezofaqus kollateralları yaxşı işləyən PH-da
2. Soltərəfli (dalaq venası trombozu, splenomeqaliya) PH
3. Qida borusu varikozunun skleroterapiyasından sonra

24. Mədə varikozu gedişinə, müalicəsinə görə qida borusu varikozlarından fərqlənirmi?

Mədə varikozu qida borusu varikozu ilə birlikdə və ya ayrılıqda rast gələ bilər. Gedişinə və müalicəsinə görə qida borusu varikozlarından ciddi fərqlənir.

Birincisi, mədə varikozlarının qanaxma ehtimalı çox yüksəkdir. Bu mədə turşuluğu və PHQ ilə əlaqədardır.

İkincisi, mədə varikozu qanaxmasını dayandırmaq üçün endoskopik müalicə imkanları hazırda çox azdır və əsasən medikamentoz müalicə istifadə edilir. Medikamentoz müalicə fayda verməzsə tikiş (Pasiora, mexaniki tikiş) qoyulur.

Üçüncüsü, mədə varikozlarında səbəb aradan qaldırılmazsa qanaxmanın uzunmüddətli profilaktikası üçün endoskopik müalicələr və devaskulyarizasiya əks göstəriş sayılır. Bu xəstələrdə dekompressiya, ilk növbədə DSRYY tövsiyyə edilir.

25. Qida borusu varikozlarında endoskopik müalicələr (liqasiya, skleroterapiya) geniş yayılmış üsullardır. Hansı halda bunlar əks göstəriş sayılır?

Endoskopik müalicələr qida borusu varikozlarında bəzi klinikalarda ilkin müalicə tədbiri sayılır. Lakin mədə varikozu olan xəstələrdə qida borusu varikozunun endoskopik müalicəsi və devaskulyarizasiya əməliyyatları əks göstəriş sayılır. Çünki, bu tədbirlər mədə varikozunu artırır və ağırlaşdırır. Belə halda dekompressiya ilk seçim sayılır.

26. Varikoz qanaxması olan xəstələrdə prokoaqulyant dərmanlar mütləq istifadə edilməlidirmi?

Hipokoaqulyasiya xronik qaraciyər xəstəliklərində rast gələn patologiya olsa da, varikoz qanaxmada əsas yox, ikincili əhəmiyyət daşıyır. Ona görə də, varikoz

qanaxmada prokoaqulyantların istifadəsinə spesifik yanaşmaq lazımdır. Əgər xəstədə hipokoaqulyasiya mövcuddursa, birbaşa və dolay antikoaqulyantlar istifadə edilə bilər.

27. Varikoz qanaxmanın ikincili profilaktikasında hansı tədbirləri seçərsiniz?

Varikoz qanaxmanın ikincili profilaktikasında əsas tədbir səbəbin aradan qaldırılmasıdır. Bu mümkün olmadıqda qanaxmanın uzunmüddətli profilaktikası üçün mövcud tədbirlərdən biri seçilə bilər: dekompressiya (PKYY-lar), devaskulyarizasiya, endoskopik müalicələr. Qaraciyərin funksional dekompensasiyası olan xəstələrdə endoskopik müalicə ilk seçimdir. Qc Tx gözləyən xəstələrdə QDPKYY tövsiyə edilir. Qaraciyər funksiyası qorunan xəstələrdə DSRYY və ya hissəvi («H» tipli) PKYY tövsiyə edilir. Bunlar mümkün olmazsa devaskulyarizasiya və ya endoskopik müalicələr edilir. Lakin xəstələrdə mədə varikozu varsa devaskulyarizasiya və endoskopiya əks göstərişdir.

28. Portal hipertenziyası olan xəstələrin hamısında varikoz qanaxmanın birincili profilaktikası üçün cərrahi və ya endoskopik tədbirlər aparılmalıdır mı?

