



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (78) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616.36-004-092

ЖИГАР ЦИРРОЗИДА БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ҲОДИСАСИ ВА БАКТЕРИАЛ ЎСИШНИНГ ПАТОГЕНЕТИК АСОСИ

Комилов Жаҳонгир Давлатович [gmail.com: komilovjahongir419@gmail.com](mailto:komilovjahongir419@gmail.com)

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Ўзбекистон Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухора филиали

✓ Резюме

Ушбу мақолада сўнги йилларда гепатология ва хирургия соҳасида чоп этилган илмий ишлар таҳлили келтирилган бўлиб, жигар циррозида бактериал транслокация ҳодисаси ва бактериал ўсишнинг патогенетик асоси ҳақида энг замонавий қарашлар жамланган.

Тадқиқотнинг мақсади: жигар циррозида бактериал транслокация ҳодисаси ва бактериал ўсишнинг патогенетик асосини ўрганишдан иборат.

Калит сўзлар: спонтан бактериал перитонит, жигар циррози, микроорганизмлар транслокацияси.

ФЕНОМЕН БАКТЕРИАЛЬНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА

Комилов Джаҳонгир Давлатович [gmail.com: komilovjahongir419@gmail.com](mailto:komilovjahongir419@gmail.com)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Узбекистан

✓ Резюме

В статье представлен анализ научных работ, опубликованных в последние годы в области гепатологии и хирургии, обобщающий наиболее современные взгляды на феномен бактериальной транслокации и патогенетические основы избыточного бактериального роста при циррозе печени.

Целью исследования является изучение феномена бактериальной транслокации и патогенетических основ бактериального роста при циррозе печени.

Ключевые слова: спонтанный бактериальный перитонит, цирроз печени, транслокация микроорганизмов.

BACTERIAL TRANSLOCATION AND PATHOGENETIC BASIS OF BACTERIAL GROWTH IN LIVER CIRRHOSIS

Komilov Jahongir Davlatovich [gmail.com: komilovjahongir419@gmail.com](mailto:komilovjahongir419@gmail.com)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
The Republic is urgent medical help scientific center Bukhara branch, Uzbekistan republic, Bukhara city.

Resume

This article presents an analysis of scientific works published in recent years in the field of hepatology and surgery, and summarizes the most modern views on the phenomenon of bacterial translocation and the pathogenetic basis of bacterial growth in liver cirrhosis.

The purpose of the study: to study the phenomenon of bacterial translocation and the pathogenetic basis of bacterial growth in liver cirrhosis.

Keywords: spontaneous bacterial peritonitis, liver cirrhosis, translocation of microorganisms.

Долзарблиги

Хозирги кунда жахон миқиёсида спонтан бактериал перитонит (СБП) жигар циррозининг кўп ҳолларда учраши мумкин бўлган, аммо ташхислаш мураккаб бўлган асоратларидан бири бўлиб, ўзининг юқори ўлим кўрсаткичи билан замонавий жарроҳликнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Жахон миқиёсида ҳозирги даврда ушбу паталогиянинг тўғри ва аниқ ташхислаш меъзонларининг етишмаслиги ҳамда даволашнинг аниқ йўналиши белгилаб берилмаганлиги, ўлим кўрсаткичини янада ортиб боришига сабабчи бўлмоқда. Жигар циррози этиологияли спонтанн бактериал перитонитсуюқликни микроорганизмлар томонидан зарарланиши бўлиб, қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомик бутунлиги бузилмасдан ҳамда жарроҳлик даволашни талаб қиладиган ҳамда аниқ бир абдоминал инфекция манбаи мавжуд эмаслиги билан кузатиладиган асорат ҳисобланади [2; 6; 10; 24].

