

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 10 ივნისის N4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის N01-193/ო ბრძანებით

ღვიძლის ციროზის გართულებების: ასციტის, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის მკურნალობა

პროტოკოლი

სარჩევი

| | |
|--|----|
| 1. პროტოკოლის დასახელება: ღვიძლის ციროზის გართულებების: ასციტის, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის მკურნალობა..... | 3 |
| 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები..... | 3 |
| 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია..... | 3 |
| 4. პროტოკოლის მიზანი..... | 4 |
| 5. სამიზნე ჯგუფი..... | 4 |
| 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი..... | 4 |
| 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები..... | 4 |
| 8. კლინიკური რეკომენდაციები..... | 4 |
| 8.1. დეფინიციები..... | 4 |
| 8.2. დაავადების კრიტერიუმები..... | 5 |
| 8.3 ასციტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა..... | 7 |
| 8.4 ასციტის მკურნალობა..... | 9 |
| 8.5 სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის მკურნალობა..... | 10 |
| 8.6 ჰეპატორენული სინდრომის მკურნალობა..... | 11 |
| 8.7 ჰიპონატრემიის მართვის რეკომენდაციები..... | 12 |
| 8.8 პრეპარატები ასციტის, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის სამკურნალოდ..... | 12 |
| 8.9 პროგნოზი და მონიტორინგი..... | 13 |
| 9. მოსალოდნელი შედეგები..... | 16 |
| 10. აუდიტის კრიტერიუმები..... | 16 |
| 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები..... | 17 |
| 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსები..... | 17 |
| 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე..... | 18 |
| 14. გამოყენებული ლიტერატურა..... | 18 |
| 15. პროტოკოლის ავტორები..... | 18 |

ცხრილები და ალგორითმები

| | |
|---|----|
| ცხრილი N1. მტკიცებულებები და რეკომენდაციები „GRADE“ სისტემის მიხედვით..... | 4 |
| ცხრილი N2. ასციტის ხარისხები და შესაბამისი მკურნალობა..... | 5 |
| ცხრილი N3. ასციტური სითხის ლაბორატორიული ანალიზი..... | 8 |
| ცხრილი N4. ასციტის დიფერენციული დიაგნოზი სისხლის შრატისა და ასციტური სითხის ალბუმინის (შააგ) გრადიენტის მიხედვით..... | 8 |
| ცხრილი N5. ასციტის და სხვა გართულებების სამკურნალო პრეპარატები..... | 12 |
| ცხრილი N6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი..... | 17 |
| ალგორითმი N1. გაურთულებელი ასციტის მკურნალობა..... | 14 |
| ალგორითმი N2. რეფრაქტული ასციტის მკურნალობა..... | 15 |
| ალგორითმი N3. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა..... | 16 |

1. პროტოკოლის დასახელება: ღვიძლის ციროზის გართულებების: ასციტის, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის მკურნალობა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

| დასახელება | კოდი |
|--|--------------|
| 1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება | ICD10 |
| ასციტი | R18 |
| ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტი | B18 |
| ღვიძლის ფიბროზი და ციროზი | K74 |
| პერიტონიტი | K65 |
| ჰეპატორენული სინდრომი | K76.7 |
| ჰიპოსმოლარობა და ჰიპონატრიემია | E87.1 |
| პლევრის სხვა დაზუსტებული მდგომარეობები | J94.8 |
| 2. ჩარევის დასახელება | NCSP |
| აბდომინალური პარაცენტეზი | JAXX10 |
| მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა | JXDE3A |
| გულმკერდის ღრუს ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა | GDDA1A |
| სისხლის სხვა კომპონენტების გადასხმა (ალბუმინის ინფუზია) | WGX509 |
| პორტო-სისტემური შუნტირება | PHSW30 |
| ტრანსუგულარული ღვიძლშიდა პორტოკავალური შუნტი (TIPS) | PHSW32 |
| 3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება | |
| სისხლის საერთო ანალიზი | BL.6 |
| შარდის საერთო ანალიზი | UR.7 |
| საერთო ბილირუბინის განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.10.1.1 |
| შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.9.1 |
| კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.9.3 |
| საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.7.1 |
| ალბუმინის განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.7.4 |
| პლაზმური ფოსფოლიპიდური მემბრანების პროკოაგულანტური აქტივობის განსაზღვრა (კაოლინის დროის მიხედვით თრომბოციტებით ღარიბ პლაზმაში მიკროფილტრაციამდე და მის შემდეგ) (INR) | CG.2.1.6 |
| პროთრომბინის (თრომბოპლასტინის) დროის განსაზღვრა სისხლში ან პლაზმაში (INR) | CG.2.1.7 |
| ნატრიუმის განსაზღვრა სისხლის შრატში | BL.14.1 |
| გამონაჟონი სითხეების ფიზიკური თვისებების განსაზღვრა (ფერი, გამჭვირვალობა, ხვედრითი წონა) | EF.1 |
| გამონაჟონი სითხეების ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა | EF.2 |
| გამონაჟონი სითხეების (ექსუდატი, ტრანსუდატი) მიკროსკოპიული გამოკვლევა | EF.3 |
| გამონაჟონი სითხეების შეღებილი პრეპარატის გამოკვლევა | EF.3.2 |
| ბაქტერიების მიკროსკოპიული გამოკვლევები | MB.1 |
| ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება | MB.2 |
| ანტიბიოტიკოგრამა | MB.19 |

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. Journal of Hepatology, 2010, vol. 53, 397–417

ბ) მოცემული პროტოკოლის რეკომენდაციები არ განსხვავდება ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებისაგან.

რეკომენდაციების კლასიფიკაციის სისტემა

მტკიცებულებები და რეკომენდაციები, რომლებიც წყარო გაიდლაინშია მოყვანილი, ფასდება „GRADE“ (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) სისტემის მიხედვით. მტკიცებულებების ძალა კლასიფიცირდება სამ დონეზე: A - მაღალი; B - ზომიერი; და C - დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, რეკომენდაციის ძალა კი - ორ: ძლიერ და სუსტ მტკიცებულებად.

ცხრილი N1. მტკიცებულებები და რეკომენდაციები „GRADE“ სისტემის მიხედვით

| მტკიცებულებების ხარისხი | | |
|--|---|---|
| მაღალი ხარისხის მტკიცებულებები | ნაკლებად სავარაუდოა, რომ შემდგომმა კვლევებმა შეცვალოს ეფექტის შეფასების მაღალი სანდოობა. | A |
| ზომიერი ხარისხის მტკიცებულებები | შემდგომი კვლევები შესაძლოა მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს ეფექტის შეფასების სანდოობაზე და შეიძლება შეცვალოს შეფასება. | B |
| დაბალი, ან ძალიან დაბალი ხარისხის მტკიცებულებები | შემდგომი კვლევები სავარაუდოდ დიდ ზეგავლენას მოახდენს ეფექტის შეფასების სანდოობაზე და შეცვლის შეფასებას. | C |
| რეკომენდაციების სიძლიერე | | |
| გარანტირებული ძლიერი რეკომენდაცია | | 1 |
| სუსტი რეკომენდაცია | | 2 |

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ღვიძლის ციროზით გამოწვეული ასციტის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და გართულებების პრევენციას.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ღვიძლის ციროზით გამოწვეული ასციტის მქონე ორივე სქესის მოზრდილი ასაკის პაციენტებს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პრეჰოსპიტალური და ჰოსპიტალური სამსახურის ექიმ-ინფექციონისტებისათვის, გასტროენტეროლოგებისთვის, ინტენსიური თერაპიისა და რენიმაციის განყოფილების ექიმთათვის, ასევე შესაბამის განყოფილებებში მომუშავე ექთნებისათვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება როგორც ჰოსპიტალიზაციამდელ პერიოდში, ასევე ჰოსპიტალიზაციისას სათანადო განყოფილებაში დაავადებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში.