Varikozu olan xəstələrin hamısında yox, təxminən 30%-ində 2 il ərzində qanaxma baş verir. Lakin qanaxması olan xəstələrdə 60-70% hallarda qanaxma təkrarlaya bilər. Varikoz qanaxmanın bu təbii gedişini nəzərə alaraq, profilaktika aşağıdakı prinsip üzərində qurulur: profilaktik tədbirlər varikozlu xəstələrin hamısında yox, qanaxma riski yüksək olan və ya qanaxması olmuş xəstələrdə aparılır. Yəni, qanaxması olmayan xəstələrdə profilaktik tədbirlər (birincili profilaktika) o vaxt aparılır ki, qanaxma riski yüksək olsun. Portal təzyiqi yüksək (PKQ>12 mm Hq st.), böyük və incə divarlı, tumurcuqlu varikozları (III-IV dərəcəli), və Qc dekompensasiyası olan xəstələrdə qanaxma riski yüksəkdir. Bunlarda birincili profilaktikaya ehtiyac var.

Qanaxması olmuş xəstələrdə isə, bütün hallarda qanaxmaya uzunmüddətli nəzarət tədbiri həyata keçirilməlidir.

29. Hemorroidal varikozların müalicəsi adi hemorroidlərdən nə ilə fərqlənir?

PH-da hemorroidal varikozlar qida borusu varikozlarından sonra ən çox rast gəlinən varikozlardır. Əksər hallarda asimptomatik olsalar da, qanaxma törədərək ciddi klinik problem təşkil edə bilirlər. Belə hallarda ilk növbədə konservativ tədbirlər lazımdır. Adi hemorroidlərdən fərqli olaraq PH-da klassik hemorroidektomiya tövsiyə olunmur və liqasiya, skleroterapiya, lazer və ya infraqırmızı koagulyasiya kimi daha konservativ müdaxilələr seçilir.

30. Portal hipertenziv gastropatiyanın xarakterik cəhətləri hansılardır?

Portal hipertenziv gastropatiya uzunmüddətli venoz durğunluğun mədə divarında, xüsusən selikli qişada tərətdiyi patologiyadır. Morfoloji olaraq selikli qişada ödem, distrofiya, venoz genişlənmə, iltihabi infiltrasiya, hemorragiya kimi dəyişikliklər, hətta eroziya və xoralar, qanaxma ola bilər. Adətən asimptomatik gedir, dispeptik əlamətlər ola bilər. Diaqnozu endoskopik olaraq qoyulur. Müalicəsində əsas yeri PH-ı azaltmaq durur. İrəliləmiş hallarda antisekretor və anti-helikobakter müalicə edilə bilər (qanaxmanın profilaktikası üçün). Kəskin qanaxmalarda konservativ müalicə əsas yeri tutur. Oral yolla verilən sukralfat suspenziyası faydalıdır.

31. Xəstədə splenomeqaliya və PH varsa splenomeqaliyanın PH mənşəli (ikincili) yoxsa PH-ın splenomeqaliya mənşəli (birincili) olduğunu necə müəyyən etmək olar?

Bəzi hallarda bunu təyin etmək çətin olur. Çünki splenomeqaliya ilə PH qüsurlu dövrən təşkil edir. Belə hallarda Qc-i və portal sistemi diqqətlə müayinə etmək lazımdır. Qc-i morfofunksional normal və portal sistemi tam açıq olan, arterio-venoz fistullu olmayan xəstələrdə splenomeqaliyanın PH mənşəli olması şübhə altına alınır və digər səbəbləri (limfoma, infeksiya və s.) axtarmaq lazım gəlir. Səbəbi tapılmayan splenomeqaliya birincili (tropik) splenomeqaliya adlanır. Belə xəstələrdə bəzən diaqnoz splenektomiyadan sonar qoyulur və ən çox da dalq limfoması tapılır.

32. Qc sirrozu olan xəstədə dalağın birdən-birə kəskin böyüməsi baş verərsə nə düşünərsiniz?

Bu hal adətən hepatosellular karsinomalarda, portal vena trombozu və dalaq limfomalarında rast gəlir.