Жигар циррози этиологияли СБПнинг асосий патогенетик омили бўлиб, микроорганизмларнинг ичак бўшлиғидан маҳаллий лимфа тугунларига, лимфа ва қон оқимиға ўтиши (транслокацияси) ҳисобланади. Бундан ташқари бактериал транслокация ҳодисасига портал гипертензия ва қорин ичи босимининг ортиши, ичаклар бўшлиғида микроорганизмларнинг ҳаддан ташқари ривожланиш кўрсаткичи, ичаклар девори ўтқазувчанлигининг ошиб бориши, маҳаллий иммун жавоб реакциясининг пасайиб бориши, жигарнинг ретикуло – эндотелиал тизимини фагоцитар активлигининг пасайиши ҳамда асцит суюқлигининг ҳимоя функциясининг камайиб бориши каби омиллар ҳам сабаб бўлади [1; 7; 15; 21].

Бактериал транслокация ҳодисаси соғлом одамларда клиник жиҳатдан аҳамиятли оқибатларга олиб келмасдан ҳам содир бўлиши мумкин, аммо ЖЦ нинг ривожланиши билан бактериал транслокация сезиларли даражада ошади ва жигар циррозининг ўзи ва унинг асоратлари патогенезида муҳим бўғин ҳисобланади [8; 15; 26]. Иммун тизимида муаммо бўлмаган инсонларда физиологик бактериал транслокация кузатилганда маҳаллий иммун тизимлар орқали бартараф этиб борилади [2, 5, 8, 9, 15]. Ушбу ҳодиса соғлом инсонларда иммун тизимини стимуляция қилиш имконини яратади [14, 19, 21, 27].

Жигар циррози билан касалланган беморларда эса бактериал транслокация ҳодисаси организмда микроорганизмларни тезда ривожланиш хавфини ошириб тизимли яллиғланиш реакциясининг кучайишига олиб келади, бу эса ўз навбатида гемостаз ва микроциркуляция бузилишларининг кучайиши билан портал гипертензияни оғирлашишига олиб келади [4, 6, 8, 15, 19, 22].

Жигар циррози билан касалланган беморларнинг ичаклар бўшлиғида бактерияларнинг ҳаддан ташқари кўпайиши ичак ҳаракатининг пасайишига олиб келади, протон насос ингибиторларидан (ПНИ) фойдаланганда гипохлоргидрия, ўт кислоталари секрециясининг бузилиши ушбу жараёнларни тезлаштиради [8, 11, 14, 17, 24].

Микроорганизмлар ичак деворининг тўсиғини енгиб, қорин бўшлиғининг биринчи ҳимоя чизиғини ифодаловчи резидент макрофагларга дуч келади. Агар макрофаглар колонизация ҳосил қилувчи бактерияларни йўқ қила олмаса, комплемент тизими фаоллашади ва цитокинлар ажралиб чиқади [24, 26, 27].

Жалб қилинган нейтрофиллар ушбу микроорганизмларни танийди ва йўқ қиладди. Аммо жигар етишмовчилиги ва цирротик жараённинг ривожланиб бориши шароитида ретикулоэндотелиал тизимнинг етишмовчилиги сабабли нейтрофиллар дисфункцияси кузатилади, бу бактериялар колонизациясини тўхтата олмайди ва инфекциянинг ривожланишига олиб келади [9, 12, 15, 22, 26].

Бактериал транслокациянинг механизмларини қуйидагича кўриш мумкин.

1. **Ичаклар девори ўтқазувчанлиги барқарорлигининг бузилиши.** Жигар циррози билан касалланган беморлар организмда қон айланишининг бузилиши ички органлар, айниқса ичакларнинг **барер функциясини** заифлаштиради. Бу эса микробларнинг ичакдан қонга ёки лимфа оқимиға ўтишини осонлаштиради. Қон оқими орқали микроорганизмлар ва уларнинг токсинлари асцит суюқлик таркибига ўтишига олиб келади.