8. კლინიკური რეკომენდაციები

8.1. დეფინიციები

ასციტი, გაურთულებელი ასციტი, რეფრაქტერიული ასციტი, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი (სბპ), ღვიძლისმიერი ჰიდროთორაქსი და პლევრის ბაქტერიული ემპიემა,

ჰეპატორენული სინდრომი (ჰრს), ჰიპონატრიემია, პარაცენტეზი, ტრანსიუგულარული ღვიძლშიდა პორტოსისტემური შუნტირება (ტიპსშ).

ასციტი - მუცლის ღრუში სითხის დაგროვება 75-85 %-ში გამოწვეულია ღვიძლის ციროზით. სხვა დაავადებები, რომელნიც საჭიროებენ ყურადღებას სადიფერენციოდ-პერიტონეული კარცინომატოზი, გულის უკმარისობა, პანკრეატიტი, ტუბერკულოზი, მიქსედემა და სხვა იშვიათად გვხვდება. ღვიძლის ციროზის გართულებებიდან ასციტი ყველაზე ხშირად აღინიშნება. ღვიძლის ციროზის შემთხვევაში ასციტი სახეზეა, როდესაც ვითარდება პორტული ჰიპერტენზია და პირველ რიგში დაკავშირებულია ორგანიზმიდან შარდით ადეკვატური რაოდენობის ნატრიუმის ექსკრეციის უუნარობასთან, რასაც ნატრიუმის დადებითი ბალანსი და შედეგად წყლის აკუმულირება მოყვება.

რეფრაქტორული ასციტი - ამ ტერმინით განისაზღვრება ასციტი, რომელიც არ ემორჩილება ასციტის მიღებულ სამკურნალო სქემებს.

აბდომინური პარაცენტეზი - სადიაგნოზო, ან სამკურნალო პროცედურაა პერიტონეუმის ღრუს პუნქციით და ასციტური სითხის ევაკუაციით. სამკურნალო პარაცენტეზის დროს ერთმოქმედურად გამოიღება 5, ან მეტი ლიტრი ასციტური სითხე. რეფრაქტორული ასციტის სამკურნალოდ სერიული დიდ-მოცულობითი პარაცენტეზის ჩატარებაა საჭირო.

სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი (სპბ) - პერიტონეული ღრუს ბაქტერიული ინფექცია, რომელიც უვითარდებათ პაციენტებს ღვიძლის ციროზით და ასციტით **ჰეპატორენული სინდრომი** (ჰრს) განისაზღვრება, როგორც თირკმლის უკმარისობა, რომელიც უვითარდებათ პაციენტებს ღვიძლის ციროზით და ასციტით, როდესაც გამორიცხულია თირკმლის დაზიანების სხვა შესაძლო მიზეზი.

ჰიპონატრიემია - ციროზის დროს განსაზღვრულია, როგორც შრატში ნატრიუმის კონცენტრაციის შემცირება < 130 - 135 მმოლ/ლ.

ღვიძლისმიერი ჰიდროთორაქსი - სითხის (ტრანსსუდატის) დაგროვება პლევრის ღრუში, უხშირესად > 500 მლ , პაციენტებში ღვიძლის ციროზით და ასციტით, როდესაც გამორიცხულია გულის, ფილტვის და პლევრის დაავადებები.

პლევრის სპონტანური ბაქტერიული ემპიემა - პლევრის ღრუში აკუმულირებული სითხის ბაქტერიული ინფექცია.

8.2. დაავადების კრიტერიუმები

გაურთულებელი ასციტი

ამ ტერმინით განისაზღვრება ასციტი, რომლის მიმდინარეობა არ რთულდება სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის, ან ჰიპონატრიემიის განვითარებით. გაურთულებელი ასციტის მართვა მისი ხარისხის შესაბამისია.

ცხრილი N2. ასციტის ხარისხები და შესაბამისი მკურნალობა

| ასციტის ხარისხი | განმარტება | მკურნალობა |
|-----------------|--|---|
| 1 ხარისხის | მსუბუქი, ვლინდება მხოლოდ უბგ კვლევიით | არა |
| 2 ხარისხის | ზომიერი, ვიზუალურად ვლინდება მუცლის ზომიერი სიმეტრიული გადიდებით | ნატრიუმის (სუფრის მარილის) პერორალური მიღების შეზღუდვა და დიურეტიკებით მკურნალობა |
| 3 ხარისხის | დიდი, მუცლის გამოხატული დაჭიმულობით | დიდ-მოცულობითი პარაცენტეზი |

რეფრაქტერული ასციტი

ამ ტერმინით განისაზღვრება:

- ა) ასციტი, რომელიც არ ემორჩილება კომბინირებულ მკურნალობას ნატრიუმის შეზღუდვისა და შარდმდენების მაქსიმალური დოზებით გამოყენებით, ან სწრაფად რეციდივირებს თერაპიული პარაცენტეზის შემდგომ პერიოდში ე.წ. „შარდმდენებისადმი რეზისტენტული ასციტი“;
- ბ) „შარდმდენებისადმი დაუმორჩილებადი ასციტი“ ანუ ასციტი, რომლის მკურნალობის ფონზე ვითარდება გართულებები, რაც არ იძლევა საშუალებას გამოყენებული იქნას შარდმდენების ეფექტური დოზა.

სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი

სადიაგნოზო კლინიკური სიმპტომებია:

1. პერიტონიტის ადგილობრივი სიმპტომები და/ან ნიშნები: ტკივილი მუცლის არეში, მუცლის კედლის დაჭიმულობა, ღებინება, გაუვალობა ან დიარეა;
2. სისტემური ანთების ნიშნები: ჰიპერ ან ჰიპოთერმია, შემცივნება, ტაქიკარდია, ან/და ტაქიპნოე, ლეიკოციტოზი.
3. გაუარესებული ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია;
4. შოკი;
5. თირკმლის უკმარისობა;
6. სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ზედა ნაწილიდან;
7. ასევე, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტი შეიძლება იყოს ასიმპტომური.

სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის დიაგნოზი ეფუძნება დიაგნოსტიკურ პარაცენტეზს და ასციტურ სითხის მიკროსკოპიას, რაც ავლენს მომატებულ ნეიტროფილების აბსოლუტურ რაოდენობას $> 250/მმ^3$. (A1).

მნიშვნელოვანია ასევე ასციტური სითხის **კულტურის** შედეგების ინტერპრეტაცია:

1. დადებითი კულტურა და ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობა $> 250/მმ^3$, შეესაბამება „**კულტურა - პოზიტიურ სბზ**“. საჭიროებს ანტიბაქტერიულ მკურნალობას.
2. უარყოფითი კულტურა და ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობა $> 250/მმ^3$, შეესაბამება „**კულტურა - ნეგატიურ სბზ**“. ასევე საჭიროებს ანტიბაქტერიულ მკურნალობას.
3. დადებითი კულტურა და ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობა $< 250/მმ^3$, შეესაბამება „**ბაქტერასციტს**“. საჭიროებს ანტიბაქტერიულ მკურნალობას, თუ სახეზეა ანთების კლინიკური, ან ლაბორატორიული ნიშნები.

ჰეპატორენული სინდრომის სადიაგნოზო კრიტერიუმები

1. ციროზის და ასციტის არსებობა;
2. თირკმლის უკმარისობა (შრატის კრეატინინი $> 1,5$ მგ/დლ);
3. 2 დღის ინტერვალში არ გაუმჯობესდა თირკმლის ფუნქცია (შრატის კრეატინინი $< 1,5$ მგ/დლ) მიუხედავად შარდმდენების მიღების შეწყვეტის და ალბუმინის გადასხმის 1 გრ/კგ;
4. შოკის არარსებობა;
5. თირკმლის პარენქიმის დაზიანების არარსებობა (პროტეინურია, ჰემატურია, პათოლოგიური უბგ).