33. Sirrozlu xəstələrdə splenektomiya etmək faydalıdır mı?

Əvvəllər sirrozda PH-ı azaltmaq üçün splenektomiya edilirdi. Təcrübə göstərdi ki, sirroz mənşəli PH-da splenektomiya PH-ı qısa müddətli azaldır və ciddi ağırlaşmalara səbəb ola bilər. Ona görə də, hazırda sirrozda splenektomiya PH-ı azaltma tədbiri kimi istifadə olunmur. Splenektomiya dalaq venası trombozu və tropik splenomeqaliyada göstəriş sayılır. Sirrotik xəstədə isə, splenomeqaliya ilə yanaşı sitopeniya və mədə varikozu varsa müdaxiləyə ehtiyac yaranır. Bu hallarda belə, splenektomiya etmək yox, dalaq qoruyucu alternativlərini (böyümə faktorları, hissəvi dalaq embolizasiyası, DSRYY) istifadə etmək tövsiyə olunur. Yəni, PH-ı xəstələrdən həm profilaktik, həm də müalicəvi splenektomiyalardan çəkinmək lazımdır və dalaq qoruyan üsullara üstünlük vermək lazım gəlir.

34. PH mənşəli splenomeqaliyalı xəstədə splenektomiya edilərsə nə unudulmamalıdır?

Banti sindromunda adətən dalaq normal olur və belə dalağı autotransplantasiya etmək lazımdır. Bunun üçün 30-100 q dalaq toxumasını ayaqcıqda saxlamaq və ya 3 mm qalınlıqlı parçalar halında piylik və müsariqə arasına köçürmək lazımdır. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, dalaq limfomasının bütün xəstələrdə rast gələ bilmə ehtimalını nəzərə alaraq autotransplantasiyadan əvvəl təcili biopsiya etmək daha düzgündür.

35. Portal vena trombozunun səbəblərinin xarakterik cəhəti nədir?

PVT səbəbləri yaşa, bölgəyə görə dəyişiklik göstərir. Kiçik yaşlarda göbək venası infeksiyası, böyüklərdə isə sirroz, neoplazma və tibbi müdaxilələr üstünlük təşkil

edir. Asiya ölkələrində tromboemboliya və infeksiyalar, Avropada isə iltihabi və neoplastik xəstəliklər çox rast gələn səbəblərdir. Bunlarla yanaşı, PVT-nin ən xarakterik cəhəti tibbi müdaxilələrdən sonra baş vermə ehtimalının yüksək olmasıdır. Xüsusən, splenektomiya və endoskopik skleroterapiya dalaq venası trombozunun ən çox rast gələn səbəblərindəndir.

36. PVT-nin erkən dövrdə diaqnostikası mümkündürmü?

PVT-nin kəskin dövrü bəzən asimptomatik, zəif əlamətlərlə və ya əsas xəstəlik fonunda baş verdiyi üçün gözdən qaça bilir. Lakin, bəzi əlamətlər - kəskin başlayan sarılıq, assit, splenomeqaliya PVT-yə şübhə yaradır. Bu əlamət sirrozda, HSK-da, sepsisdə, tibbi müdaxilələrdən sonra başlayarsa şübhə daha da artır. «Yüksək klinik şübhə» hallarında portoqrafiya (Dopler USM, MRT, KT) diaqnozu dəqiqləşdirə bilir.

37. PVT müalicəsinin xarakterik cəhəti nədir?

Demək olar ki, PH səbəbləri arasında PVT cərrahi müalicə imkanları ən hüdudlu olan formadır. Əsas vena və şaxələri tromboza və ya kavernoza transformasiyaya uğradığı üçün yanyol əməliyyatları əksər hallarda imkansız olur. Kəskin dövrdə konservativ tədbirlər, xronik formada müşahidə, ağırlaşmalarda isə uyğun tədbirlər həyata keçirilir.