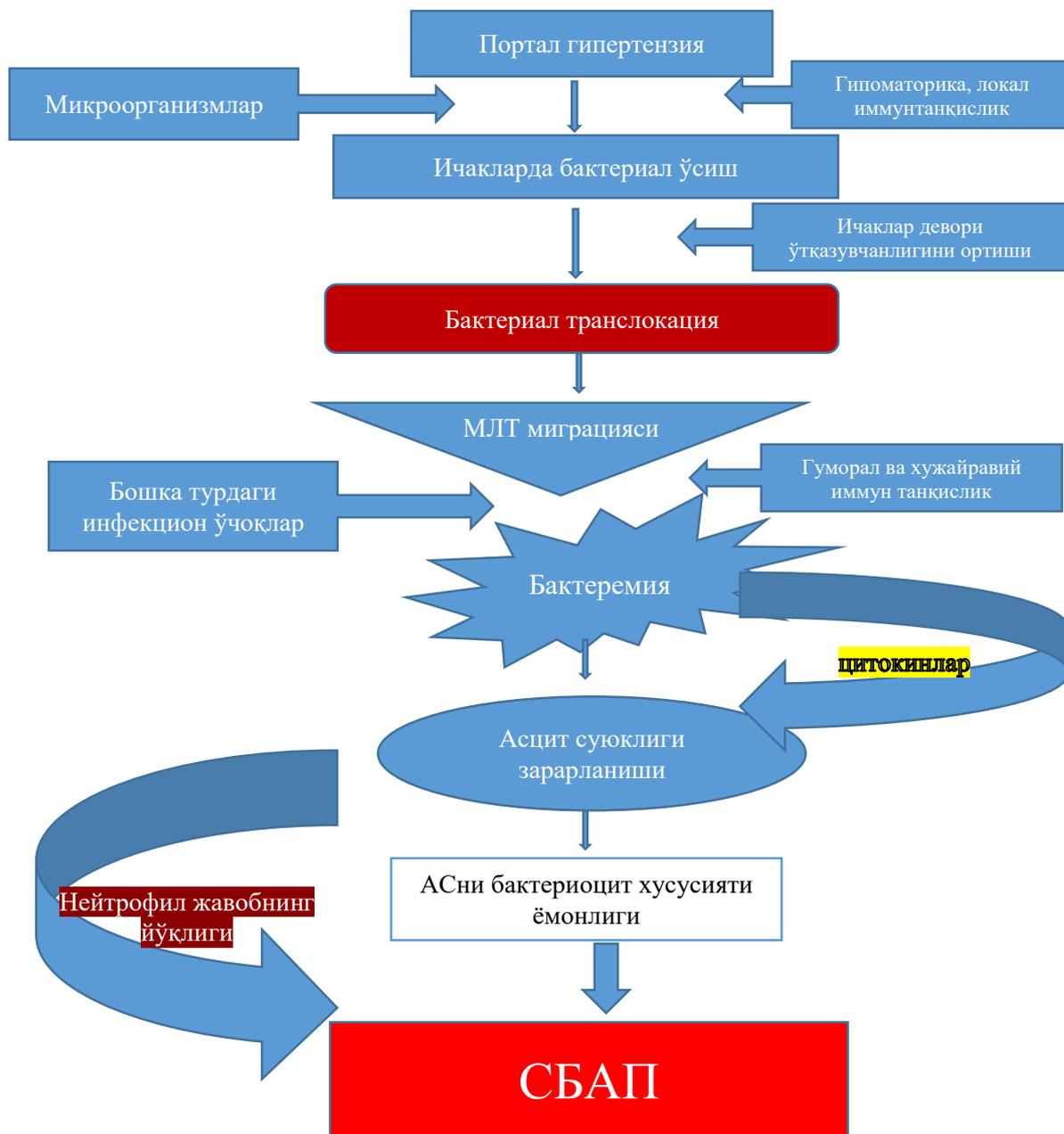
2. **Порталь гипертензия.** Жигар циррози сабабли **портал тизимда гипертензиянинг** ривожланиши, гемодинамиканинг бузилишига бу ҳолат эса ичаклар соҳасида **қон айланиши**

бузилишига ва ичак парези ёки вена томирлар варикозлари пайдо бўлишига олиб келади. Бу ҳолат бактерияларнинг **транслокация**га сабаб бўлади.

