

УДК: 616.36-004-092

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СПОНТАН БАКТЕРИАЛ АСЦИТ
ПЕРИТОНИТНИНГ ДАВО УСУЛЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Ўроқов Шухрат Тўхтаевич- Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт
институту хирургик касалликлар кафедраси мудири тиббиёт фанлари доктори,
профессор. Бухоро, Ўзбекистон Республикаси

Комилов Жахонгир Давлатович-Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий
маркази Бухоро филиали. Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институту

Резюме

Жигар циррози (ЖЦ) билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонит СБП ривожланиши натижасида ўлим сабаби юқорилигича қолаётганлиги ушбу патологик жараённи ўз вақтида ташхислаб аниқ даво тактикасини кўриб чиқишни тақозо қилади. Шундан келиб чиқиб, РШТЎИМ Бухоро филиалида олиб борилган илмий тадқиқотлар асосида ЖЦ билан келган беморлар ва СБП таҳлили натижалари шуни курсатдики, СБАП 28%ни ташкил қилди. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда ушбу илмий мақола ЖЦ нинг оғир асоратларидан бўлган СБП нинг даволаш усулларини такомиллаштиришга қаратилган. Тадқиқот мақсади. Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит даво натижаларини таққослаш йўли билан такомиллаштиришдан иборат.

Калит сўзлар: жигар циррози, спонтан бактериал перитонит, улиностати, асцит.

Резюме

Тот факт, что спонтанный бактериальный перитонит (СБП) остается высокой причиной смерти больных циррозом печени (ЦП), обуславливает необходимость своевременной диагностики этого патологического процесса и определения тактики лечения. Исходя из этого, результаты анализа больных ХГ и СБП, основанные на научных исследованиях, проведенных в Бухарском филиале Российского института кардиологии, показали, что СБП составил 28%. Учитывая вышеизложенное, данная научная статья направлена на совершенствование методов лечения СБП, являющегося серьезным осложнением синдрома Юпитера. Цель исследования. Целью данного исследования является сравнение и улучшение результатов лечения спонтанного бактериального асцитического перитонита с циррозом печени.

Ключевые слова: цирроз печени, спонтанный бактериальный перитонит, улиностат, асцит.

Abstract

The fact that spontaneous bacterial peritonitis (SBP) in patients with cirrhosis of the liver (HC) remains a high cause of death due to the development of SBP requires timely diagnosis of this pathological process and consideration of specific treatment tactics. Accordingly, the results of the analysis of patients with HBP and SBP based on scientific studies conducted at the Bukhara branch of the RSHTOIM showed that SBP was 28%. Taking into account the above, this scientific article is aimed at improving the treatment methods of SBP, which is a severe complication of HBP. The purpose of the study. The aim of the study is to improve the results of the treatment of spontaneous bacterial ascites peritonitis with cirrhosis of the liver etiology by comparing them.

Keywords: liver cirrhosis, spontaneous bacterial peritonitis, ulinostat, ascites.

Долзарблиги. Дунёда жарроҳлик гепатологиясининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланган жигар циррози асоратларидан бири бўлган қизилўнгач веналари варикоз кенгайиши натижасидаги қон кетиши ҳамда спонтан бактериал асцит перитонит бўлиб, беморлар ўлимининг асосини ташкил этади. Ушбу касаллик тўғрисидаги таҳлилларнинг охириги натижалари шуни кўрсатадики, жигар циррози кўплаб касалликларнинг ҳам ривожланишига олиб келувчи энг катта сабаблардан бири ҳисобланади[1,3,5].

Жигар организмнинг иммунитет ҳимоясини таъминлашда муҳим рол ўйнайди ва жигар касалликлари, шу жумладан жигар циррози (ЖЦ) иммун тизимини ишдан чиқишига олиб келади. Бунда жигар циррози билан оғриган беморлар организмда микроорганизмларни ривожланиши юқорилиги сабабли юзага келадиган асоратлар умумий аҳолига нисбатан 4-5 баравар кўпроқ учраши кузатилади[7,9,11].