ჰეპატორენული სინდრომის კლასიფიკაცია

I ტიპის ჰრს - ხასიათდება თირკმლის ფუნქციის სწრაფი და პროგრესირებადი დაქვეითებით. შრატის კრეტინინის საწყისი მაჩვენებელი ორმაგდება $>2,5$ მგ/დლ 2 კვირაზე ნაკლებ ინტერვალში.

II ტიპის ჰრს - ხასიათდება ნელი პროგრესირებადი მიმდინარეობით და თირკმლის ფუნქციის შედარებით ზომიერი და თანდათანობითი დაქვეითებით. შრატის კრეტინინი $> 1,5$ მგ/დლ.

ღვიძლისმიერი ჰიდროთორაქსით პაციენტს აღენიშნება ქოშინი, ხველა, და ჰიპოქსემია.

ჰიპონატრემია

ციროზიან პაციენტებში შესაძლოა განვითარდეს ორი სახის ჰიპონატრემია:

ა) ჰიპოვოლემური;

ბ) ჰიპერვოლემური.

ა) **ჰიპოვოლემური ჰიპონატრემია** - იშვიათია და ხასიათდება შრატში ნატრიუმის დაბალი დონით და უჯრედგარეშე სითხის ნაკლებობით. არ ვლინდება ასციტი და პერიფერიული შეშუპება. ეს მდგომარეობა უხშირესად შარდმდენებით გადაჭარბებული თერაპიის შედეგია. ის შესაძლოა ასევე განვითარდეს განმეორებითი ღებინების და/ან დიარეის გამო.

ბ) **ჰიპერვოლემური ჰიპონატრემია** - ყველაზე ხშირად დიაგნოსტირდება ციროზიან პაციენტებში და ხასიათდება სისხლის შრატში ნატრიუმის დაბალი დონით და უჯრედგარე სითხის ჭარბი მოცულობით. გამოხატულია ერთდროულად ასციტი და პერიფერიული შეშუპება. ის შესაძლოა განვითარდეს სპონტანურად, ან ჰიპოტონული სითხეების (მაგ. 5% დექსტროზის) ჭარბი ინტრავენური შეყვანის შედეგად, ან ციროზის მეორადი გართულებების – განსაკუთრებით ბაქტერიული ინფექციების დართვისას.

8.3 ასციტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკური პარაცენტეზი აუცილებელია ჩატარდეს ყველა პაციენტს მე-2 და მე-3 ხარისხის პირველად გამოვლენილი ასციტის შემთხვევაში, რათა გამოირიცხოს ასციტის სხვა მიზეზი და გამორიცხული იქნას სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის არსებობა. (A1).

ასციტური სითხის საწყისი ლაბორატორიული შემოწმება უნდა მოიცავდეს ასციტური სითხის უჯრედების დათვლას და დიფერენცირებას; ასციტური სითხეში საერთო ცილისა, შრატსა და ასციტურ სითხეს შორის ალბუმინის გრადიენტის განსაზღვრას (შააგ).

თუ სავარაუდოა ასციტური სითხის ინფიცირება, ანტიბიოტიკების გამოყენებამდე საჭიროა ასციტური სითხის კულტივირება სისხლის კულტურისათვის განკუთვნილ ჭურჭელში.

ვინაიდან სისხლდენის შემთხვევები ძალზედ იშვიათია, პარაცენტეზის ჩატარებამდე ახლად გაყინული პლაზმისა და თრომბოციტების ტრანსფუზიის რუტინული პროფილაქტიკური გამოყენება არ არის რეკომენდებული. (B1).

ცხრილი N3. ასციტური სითხის ლაბორატორიული ანალიზი

| რუტინული | დამატებითი | არასტანდარტული | უსარგებლო |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> უჯრედების დათვლა და დიფერენცირება საერთო ცილა ალბუმინი | <ul style="list-style-type: none"> კულტურა სისხლის კულტურის ჭურჭელში გლუკოზა ამილაზა ლაქტატდეჰიდროგენაზა ნაცხის გრამის წესით შეღებვა | <ul style="list-style-type: none"> მგზ ნაცხი და კულტურა ციტოლოგია ტრიგლიცერიდები ბილირუბინი | <ul style="list-style-type: none"> pH, ლაქტატი ქოლესტერინი ფიბრონექტინი გლიკოზამინოგლიკანები |

ა) **ნაცხის მიკროსკოპია.** გაურთულებელ შემთხვევებში ასციტური სითხე მაქსიმუმ 500 ლეიკოციტს /მმ³ (0,5 X 10⁹/ლ) შეიცავს, აქედან ნახევარი – 250 /მმ³ - ნეიტროფილია. ანთებითი პროცესი იწვევს მათი რაოდენობის მატებას. ასციტურ სითხეში ნეიტროფილების 250 /მმ³ -ზე მეტი რაოდენობა ბაქტერიულ პერიტონიტზე მიუთითებს. ტუბერკულოზური და სიმსივნური პერიტონიტის დროს კი ასციტურ სითხეში ლიმფოციტები ჭარბობენ;

ბ) **საერთო ცილის განსაზღვრა ასციტური სითხეში.** საერთო ცილის შემცველობა ასციტურ სითხეში ნაკლები 15 გ/ლ-ზე სპ განვითარების მაღალ რისკზე მიუთითებს. კვლევა მნიშვნელოვანია ანტიბაქტერიული პროფილაქტიკური მკურნალობის დანიშვნის მიზნით;

გ) **სისხლის შრატის და ასციტური სითხის ალბუმინის გრადიენტი (შააგ).** გრადიენტი წარმოადგენს შრატის ალბუმინის და ასციტური სითხის ალბუმინის სხვაობას. [შრატის ალბუმინი] – [ასციტური სითხის ალბუმინი] = შააგ. ამ ტესტის მიხედვით ხდება პორტული ჰიპერტენზიით (ალბუმინის მაღალი გრადიენტი, > 11 გ/ლ) და არა-პორტული ჰიპერტენზიით (ალბუმინის დაბალი გრადიენტი, < 11 გ/ლ) გამოწვეული ასციტის დიფერენცირება. (A2) სადღეისოდ ტერმინებმა „ალბუმინის მაღალი გრადიენტი“, და „ალბუმინის დაბალი გრადიენტი“ პრაქტიკულად შეცვალეს ტერმინები „ტრანსუდატი“ და „ექსუდატი“.

ცხრილი N4. ასციტის დიფერენციული დიაგნოზი სისხლის შრატისა და ასციტური სითხის ალბუმინის (შააგ) გრადიენტის მიხედვით

| ალბუმინის გრადიენტი > 11 გ/ლ | ალბუმინის გრადიენტი < 11 გ/ლ |
|---|---|
| <p>პორტული ჰიპერტენზია:</p> <ul style="list-style-type: none"> ღვიძლის ციროზი ბადი-კიარის სინდრომი (ღვიძლის ვენების თრომბოზი) ვენურ-ოკლუზიური დაავადება <p>კარდიოგენული ასციტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> გულის მარჯვენამხრივი (ტრიკუსპიდალური) უკმარისობა კონსტრიქციული პერიკარდიტი <p>სხვა პათოლოგიები:</p> <ul style="list-style-type: none"> მიქსედემა ჰეპატოცელულური კარცინომა. | <p>მიმე ჰიპოპროტენემია:</p> <ul style="list-style-type: none"> ნეფროზული სინდრომი პანკრეატოგენური ასციტი ნეფროგენური ასციტი (დიალიზზე მყოფ პაციენტებში). <p>ინფექციები:</p> <ul style="list-style-type: none"> მონონუკლეოზი გენიტალური ქლამიდიოზი ტუბერკულოზური პერიტონიტი ბაქტერიული პერიტონიტი <p>სიმსივნეები მეტასტაზებით პერიტონეუმში</p> <p>იშვიათი შემთხვევები:</p> <ul style="list-style-type: none"> ვასკულიტი პერიოდული დაავადება |

დ) **ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკა.** ასციტური სითხის (10 მლ) ინოკულაცია 2 ფლაკონში (აერობულ და ანაერობულ ფლორაზე) უნდა მოხდეს პაციენტის საწოლთანვე. ასციტური სითხე პრაქტიკულად სტერილურია. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის დროს ყველაზე ხშირად გამოიყოფა Escherichia coli, Klebsiella spp და Streptococc. spp.