3. **Иммун тизимнинг заифлашиши.** Жигар циррози иммун тизимга салбий таъсир кўрсатади. Жигарнинг иммуноглобулинлар ишлаб чиқариш қобилиятининг пасайиши, иммун тизимнинг бузилишига олиб келиб бактерияларнинг транслокациянинг яна бир омиллари бўлиб хизмат қилади.

4. **Тизимли яллиғланиш ва дизбактериоз:** Ичак флорасининг дизбактериози, яъни бактериялар мувозанатининг бузилиши, жигар циррози билан боғлиқ ҳолатларда микробларнинг сони ва турлари ўзгаради. Бу бактерияларнинг транслокациянинг механизмларига ҳам таъсир қилиши мумкин [6;].

СБПни келтириб чиқарадиган асосий микроорганизмлар *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*(80 %), аммо охириги вақтларда полирезистент микроорганизмларни ошиб бориши граммусбат бактериялардан *Enterococcus faecium* ва метициллин-резистент *Staphylococcus aureus* (MRSA) ларни ҳам СБПни ривожланишига роли катта эканлигини кўрсатмоқда [3, 9; 12; 18; 26;]. Қуйида 1 – расмда СБПни ривожланиш патогенизини кўришимиз мумкин.



1- расм. СБПнинг патогенитик ривожланиш механизмлари.

Изоҳ:. МЛТ — мезентериал тимфа тугун; СБП — спонтан бактериал перитонит.

Инфекцион манбалари ичакдан бошқа жойлар бўлиши ҳам мумкин, масалан, сийдик йўллари инфекцияси, нафас олиш йўллари инфекцияси, тери ва юмшоқ тўқималар инфекциялари ва бошқалар. Шу билан бирга, СБП ва ЖЦ билан касалланган беморларда инфекция асоратларни ривожланиши стационар даволанишда бўлган беморларда амбулатор даволанишда бўлган беморларга нисбатан кўпроқ учрайди. Бу ҳолат касалхонага ётқизишнинг сабаби ЖЦнинг декомпенсацияси босқичи билан боғлиқ ва бошқа томондан, касалхонада, биринчи навбатда интенсив терапия бўлимида беморлар кўпинча инвазив манипуляциялар қўлланилиши яъни, катетеризация, эндоскопик текширув, интубация каби даволаш муолажалари ўтказилиши билан боғлиқ [14, 16, 19, 23].

СБП ривожланишининг асосий хавф омили бўлиб ЖЦнинг прогрессив ривожланиши (Child-Pugh мезони бўйича ≥ 9 ва ундан ортиқ кўрсаткислар) ҳисобланади [16, 17].

Беморларда клиник белгиларнинг йўқлиги асцит суяқлигида (АС) инфекциясини истисно этмайди. СБП диагнози нейтрофиллар сонини АСда ҳисоблашга асосланган. Микроскопик текширув усуллари билан АСда нейтрофиллар миқдори аҳамиятли ҳисобланади. Микроорганизмлар културасининг аниқланиши нафақат ташхисни тасдиқлашга балки, антибиотикларни рационал қўллашнинг имконини яратади [20, 22, 27]. Антибактериал дори воситаларини эмпирик тарзда тайинлаш, микроорганизм култураси аниқлангандан сўнг, тор спектрли антибиотиклардан фойдаланиш ушбу патологияни даволашда яққол натижа беради. Ҳатто кенг спектрли самарали антибиотиклардан ягона дозада қўлланилиши 6 соатдан сўнг АСда культураларини 86 % ҳолатда камайтиришга эришилади. Бу ҳолларда асосан микроорганизмларнинг резистентлик хусусиятини аниқлаш жуда муҳим ҳисобланади [11, 19, 20].