Жаҳон миқёсида олимларнинг таъкидлашича спонтан бактериал асцит перитонитнинг асосий патогенетик омиллари ичак деворининг ўтказувчанлигини ошириши натижасида бактерияларнинг ичак бўшлиғидан транслокацияси, маҳаллий иммунитетнинг пасайиши, ретикулоэндотелиал жигар тизимининг фагоцитик фаоллигининг бузилиши ва асцитик суюқликнинг ҳимоя хусусиятларининг пасайиши каби омиллар катта аҳамиятга эга. Олимларнинг таъкидлашича бактериал асцит перитонитнинг спонтан тури фақатгина ЖЦ нинг асцит билан кечишида учрайди[2,4,6].

Касалликнинг келиб чиқишида 80% ҳолатларда икки хил микроорганизмлар, яъни ичак таёқчалари ва клебсиела муҳим ўрин тутаяди. Охириги вақтларда гепатология амалиётида спонтан бактериал асцит перитонит (СБАП) келиб чиқишида грамм мусбат энтерококклар ва метициллинга чидамли стафилококкларнинг учраётганлиги тўғрисида малумотлар кўпаймоқда[8,10].

ЖЦ билан касалланган беморларда СБАП ривожланиши натижасида ўлим сабаби юқориликча қолаётганлиги ушбу патологик жараённи ўз вақтида ташхислаб аниқ даво тактикасини кўриб чиқишни тақозо қилади.

РШТЁИМ Бухоро филиалида олиб борилган илмий тадқиқотларда ЖЦ билан келган беморлар ва СБАП таҳлили натижалари шуни кўрсатадики, СБАП 28%ни ташкил қилди. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда илмий изланишимизни ЦЖ нинг оғир асоратларидан бўлган СБАП га қаратдик.

Тадқиқот мақсади. Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит даво натижаларини таққослаш йўли билан такомиллаштиришдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усулларининг тавсифи

Бухоро давлат тиббиёт иснтитуту Хирургик касалликлар кафедраси клиник базаси РШТЁИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимида 2016-2024 йиллар давомида даволанган, Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит билан касалланган 126 нафар беморларни текшириш ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинди.

Барча беморлар даволаш усулига кўра 2 гуруҳга бўлинган:

I-таққослаш гуруҳига (n=68) жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит билан касалланган беморларни традицион усулда даволаш натижаларини ретроспектив усулда таҳлил қилинган беморлар жалб этилган.

II-асосий гуруҳда (n=58) жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит асорати билан касалланган беморларни даволашда фаол консерватив усулга қўшимча равишда Улинастатин препаратининг таъсири ва пункцион усуллар комплекс равишда қўлланилган.

Шуни такидлаб ўтиш керакки ушбу асосий гуруҳга 2020 – 2024 йилларда даволанган беморлар жалб этилган. Бундан ташқари тадқиқотимизга жалб этилган беморлар гуруҳларини синхронлигини сақлаш мақсадида қуйида кўрсатилган қўшимча ҳолатлари бўлган беморлар жалб этилмади: жигар етишмовчилигининг оғир даражаси, жигар энцефалоптияси III даражаси, асцит резистет тури, жигардан ташқари ПГ, 70 ёшдан катталар, тромбоцитлар 50×10^9 дан паст бўлган ҳолатлар, беморларнинг талоқ ўлчамлари 160см^2 дан паст бўлса, қўшимча юрак – қон томир касалликлари, қандли диабет кузатилган беморлар, онкологик ва жиддий оғир хасталиклари бор ҳолатлар киритилмади.

Жигар циррозининг этиологик омиллар бўйича тахлили ўрганилганда энг кўп учраган этиологик омили беморларнинг умумий сонининг 83 (65,4%) нафарини ташкил этган вирусли гепатит (В, С, Д) вируси сабабчи эканлиги аниқланди, беморларнинг 10 (8%) нафарини эса сурункали алкоголизм билан касалланган беморлар, 10 (7,9%) нафар токсик кимёвий моддалар билан контактда бўлган беморлар, беморларнинг 12 (4%) нафарида жигарнинг криптоген циррози кузатилган (1-жадвал)