Ana portal vena trombozunda uyğun (açıq) şaxə tapılırsa və Qc funksiyası saxlanılıbsa DSRYY və ya mezo-kaval yanyol qoyulur. Təəssüf ki, uyğun vena tapmaq çox vaxt mümkün olmur. Soltərəfli PVT-də (dalaq venası trombozu) splenektomiya və ya hissəvi dalaq embolizasiyası edilir.

38. PH-da nazik bağırsaqlarda varikoz və qanaxma ola bilərmi?

PH-da adətən gastroezofageal, göbəkətrafi, hemoroidal və retroperitoneal varikozlar ortaya çıxır. Mədə-bağırsağın digər bölgələrin-də (nazik və yoğun bağırsaqlar, piylik, qaraciyər qapısı) venoz genişlənmələr olsa da, qanaxma çox nadirdir. Lakin, portal vena trombozunda bağırsaqlarda varikoz venalar və qanaxmalar çox rast gələn haldır.

Bu, xüsusən, ana portal venanın, dalaq və müsariqə venaları ilə birlikdə zədələnməsi hallarında çox rast gəlinir.

39. Anadangəlmə hepatik fibrozu Qc-in digər xəstəliklərindən və PH-ın digər səbəblərindən fərqləndirən cəhət nədir?

AHF, ümumi adı fibropolikistik xəstəlik olan genetik defektin təzahür formalarından biridir. Morfoloji olaraq Qc paycığının arxitektonikası qorunur, lakin portal elementləri sarıyan fibroz mövcud olur. Məhz periportal fibroz və hepatosellular funksiyanın pozulmaması xəstəliyin xarakterik cəhəti sayılır. Ona görə də, bu xəstələrdə əsas kliniki əlaməti PH təşkil edir, Qc funksiyaları normal olur və müalicə üçün PKYY istifadə edildikdə ensefalopatiya kimi ağırlaşma çox az rast gəlinir.

40. Baddi-Kiari sindromu üçün ən xarakterik səbəb, klinik əlamət, diaqnostik göstərici, nəticə və ən effektiv müalicə üsulu hansıdır?

Baddi-Kiari sindromu Qc-in böyük venalarının tıxanması olub, aşağı boş venada tıxanma ilə birlikdə rast gələ bilər və qaraciyərdə morfo-funksional dəyişikliklərə səbəb olur. Baddi-Kiari sindromunun ən çox rast gələn səbəbi aşağı boş vena membranı, hematoloji və trombofilik xəstəliklərdir. Ağrılı hepatomeqaliya, eksudativ assit kəskin forma üçün, I seqment hipertrofiyası xronik və asimptomatik forma üçün xarakterik əlamətdir. Venoz damar müayinəsində Qc venalarının tıxalı olması diaqnozu təsdiqləyən, venaların açıq olması isə, diaqnozu inkar edən əlamətdir. Qaraciyərdə geriyə dönməz proseslərin baş verməsi (Qc nekrozu, sirroz, I seqment hipertrofiyası) və PH xəstəliyinin nəticəsində meydana gələn xarakterik dəyişiklikdir. Baddi-Kiari sindromunda xarakterik müalicə strategiyası səbəbi aradan qaldırmaqla yanaşı cərrahi müalicənin ön planda tutulmasıdır. Səbəb aradan qaldırılırsa və ya nəzarət altına alınarsa Qc-in vəziyyətinə, ABV-də tıxanmaya və xəstəliyin gedişinə əsaslanaraq aşağıdakı taktika seçilir. Qaraciyərdə geriyə dönməz proseslər baş veribsə (fulminant forma və qaraciyər sirrozu) Qc transplantasiyası lazım gəlir. Kəskin formada və Qc funksiyası saxlanılan formada PKYY, ABV tıxanması varsa yanyolla

birlikdə boş vena genişləndirilməsi tövsiyə edilir. Asimptomatik formada isə, izləmə məsləhət görülür.

