

**ՅԻՈՒՋԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԱՍՑԻՏՈՎ, ՍՊՈՆՏԱՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ
ՊԵՐԻՏՈՆԻՏՈՎ ԵՎ ՀԵՊԱՏՈՒԵՆԱԼ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՈՎ
ՄԵԾԱՀԱՍԱԿ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ**

Ընդհանուր դրույթներ

Ասցիտը հանդիսանում է ցիռոզի առավել հաճախ հանդիպող բարդությունը, և կոմպենսացված ցիռոզով պացիենտների շուրջ 60% մոտ ասցիտը զարգանում է հիվանդության 10 տարվա ընթացքում: Ցիռոզով պացիենտների մոտ ասցիտի զարգացումը ասոցիացված է վատ պրոգնոզի և կյանքի որակի վատացման հետ: Հետևապես, ասցիտով պացիենտների մոտ ընդհանրապես պետք է դիտարկել լյարդի փոխպատվաստումը: Ցիռոզով պացիենտների մոտ ասցիտի վարումը հստակ հիմնավորված է, քանի որ հաջողակ բուժումը կարող է լավացնել ելքը և ախտանիշները:

Ասցիտը որովայնամզի խոռոչում ազատ հեղուկի կուտակումն է: Ռեֆրակտեր ասցիտը սահմանվում է որպես “ասցիտ, որը չի կարող տեղաշարժվել կամ որի վաղ կրկնումը (այսինքն մեծ ծավալով պարացենտեզից հետո) չի կարող բավարար կերպով կանխվել դեղորայքային բուժման միջոցով”:

Սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտը (ՍԲՊ) ասցիտիկ հեղուկի ինֆեկցիան է՝ ներորովայնային վիրահատական բուժման ենթակա վարակման որևէ աղբյուրի բացակայության պայմաններում: Ցիռոզով պացիենտների մի փոքր տոկոսի մոտ կարող է զարգանալ պերիտոնիտ՝ ներորովայնային օրգանի պերֆորացիայի կամ բորբոքման հետևանքով. այս վիճակը կոչվում է երկրորդային բակտերիալ պերիտոնիտ:

Հեպատոռենալ համախտանիշը (ՀՌՀ) սահմանվում է որպես երիկամային անբավարարության առաջացում առաջընթաց լյարդային հիվանդությամբ հիվանդի մոտ՝ երիկամային անբավարարության հայտնաբերվող պատճառի բացակայության պայմաններում:

Արևմտյան Եվրոպայում կամ ԱՄՆ-ում ասցիտով բժշկին դիմող պացիենտների մոտավորապես 75% մոտ առաջացնող պատճառը հանդիսանում է ցիռոզը: Ցիռոզի ժամանակ ասցիտի զարգացումը խոսում է վատ պրոգնոզի մասին: Մահացությունը կազմում է մոտավորապես 40%՝ մեկ տարում և 50%՝ 2 տարում: Այն պահից, երբ ասցիտը դառնում է դեղորայքային բուժման հանդեպ ռեֆրակտեր, պացիենտների մեդիան ապրելիությունը կազմում է մոտ 6 ամիս:

ՍԲՊ հանդիսանում է շատ հաճախակի հանդիպող բակտերիալ ինֆեկցիա՝ ցիռոզով և ասցիտով պացիենտների մոտ: Երբ այն առաջին անգամ էր նկարագրվել, մահացությունը գերազանցում էր 90%, սակայն վաղ ախտորոշման և բուժման շնորհիվ այդ թիվը նվազեցվել է մինչև մոտավորապես 20%: Ցիռոզով և ասցիտով բոլոր հիվանդներն ունեն ՍԲՊ բարձր ռիսկ, և ՍԲՊ հիվանդացությունը ամբուլատոր պացիենտների մոտ կազմում է 1.5–3.5%, իսկ հոսպիտալացված պացիենտների մոտ՝ մոտ 10%:

ՀՌՀ առաջանում է ՍԲՊ ունեցող պացիենտների շուրջ 30% մոտ: ՀՌՀ կանխատեսումը մնում է վատը. ՀՌՀ բոլոր պացիենտների մեդիան ապրելիության ցուցանիշը կազմում է մոտավորապես ընդամենը 3 ամիս:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Ղազինյան Հ.Լ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր լյարդաբան, Նորք ինֆեկցիոն հիվանդանոցի լյարդաբանության բաժանմունքի վարիչ, Հայկական լյարդաբանական ասոցիացիայի նախագահ