1 - жадвал

Жигар циррози билан касалланган беморларни этиологик омиллар бўйича тахсимланиши

Этиологик омил	Беморлар сони	%
вирусли гепатит (В, С, Д)	83	65,4%
Сурункали алкоголизм	10	8%
Токсик кимёвий моддалар билан контактда бўлган беморлар	10	7,9%
Криптоген циррози	12	4%

Комплекс текширувлар натижалари таҳлили асосида ЖЦ этиологияси ва жигарнинг зарарланиш даражаси Чайлд-Пью таснифидан фойдаланган ҳолда таҳлил этилди. Қорин бўшлиғида асцит суюқлигининг миқдори асцитга қарши курашиш бўйича халқаро клуб мезонлари (International Club of Ascites - ICA) асосида белгиланган. Бунга кўра асцит суюқлигининг миқдорига қараб 3 оғирлик даражасига бўлинди:

I даража қорин бўшлиғидаги суюқлик миқдори фақатгина ультратовуш текшируви ёрдамида аниқланади;

II даража – клиник жиҳатдан аниқ асцит суюқлиги бор;

III даража – зўриқишли асцит.

Жигар циррозининг А синфи компенсирланган, В ва С синфлари – декомпенсирланган босқичи ҳисобланади.

2 - жадвал

Чайлд-Пью таснифи бўйича ЖЦ оғирлик даражалари

Кўрсаткичлар	Баллар		
	1	2	3
Асцит (ІСА бўйича)	йўқ	1-2	3
Жигар энцефалопатияси	йўқ	Ми нимал миқдорда мавжуд	Аниқ кузатилади
Қон зардобдаги билирубин миқдори (мкмоль/л)	34	34-51	> 51
Қон зардобдаги альбумин миқдори (г/л)	35	28-35	< 28
Протромбин индекси, %	70	50-70	< 50
Жами баллар йиғиндиси			Синф
5 – 6			А
7 – 9			В
10 – 15			С

Қорин бўшлиғида асцитик суюқлигининг йиғилиш миқдорига боғлиқ ҳолатда беморларни қуйидаги гуруҳларга ажратган ҳолда ўргандик (*Пирсон Хи-квадрати = 1,059; p = 0,589*) (2.3 - жадвал).

1. Енгил даража – қорин бўшлиғида суюқлик миқдори 500 мл кам йиғилган ҳолатда кузатилади. Бунда таққослаш гуруҳининг 11 (16,1%) нафар беморларида кузатилган бўлса, асосий гуруҳда 9 (15,5%) нафар беморларда асцитик синдром белгилари кузатилди. Бунда беморлар асцитик синдром белгиларини ҳис этмайди, факатгина УТТ текшируви ёрдамида аниқланди.

2. Ўрта оғир даража – қорин бўшлиғида суюқликнинг миқдори 500 мл дан ортиқ йиғилганда кузатилади. Ушбу ҳолат таққослаш гуруҳининг 38 (55,8%) беморларида кузатилди. Асосий гуруҳдан 37 (63,7%) кишида ўрта оғир даражада кузатилди. Беморларни обектив кўрганда қорин соҳасининг симметрик ҳолатда катталашини аниқланди.

3. Оғир даража – бунда таққослаш гуруҳининг 19 (27,9%) беморларида кузатилган бўлса, асосий гуруҳда 12 (20,6%) нафар беморларда асцитик синдром белгилари кузатилди. Асцитик суюқлик йиғилишининг оғир даражада қорин

бўшлигининг аниқ ифодаланган катталаниши кузатилди ҳамда беморларда киндик чурралари шаклланиши аниқланди.

ПГнинг ифодаланганлигини ва порто-жигар қон айланиши тўсиқининг жойлашган соҳасини баҳолашда умум қабул қилинган М.Д.Пациоранинг таснифига риоя қилинди. Бунда беморларнинг асосий қисми таққослаш гуруҳида 48 (70,69%) нафарни ташкил этган бўлса, асосий гуруҳида 39 (67,8%) нафар беморларда ПГнинг субкомпенсация босқичида бўлганлиги аниқланган (*Пирсон Хи-квадрати = 0,115; p = 0,735*).

3 – Жадвал

Асцитик суюқликнинг йиғилиш даражаси бўйича беморларни тақсимланиши.