8.4 ასციტის მკურნალობა

- **ნატრიუმის შეზღუდვა**

ნატრიუმის უარყოფითი ბალანსის მიღწევა შეიძლება სუფრის მარილის მიღების შემცირებით, რაც ეფექტურია ღვიძლის ციროზით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით 10-20%-ში, განსაკუთრებით, თუ ეს ასციტის პირველი ეპიზოდია. ნატრიუმის მიღება იზღუდება 80-120 მმოლ/დღეში, რაც შეესაბამება სუფრის მარილის 4.6- 6.9 გრ/დღეში მიღებას.

- **შარდმდენებით მკურნალობა**

პაციენტს ზომიერი ასციტით (მე-2 ხარისხის) პირველი ეპიზოდის შემთხვევაში ენიშნება მკურნალობა ალდოსტერონის ანტაგონისტით მაგ. სპირონოლაქტონის მონოთერაპიით. საწყისი დოზით 100 მგ /დღეში. დოზა საფეხურებრივად იმატებს 100 მგ-ით ყოველ მე-7 დღეს. სპირონოლაქტონის მაქსიმალური დოზა 400 მგ/დღ. (A1).

თუ სპირონოლაქტონი არ იძლევა სასურველ შედეგს – რაც განისაზღვრება როგორც პაციენტის წონის კლება კვირაში 2 კგ-ით ნაკლები, მკურნალობას ემატება ფუროსემიდი საწყისი დღიური დოზით 40 მგ. ფუროსემიდის დოზის მომატება ასევე საფეხურებრივია (40 მგ). მაქსიმალური დღიური დოზაა 160 მგ /დღ (2 მიღებაზე). (A1).

განმეორებითი ასციტის შემთხვევაში თავიდანვე ინიშნება კომბინირებული მკურნალობა სპირონოლაქტონით 100 მგ და ფუროსემიდით 40 მგ დღეში. დოზის მომატება საფეხურებრივია (100 მგ + 40 მგ შესაბამისად). არასასურველი ეფექტის შემთხვევაში 7 დღის ინტერვალში პაციენტს ეძლევა დიურეტიკების მაქსიმალური დოზა: სპირონოლაქტონი 400 მგ და ფუროსემიდი 160 მგ დღეში (2 მიღებაზე). (A1).

ეფექტური მკურნალობის კრიტერიუმად რეკომენდებულია პაციენტის წონის კლება 0,5 კგ/დღეში პაციენტათვის პერიფერიული შეშუპების გარეშე და 1 კგ/დღ შეშუპების შემთხვევაში. (A1).

სპირონოლაქტონი ზოგიერთ პაციენტში იწვევს გინეკომასტიას, ამიტომ ალტერნატიულ ვარიანტად შესაძლოა განხილული იქნას ამილორიდის მიღება.

დიურეტიკებით მკურნალობის უკუჩვენება – გამოხატული ენცეფალოპათია.

დიურეტიკებით მკურნალობის შეწყვეტა: მძიმე ჰიპონატრემია (< 120 მმოლ/ლ). თირკმლის უკმარისობა, ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათიის სიმპტომების განვითარება, კუნთების კრუნჩხვის უმართავი შემთხვევები.

ფუროსემიდით მკურნალობის შეწყვეტა უნდა მოხდეს, როდესაც ვითარდება მძიმე ჰიპოკალიემია (< 3 მმოლ/ლ).

სპირონოლაქტონით მკურნალობის შეწყვეტა უნდა მოხდეს, როდესაც ვითარდება მძიმე ჰიპერკალიემია (> 6 მმოლ/ლ).

- **მე-3 ხარისხის ასციტის მკურნალობა**

სამკურნალო პარაცენტეზის დროს ერთმომენტურად გამოიღება 5, ან მეტი ლიტრი ასციტური სითხე. დიდი მოცულობის პარაცენტეზი პირველი რიგის მკურნალობაა. უნდა ჩატარდეს ერთმომენტურად და აუცილებლად ალბუმინის პარენტერულად შეყვანით (8 გრ/ლ გამოღებულ ასციტურ სითხეზე) პარაცენტეზის შემდგომი ცირკულატორული დარღვევების პრევენციის

მიზნით. პარაცენტეზის შემდგომ ალბუმინის ინფუზია შესაძლოა არ იყოს აუცილებელი ერთჯერადი პარაცენტეზისას, როცა ხდება 5 ლ-ზე ნაკლები სითხის ევაკუაცია.

პარაცენტეზის უკუჩვენებაა დისემინირებული ინტრავასკულარული შედედების სინდრომი.

პარაცენტეზის გართულებები მინიმალურია.

თერაპიული პარაცენტეზის შემდეგ პაციენტმა უნდა გააგრძელოს შარდმდენების მიღება ასციტის რეციდივის თავიდან აცილების მიზნით.

- **რეფრაქტორული ასციტის მკურნალობა**

განმეორებითი (სერიული) დიდ მოცულობის პარაცენტეზები პირველი რიგის მკურნალობაა. (A1).

აუცილებელია ალბუმინის პარენტერულად შეყვანა (8 გრ/ლ გამოღებულ ასციტურ სითხეზე) ცირკულატორული დარღვევების პრევენციის მიზნით. (A1). თუ ამ პროცედურის საჭიროების სიხშირე მაღალია, განიხილება ტრანსიუგულარული ღვიძლშიდა პორტოსისტემური შუნტირება (ტიპსშ).

ტიპსშ მთავარი გართულებაა ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათიის განვითარება, რაც პაციენტთა 30-50 %-ს აღენიშნება. მაღალია შუნტის სტენოზის და თრომბოზის ალბათობაც.

ტიპსშ უკუჩვენება:

- 1) შრატის ბილირუბინი > 85 მკმოლ/ლ (> 5 მგ/დლ);
- 2) საერთაშორისო ნორმალიზებული თანაფარდობა > 2;
- 3) არსებული ღვიძლისმიერი ენცეფალოპათია > II ხარისხის;
- 4) გენერალიზებული ბაქტერიული ინფექცია. (B1).

პაციენტებს რეფრაქტორული ასციტით აქვთ ცუდი პროგნოზი და განიხილებიან ღვიძლის გადანერგვის კანდიდატებათ. (B1).

8.5 სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის მკურნალობა

არჩევს პრეპარატია მესამე თაობის ცეფალოსპორინი, ვინაიდან უხშირესად გამომწვევი გრამ ნეგატიური აერობული ბაქტერიაა (*E. coli*). მაგ. ცეფოტაქსიმი 2 გრ, ინტრავენურად, 8 სთ-ში, მინიმუმ 5 დღე. (A1).

ალტერნატიული სქემა: ამოქსაცილინი/კლავულანის მჟავა 1 გრ /200 მგ, ინტრავენურად, 3-ჯერ დღეში, 5 დღე, შემდეგ ორალურად შესაბამისად 500 მგ/125 მგ 3-ჯერ დღეში, კიდევ 3 დღე.

მკურნალობის სქემაში განიხილება ფტორქინოლონების დანიშვნა, თუმცა მზარდი რეზისტენტობის გამო მათი გამოყენება შეზღუდულია, განსაკუთრებით პაციენტებში, რომლებიც ამ პრეპარატებს ღებულობდნენ პროფილაქტიკურ რეჟიმში.