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, էլ. փոստ՝ ghazinian@gmail.com

2. Գեմիլյան Մ.Բ. (գործելակարգի պատասխանատու համակարգող), Երևանի պետական բժշկական համալսարանի թերապիայի թ. 4 ամբիոնի դասախոս, Գաստրոէնտերոլոգների հայկական ասոցիացիայի քարտուղար

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0025, Կորյունի 2, հեռ՝ (010) 582532

էլ. փոստ՝ mgemilyan@yahoo.co.uk

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու համակարգողը հայտարարում են շահերի բախման բացակայության վերաբերյալ:

Գործելակարգի մշակման հիմքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի թերապիայի թ. 4 ամբիոնի և «Նորք» ինֆեկցիոն հիվանդանոցի աշխատակիցների կողմից հետևյալ արդի գրականական տվյալների հիման վրա:

- European Association of the Study of the Liver. 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
- Runyon, B. A. (2013), Introduction to the revised American Association for the Study of Liver Diseases Practice Guideline management of adult patients with ascites due to cirrhosis 2012. Hepatology, 57: 1651–1653. doi:10.1002/hep.26359

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է արտահիվանդանոցային և ներհիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում տարբեր ծագումնաբանությամբ դեկոմպենսացված ցիռոզի ժամանակ ասցիտով, սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտով և հեպատոռենալ համախտանիշով մեծահասակ պացիենտները (Այուսակ 1):

Այուսակ 1

Ցիռոզի ժամանակ ասցիտով, սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտով և հեպատոռենալ համախտանիշով մեծահասակ պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրությունը
Նոզոլոգիական ձևը	Ասցիտ Սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտ Հեպատոռենալ համախտանիշ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ

Հիվանդության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Դեկոմպենսացված ցիռոզ
Բարդությունները	Թվարկվածները հանդիսանում են լյարդի ցիռոզի բարդություններ
Կողը ըստ ՀՄԴ-10	<ul style="list-style-type: none"> - Ասցիտ R18 - Սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտ K65.9 - Հեպատոռենալ համախտանիշ K76.7
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Արտահիվանդանոցային և ներհիվանդանոցային

Հապավումներ

ՍԲՊ – սպոնտան բակտերիալ պերիտոնիտ

ՀՌՀ – հեպատոռենալ համախտանիշ

ՄԾՊ – մեծ ծավալով պարացենտեզ

ՇԱԱԳ - շիճուկ-ասցիտիկ հեղուկի ալբումինի գրադիենտ

ՈՍՀԲԴ - ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչ դեղորայք

TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) - տրանսյուգուլյար ներլյարդային պորտոսիստեմային շունտ

1. Ախտորոշում

1.1 Ախտորոշիչ պարացենտեզը պետք է կատարվի հետևյալ պացիենտների շրջանում՝

1.1.1 նոր սկսված, 2-րդ կամ 3-րդ աստիճանի ասցիտով

1.1.2 ովքեր հոսպիտալացվել են ասցիտի վատացման կամ ցիռոզի ցանկացած բարդության կապակցությամբ

1.1.3 ստամոքսաղիքային արյունահոսությամբ, շոկով, տենդով կամ

համակարգային բորբոքման այլ նշաններով, ստամոքսաղիքային ախտանիշներով

1.1.4 լյարդի և/կամ երիկամների ֆունկցիայի վատթարացմամբ և լյարդային էնցեֆալոպաթիայով

1.2 ՍԲՊ ախտորոշելու/բացահայտելու համար անհրաժեշտ է.