Гуруҳлар	Енгил даража		Ўрта оғир даража		Оғир даража		P
	bs	M±m, %	s	±m, %	bs	±m, %	
Таққослаш гуруҳи	1	16 .6±4,53		55 .8±6,47	2	2 8,9±5,87	Пирсон Хи-квадрати = 1,059; p = 0,589
P	$\chi^2 = 18,345; p = 0,000$						
Асосий гуруҳ	9	14 .7±3,63		54 .4±6,16	2	2 0,6±5,67	
P	$\chi^2 = 31,051; p = 0,000$						

Ушбу тасниф бўйича олиб борилган таҳлиллардан кўриниб турибдики, жами 126 нафар беморларнинг 31 (24,6%) нафари В синфига, 95 (75,3%) нафарида эса С синфига таълуқли эканлиги аниқланди. Тадқиқотимизга жалб этилган барча беморларда спленомегалия ифодаланганлиги баҳолашда қуйидаги градациядан фойдаландик. Талоқнинг қовурға ёйидан 5 см гача чиқиб туриши жами 126 нафар беморларнинг 23 (18,2%) нафар беморларда кузатилган, 5 дан 10 см гача чиқиб туриши 45 (35,7%) нафар беморларда, 58 (46%) беморда - 10 см дан ортиқ чиқиб турганлиги аниқланган.

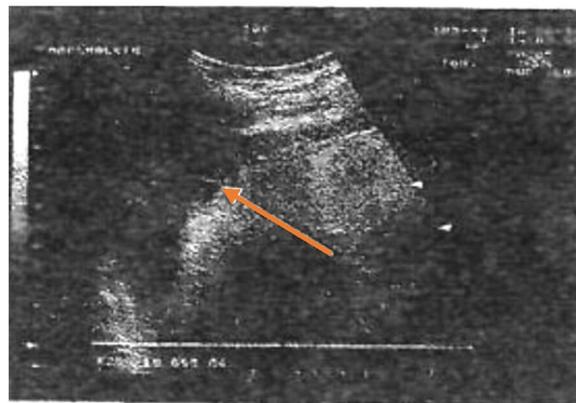
Гиперспленизм синдроми 95 (75,3%) беморларда аниқланган. Жами беморларнинг 46 (37,3%) нафарида яққол ифодаланган гиперспленизм (тромбоцитлар $58 \cdot 10^9$ /л дан паст, лейкоцитлар $3,5 \cdot 10$ /мл дан паст) қайд этилган. 59 (44,4 %) нафар беморларда тромбоцитлар сони $50-100 \cdot 10^9$ /л ва лейкоцитлар $3-4 \cdot 10$ /л миқдориди бўлган. Ўртача ифодаланган гиперспленизм (тромбоцитлар $100-150 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитлар $4-5 \cdot 10$ /л) 21 (16,7%) нафар беморларда кузатилган. Барча текширилаётган беморларнинг 82 (64,8 %) нафарида шиш-асцитик синдром аниқларган бўлиб, шулардан 40 (49,1%) нафар беморларда қабул қилишда қорин олд деворининг веноз суратининг ошиши қайд этилган, 18,6% беморларда болдирларнинг пастозлиги ёки енгил шиши аниқланган. Жами беморларнинг 29 (23%) сезиларли сариқлик кузатилган, склераларнинг, шиллик қаватларнинг енгил сариқлиги – 7,0% беморда ва терида сариқлик - 3,1% беморларда қайд этилган.

Беморларнинг 89 (70,9%) нафарида касалликнинг давомийлиги 3 йилдан 7 йилгача бўлган даврни ўз ичига олган. Касалланишнинг давомийлиги 7 йилдан ортиқроқ кузатилган беморлар 15,4%, 1 – 3 йилдаги давомийлик 13,7% беморларда кузатилди. Бундан ташқари, беморларнинг 20% да жигар циррози гепатитдан бир йил ўтмай, асосан вирусли гепатит билан касалланганлар орасида аниқланган.

