

АСЦИТ

Асцит - қорин бўшлиғида суюқликнинг патологик тўпланиши бўлиб, 10 йиллик жигар касаллиги тарихи бўлган беморларнинг 50% дан кўпроғида учрайди ва циррозли беморларнинг ҳаёт прогнозини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Асцит бошланганидан бошлаб биринчи йил давомида беморларнинг 45 дан 82% гачаси, беш йил ичида эса - 50% дан камроғи тирик қолади [17; 19; 24].

Асцитнинг таснифи.

Амалиётда асцитни ўрганиш бўйича International Ascites Club (IAC) томонидан таклиф қилинган тасниф жуда қулай бўлиб, унинг оғирлигига қараб 3 даражани ўз ичига олади:

1-даража – қорин бўшлиғидаги суюқлик фақат ультратовуш текшируви билан аниқланади;

2-даража – қорин бўшлиғининг симметрик ўсиши билан намоён бўлади;

3-даража – бу таранг асцит.

Агар диуретик препаратларни тўғри қабул қилиш асцитнинг пасайишига олиб келмаса, у чидамли деб аталади, бу 10% ҳолларда жигар циррози асцитли беморларда учрайди. Бундай беморларнинг 1 йил ичида яшовчанлик даражаси 50% дан ошмайди. Чидамли (резистент) асцитларнинг диагностик мезонлари:

1. Даволашнинг давомийлиги: диуретиклар билан жадал терапия (максимал дозалари: альдостерон антагонистлари кунига 400 мг, фуросемид 160 мг/сут) 1 ҳафта давомида туз миқдори кунига 5,2 г гача бўлган парҳез билан;

2. Даволашга жавоб йўқлиги: ҳар 4 кунда 0,8 кг дан кам вазн йўқотиш;

3. Асцитнинг эрта такрорланиши: 2-3 даражали асцитнинг даволаш бошланганидан кейин 4 ҳафта ичида қайтиши;

4. Диуретик дориларни қабул қилиш билан боғлиқ асоратлар:

- бошқа сабаблар бўлмаганда ривожланган портосистем энцефалопатия,

- диуретик терапия туфайли буйрак етишмовчилиги: диуретиклар билан даволанишга жавоб берган беморларда қон зардобиди креатинин 100% га > 2 мг/дл қиймати билан ошиши,

- гипонатриемия-қон зардобиди натрий даражасининг 10 ммоль/л дан 130 ммоль/л дан кам даражага пасайиши (бир қатор муаллифлар 135 ммоль/л қиймати кўрсатилган),

- гипокалиемия-қон зардобиди калий даражасининг 3,5 ммоль/л дан пасайиши,

- гиперкалиемия-қон зардобиди калий даражасининг 5,5 ммоль/л дан ошиши.

Асцитни ўрганиш халқаро клуби бўйича асцитнинг таснифи (International Ascites Club)

Асцитнинг тури	Аниқлаш	Даволаш
1- даража	Асцит суюқлиги фақат УТТ да аниқланади	Талаб этилмайди
2-даража	Визуал белгилар (қориннинг симметрик катталаниши)	Диуретиклар ва ош тузини чеклаш*
3-даража	Таранглашган асцит	Кўп миқдордаги парацентез, диуретиклар ва ош тузини чеклаш
Резистент	Даволаш чора тадбирларига нисбатан жавобнинг йўқлиги – тана вазнининг ҳар 4 кунда камида 0.8кг га камаймаса,	Кўп миқдордаги парацентез, шунт қўйиш операцияси ва жигар кўчириб ўтказиш

	бир ҳафта давомида максимал дозадаги диуретиклар билан даволаганда ва 5,2г/сут дан кам натрий сақловчи парҳезга риоя қилганда	операциясига рўйхатга қўйиш
Эрта рецидив	Даво муолажалари бошлангандан кейин 4 ҳафта давомида асцитнинг 2-3-даражага қайтиши	Кўп миқдордаги парацентез, шунт қўйиш операцияси ва жигар кўчириб ўтказиш операциясига рўйхатга қўйиш**

*Овқат маҳсулотларига туздан фойдаланмаслик ва ярим тайёр овқат маҳсулотларини истеъмол қилмаслик (= 4.6-6.9 г ош тузи бир кунда);

**Асцитнинг 2-3-даражасида трансплантолог шифокор маслаҳатига юбориш.

Асцитни даволаш.

Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Асоратланмаган асцитни даволаш.

Амбулатория шароитида амалга оширилиши мумкин бўлган терапевтик тадбирлар рўйхати:

- Ўртача асоратланмаган асцит бўлган беморларга натрий истеъмолини ўртача чеклаш (кунига 80-120 ммол, бу 4,6–6,9 г тузга тўғри келади) тавсия этилади (I; 1).

- Шунингдек, беморларга диетада натрий истеъмолини қандай тартибга солиш бўйича етарли овқатланиш бўйича тавсия берилади. Натрий миқдори жуда паст (<40 ммол/кун) диеталардан сақланиш керак (II-2; 1).

- Узоқ муддатли ётоқ режими тавсия этилмайди (III; 1).

- 2-даражали ўртача асцитнинг биринчи эпизоди бўлган беморларга кунига 100 мг верошпирон (алдостерон антагонистлари) берилади ва дозани ҳар 72 соатда 100 мг дан кунига 400 мг гача босқичма-босқич ошириш мумкин (I; 1).

- Алдостерон антагонистларига (верошпиронга) жавоб бермаган беморларга (агар тана вазни ҳафтасига 2 кг ёки ундан кўп камаймаса ёки гиперкалемия ривожланса), фуросемид кунига 40 мг дан қўшилади. Агар тана вазни ҳафтасига 2 кг ёки ундан кўп камаймаса ёки гиперкалемия ривожланса босқичма - босқич 40 мг дан максимал 160 мг гача кўпайтириб бориш мумкин (I; 1).

- Асцитни даволанишнинг биринчи ойида беморлар тез – тез (ҳар 5-10 кунда) клиник ва биокимёвий мониторингдан ўтишлари керак (I; 1).

- Такрорий асцит ривожланган беморларни антогонист алдостерон + фуросемид комбинацияси билан даволаш керак, уларнинг дозаси юқорида кўрсатилган жавобга мувофиқ кетма-кет оширилиши керак (I; 1).

- Фуросемидга кам жавоб берадиган беморларга торасемид берилиши мумкин (I; 2).

- Тавсия этилган максимал вазн йўқотиш диуретик даволаш пайтида шиш бўлмаган беморларда кунига 0,5 кг ва шиш бўлган беморларда кунига 1 кг бўлиши керак (II-2; 1).

Амбулатор шароитида ҳам, стационар шароитда ҳам амалга оширилиши мумкин бўлган муолажалар рўйхати:

- Диуретиклар билан узоқ муддатли даволашнинг мақсади – беморларда асцит суюқлиги йўқолганда ёки жуда кам миқдорда қолганда асцит суюқлиги кўпаймаслиги учун диуретикларнинг энг кам дозаси тавсия қилинади. Шундай қилиб, диуретиклар дозасини камайтириш ва ҳатто тўхтатиш мумкин (III; 1).

- Буйрак етишмовчилиги, гипонатриемия ёки қон зардобда калий миқдори меъёрида бўлмаган, жигар циррози бор беморларда диуретикларни эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак. Ушбу ҳолатларни диуретик терапиясини бошлашдан олдин даволаш керак (III; 1).

- Ушбу беморлар тез - тез клиник ва биокимёвий мониторинг остида бўлиши керак. Диуретиклар буйрак етишмовчилиги ва гипонатриемиянинг дастлабки босқичларида бошланмаслиги керак. Диуретик муолажа бошланишидан олдин қон зардобда калий миқдорини коррекциялаш керак.

- Одатда жигар энцефалопатияси бўлган беморларда диуретиклар қўллашга қарши кўрсатма мавжуд (III; 1).