სბპ ანტიბაქტერიული მკურნალობის ეფექტურობა საგრძნობლად იზრდება ალბუმინის გადასხმის ფონზე, ასევე კლებულობს ჰეპატორენული სინდრომის განვითარების ალბათობაც.

სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის ანტიბაქტერიული მკურნალობა ეფექტურია პაციენტების 90 %-ში, რაც კლინიკური გაუმჯობესებით, ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობის შემცირებით < 250/მმ³ და უარყოფითი კულტურით დასტურდება.

ანტიბაქტერიული მკურნალობის უშედეგობა - კლინიკური სიმპტომების გაუარესება, ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობის არ შემცირება, ან პირიქით - მატება დაკავშირებულია ან ბაქტერიულ რეზისტენტობასთან, ან მეორადი ბაქტერიული პერიტონიტის არსებობასთან.

ბაქტერიული რეზისტენტობის არსებობაზე ეჭვისას საჭიროა ანტიბიოტიკოგრამის მონაცემების გათვალისწინება და ეფექტური პრეპარატის შერჩევა.

მეორადი ბაქტერიული პერიტონიტი ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს. უხშირესად ორგანოს პერფორაციის (12 გ.ნ.) ან აბსცესის (აპენდიკულური აბსცესი) შედეგია. სადიაგნოზო კრიტერიუმებია: ნეიტროფილების აბსოლუტური რაოდენობის საგრძნობლად მაღალი მაჩვენებელი, მულტიორგანიზმები გრამის წესით მიკროსკოპით და კულტურით, ასციტურ სითხეში საერთო ცილა > 10 გრ/ლ. ანტიბაქტერიული მკურნალობის არეფექტურობა.

- **სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის პრევენცია**

განიხილება პაციენტების 3 კატეგორია:

- ✓ პაციენტები, ადრე არანამკურნალები სბპ გამო (**პირველადი პროფილაქტიკა**). თუ ასციტურ სითხეში საერთო ცილის კონცენტრაცია < 15 გრ/ლ, ეს განიხილება, როგორც სბპ განვითარების მაღალი რისკი (A1). ინიშნება ნორფლოქსაცინი 400 მგ /დღ, თვეების განმავლობაში.
- ✓ პაციენტები, უკვე ნამკურნალები სბპ გამო (**მეორადი პროფილაქტიკა**). მათ აქვთ მაღალი რისკი განმეორებითი სბპ განვითარების და განიხილებიან როგორც კანდიდატები ღვიძლის გადანერგვის (A1). ინიშნება ნორფლოქსაცინი 400 მგ /დღ, ან ციპროფლოქსაცინი 750 მგ/კვირაში 1 ჯერ. თვეების განმავლობაში.
- ✓ პაციენტი მწვავე გასტროინტესტინური სისხლდენით. ინიშნება ნორფლოქსაცინი პერორალურად, 400 მგ 2 ჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში. ღვიძლის დეკომპენსირებული ციროზის შემთხვევაში კი (ასციტი, ენცეფალოპათია, ბილირუბინემია > 3 მგ/დღ) პარენტერული ცეფტრიაქსონი (ი/ვ, 2 გრ/დღ, 7 დღის განმავლობაში) არჩევის პრეპარატია. (A1).

სხვა შემთხვევაში ნაჩვენებია ორალურად ნორფლოქსაცინი 400-800 მგ /დღ (ან სხვა ქინოლონი) (A1).

8.5.2 პლევრის სპონტანური ბაქტერიული ემპიემა

უკვე არსებული ღვიძლისმიერი ჰიდროთორაქსის ბაქტერიული ინფექციაა. დიაგნოზი ეფუძნება დიაგნოსტიკურ თორაკოცენტეზს და პლევრის სითხის ანალიზს. დიაგნოსტიკურია პლევრის სითხეში დადებითი კულტურა და ნეიტროფილების რიცხვი > 250 /მმ³, ან უარყოფითი კულტურა და ნეიტროფილების რიცხვი > 500 /მმ³. ამავე დროს უნდა იყოს გამორიცხული ფილტვის სხვა ინფექცია. მკურნალობა და პრევენცია ანალოგიურია, როგორც სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის (ცეფოტაქსიმი, ცეფტრიაქსონი, ნორფლოქსაცინი).

8.6 ჰეპატორენული სინდრომის მკურნალობა

- **1 ტიპის ჰეპატორენული სინდრომის სამკურნალო რეკომენდაციები**

ტერლიპრესინი (1 მგ/4-6 სთ ინტრავენური ბოლუსის სახით) კომბინაციაში ალბუმინთან (საწყისი დოზა 1,5 გრ/კგ, შემდეგ - 20-40 გრ/დღ). ის უნდა ჩაითვალოს პირველი რიგის

სამკურნალო პრეპარატად (A1). თერაპიის მიზანი არის თირკმლის ფუნქციის გაუმჯობესება – შრატის კრეატინინის შემცირება < 133 მმოლ/ლ (1,5 მგ/დლ), თუ შრატში კრეატინინის მაჩვენებელი არ შემცირდება 50 %-ით, შემდეგი 3 დღის განმავლობაში, ტერლიპრესინი დოზა უნდა გაიზარდოს საფეხურებრივი წესით, მაქსიმუმ 2 მგ/4-6 სთ. (A1).

ტერლიპრესინით მკურნალობის უკუჩვენებაა სისხლძარღვთა იშემიური დაავადებები.

მონიტორინგი: ტერლიპრესინით მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს გულის არითმიის განვითარებას, ან ჯორჯლის იშემიის ნიშნებს, სითხით გადატვირთვის სიმპტომებს.

თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია შესაძლოა სასარგებლო იყოს პაციენტებში, რომლებიც არ რეაგირებენ ვაზოკონსტრიქტორებით მკურნალობაზე. არსებობს კვლევების ძალიან შეზღუდული მონაცემები ხელოვნური თირკმლის კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენების.

ტიპსში იშვიათად განიხილება, ვინაიდან პაციენტებს, ამ სტადიაზე აქვთ დეკომპენსირებული ღვიძლის ციროზი და ტიპსში-ის ყველა უკუჩვენება.

- მე-2 ტიპის ჰეპატორენული სინდრომის სამკურნალო რეკომენდაციები

ტერლიპრესინით და ალბუმინით კომბინირებული მკურნალობა ეფექტურია პაციენტების 60-70 %-ში. ღვიძლის ტრანსპლანტაცია განიხილება ჰეპატორენული სინდრომის ორივე ტიპის დროს. (A1).

ჰეპატორენული სინდრომის პრევენცია

1. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის ან სხვა თანმხლები ბაქტერიული ინფექციის ადექვატური ანტიბაქტერიული მკურნალობა.
2. პაციენტებს სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტით ალბუმინის ინტრავენური გადასხმა. (A1).
3. დიურეტიკებით მკურნალობა უნდა შეწყდეს, თუ ეჭვია ჰეპატორენული სინდრომის ნიშნებზე.

8.7 ჰიპონატრემიის მართვის რეკომენდაციები

ჰიპოვოლემური ჰიპონატრემიის მართვა. გამომწვევი მიზეზის აღმოფხვრა (ჩვეულებრივ, მარდმდენების შეზღუდვა ან მოხსნა). იზოტონური ხსნარის გადასხმის ეფექტურობა ბუნდოვანია.

ჰიპერვოლემური ჰიპონატრემიის მართვა. პერორალურად მისაღები სითხის შეზღუდვით <1000 მლ/დღეში.