1.2.1 որոշել նեյտրոֆիլների քանակը՝ $> 250/\text{մմ}^3$ քանակի դեպքում ախտորոշումը հաստատված է

1.2.2 կատարել ասցիտիկ հեղուկի ցանքս

1.2.3 որոշել ասցիտիկ հեղուկի ամբողջական սպիտակուցի խտությունը՝ եթե այն ցածր է 15 գ/լ-ից, ապա այդ հիվանդներն ունեն ՍԲՊ բարձր ռիսկ և նրանց կարող է օգտակար լինել անտիբիոտիկային կանխարգելումը:

1.3 ՇԱԱԳ չափումը կարող է օգտակար լինել այն դեպքերում, երբ ցիռոզի ախտորոշումը կլինիկորեն ակներև չէ կամ եթե ցիռոզով հիվանդի դեպքում կա կասկած, որ ասցիտի պատճառն այլ է, քան ցիռոզը:

1.4 Ասցիտիկ հեղուկի ցանքսը պարտադիր չէ ՍԲՊ ախտորոշման համար, սակայն այն կարևոր է՝ հակաբիոտիկներով թերապիան ուղղորդելու համար: Կասկածվող ՍԲՊ-ով բոլոր պացիենտների մոտ պետք է կատարել արյան ցանքս՝ մինչև հակաբիոտիկներով բուժումն սկսելը:

1.5 Որոշ պացիենտների մոտ կարող է դիտվել ասցիտիկ հեղուկում նեյտրոֆիլների $250/\text{մմ}^3$ քանակ, սակայն դրական ասցիտիկ հեղուկի ցանքս: Այս վիճակը կոչվում է բակտերասցիտ: Եթե հիվանդի մոտ դիտվում են համակարգային բորբոքման կամ ինֆեկցիայի նշաններ, ապա նա պետք է ստանա անտիբիոտիկներով բուժում: Այլապես հիվանդը պետք է ենթարկվի երկրորդ պարացենտեզի, երբ ցանքսի պատասխանը գալիս է որպես դրական: Այն պացիենտներին, ում կրկնակի ասցիտիկ հեղուկի նեյտրոֆիլային քանակը

>250/մմ³ է, պետք է բուժել ՍԲՊ կապակցությամբ, իսկ մնացած պացիենտներին (ում նեյտրոֆիլները <250/mm³ քանակով են) պետք է շարունակաբար վերահսկել:

1.6 Այն պացիենտները, ում մոտ առկա է երկրորդային բակտերիալ պերիտոնիտի կասկած, պետք է ենթարկվեն համապատասխան ռադիոլոգիական հետազոտման, ինչպիսին է ԿՏ սկանավորումը: Այլ թեստերի օգտագործումը, ինչպիսիք են գլյուկոզայի և լակտատդեհիդրոգենազայի որոշումը ասցիտիկ հեղուկում, չի կարող խորհուրդ տրվել՝ երկրորդային բակտերիալ պերիտոնիտ ախտորոշելու համար:

1.7 Երիկամային անբավարարության այն պատճառները, որոնք պետք է ժխտել ցիռոզի դեպքում՝ մինչև ՀՌՀ ախտորոշելը, հետևյալն են.

1.7.1 Հիպովոլեմիա կամ շոկ

1.7.2 Երիկամների պարենքիմայի հիվանդություններ

1.7.3 Նեֆրոտոքսիկ դեղորայքի միաժամանակյա ընդունում

1.8 Երիկամների պարենքիմայի հիվանդությունների մասին պետք է ենթադրել, եթե կա նշանակալի պրոտեինուրիա կամ միկրոհեմատուրիա կամ եթե երիկամների սոնոգրաֆիայով հայտնաբերվում է երիկամների չափի փոփոխություն: Այս պացիենտների մոտ կարևոր է երիկամների բիոպսիայի կատարումը, որպեսզի պլանավորել հետագա վարումը, այդ թվում՝ լյարդի և երիկամների համակցված փոխպատվաստման հնարավոր պահանջը:

1.9 ՀՌՀ պետք է ախտորոշել՝ եթե ցուցադրվում է կրեատինինի մակարդակի զգալի բարձրացումը և ժխտվում են երիկամային անբավարարության այլ պատճառները: Թերապևտիկ նպատակների համար ՀՌՀ սովորաբար ախտորոշվում է միայն երբ շիճուկային կրեատինինը բարձրանում է >133 մկմոլ/լ: Ժամանակի ընթացքում կրեատինինի կրկնակի չափումը շիճուկում, հատկապես հոսպիտալացված պացիենտների մոտ, օգտակար է՝ ՀՌՀ վաղ հայտնաբերման համար:

2. Բուժում

2.1 Մենդային աղի սահմանափակում (օրական 80–120 մմոլ նատրիումի սպառում, որը համապատասխանում է օրական 4.6–6.9 գ աղին) որը հավասարազոր է ավելացված աղի բացառումով և նախապատրաստված սննդից խուսափումով սննդակարգին:

2.2 Լյարդի փոխպատվաստում

2.3 Միզամուղներ

2.3.1 Այն պացիենտները, ում մոտ դիտվում է 2 (միջին) աստիճանի ասցիտի առաջին էպիզոդը, պետք է ստանան ալդոստերոնի անտագոնիստ՝ սպիրոնոլակտոն, մոնոթերապիայի ձևով, սկսելով 100 մգ/օր դեղաչափից և բարձրացնելով այն ամեն 7 օրը մեկ՝ աստիճանաբար (100 մգ ամեն անգամ)՝ մինչև առավելագույնը 400 մգ/օր, եթե չկա պատասխան:

2.3.2 Եթե հիվանդի մոտ չի դիտվում ալդոստերոնի անտագոնիստի հանդեպ պատասխան, որը բնութագրվում է մարմնի քաշի նվազեցումով՝ շաբաթական 2 կգ-ից պակաս, կամ եթե հիվանդի մոտ զարգանում է հիպերկալիեմիա, ապա պետք է ավելացնել ֆուրոսեմիդ՝ աստիճանական դեղաչափի բարձրացումով, սկսած օրական 40 մգ-ից մինչև առավելագույնը օրական 160 մգ (40 մգ քայլային բարձրացումներով):

2.3.3 Ռեցիդիվող ասցիտով պացիենտները պետք է ստանան զուգակցված բուժում՝ ալդոստերոնի անտագոնիստ և ֆուրոսեմիդ, որոնց դեղաչափը պետք է հաջորդաբար բարձրացնել՝ պատասխանի հետ համաձայնեցված, ինչպես բացատրված է վերևում:

2.3.4 Առաջարկվող առավելագույն քաշի կորուստը միզամուղներով թերապիայի ժամանակ պետք է լինի 0.5 կգ/օր՝ առանց այտուցների

պացիենտների համար և 1 կգ/օր՝ այտուցներով պացիենտների համար:

2.3.5 Երբ ասցիտը մեծամասամբ վերանում է, միզամուղների դեղաչափը պետք է նվազեցնել և հետագայում դադարեցնել դրանց կիրառումը՝ առաջին իսկ հնարավորության դեպքում:

2.3.6 Միզամուղներով բուժումը սկսելիս պետք է ցուցաբերել զգուշություն՝ այն պացիենտների մոտ, ովքեր ունեն երիկամային ֆունկցիայի խանգարում, հիպոնատրիեմիա կամ շիճուկում կալիումի մակարդակի շեղումներ, և նրանց մոտ պետք է հաճախակի կատարել կլինիկական և բիոքիմիական մոնիթորինգ: Մինչ միզամուղներով բուժումն սկսելը անհրաժեշտ է շտկել շիճուկում կալիումի մակարդակը: Միզամուղներն առհասարակ հակացուցված են բացահայտ լյարդային էնցեֆալոպաթիայով պացիենտներին:

2.3.7 Բոլոր միզամուղները պետք է դադարեցվեն, եթե կա ծանր հիպոնատրիեմիա (շիճուկում նատրիումի քանակը <120 մմոլ/լ), պրոգրեսիվող երիկամային անբավարարություն, վատթարացող լյարդային էնցեֆալոպաթիա կամ հիվանդին անգործունակ դարձնող մկանային կծկանքներ:

2.3.8 Ֆուրոսեմիդը պետք է դադարեցնել, երբ կա ծանր հիպոկալիեմիա (<3 մմոլ/լ): Ալդոստերոնի անտագոնիստները պետք է դադարեցվեն, եթե հիվանդի մոտ զարգանում է ծանր հիպերկալիեմիա (շիճուկում կալիումի մակարդակը >6 մմոլ/լ):

2.4 Մեծ ծավալի պարացենտեզը (ՄԾՊ) հանդիսանում է մեծ (3 աստիճանի) ասցիտով պացիենտների համար առաջին շարքի բուժում: ՄԾՊ պետք է կատարվի մեկ սեանսի ընթացքում:

2.4.1 ՄԾՊ պետք է կատարվի ալբումինի ներարկման հետ միասին (8 գ՝ ասցիտիկ հեղուկի յուրաքանչյուր հեռացված 1 լ-ի հաշվարկով՝

որպեսզի կանխել ՄԾՊ հետո արյան շրջանառության խանգարումը:

2.4.2 Եթե հիվանդի մոտ կատարվում է ՄԾՊ՝ ասցիտի <5լի հեռացումով, ապա հետպարացնետեզային շրջանառության խանգարման զարգացման ռիսկը նրա մոտ ցածր է: Չնայած դրան, ընդունված է այն մոտեցումը, որ այդպիսի պացիենտներին միևնույն է պետք է նշանակել այբումին, քանի որ այլընտրանքային պլազմայի փոխարինիչների օգտագործումը կապված է որոշակի մտավախությունների հետ:

2.4.3 ՄԾՊ հետո պացիենտները պետք է ստանան միզամուղների այն նվազագույն դեղաչափը, որն անհրաժեշտ է ասցիտի կրկին կուտակումը կանխելու համար:

2.5 Ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչ դեղորայքը (ՈԱՀԲԴ) հակացուցված է ասցիտով պացիենտներին, որովհետև առկա է նատրիումի պահման ավելացման, հիպոնատրիեմիայի և երիկամային անբավարարության զարգացման բարձր ռիսկ:

2.6 Այնպիսի դեղերը, ինչպիսիք են ԱՓՖ-ինհիբիտորները, անգիոտենզին II անտագոնիստները կամ ալֆա-1 ադրենոռեցեպտորների պաշարիչները, ընդհանրապես չպետք է օգտագործվեն ասցիտով պացիենտների մոտ՝ երիկամային ֆունկցիայի վատթարացման ռիսկի բարձրացման պատճառով:

2.7 Ամինոգլիկոզիդների կիրառումը կապված է երիկամային անբավարարության բարձրացած ռիսկի հետ: Հետևաբար, դրանք պետք է կիրառվեն բակտերիալ ինֆեկցիա ունեցող այն պացիենտների մոտ, ովքեր չեն կարող ստանալ այլ անտիբիոտիկներով բուժում:

2.8 Ասցիտով այն պացիենտների մոտ, ովքեր չունեն երիկամային անբավարարություն, կոնտրաստային նյութերի օգտագործումը չի ցուցաբերում ասոցիացիա՝ երիկամային ֆունկցիայի վատթարացման ռիսկի հետ (Մակարդակ B1): Երիկամային անբավարարություն ունեցող պացիենտների

համար տվյալները բավարար չեն: Այնուամենայնիվ, կոնտրաստային նյութերը պետք է կիրառել զգուշությամբ, և խորհուրդ է տրվում երիկամային ֆունկցիայի խանգարման ընդհանուր կանխարգելիչ միջոցառումների կիրառումը:

2.9 Ռեֆրակտեր ասցիտով պացիենտների պրոգնոզը վատ է, այդ պատճառով նրանց պետք է դիտարկել որպես լյարդի տրանսպլանտացիայի համար թեկնածուներ:

2.10 Ռեֆրակտեր ասցիտի առաջին շարքի բուժում է համարվում կրկնակի պարացենտեզը և ալբումինը (8 գ/լ հեռացված ասցիտիկ հեղուկի հաշվարկով): Միզամուղները պետք է դադարեցվեն ռեֆրակտեր ասցիտ ունեցող այն պացիենտների մոտ, ովքեր չեն արտազատում >30 մմոլ/օրական նատրիում՝ միզամուղներով բուժման ազդեցության տակ:

2.11 TIPS-ն արդյունավետ է ռեֆրակտեր ասցիտի վարման համար, սակայն ասցիտացվում է լյարդային էնցեֆալոպաթիայի բարձր ռիսկի հետ, և հետազոտություններում համոզիչ չի ցուցաբերել ապրելիության բարելավում՝ համեմատած մեծ ծավալով պարացենտեզի հետ: TIPS պետք է դիտարկել այն պացիենտների մոտ, ովքեր շատ հաճախ են պահանջում մեծ ծավալի պարացենտեզի կատարում, կամ ում մոտ պարացենտեզն արդյունավետ չէ (օր.՝ տեղայնացված ասցիտի առկայության պատճառով):