- Гепаторнеал синдром (ГРС), жигар энцефалопатияси ёки мушак тортишиши (талваса), оғир гипонатриемия (қон зардобда натрий концентрацияси <125 ммоль/л) ривожланса, диуретикларни тўхтатиш керак (III; 1).

- Агар оғир гипокалиемия (<3 ммоль/л) юзага келса, фуросемидни қабул қилишни тўхтатиш керак. Агар оғир гиперкалемия (>6 ммоль/л) бўлса, антиминералокортикоидларни қабул қилишни тўхтатиш керак (III; 1).

- Мушак тортишиши бўлган беморларга альбумин инфузияси ёки баклофенни юбориш тавсия этилади (бирламчи доза суткада 10 мг, кейин ҳар ҳафтада суткасига 10 мг дан 30 мг гача ошириш мумкин) (I; 1).

Беморни стационар шароитда даволаш чора-тадбирлар рўйхати:

Беморнинг ёзма розилигини олиш муҳим!

- Ташхисий парацентез янги аниқланган 2-даражали ёки 3-даражали асцит билан оғриган барча беморларда ва асцит ёки жигар циррозининг бошқа асоратлари билан шифохонага ётқизилган барча беморларда ўтказилиши керак (II-2; 1). Бактериал перитонитни истисно қилиш учун асцитик суюқликда нейтрофиллар сони текшириш ва бак.экма ўтказиш керак. (II-2; 1).

- Умумий асцитик оқсил концентрациясини ўлчаш жуда муҳим, чунки асцитик оқсил концентрацияси 15 г/л дан кам бўлган беморларда ўз-ўзидан пайдо бўладиган спонтан бактериал перитонит (II-2; 1) ривожланиш ҳавфи ортади ва антибиотикларнинг профилактик курси билан осонликча даволанади.

- Қон зардобда ва асцитик суюқликда альбумин нисбатини жигар циррози ташхиси аниқ бўлмаган беморларда (асцит булганда ҳам) ўлчаш керак (II-2; 1):

Қон зардобда ва асцитик суюқликда альбумин нисбати = Қон зардобдаги альбумин – Асцитик суюқликдаги альбумин;

Бу онлайн калькулятор: <https://www.mdcalc.com/calc/3096/serum-ascites-albumin-gradient-saag> орқали ҳисобланади.

Қон зардобда ва асцитик суюқликда альбумин нисбатини даражасига қараб асцит ривожланишининг сабабларини қиёсий ташхислаш

Градиент >1,1 г/дл (портал гипертензия)	Градиент <1,1 г/дл
Жигар циррози Алкоголли гепатит, Юрак етишмовчилиги, Дарвоза венаси тромбози, Бадда — Киари синдроми, Жигар метастазлари	Қорин бўшлиғи карциноматози, Сил перитонити, Панкреатит сабабли асцит, Билиар асцит, Нефротик синдром, Серозит

Ташхисий парацентез ўтказилиши керак (Quality of evidence: moderate; Recommendation: strong. <https://gut.bmj.com/content/70/1/9>):