Тадқиқотимизга жалб этилган беморларни комплекс текшириш клиник, биокимёвий, инструментал, радиологик ва бактериологик тадқиқотларни ўз ичига олган. Таҳлил натижасида олинган маълумотлар асосида ташхис қўйилди, касалликнинг кечиши кузатилди ва даволаш натижалари баҳоланди.

Тадқиқотимизга жалб этилган барча беморларда ўтказилган ультратовуш текшируви нафақат қорин бўшлиғидаги асцит суюқлигини миқдорини ҳамда ҳолатини, хиралик ва фибрин толалар борлигини аниқлаш мақсадида, балки жигарнинг ҳажми ва ҳолатини, паренхимасининг ҳолатини, портал тизимининг жигар ичи томирларининг диаметрини ва уларнинг ҳолатини, жигар дарвозасининг жойлашишини, ўт пуфагининг ҳолати ва пастки ковак венанинг ҳолатини аниқлашда катта аҳамият касб этади.

Ультратовуш текшируви – ёрдамида беморларда қорин бўшлиғида асцит суюқлиги ва миқдори аниқланди. Ультратовуш текшируви ёрдамида асцитик суюқлик характери аниқланди. Асцит суюқлигининг майда ёки катта дисперс турда кўриниши, фибрин ипларининг ҳамда кўп сонли фибринозларнинг аниқланиши асцит перитонит ташхини тасдиқлади (2.2 - расм).



1 – расм. СБАПда асцит суюқлигининг майда ёки катта дисперс турда кўриниши.

Ультратовуш текшируви бактериал перитонитларни ташхислашнинг энг ишонли меъзони бўлиб ҳисобланади. Унинг сезувчанлик даражаси айниқса СБАП да (фибрин толалари, фибринли чўкмалар) 88- 92 % ни ташкил қилади.

Тадқиқотимизга жалб этилган барча беморларда ўтказилган ультратовуш текшируви нафақат ташхисни тасдиқлаш мақсадида, балки жигарнинг ҳажми ва ҳолатини, паренхимасининг ҳолатини, портал тизимининг жигар ичи томирларининг диаметрини ва уларнинг ҳолатини, жигар дарвозасининг жойлашишини, ўт пуфагининг ҳолати ва пастки ковак венанинг ҳолатини аниқлашда катта аҳамият касб этади.

Тадқиқотнинг биринчи босқичи жигарни кулранг шкала режимида текширув натижалари таҳлил қилинган. Бунда жигарнинг ўнг ва чап бўлақларнинг олд-орқа ўлчами, контур ҳолати, аъзонинг тузилиши ва эхогенлиги баҳоланди;

жигар веналарининг диаметрлари (портал ва жигар) уларнинг бўшлиғи ҳолатига урғу бериш билан ўлчанди.

Пункцияли усуллар. Диагностик пункция мақсадида 15-20 мл асцитик суюқлик олинди ва тегишли пробиркаларга солинди. Пункция соҳасига асептик боғлам қўйилди. Олинган материал бактериологик текширув мақсадида текширувга юборилди.

Бактериологик текширувлар. Барча беморларда асцит суюқлигининг микроорганизмлар билан зарарланиш даражасини аниқлаш ҳамда адекват антибиотикотерапияни ўтқазиб мақсадида асцитик суюқликдан эзма олинди ҳамда диск – диффузия усулида антибиотикларга сезувчанлиги аниқланди. Бактериологик таҳлил натижалари аниқ бўлгунга қадар барча беморларда эмпирик турдаги антибиотикотерапия усулларидадан фойдаланилди.

Бактериологик таҳлиллар натижалари асосида барча тадқиқотимизга жалб этилган беморларни спонтан асцит перитонитнинг клиник вариантлари бўйича тақсимлаган ҳолда ўрганилди. жадвалдаги маълумотлар асосида кўришимиз мумкинки беморларнинг асосий қисми классик турдаги спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморлар, яъни таққослаш гуруҳининг 60,2 % ни, асосий гуруҳнинг 62 % ни ташкил этди.