СБП касалланган беморларнинг фақатгина обектив клиник маълумотларга асосланиб, АСни бактериологик текширишларсиз касаллик ташхиси қўйилиши ЖЦ ва асцит билан касалланган беморларда етарли ҳисобланмайди [15, 18]. Албатта беморларда парацентез амалиётини ўтказиш ва АСда нейтрофилларни ҳамда микроорганизмларни аниқлаш орқали ташхис қўйиш мақсадга мувофиқ. Аммо, айрим клиницистлар қон ивиш тизимида муаммоси бўлган беморларда қон кетиш хавфи бўлгани сабабли парацентезни амалга оширишмайдилар. ЖЦ билан касалланган беморларда парацентезни амалга оширишда индивидуал ёндашув жуда муҳимлиги олимлар томонидан таъкидланади [21]. Парацентез барча бирламчи асцит аниқланган беморларга, шунингдек асцитнинг давом этиши ёки ЖЦнинг ҳар қандай бочкичларида госпитализация қилинган беморларга амалга оширилиши шарт бўлиб ҳисобланади [22].

Парацентез мақсадида қорин деворини тешиш, киндикдан 2 см пастда, ўрта қорин чизигидан ўнг ёки чап қовурға қиррасида, олдинги юқори қовурға ўтишидан 2-4 см юқори ва медиал жойда амалга оширилади. Агар имконият бўлса, парацентезни ультратовуш текширувининг назорати остида ўтказиш зарур, чунки бу усул пункция учун энг хавфсиз соҳани топишга ёрдам беради, ушбу соҳада етарли миқдорда асцит суяқлиги йиғилган бўлиши ва ичак ўрамалари ёки паренхиматоз органлар мавжуд бўлмаслиги зарур. Бу, айниқса, ортиқча тана вазни ёки бир нечта жарроҳлик аралашувлардан сўнг олдинги қорин деворида чандиклар мавжуд бўлган беморлар учун жуда муҳимдир [26].

Асцит суяқлик таркибидаги лейкоцитларнинг умумий сонини ва нейтрофиллар сонини ҳисоблашнинг аниқлиги бутунлай тадқиқотни олиб борувчи мутахассиснинг малакасининг юқорилиги билан боғлиқ. Бундан ташқари, асцит суяқликда хужайраларни ҳисоблаш ва фарқлашни амалга ошириш жуда масулиятли ва қатий назоратни талаб қилади [4, 6, 8]. Ушбу тадқиқотни амалга оширишда лабарант шифокор учун алоҳида шароит яратилган бўлиши даркор.

Беморлардан олинган асцит суяқлиги таркибидаги микроорганизмлар сонига асосланган ҳолда СБП нинг бир неча кўринишлари мавжуд бўлиб қуйидаги жадвалга келтирилган (1 - жадвал).

Шу билан биргаликда СБП нинг қуйида келтирилган кўринишлар асосида беморларни даволаш прагнозига ҳам катта тасир кўрсатади.

Спонтан бактериал перитонитнинг клиник кўринишлари

Клиник кўриниши	1 мкл асцит суюқлигида нейтрофиллар сони	Микроорганизм култураси
Классик СБП	> 250	+
Нейтрофилли асцит	> 250	-
Монобактериали асцит	> 250	+
Полибактериали асцит	> 250	+

Асцит суюқлигида нейтрофиллар сонининг 1 мкл да ≥ 250 тадан ошиб кетиши ва бу натижасида бир пайтнинг ўзида бактериологик текширув натижаларида ҳам тасдиқланиши классик турдаги СБП эканлигидан далолат беради.