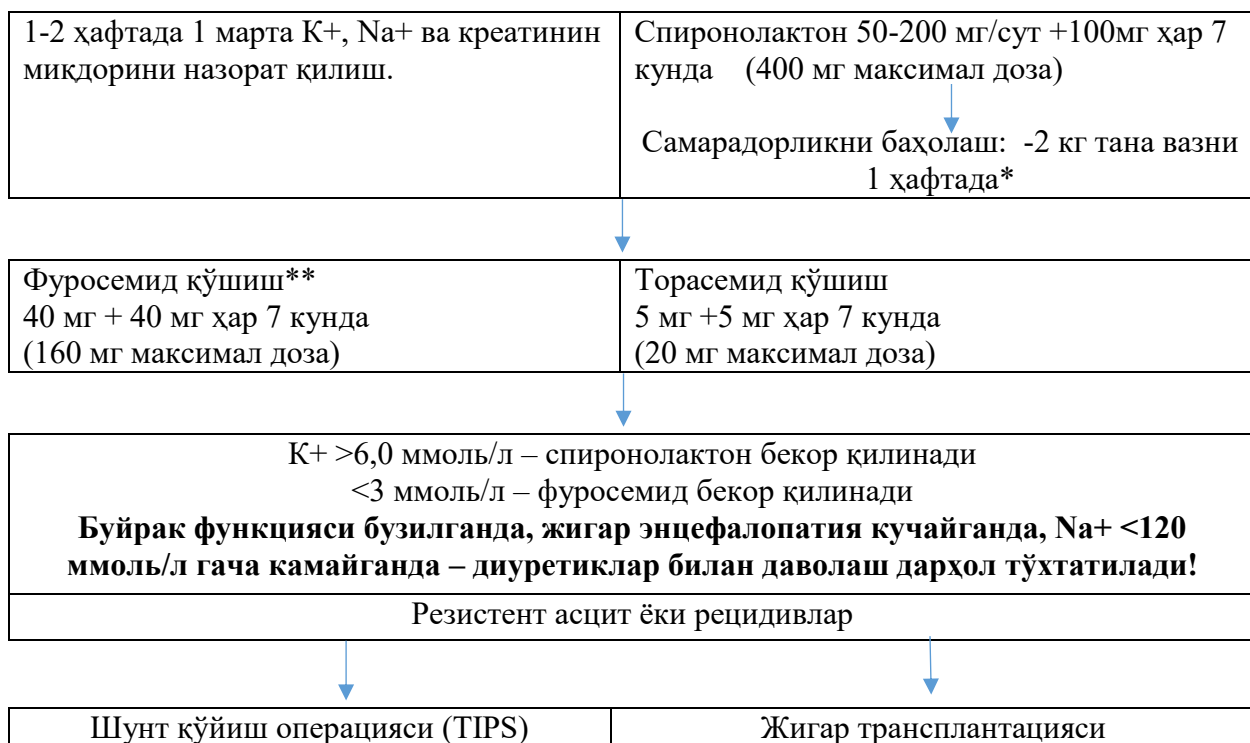
- ошқозон-ичакдан қон кетганда;
- шокда;
- иситма ёки тизимли яллиғланишнинг бошқа белгилари кузатилганда;
- ошқозон-ичак тизими фаолияти бузилганда;

- жигар ва/ёки буйрак фаолиятида чуқур ўзгаришлар бўлганда;
- жигар энцефалопатияси ривожланган беморларда.

Парацентезга қарши кўрсатмалар:

1. Бемор ҳушининг аниқ бузилиши.
2. Пункция қилинадиган тахминий жойларда қорин териси инфекцияси.
3. Ҳомиладорлик.
4. Кучли коагулопатия (тезлашган фибринолиз ёки тарқалган томир ичи коагуляцияси).
5. Кучли ичак метеоризми.

Асцитни даволаш алгоритми



Изоҳ: *Периферик шиш бўлмаган беморлар учун максимал вазн йўқотиш - кунига 0,5 кг, периферик шиш бўлган беморлар учун вазн йўқотиш – кунига 1 кг (буйрак етишмовчилиги ва гипонатриемия хавфи!);

**Спиронолактон ва ҳалқали диуретиклар функционал антагонизмга эга - дориларни 3 соатлик интервал билан буюриш тавсия этилади.

Асоратланган асцитни даволаш.

Беморни стационар шароитда даволаш чора-тадбирлари рўйхати:

- Иккиламчи бактериял перитонит (ИБП) ташхиси микроскопия (II-2; 1) ёрдамида асцитик суюқликдаги нейтрофиллар сонига асосланади. ИБП ташхиси асцитик суюқликдаги нейтрофиллар сони 250/мм³ дан ортиқ бўлса тасдиқланади. Кўпинча қон културал флаконларида амалга оширилса ҳам асцитик суюқликнинг бактериологик экма натижаси манфий бўлади ва СБП ташхиси учун жуда муҳим булмайди, аммо бактериологик экма мусбат натижа чиқса, антибиотикларга сезгирликни аниқлаш муҳимдир (II-2; 1).