5 - Жадвал

Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонитнинг клиник варианты бўйича беморларни тақсимланиши

СБП ни клиник вариантлари	Микроорганизмлар сони (кое/мм3)	Таққослаш гуруҳи	Асосий Гуруҳ
Классик СБП	≥ 250	41 (60,2%)	36 (62%)
Културонегатив бактериал асцит	≥ 250	14 (20,5%)	17 (29,3%)
Мономикроб бактериал асцит	< 250	8 (11,7%)	3 (5,1%)
Полимикроб бактериал асцит	< 250	5 (7,3%)	2 (3,4%)
Жами		68	58

Бактериологик таҳлиллар асосида СБАП ни қўзғатувчилари бўлиб биринчи ўринда *E. coli* микроорганизми 85% ҳолларда этиологик омил сифатида аниқланди. Кейинги ўринларда *Proteus*, *Klebsiella* микроорганизмлари эканлиги аниқланди.

Тадқиқот натижалари.

Тадқиқотимизнинг мақсад ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолдан жами 126 нафар беморлардан I-таққослаш гуруҳига мансуб 68 нафар жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит билан касалланган беморларни анъанавий усулда даволаш натижаларини ретроспектив усулда таҳлил қилинди. Шунинг тақдирини жойизки ушбу беморлар РШТЁИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимларида 2016-2020 йиллар

давомида даволанган. Ушбу беморларнинг касалланиш давомийлиги 1 йилдан 10 йилгача даврийликга эга бўлган.

Ушбу беморларни комплекс даволашда эмпирик антибиотикотерапия Халқаро стандартлар асосида олиб борилган бўлиб, танлов воситаси сифатида III –авлод цефалоспоринлар гурухидан фойдаланилган, яъни кўпгина ҳолларда цефотаксим бир марталик миқдори 2,0 г хар 12 соат оралиғида вена ичига ва мушак оралиғига юборилган суткалик миқдори 4,0 гр. Даволанишнинг давомийлиги 5 кундан 14 кунгача.

III – авлод цефалоспоринлар гурухи воситалари самарасиз бўлган ҳолатларда комбинациялашган антибиотиклардан, яъни амоксоциллин/клавунат калийдан 3 нафар беморга 1-2 грдан хар 6 соат оралиғида қўлланилган.

Анъанавий даволаш усуллари самарадорлигини баҳолаш меъзони сифатида қуйидаги кўрсаткичлар назоратга олинган:

- асцитик суюқлик таркибида микроорганизмлар миқдори антибиотиклар билан даволанишнинг иккинчи кундаёқ камайиши;

- тана ҳароратини меёрлашиши;

- лейкоцитлар миқдорининг камайиши;

- СБАПнинг клиник симптомларини камайиши.

Таққослаш гурухи беморларни анъанавий усулда олиб борилган комплекс даволаш усуллари самарадорлиги 29 нафар беморда қайд этилган бўлиб 76% ни ташкил этган. Беморларнинг 2 (5,2%) нафарида даволашнинг самарасизлиги сабабли антибиотиклар сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда алмаштирилган. 7 (18,4%) нафар беморларда эса турли кўринишдаги сабаблар туфайли ўлим кузатилган (жигар етишмовчилигининг ривожланиб бориши, кон кетиш, сепсиз гепаторенал синдром). Ушбу ўлим кўрсаткичини юқорилигининг асосий сабаби организмда юзага келадиган тизимли яллиғланиш реакциялари эканлиги аниқланган. Беморларнинг стационар даволаниш давомийлиги $14 \pm 2,2$ кун.

Таққослаш гурухи беморларидан фарқли равишда тадқиқотимизга жалб этилган II-асосий гуруҳ ($n=58$) жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит асорати билан касалланган беморларда фаол консерватив даволаш усулларида қўшимча равишда Улиноостатин препарати ва пункцион усуллар комплекс равишда қўлланилди. Асосий гуруҳга жалб этилган беморлар РШТЎИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимида 2020-2024 йиллар давомида даволанган. Ушбу беморларнинг касалланиш давомийлиги ҳам таққослаш гуруҳи беморлари сингари 1 йилдан 10 йилгача бўлган.