Нейтрофилли асцит ташхиси эса – асцит суюқлигида нейтрофиллар сонини 1 мкл да ≥ 250 тадан ошган ҳолларда аммо, бактериологик текширувларда микроорганизмлар култураларини аниқланмаган ҳоллардагина қўйилади [9, 10]. Шунинг ҳам тақдирда ўтиш керакки асцит суюқлигида нейтрофиллэзнинг кузатилиши бошқа ҳолатларда (қорин бўшлиғи карциномалари, туберкулёзли перитонит) ҳам кузатилиши мумкин.

Организмнинг нейтрофилли реакцияси хужайраларнинг ўлими билан изоҳланади, кейинчалик иммун тизимининг фаоллашиши, қорин бўшлиғига нейтрофилларни жалб қиладиган цитокинлар ишлаб чиқарилиши билан боғлиқ бўлиб ҳисобланади [5]. Шу сабабли нейтрофилларни асцит суюқлиги таркибида аниқланиши ва бактериологик таҳлиллар натижаларини кутмасдан туриб эмпирик турдаги антибиотикотерапияни бошлаш зарурлигини аниқлатади [7]. Бактериологик таҳлиллар асосида култура тасдиқланган ҳоллардагина антибиотикотерапияни коррекция қилиш мақсадга мувофиқдир.

Полибактериали асцит – кўпинча парацентез натижасида ичаклар деворини жароҳатланши ва ичаклар ичи массасини асцит суюқлиги таркибига ўтиши натижасида кузатиладиган оғир кечувчи асорат ҳисобланади. Бактериологик текширувларда баъзи ҳолларда бир канча микроорганизмларнинг турлари асцит суюқлигида аниқланиши мумкин [14].

Жигар циррози билан касалланган қорин бўшлиғида асцит суюқлиги йиғилган беморларда бактериал транслокация ҳодисаси ва организмнинг тизимли яллиғланиш реакцияси бир-бири билан чамбарчас боғланган жараёнлар сифатида организмда намоён бўлади. Бактериялар ёки уларнинг токсинлари ичакдан чиқиб, қонга ўтар экан, организмда тизимли яллиғланиш реакциясини кўзғатади. Бу жараённинг давом этиши организмдаги тизимли ўзгаришларга яъни полиорган етишмовчиликларга олиб келади [13].

Иммун тизимининг турли хилдаги бактериал агентлар ва уларнинг токсинлари тасири натижасида доимий таъсирланиши яллиғланишга қарши цитокинларни яъни, *интерлейкин-6* ва *-12*, *ФНО-а*, интерферонлар, азот оксидини ишлаб чиқаришга сабабчи бўлади. Шу сабабли жигар циррози билан касалланган беморлар организмда тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми (ТЯРС) мезонларига гипердинамик қон айланиши, жигар энцефалопатияси, гиперспленизм мавжудлиги сабабли тўлиқ мос келади [10].

ЖЦ билан касалланган беморларда бактериал инфекция сабабли юзага келувчи тизимли яллиғланиш реакцияси синдромининг белгилардан бири бу қон таркибидаги прокальцитонин (ПКТ) миқдори ва С-реактив оксил ҳисобланади [11]. Беморларда прокальцитонин (ПКТ) ва С-реактив оксил миқдорини доимий юқори кўрсаткичларда бўлиши ЖЦнинг декомпенсирланган босқичидан далолат беради (В ёки С синф), бу эса беморларнинг ўлим кўрсаткичлари юқори эканлигидан далолат [17].

Прокальцитонин цирроз билан касалланган беморларда бактериал инфекцияларнинг ишончли маркери ҳисобланади, гарчи унинг юқори чегараси билирубин даражасига мос ҳолда ўзгариб боради. Шунинг ҳам тақдирда керакки, иммун тизимдаги юзага келадиган муаммолар сабабли инфекция омилар ва буйрак етишмовчилиги кузатилган беморларда прокальцитонин миқдори адекват антибиотикотерапияга қарамай, сезиларли даражада юқори кўтарилиши мумкин [9].