41. Baddi-Kiari sindromu venokluziv xəstəliklərdən və kardiak hepatopatiyadan nə ilə fərqlənir?

Əsas fərqləndirici cəhət Qc venalarındakı vəziyyətdir. Kardiak hepatopatiyada Qc venaları nəinki açıq olur, hətta genişlənir. Venokluziv xəstəliklərdə proses kiçik venaları və mərkəzi venaları əhatə edir, böyük Qc venaları normal (açıq) olur. Baddi-Kiari sindromunda isə böyük Qc venaları tıxalı olur. Baddi-Kiari sindromu üçün digər bir xarakterik əlamət I seqmentin hipertrofiyasıdır.

42. Baddi-Kiari sindromunda I seqment hipertrofiyasının və assitin eksudativ xarakterli olmasının səbəbləri nədir?

Qc-in əksər hissəsinin venoz qanı böyük Qc venaları (sağ, sol və orta Qc venaları) ilə aşağı boş venaya axır. Lakin, I seqmentin və bəzən də VI seqmentin əlavə venaları birbaşa ABV-yə açılır. Böyük venalar tıxandıqda əlavə venalar bu seqmentlərin venoz axınını təmin edə bilər. Ona görə də I seqment və IV seqmentin bir hissəsi Qc-in funksiyasını öz üzərinə götürərək hipertrofiyaya uğrayır.

Baddi-Kiari sindromunda venoz durğunluq nəticəsində limfatik sistem yüklənir və bu da assitə səbəb olur. Qc-in venoz qanı zülal ilə çox zəngin olduğu üçün assitdə də zülal çox olur. Ona görə də, müayinə vaxtı assit eksudativ xarakter daşıyır.

43. Xəstədə Baddi-Kiari sindromu varsa I seqment hipertrofiyası olmaya bilərmi?

Baddi-Kiari sindromunda üç halda I seqment hipertrofiyası görünməyə bilər. Birincisi, fulminant formada (nekroz), ikincisi - kəskin formada (hipertrofiya hələ baş verməyib). Üçüncü isə, əgər aşağı boş venada tromboz varsa I seqmentin venoz drenajı da pozulur və hipertrofiya baş vermir.

44. Birinci seqment hipertrofiyası kompensator və faydalı dəyişiklikdir. Bunun mənfi cəhəti də varmı?

Birinci seqment çox hipertrofiya edərək ABV-ni sıxa bilər və aşağı boş vena sindromuna səbəb ola bilər.

45. Venokluziv xəstəliklərin ən effektiv müalicəsi hansıdır?

VOX-un ən effektiv müalicəsi səbəbin aradan qaldırılmasıdır. Buna nail olmadıqda effektiv müalicə hələlik bilinmir. Ursodezoksixol turşusunun effektiv olduğu bildirilir.

46. Durğunluq hepatopatiyasının gedişi, diaqnostikası və müalicəsinin özəllikləri nədir?

Durğunluq hepatopatiyası suprahepatik boş vena səviyyəsində venoz axının əngəllənməsi nəticəsində Qc-də baş verən venoz durğunluqdur. Durğunluq Qc-də fibroza, hepatomeqaliyaya, assitə səbəb olur. Sirroz inkişafı xarakterik deyil, Qc funksiyaları ciddi pozulmur. Durğunluq aradan qalxarsa Qc dəyişikliyi geriye inkişaf edir. Ona görə də, durğunluq hepatopatiyasının tək və həlledici müalicəsi durğunluğun aradan qaldırılmasıdır.

47. Qaraciyərdə və portal sistemdə durğunluğun törətdiyi dəyişikliklərin əksəriyyəti durğunluq aradan qalxdıqdan sonra geriye inkişaf edir. Bu gedişdən istisna olanı hansı dəyişiklikdir?

Durğunluğun törətdiyi dəyişikliklərin əksəriyyəti – hepatomeqaliya, assit, sarılıq, varikoz, splenomeqaliya, hepato-renal sindrom, portal hipertenziv qastropatiya geriye inkişaf edə bilər. Lakin Baddi-Kiari və VOX-un törətdiyi Qc sirrozu durğunluq aradan qalxsa da geriye inkişaf etmir.