8.8 პრეპარატები ასციტის, სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის, ჰეპატორენული სინდრომის სამკურნალოდ

ცხრილი N5. ასციტის და სხვა გართულებების სამკურნალო პრეპარატები

| პრეპარატი | აქტიური ნივთიერება/ გენერული დასახელება | ფარმაცოთერაპიული ჯგუფი | სამკურნალო ფორმა | დოზირება |
|------------|---|------------------------|--|---|
| ფუროსემიდი | Furosemide | დიურეზული საშუალება | ტაბლეტები 1 ტაბლეტი შეიცავს ფუროსემიდის 40 მგ-ს | 20-80 მგ პერორალურად დღეში 1 ჯერ. |

| | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|---|
| | | | | მაქსიმალური დოზა 160 მგ /დღ |
| ვეროშპრონი | Spirolactone | დიურეზული საშუალება | კაფსულა. 50 მგ და 100 მგ სპირონოლაქტონითი თოვულ კაფსულაში | 100-200 მგ /დღ. მაქსიმალური დოზა 400 მგ/დღ |
| ამილორიდი | Amiloride | დიურეზული საშუალება | ტაბლეტები. 1 ტაბლეტი შეიცავს ამილორიდის 5 მგ-ს | 5 -10 მგ/ დღ მაქსიმალური დოზა 20 მგ/დღ |
| ადამიანის ალბუმინის ხსნარი | 20 % HUMAN ALBUMIN solution | პლაზმის შემცვლელი | 50 მლ, 100 მლ ფლაკონები. შესაბამისად 10 და 20 გრამ ალბუმინის შემცველობით | ინტრავენური გადასხმის სახით. საშუალოდ 20 გრ /დღ. მაქსიმალური 1,5 გრ/კგ. გადაისხას სიჩქარით 1 მლ/სთ |
| ცეფოტაქსიმი | Cefotaxime | სისტემური გამოყენების ანტიმიკრობული საშუალება. მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი | საინექციო ხსნარის დასამზადებელი ფხვნილი. ფლაკონი შეიცავს ცეფტრიაქსონ ნატრიუმის მარილს 500 მგ ან 1000 მგ | ი/ვ; ი/მ - 2გრ ყოველ 8 სთ |
| ცეფტრიაქსონი | Ceftriaxone | სისტემური გამოყენების ანტიმიკრობული საშუალება. მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი | საინექციო ხსნარის დასამზადებელი ფხვნილი. ფლაკონი შეიცავს ცეფტრიაქსონ ნატრიუმის მარილს 500 მგ ან 1000 მგ | ი/ვ - 1-2 გრ ყოველ 24 სთ |
| ნორფლოქსაცინი | Norfloxacinum | ფტორქინოლონებ ის ჯგუფის ანტიბაქტერიული სამკურნალო პრეპარატი | 1 ტაბლეტი შეიცავს ნორფლოქსაცინის 400 მგ | 400 მგ პერორალურად დღეში 1-2 ჯერ |
| ტერლიპრესინი | Terlipressin | ჰორმონები | ამპულა. 1 მლ = ტერლიპრესინის 100 მკგ | 1 მგ/კგ ყოველ 4-6 სთ მაქსიმ. 2მგ/კგ ყოველ 4-6 სთ |

პრეპარატები, რომელთა გამოყენება უკუნაჩვენებია ასციტის დროს

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების მიღება ასოცირდება თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარების მაღალი რისკით. (A1). კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ ციკლოოქსიგენაზა-2 სელექტიური ინჰიბიტორების მოკლევადიანი გამოყენება არ აზიანებს თირკმლის ფუნქციას. ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები, თუნდაც დაბალი დოზით, თავიდან უნდა იქნას აცილებული, ვინაიდან მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ არტერიული ჰიპოტენზია და თირკმლის უკმარისობა. (A1). ასევე ალფა 1-ადრენერგიული ბლოკატორები, როგორცაა პრაზოზინი ნატრიუმის და წყლის შეკავებას ასტიმულირებს და იწვევს ასციტის და შემუპების ზრდას. ამინოგლიკოზიდები ასოცირდება ნეფროტოქსიურობის მაღალ ალბათობასთან.

8.9 პროგნოზი და მონიტორინგი

ასციტის განვითარება უკვე ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია ღვიძლის ციროზით დაავადებულ პაციენტებში. სიკვდილიანობა პირველ წელს 40 %-ს შეადგენს , ხოლო 2 წლის განმავლობაში კი 50 %-ს.

რეფრაქტერული ასციტი პაციენტების 11,5 %-ს უვითარდება, გადარჩენის საშუალო ხანგრძლივობა 6 თვეს არ აღემატება.

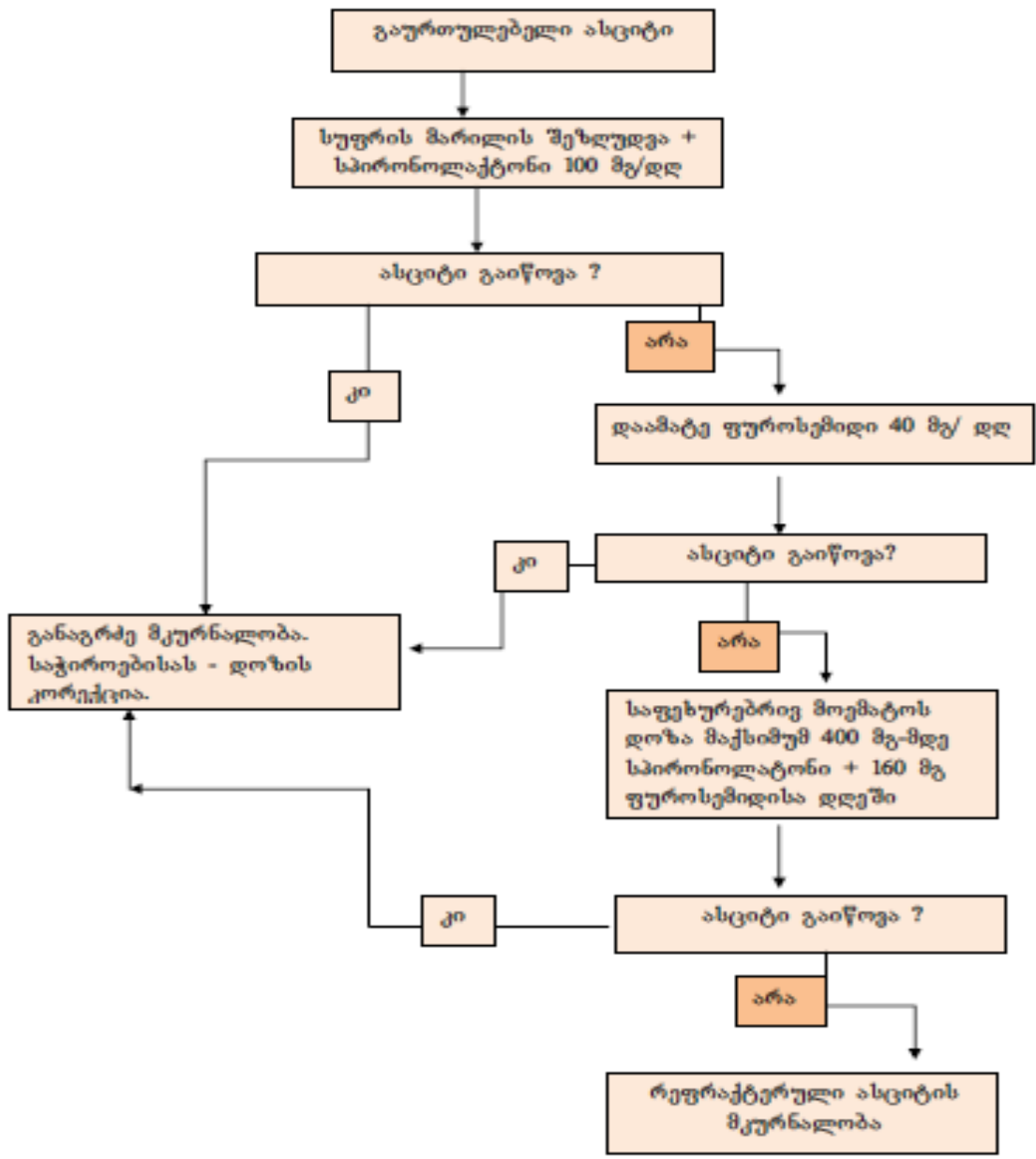
სბპ უვითარდება ციროზით დაავადებულთა 10 %-ს. სიკვდილიანობა პირველ წელს 50-70 %-ს შეადგენს, ხოლო 2 წლის განმავლობაში კი 70 %-ს.