Жигар циррози билан оғриган баъзи беморларда бактериал асоратларнинг бирламчи

намоён бўлиши энгил ёки ўзига хос кечишга эга бўлмаслиги мумкин, шу сабабли стационар даволаниш даврида ёки касалхонага ётқизилган беморнинг аҳволи ёмонлашганда бактериал инфекция белгилари намоён бўлган захоти клиник лаборатор хамда бактериологик текширувларни ўтказилиши зарур [16].

ЖЦ этиологияли СБП билан касалланган беморларни ташхислаш мақсадида олиб борилган клиник таҳлиллар шуни кўрсатадики спонтан бактериал перитонит организмда тизимли яллиғланиш реакцияси билан кечадиган мураккаб инфекцион жараён сифатида намоён бўлади, бу эса сепсис ва полиорган етишмовчиликнинг ривожланишига олиб келади ҳамда шу сабаб ўлим кўрсаткичи юқори бўлади. Бу эса СБП билан касалланган беморларни адекват антибиотиклар билан даволашни эртароқ бошлаш ҳамда СБП профилактикасини ўтказиш кераклигини кўрсатади [14].

Хулоса

Шундай қилиб жигар циррозида бактериал транслокация ва бактериал ўсишнинг патогенетик асоси ҳақидаги адабиётларда келтирилган маълумотлар, ушбу соҳадаги илмий тадқиқотлар ва клиник амалиётларнинг ривожланиши ҳақида муҳим маълумотларни ўз ичига олади. Бу тадқиқотлар жигар циррози ва бактериал инфекциялар ўртасидаги алоқаларни, иммун тизимининг ўзгаришини ва жигар хужайралари шикастланишининг клиник ва патогенетик механизмларини аниқлашга ёрдам беради. Бактериал транслокация ходисасини тушуниш ва унинг асоратларини профилактика қилиш касалликнинг даволанишида самарадорликни ошириш учун муҳим аҳамиятга эга. Бу соҳадаки адабиётлар, шубҳасиз, клиник амалиёт ва янги тадқиқотларга йўл очади.

Юқорида келтирилган муаллифларнинг хулосалари ва далилларини инобатга олган ҳолда, ҳозирги кун вазиятидан келиб чиқиб хулоса қилиш мумкинки, жигар циррози этиологияли СБП муаммоси очик ва мунозарали бўлиб қолмоқда.

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

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

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. Гарбузенко Д. В. Принципы ведения больных циррозом печени, осложнённым асцитом // Клиническая медицина. – 2017. – Т. 95. – №. 9. – С. 789-796.
5. Дзядзько А. М. и др. Парадокс: печеночная недостаточность" защищает" больного? Гипотеза // Трансплантология. – 2017. – Т. 9. – №. 1. – С. 52-70.
6. Корочанская Н. В. и др. Пациент с циррозом печени: стратегия ведения в соответствии с национальными клиническими рекомендациями и реальная клиническая практика. Результаты ретроспективного когортного исследования //Фарматека. – 2021. – Т. 28. – №. 2. – С. 78-83.
7. Облокулов А. Р., Саноккулова С. А., Жўраев Б. Р. Клинико-Иммунологические Особенности Развития Острой Почечной Недостаточности При Циррозе Печени Вирусной Этиологии //International Journal of Integrative and Modern Medicine. – 2024. – Т. 2. – №. 5. – С. 80-84.
8. 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.
9. Федосьина Е. А. и др. Некоторые практические вопросы ведения больных с декомпенсированным циррозом печени //Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 8. – С. 148-154.