- Баъзи беморларда асцитик суюқликда нейтрофиллар сони 250/мм³ дан кам бўлиши мумкин, аммо асцитик суюқликдаги бак.экма натижаси мусбат булади. Ушбу ҳолат бактерио-асцит деб номланади. Агар беморда тизимли яллиғланиш ёки инфекция белгилари бўлса, улар СБП (II-2; 1) учун асцитик суюқликнинг бактериологик экма манфий натижа кўрсаткичлари бўлса ҳам, антибиотикларни буюришлари ва такрорий парацентезни буюришлари керак.

- Қайта асцитик нейтрофиллар сони > 250/мм³ бўлган беморларни СБП билан оғриган беморлар деб ҳисоблаш керак (II-2; 1).

- Спонтан бактериал плевра эмпиемаси жигар циррози гидроторакс асоратидир. Плеврит ва шубҳали инфекция бўлган беморларда ташхисий плевроцентез ўтказилиши керак. Ташхис плевра суюқлигидаги мусбат бактериологик экма натижасига, нейтрофилларнинг кўпайиши > 250 / мм³ ёки плевра суюқлигидаги бак.экма манфий натижасига ва нейтрофиллар/>500мм³ кўпайса пневмония бўлмаган ҳолатга асосланади (II-2; 1).

- Иккиламчи бактериал перитонитга шубҳа қилинган беморлар рентген (III; 1). каби тегишли КТ текширувидан ўтишлари керак. Иккиламчи бактериал перитонит ташхислаш учун асцитик суюқликдаги глюкоза ёки лактат дегидрогеназа ўлчовлари каби бошқа тестлардан фойдаланиш тавсия этилмайди.

- Катта ҳажмли парацентез (КХП) катта ҳажмдаги асцити бор беморлар учун даволашнинг биринчи босқичидир (3-даражали асцит) (I; 1).

- КХП бир сеансда бажарилиши керак (I; 1).

- КХП 5 литрдан ортиқ асцитик суюқлик олинган беморларда КХП альбумин инфузияси билан биргаликда бажарилиши керак (ҳар бир литр олиб ташланган асцитик суюқликка 8 г альбумин юбориш керак) (I; 1).

- КХП 5 литрдан дан ортиқ асцитик суюқлик олинган беморларда альбуминдан бошқа плазма ўрнини босувчи моддалар тавсия этилмайди, чунки улар парацентездан кейин келиб чиқадиган қон айланиш дисфункциясини олдини олишда самараси паст (I; 1).

- КХП 5 литрдан кам асцитик суюқлик олинган беморларда парацентездан кейин қон айланиш дисфункциясининг ривожланиш ҳавфи паст. Бироқ, бу беморлар альбумин препаратларини қабул қилишни давом эттиришлари керак (III; 1).

- КХПдан кейин беморлар асцитнинг қайта тўпланишига йўл қўймаслик учун зарур бўлган диуретикларнинг минимал дозасини олишлари керак (I; 1).

Умумий тавсиялар.

1) асцит ривожланган беморларда ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД) ишлатиш тавсия этилмайди, чунки уларда натрийни ушлаб қолиш, гипонатремия ва буйрак етишмовчилигини ривожланишини келтириб чиқариши мумкин (II-2; 1).

2) АПФ ингибиторлари, ангиотензин II антагонистлари ёки A1 - адренорецептор блокаторлари буйрак етишмовчилиги ҳавфи туфайли асцити бор беморларда ишлатилмаслик тавсия қилинади (II-2; 1).

3) аминокликозидлардан фойдаланиш буйрак етишмовчилиги ҳавфи билан боғлиқ. Улардан фойдаланиш бошқа антибиотиклардан фойдалана олмайдиган бактериал инфекция билан оғриган беморлар учун тавсия этилади (II-2; 1).

4) буйрак етишмовчилиги бўлмаган асцитли беморларда контрастли воситалардан фойдаланиш буйрак етишмовчилиги ривожланиш ҳавфини келтириб чиқармайди (II; 2). Бироқ, контрастли воситалардан эҳтиёткорлик билан фойдаланиш керак (III; 1).