ჰეპატორენული სინდრომი უვითარდება ციროზით დაავადებულთა 7 %-ს. გადარჩენის საშუალო ხანგრძლივობა 6 თვეს არ აღემატება, ხოლო I ტიპის ჰრს შემთხვევაში კი 1 თვეს. ღვიძლის ტრანსპლანტაცია შემთხვევათა 65 %-ში ეფექტურია.

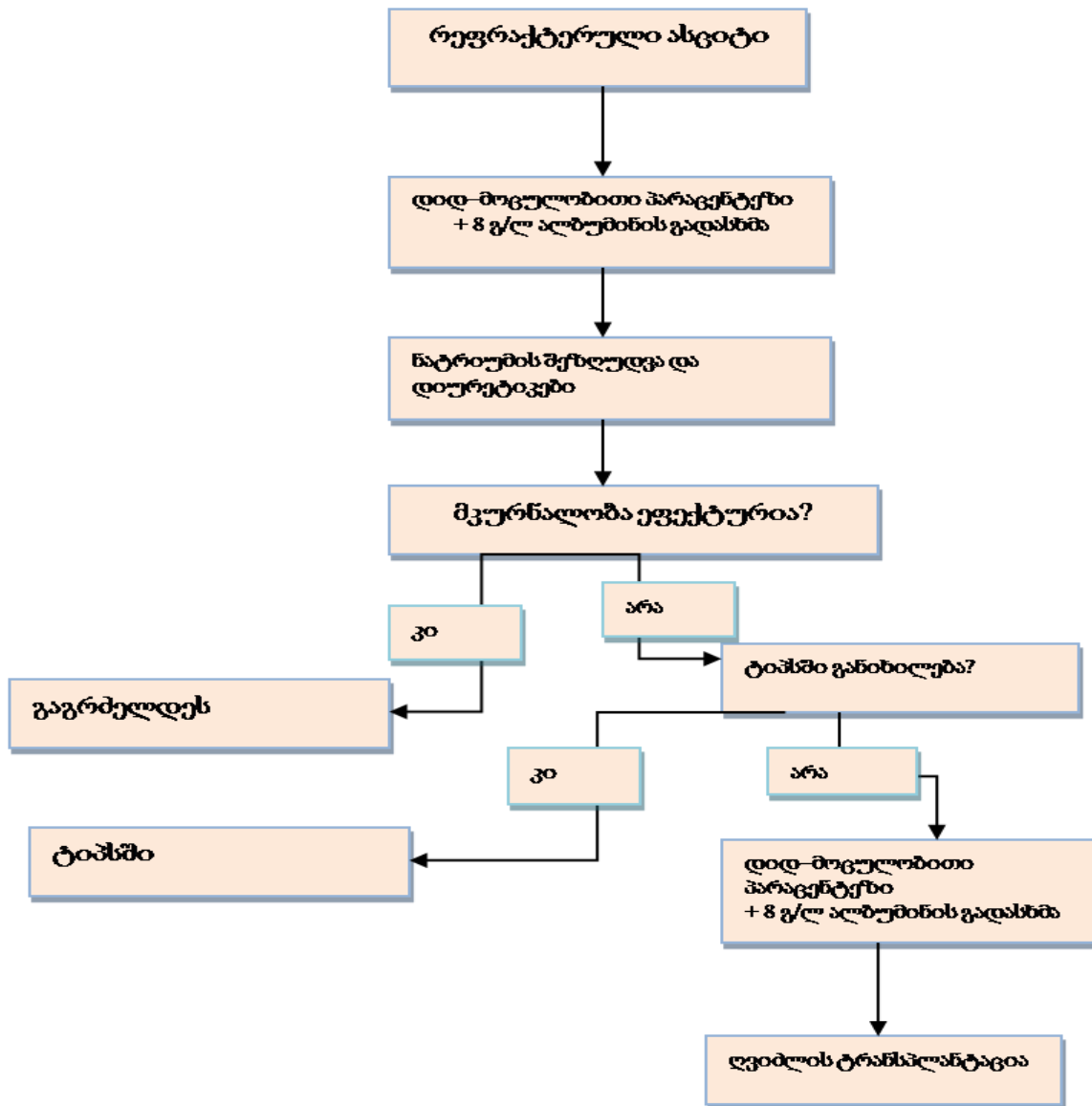
ჰიპონატრიემია ვითარდება ციროზით დაავადებულთა 30 %-ში.

ჰიდროთორაქსი ციროზით დაავადებულთა 5-10 %-ს უვითარდება და შემთხვევათა 85 %-ში მარჯვენამხრივია.

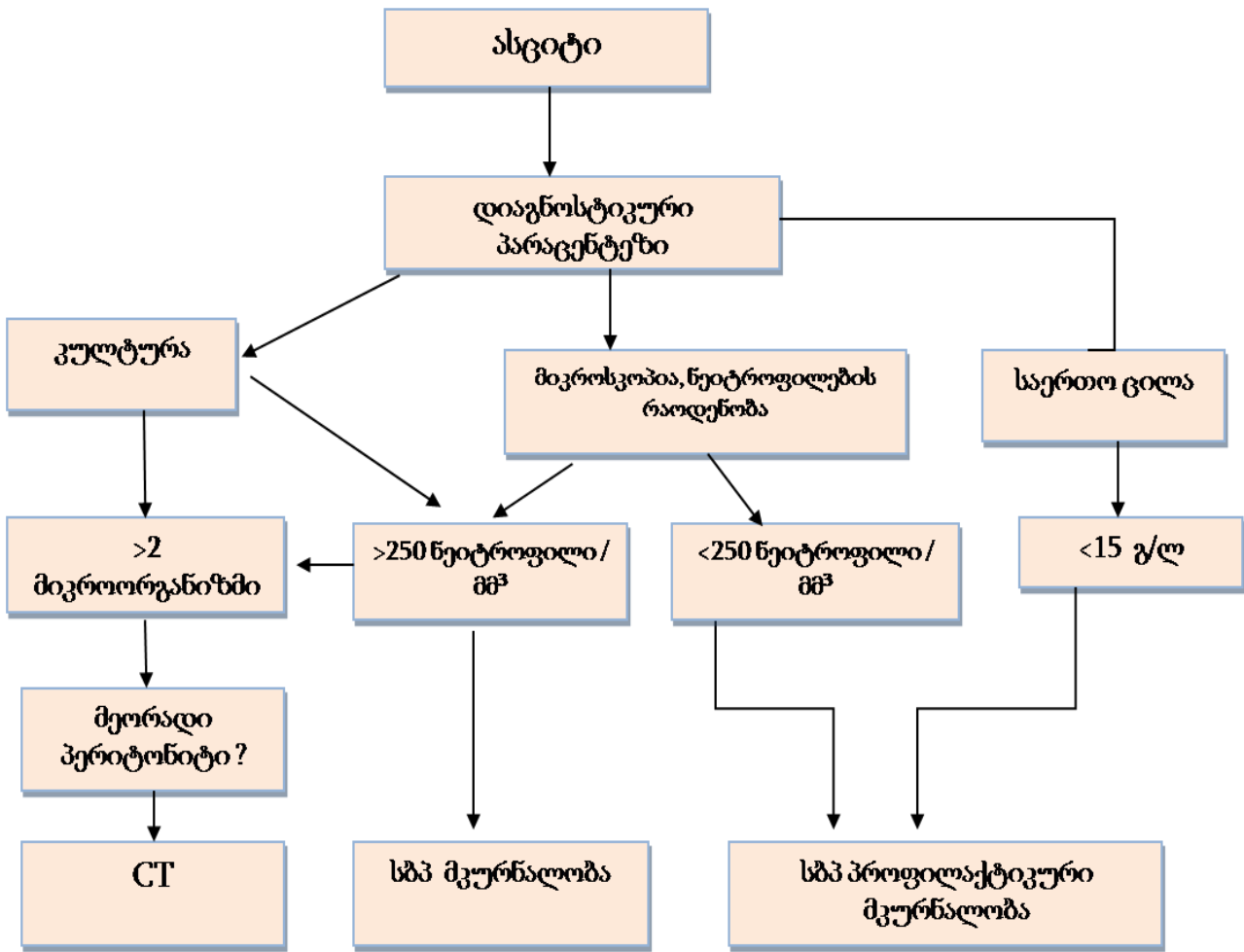
ალგორითმი N1. გაურთულებელი ასციტის მკურნალობა