10. Dam G. et al. Proton pump inhibitors as a risk factor for hepatic encephalopathy and spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis with ascites //Hepatology. – 2016. – Т. 64. – №. 4. – С. 1265-1272.
11. Fernandes S. R. et al. Ascitic calprotectin is a novel and accurate marker for spontaneous bacterial peritonitis //Journal of Clinical Laboratory Analysis. – 2016. – Т. 30. – №. 6. – С. 1139-1145.
12. Ivanusa S. Y. et al. Antibacterial therapy in the treatment of ascites peritonitis in liver cirrhosis //Reviews on Clinical Pharmacology and Drug Therapy. – 2018. – Т. 16. – №. 2. – С. 49-56.
13. Jafri S. et al. Spontaneous bacterial peritonitis: frequency of culture positive (sbp) and culture negative spontaneous bacterial peritonitis (neutrocytic ascites) in cirrhotic population //The Professional Medical Journal. – 2019. – Т. 26. – №. 03. – С. 404-408.
14. Kang S. H. et al. Применение рифаксимины сопровождается снижением риска осложнений цирроза печени и увеличением общей выживаемости у пациентов с печеночной энцефалопатией. 2022. с. 112-116.
15. Rostkowska K., Szymanek-Pasternak A., Simon K. Spontaneous bacterial peritonitis—therapeutic challenges in the era of increasing drug resistance of bacteria //Clinical and experimental hepatology. – 2018. – Т. 4. – №. 4. – С. 224-231.
16. Sajjad M., Khan Z. A., Khan M. S. Ascitic fluid culture in cirrhotic patients with spontaneous bacterial peritonitis //J Coll Physicians Surg Pak. – 2016. – Т. 26. – №. 8. – С. 658-661.
17. Salerno F., La Mura V. Treatment of spontaneous bacterial peritonitis //Digestive Diseases. – 2015. – Т. 33. – №. 4. – С. 582-585.
18. Sandler Y. G. et al. Autoimmune Hepatitis: How to Avoid Mistakes // СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА журнала «ДОКТОР. Ру» ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ. – 2016. – С. 15.
19. Santoiemma P. P., Dakwar O., Angarone M. P. A retrospective analysis of cases of Spontaneous Bacterial Peritonitis in cirrhosis patients //PLoS One. – 2020. – Т. 15. – №. 9. – С. e0239470.
20. Schwabl P. et al. Risk factors for development of spontaneous bacterial peritonitis and subsequent mortality in cirrhotic patients with ascites //Liver international. – 2015. – Т. 35. – №. 9. – С. 2121-2128.
21. Shizuma T. Spontaneous bacterial and fungal peritonitis in patients with liver cirrhosis: A literature review //World journal of hepatology. – 2018. – Т. 10. – №. 2. – С. 254.
22. Song D. S. Spontaneous bacterial peritonitis //The Korean journal of gastroenterology. – 2018. – Т. 72. – №. 2. – С. 56-63.
23. Sundaram V., Manne V., Al-Osaimi A. M. S. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis: recommendations from two United States centers //Saudi Journal of Gastroenterology. – 2014. – Т. 20. – №. 5. – С. 279-287.
24. Sundaram V., Manne V., Al-Osaimi A. M. S. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis: recommendations from two United States centers //Saudi Journal of Gastroenterology. – 2014. – Т. 20. – №. 5. – С. 279-287.
25. Tergast T. L. et al. Association between type 2 diabetes mellitus, HbA1c and the risk for spontaneous bacterial peritonitis in patients with decompensated liver cirrhosis and ascites //Clinical and translational gastroenterology. – 2018. – Т. 9. – №. 9. – С. e189.
26. Thiele G. B. et al. Clinical and laboratorial features of spontaneous bacterial peritonitis in southern Brazil //Sao Paulo Medical Journal. – 2014. – Т. 132. – №. 04. – С. 205-210.
27. Thiele G. B. et al. Clinical and laboratorial features of spontaneous bacterial peritonitis in southern Brazil //Sao Paulo Medical Journal. – 2024. – Т. 136. – №. 05. – С. 225-230.

Қабул қилинган сана 20.03.2025