Улиноостатин препаратлари – мултивалент ингибитор ҳисобланиб, Купиц типидagi (трипсин, химотрепсин, тромбин, плазмин, эластаза, катепсин) протеазалар игибитори ҳисобланади. Бундан ташқари Улиноостатин кучли яллиғланишга қарши ва кучли иммуномодулятор ҳисобланади. СБАП билан касалланган беморлар организмда тизимли яллиғланиш реакциялари кузатилишини инобатга олсак Улиноостатин препарати асосий гуруҳ беморларда даволаш самарадорлигига сезиларли таъсир кўрсатди.

Комплекс даво чораларига қўшимча равишда қўлланилган Улиноостатин препарати беморларга 100 000 ХБ да вена ичига томчилаб 1 кунда 1 марта 5 – 7 кунлик давомийликда куйилди. Даволанишнинг 3 куниданоқ беморларда СБАП симптомларининг кескин камайиши, конда α -амилазы ва сийдик таркибидаги диастаза миқдорининг кескин 3 баробаргача камайиши кузатилди. Беморларнинг стационар даволаниш давомийлиги $9 \pm 2,3$ кун.

Шундай қилиб ЖЦ фонида спонтан бактериал перитонит билан касалланган асосий гуруҳ беморларнинг даволаш натижалари таҳлиллари асосида ушбу тоифа беморларни диагностик ва комплекс даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида, СБАП учраши мумкин бўлган беморларни башоратлаш ҳамда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида клиник диагностик ва комплекс даволаш алгоритмини ишлаб чиқдик (4.2 - расм). Ушбу алгоритмдан кўриниб турибдики беморлар шикоятлари $t^{\circ}C$, қалтираш, қорин олди мушаклари таранглашиши, ичак перисталтикаси сусайиши, умумий ҳолсизликдан иборат бўлса албатта биринчи навбатда СБАП га шубҳа қилган ҳолда қорин бўшлиғи пункцияси амалга оширилиши шарт. Қорин бўшлиғи пункциясидан 3 кўринишдаги мақсад кўзда тутилади. Биринчи навбатда микроорганизмлар турини ва сонини аниқлаш, иккинчидан асцит суюқлигидаги нейтрофилларни аниқлаш, учинчидан АСдаги лейкоцитларнинг эстераза активлигини аниқлаш тести ўтқазилиши шарт. АС да микроорганизмларнинг мавжудлиги ҳамда асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони 1 мм^3 250 тадан кўп бўлиши СБАП классик кўриниши мавжудлигидан далолат беради ва Улиностагин асосида комплекс даволашни дарҳол бошлаш кераклигидан далолат беради. Асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони 1 мм^3 250 тадан кам ҳолатда бўлиши СБАП эҳтимоллиги жуда юқори эканлиги ва профилактика мақсадида ҳамда яқин ва узоқ муддатларда кўзатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида дарҳол Улиностагин асосида комплекс даволашни бошлаш кераклигидан далолат беради. Бундан ташқари СБАП эҳтимоллиги юқорилигини аниқлаш мақсадида энг сезгир усул бу *АСдаги лейкоцитларнинг эстераза активлигини аниқлаш усули* эканлиги аниқланди.

Лейкоцитлардаги эстераза активлиги қанчалик юқори даражада бўлиши асцит суюқлигининг инфицирланиш даражасини кўрсатади.

Мисол тариқасида АС таркибида 1 мм^3 – 500 та лейкоцитлардаги эстераза активлиги 50% дан кам бўлиши нормал ҳолатга тўғри келади. Агар бу активлик 50% ёки ундан юқори бўлса, АС суюқлигида микроорганизмларнинг тронслокацияси ҳамда яллиғланишнинг мавжудлигидан далолат беради.

ХУЛОСАЛАР

1. Жигар циррози фонида ингичка ичакда бактерияларнинг ҳаддан ташқари кўпайиши бактериал тронслокация спонтан бактериал перитонит ривожланиши сабабли организмда тизимли яллиғланишнинг ривожланиши полиорган етишмовчиликга олиб келади, Чайлд-Пью бўйича В ва С синфларида ўлим кўрсаткичи 24% ни ташкил этади ($p=0,002$).