ალგორითმი N2. რეფრაქტერული ასციტის მკურნალობა



ალგორითმი N3. სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა



9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვა და გამოყენება ხელს შეუწყობს ღვიძლის ციროზით გამოწვეული ასციტის დროულ დიაგნოსტიკას, სწორ მკურნალობასა და გართულებების ადეკვატურად შეფასებას, დროულად მოხდება პაციენტის მოთავსება შესაბამის კლინიკურ განყოფილებაში და დროული მკურნალობა გააუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

| კრიტერიუმი | მონაცემი % | სასურველი შედეგი |
|---|------------|------------------|
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ პარაცენტეზი პირველად გამოვლენილი ასციტის დროს | | მაღალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ პარაცენტეზამდე პლაზმის ან თრომბოციტების ინფუზია | | დაბალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ ასციტური სითხის ბაქტერიოსკოპიული კვლევა | | მაღალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც განესაზღვრათ ასციტურ სითხეში საერთო ცილა და ალბუმინი | | მაღალი |
| დადგენილი ასციტით პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ პარაცენტეზი მიუხედავად დიურეტიკებისადმი მგრძობელობისა | | დაბალი |
| ალბუმინის ინფუზიის მაჩვენებელი 4-5 ლ სითხის ერთჯერადი | | დაბალი |

| | | |
|--|-------------------|--------|
| ევაკუაციისას | | |
| სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის სიხშირე | | დაბალი |
| საწოლ-დღეების რაოდენობა ასციტის გამო ჰოსპიტალიზაციისას | აბსოლუტური რიცხვი | დაბალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტისას ჩაუტარდათ პარაცენტეზი | | მაღალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტის გამო პარაცენტეზისას ჩაუტარდათ ასციტური სითხის ბაქტერიოლოგიური კვლევა | | მაღალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც სპონტანური ბაქტერიული პერიტონიტისას დაენიშნათ მესამე თაობის ცეფალოსპორინი ინტრავენურად (ცეფოტაქსიმი - კლაფორანი 2 გ. 8 სთ-ში 1-ჯერ ი.ვ.) ან პერორული ოფლოქსაცინი 400 მგ 2-ჯერ სათანადო ჩვენებით | | მაღალი |
| იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც გასტროინტესტინური სისხლდენის შემდეგ დაენიშნათ პროფილაქტიკურად ცეფტრიაქსონი ან ნორფლოქსაცინი | | მაღალი |
| ანტიბიოტიკების ინტერმისიული მიღების სიხშირე | | დაბალი |

- მოსალოდნელი კლინიკური გამოსავლის შეფასება მოხდება რეტროსპექტულად, გამოჯანმრთელების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლის (%) მიხედვით.
- ამბულატორიულ განყოფილებაში შეფასდება ამბულატორულად ნამკურნალები რამდენი პაციენტი (%) დამძიმდა და დასჭირდა ჰოსპიტალიზაცია.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მოხდება ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსები

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში N6.

ცხრილი N6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

| რესურსი | ფუნქციები/მნიშვნელობა | შენიშვნა |
|---|---|-------------|
| ადამიანური რესურსი | | |
| ინფექციონისტი გასტროენტეროლოგი | კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება მედიკამენტური თერაპიის შერჩევა, მიმდინარე მეთვალყურეობა | სავალდებულო |
| ზოგადი ქირურგი | აბდომინური პარაცენტეზის პროცედურის ჩატარება | სავალდებულო |
| პულმონოლოგი | თორაკოცენტეზის პროცედურის ჩატარება | სავალდებულო |
| ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი | პაციენტის მართვა ჰეპატორენული სინდრომით | სავალდებულო |
| ექთანი | მონაწილეობა დაავადების მართვაში | |
| მენეჯერი/ ადმინისტრატორი | პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი, აღჭურვილობისა და მედიკამენტური უზრუნველყოფის კონტროლი | სავალდებულო |
| მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი | | |
| რისკის შეფასების სქემა | რისკის პროფილის შეფასება | სავალდებულო |
| ლაბორატორია სისხლის და შარდის საერთო, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური ანალიზების ჩასატარებლად | კლინიკური, ბიოქიმიური პარამეტრების გამოკვლევის მიზნით, ბაქტერიოლოგიური კვლევა გამომწვევის კულტურის მიღების და ანტიბიოტიკოგრამის განსაზღვრის მიზნით | სავალდებულო |

| | | |
|--|--|-------------|
| სადიაგნოზო აღჭურვილობა (ექოსკოპია, რენტგენოგრაფია) | ინსტრუმენტული კვლევისთვის, განსაკუთრებით დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას/გართულებისას | სავალდებულო |
| პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები | პაციენტის ინფორმირება | სასურველი |

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

ავტორებს ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლიათ.

- პროტოკოლის რეკომენდაციები შესაძლოა შეიცვალოს სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე სამედიცინო ადმინისტრაციის და დარგობრივი ექსპერტის ერთობლივი გადაწყვეტილებით დაწესებულებაში არსებული მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსების გათვალისწინებით.
- ცვლილება არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს პროტოკოლით გათვალისწინებულ ძირითად პრინციპებს.
- პროტოკოლის დანერგვისას გამოვლენილი შეუსაბამობები პროტოკოლის რეკომენდაციებსა და პრაქტიკულად შესასრულებელ სამუშაოებს შორის - დაუყოვნებლად ეცნობოს პროტოკოლის შედგენაში მონაწილე ჯგუფს, რათა განხილული იქნას პროტოკოლში შესატანი ცვლილებების დროს.

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 2010, vol. 53, 397–417;
2. Bendtsen F, Grønbaek H, Hansen JB, Aagaard NK, Schmidt L, Møller S. (2012). Treatment of ascites and spontaneous bacterial peritonitis - part I. *Dan Med J*. Jan;59(1):C4371. PMID: 22239847;
3. Runyon BA; AASLD Practice Guidelines Committee (2009) Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. Jun;49(6):2087-107;
4. Biecker E. (2011) Diagnosis and therapy of ascites in liver cirrhosis. *World J Gastroenterol*; 17(10): 1237-1248.

15. პროტოკოლის ავტორები

გიორგი ბეიტრიშვილი - ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სპ ცენტრის ექიმი ინფექციონისტი, ევროპის ღვიძლის შემსწავლელი ასოციაციის წევრი;

დავით გორდელაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, „საქართველოს თერაპევტთა ასოციაციის“ პრეზიდენტი;

თამარ ყანდაშვილი - მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი, აკადემიური დოქტორი, „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ პრეზიდენტი;

მარიკა დვალი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, „საქართველოს თერაპევტთა ასოციაციის“ წევრი;

მზია კობტაშვილი - „საქართველოს თერაპევტთა ასოციაციის“ წევრი;

ციური გიბიშვილი - „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ წევრი;

მარინა ბაღნაშვილი - „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ წევრი.