Рефрактер асцит.

Халқаро асцитлар клуби мезонларига кўра, ўта чидамли, тиббий муолажалар ва КХП дан кейин тез такрорланадиган "бартараф қилинмайдиган асцитлар" деб таърифланади.

Жигар циррозидан рефрактер асцитнинг таърифи ва ташхисий мезонлари.

Таърифи	
Диуретикларга чидамли асцитлар	Натрийни чеклаш ва диуретиклар билан даволашга жавоб йўқлиги сабабли барқарор бўлмайдиган ёки эрта қайталанадиган асцитлар
Даволаш қийин бўлган асцит	Диуретиклар келтириб чиқарадиган асоратларнинг ривожланиши туфайли барқарор қилиб бўлмайдиган ёки эрта қайталанадиган асцитлар, бу диуретикнинг самарали дозасини қўллашни истисно қилади.

Ташхислаш мезонлари	
Даволаш давомийлиги	Беморларга камида бир ҳафта давомида жадал диуретик муолажа (спиронолактон 400 мг/кун ва фуросемид 160 мг/кун) берилиши ва кунига 90 ммол дан кам туз истеъмол қилиш чекланган парҳез.
Жавоб бермаслик	Тўрт кун давомида 0,8 кг дан кам вазн йўқотиш ва истеъмол қилинган натрийнинг миқдори сийдик билан чиқариладиган натрийнинг миқдоридан кўплиги
Асцитнинг эрта қайталаниши	Дастлабки даводан кейин тўрт ҳафта ичида 2 ёки 3 даражали асцитларнинг қайта пайдо бўлишидир
Диуретиклар келтириб чиқарадиган асоратлар	<p>Диуретиклар келтириб чиқарадиган жигар энцефалопатияси - бу бошқа қўзғатувчи омил бўлмаган тақдирда энцефалопатияни диуретиклар келтириб чиқаради.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Буйрак фаолиятининг бузилиши - бу даволанишга жавоб берадиган асцитли беморларда қон зардобидида креатинин миқдори >2 мг/дл (177 нмол/л) нинг100% қийматига ошишидир. - Диуретиклар келтириб чиқарадиган гипонатриемия - қон зардобидидаги натрий миқдорининг 10 ммоль/л дан кўп камайиши, қон зардобидидаги натрий даражаси 125 ммоль/л дан кам - Диуретиклар келтириб чиқарадиган гипо ёки гиперкалемия - қон зардобидидаги калий миқдорининг <3 ммоль/л ёки >6 ммоль/л га ўзгариши - Мушак тортилиши кузатилади

Тавсиялар:

- Қайта КХП ва альбумин (ҳар бир литр олиб ташланган асцитик суюқликка 8 г альбумин юбориш керак) рефрактер асцитни даволашнинг биринчи босқичи сифатида тавсия этилади (I; 1).

- Асцитнинг диуретик муолажа ва тузни чеклашга жавобини баҳолаш фақат қон кетиш ёки инфекция каби асоратларсиз барқарор беморларда амалга оширилиши керак (III:1).

- Рефрактер асцит билан оғриган беморларнинг прогнози ёмон ва шунинг учун улар жигар трансплантацияси учун номзод сифатида кўриб чиқилиши керак (III: 1).

- Диуретиклар билан даволашда кунига > 30 ммол натрий чиқармайдиган рефрактер асцитли беморларда диуретикларни тўхтатиш керак (III: 1).

- Рефрактер асцит учун носелектив бета блокатор (НСББ) дан фойдаланиш бўйича қарама-қарши далиллар мавжудлиги сабабли, оғир ёки рефрактер асцитда қўллашда эҳтиёт бўлиш керак. НСББ нинг юқори дозалардан (масалан, propranolol >80 мг/кун) фойдаланишда эҳтиёт бўлиш керак (II-2; 1).

- Трансюгуляр интрагепатик портосистематик шунт (ТИПШ) рефрактер асцитни бошқаришда самарали, аммо жигар энцефалопатиясининг юқори ҳавфи билан боғлиқ.