2. Жигар циррози сабабли келиб чикган спонтан бактериал асцит перитонитни кенг қамровли даволашда улиностагин дори моддасини қўлланилиши организмдаги тизимли яллиғланиш реакциясини камайтиришга, иммун тизимидаги ўзгаришларни барқарорлаштиришга, жигар хужайраларини тикланиш қобилятини ошириш ва шу билар бир қаторда жигар етишмовчилигини бартараф этишга самарали натижасини кўрсатди.

3. Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитнинг клиник диагностик ва комплекс даволашда биз томонимиздан таклиф этилган алгоритм асосида Улиностагин препаратининг комплекс даолашга кўшимча равишда қўлланилиши ушбу тоифадаги беморларни клиник – лабаратор кўрсаткичларини яхшиланиши 2-3 кунга тезлашишига, стационар даволанишни 2-3 кунга қисқаришига, беморларнинг яшаб қолиш даражасини 91,1%га, Child-Pugh C функционал синфидаги беморларнинг яшаб қолиш 42,4% га ошишига эришиш мумкинлигини кўрсатди.

4. Даволаш алгоритми асосида СБАПга шубха қилган ҳолда қорин бўшлиғи пункцияси билан олинган АС да микроорганизмларнинг мавжудлиги ҳамда асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони 1 мм^3 250 тадан кўп бўлиши СБАП классик кўриниши мавжудлигидан далолат беради ва Улиностагин асосида комплекс даволашни дарҳол бошлашга кўрсатма бўлади. Асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони 1 мм^3 250 тадан кам ҳолатда бўлиши СБАП эҳтимоллиги жуда юқори эканлиги ва СБАПнинг профилактикаси мақсадида ҳамда яқин ва узоқ муддатларда кўзатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида дарҳол Улиностагин асосида комплекс даволашни бошлаш кераклигидан далолат беради. Бундан ташқари СБАП эҳтимоллиги юқорилигини аниқлаш мақсадида энг сезгир усул бу АСдаги лейкоцитларнинг эстераза активлигини аниқлаш усули эканлиги аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Акберова Д. Р. Роль кишечной проницаемости при хронических паренхиматозных заболеваниях печени //Практическая медицина. – 2015. – №. 4-2 (89). – С. 10-12.
2. Бабак О. Я. Асцит—современное понимание вопроса //НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ. – 2022. С. 14.
3. Бакулин И. Г. и др. Цирроз печени и управление рисками осложнений //Терапевтический архив. – 2021. – Т. 93. – №. 8. – С. 963-968.
4. Бакулин И. Г., Варламичева А. А. Асцит, спонтанный бактериальный перитонит, гепаторенальный синдром: что общего в диагностике и лечении? //Терапевтический архив. – 2015. – Т. 87. – №. 4. – С. 77-83.
5. Ивануса С. Я., Онницев И. Е., Янковский А. В. Комбинированная антибактериальная терапия при лечении асцит-перитонита у больных с циррозом печени //МОРСКАЯ МЕДИЦИНА Учредители: Общество с ограниченной ответственностью" Балтийский медицинский образовательный центр". – 2021. – Т. 7. – С. 51-53.
6. Ивануса С. Я., Онницев И. Е., Янковский А. В. Лечение асцит-перитонита у больных с циррозом печени //нестираемые скрижали: сепсис et cetera. – 2020. – С. 379-381.
7. Уроков Ш. Т. и др. Опыт применения эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода в лечении осложнений портальной гипертензии //Новый день в медицине. – 2019. – №. 4. – С. 316-320.
8. Федосьина Е. А. и др. Некоторые практические вопросы ведения больных с декомпенсированным циррозом печени //Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 8. – С. 148-154.
9. Berzigotti A. Неинвазивная оценка портальной гипертензии с помощью ультразвуковой эластографии //Journal of Hepatology. – 2017. – Т. 67. – С. 399-411.
10. Biggins S. W. et al. Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases //Hepatology. – 2021. – Т. 74. – №. 2. – С. 1014-1048.
11. Fiore M. et al. Spontaneous peritonitis in critically ill cirrhotic patients: a diagnostic algorithm for clinicians and future perspectives //Therapeutics and clinical risk management. – 2017. – С. 1409-1414.