2.12 TIPS-ից հետո ասցիտի ներծծումը դանդաղ է, և պացիենտների մեծ մասի մոտ պահանջվում է շարունակական միզամուղների նշանակումը և աղի սահմանափակումը:

2.13 TIPS չի կարող խորհուրդ տրվել այն պացիենտներին, ովքեր ունեն ծանր լյարդային անբավարարություն (չիճուկում բիլիռուբինը >5 մգ/դլ, INR >2 կամ Չայլդ-Պյույի սանդղակով >11 միավոր, առկա >2 աստիճանի լյարդային էնցեֆալոպաթիա կամ քրոնիկական լյարդային էնցեֆալոպաթիա), ուղեկցող ակտիվ ինֆեկցիա, հարաճող երիկամային անբավարարություն, ծանր սիրտ-թոքային հիվանդություններ:

2.14 Այն պացիենտները, ովքեր վերականգնվում են ՍԲՊ էպիզոդից հետո, ունեն ՍԲՊ ռեցիդիվի բարձր ռիսկ: Նրանց մոտ պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկների նշանակումը նվազեցնում է կրկնակի ՍԲՊ զարգացման ռիսկը: Նորֆլոքսացինը (400 մգ/օր պերօրալ) հանդիսանում է ընտրության բուժում: Այլընտրանքային հակաբիոտիկներն են ցիպրոֆլոքսացինը (750 մգ շաբաթը մեկ պերօրալ) կամ կո-տրիմոքսազոլը (800 մգ սուլֆամետոքսազոլ և 160 մգ տրիմետոպրիմ օրական պեր օս), սակայն դրանց ապացուցողական հիմքն այնքան խիստ չէ, որքան նորֆլոքսացինի համար:

2.15 Այն պացիենտների մոտ, ովքեր վերականգնվում են ՍԲՊ հետո, դիտվում է վատ երկարաժամկետ ապրելիություն, և նրանց համար պետք է դիտարկել լյարդի փոխպատվաստում:

2.16 Ստամոքսաղիքային արյունահոսությամբ և ծանր լյարդային հիվանդությամբ պացիենտների մոտ ցեֆտրիաքսոնը հանդիսանում է ընտրության կանխարգելիչ անտիբիոտիկ, մինչդեռ պակաս ծանր լյարդային հիվանդությամբ պացիենտներին կարող է տրվել պերօրալ նորֆլոքսացին կամ այլընտրանքային քինոլոն՝ ՍԲՊ զարգացումը կանխելու համար:

2.17 ՀՌՀ առաջանում է ՍԲՊ պացիենտների մոտ 30% մոտ, ովքեր բուժվում են միայն անտիբիոտիկներով, և ասոցիացվում է վառ ապրելիության հետ: Ալբումինի ներարկումը (1.5 գ/կգ մարմնի քաշին ախտորոշման պահին և 1 գ/կգ՝ 3-րդ օրը) նվազեցնում է ՀՌՀ հաճախությունը և բարելավում է ապրելիությունը: Հայտնի չէ, թե արդյոք ալբումինն օգտակար է այն պացիենտների ենթախմբի մոտ, ում նախնական շիճուկային բիլիռուբինը <68 մկմոլ/լ է և կրեատինինը՝ <88 մկմոլ/լ: Քանի դեռ չկա լրացուցիչ տեղեկություն, մենք խորհուրդ ենք տալիս, որ բոլոր պացիենտները, ում մոտ զարգանում է ՍԲՊ, պետք է բուժվեն լայն սպեկտրի անտիբիոտիկներով և ներերակային ալբումինով:

2.18 Էմպիրիկ հակաբիոտիկային թերապիան պետք է սկսել անմիջապես ՍԲՊ ախտորոշելուց հետո:

2.19 Քանի որ ՍԲՊ առավել հաճախ հանդիպող հարուցիչներն են գրամ-բացասական աէրոբ բակտերիաները, ինչպես օրինակ E. coli-ն, ապա առաջին շարքի հակաբիոտիկային բուժում են հանդիսանում երրորդ սերնդի ցեֆալոսպորինները: Այլընտրանքային տարբերակները ներառում են ամոքսիցիլին/կլավուլանաթթուն և խինոլոնները, ինչպիսիք են ցիպրոֆլոքսացինը կամ օֆլոքսացինը: Խինոլոնների օգտագործումը սակայն չպետք է դիտարկվի այն պացիենտների մոտ, ովքեր ստանում են այս դեղորայքը ՍԲՊ-ի կանխարգելման համար, այն տարածաշրջաններում, որտեղ խինոլոնների հանդեպ կայուն բակտերիաների կամ նոզոկոմիալ ՍԲՊ-ի տարածվածությունը բարձր է:

2.20 ՍԲՊ-ն վերանում է հակաբիոտիկային բուժման արդյունքում պացիենտների մոտ 90%-ի մոտ: ՍԲՊ-ի վերացումը պետք է աացուցվի՝ ցուցադրելով ասցիտիկ հեղուկում նեյտրոֆիլների քանակի իջեցումը մինչև $<250/\text{մմ}^3$ քանակի և ասցիտիկ հեղուկի ստերիլ ցանքսը, եթե այն դրական էր ախտորոշման պահին: Բուժման սկզբից 48 ժ հետո կատարված երկրորդ պարացենտեզը կարող է օգտակար լինել՝ հակաբիոտիկներով բուժման արդյունավետությունն ուղղորդելու համար:

2.21 Հակաբիոտիկային բուժման անհաջողությունը պետք է կասկածել այն դեպքերում, երբ կա կլինիկական ախտնիշների և նշանների վատթարացում և չկա ասցիտիկ հեղուկի նեյտրոֆիլների քանակի նշանակալի իջեցում կամ բարձրացում՝ համեմատած ախտորոշման պահին եղած մակարդակի հետ: Անտիբիոտիկային բուժման անհաջողության պատճառ են սովորաբար կայուն բակտերիաները կամ երկրորդային բակտերիալ պերիտոնիտը: Երբ երկրորդային բակտերիալ պերիտոնիտը ժխտվում է, անտիբիոտիկները պետք է փոխարինվեն՝ համապատասխան in vitro կայունության հետազոտման կամ առանձնացված միկրոօրգանիզմներին, կամ էլ փոխարինվեն այլընտրանքային էմպիրիկ լայն սպեկտրի դեղորայքով:

2.22 Սպոնտան բակտերիալ էմպիեման պետք է վարել նույն կերպ, ինչպես ՍԲՊ:

2.23 Տիպ 1 հեպատոռենալ համախտանիշի դեպքում տերլիպրեսինը (1 մգ/4–6 ժ ներերակային բոլյուս)՝զուգակցված ալբումինի հետ, պետք է համարվի 1-ին շարքի բուժում: Թերապիայի նպատակն է՝ բարելավել երիկամային ֆունկցիան այնքանով, որպեսզի նվազեցնել շիճուկային կրեատինինը մինչև <133 մկմոլ/լ (1.5 մգ/դլ) (լրիվ պատասխան): Եթե շիճուկի կրեատինինը չի նվազում ամենաքիչը 25%-ով 3 օր հետո, ապա տերլիպրեսինի դեղաչափը պետք է աստիճանական եղանակով բարձրացնել՝մինչև առավելագույնը 2մգ/4ժ: Եթե պացիենտների մոտ դիտվում է մասնակի պատասխան (շիճուկի կրեատինինը չի նվազում մինչև <133 մկմոլ/լ) կամ չի դիտվում կրեատինինի մակարդակի իջեցում, ապա բուժումը պետք է դադարեցվի 14 օրվա ընթացքում:

2.24 Տերլիպրեսինով թերապիայի հակացուցումները ներառում են իշեմիկ սիրտանոթային հիվանդությունները: Տերլիպրեսին ստացող պացիենտների շրջանում պետք է ուշադիր վերահսկել աոիթմիաների զարգացումը կամ սպլանխնիկ կամ մատնային անոթների իշեմիայի առաջացումը, ինչպես նաև հեղուկներով ծանրաբեռնումը, և բուժումը պետք է համախաստասխանաբար փոփոխվի կամ դադարեցվի: Տիպ 1 ՀՌՀ ռեցիդիվը համեմատաբար հազվադեպ է հանդիպում՝ բուժումն ավարտելուց հետո: Տերլիպրեսինով բուժումը պետք է կրկնվի և հաճախ լինում է հաջողակ:

2.25 Տերլիպրեսինից բացի հնարավոր այլընտրանքային բուժումներ են նորադրենալինը կամ միդոդրին + օկտրետոտիդը, երկուսն էլ՝ ալբումինի հետ զուգակցմամբ, սակայն տիպ 1 ՀՌՀ պացիենտների մոտ այս դեղամիջոցների օգտագործման վերաբերյալ տեղեկատվությունը շատ սահմանափակ է:

2.26 Չնայած նրան, որ Տիպ 1 հեպատոռենալ համախտանիշի ժամանակ TIPS տեղադրումը կարող է որոշ պացիենտների երիկամային ֆունկցիան բարելավել, չկան բավարար տվյալներ, որոնք կսատարեին TIPS կիրառումը՝ որպես տիպ 1 ՀՌՀ պացիենտների բուժում:

2.27 Տիպ 1 ՀՌՀ այն պացիենտների համար, ովքեր չեն պատասխանում անոթասեղմիչներով բուժմանը և ովքեր համապատասխանում են երիկամային

սատարման չափանիշներին, կարող է օգտակար լինել երիկամային փոխարինիչ բուժումը:

2.28 Տերլիպրեսինը և ալբումինը արդյունավետ է տիպ 2 ՀՌՀ պացիենտների 60–70% մոտ: Այն մասին, թե ինչպիսին է այս բուժման ազդեցությունը կլինիկական ելքերի վրա, չկան բավարար տվյալներ:

2.29 Լյարդի փոխպատվաստումը լավագույն բուժումն է՝ ինչպես տիպ 1, այնպես էլ տիպ 2 ՀՌՀ համար: ՀՌՀ պետք է բուժել մինչ լյարդի տրանսպլանտացիան, քանի որ դա կարող է բարելավել հետտրանսպլանտացիոն ելքը:

2.30 ՀՌՀ այն պացիենտները, ովքեր պատասխանում են անոթասեղմիչներով բուժմանը, պետք է բուժվեն միայն լյարդի փոխպատվաստումով: Այն պացիենտները, ովքեր ունեն ՀՌՀ և չեն պատասխանում անոթասեղմիչ բուժմանը և պահանջում են երիկամային ֆունկցիայի սատարում, պետք է ընդհանրապես բուժվեն միայն լյարդի փոխպատվաստումով, քանի որ նրանց մեծամասնության մոտ դիտվելու է երիկամային ֆունկցիայի վերականգնում՝ լյարդի տրանսպլանտացիայից հետո: Կա մի պացիենտների խումբ, ովքեր պահանջում են երկարատև երիկամային սատարում (>12 շաբաթ), և ահա այս խումբն է, որի մոտ պետք է դիտարկել լյարդի և երիկամի զուգակցված փոխպատվաստումը:

2.31 ՀՌՀ տիպ 1-ով պացիենտներին պետք է ուշադիր հսկել, հատկապես հետևյալ ցուցանիշները՝ դիուրեզը, հեղուկների հաշվեկշիռը և զարկերակային ճնշումը, ինչպես նաև ստանդարտ կենսական ցուցանիշները: Կատարյալ կլինի, եթե վերահսկվի կենտրոնական երակային ճնշումը՝ օգնելու համար հեղուկների հաշվեկշռի վարմանը և կանխելու համար ծավալով գերբեռնվածությունը: Պացիենտներին ավելի լավ է վարել ինտենսիվ բուժման կամ կիսաինտենսիվ բուժման բլոկում:

2.32 Սեպսիսի սկրինինգ. Բակտերիալ ինֆեկցիան պետք է վաղ հայտնաբերել՝ արյան, մեզի և ասցիտիկ հեղուկի ցանքսի միջոցով, և բուժել անտիբիոտիկներով: Այն պացիենտները, ովքեր չունեն ինֆեկցիայի նշաններ,

պետք է շարունակեն պրոֆիլակտիկ հակաբիոտիկների ընդունումը, եթե դրանք նշանակվել են նախօրոք: Այն մասին, թե կարելի է օգտագործել անտիբիոտիկները որպես չապացուցված ինֆեկցիայի համար էմպիրիկ բուժում՝ տիպ 1 ՀՌՀ ունեցող պացիենտների մոտ, տվյալներ չկան:

2.33 Բոլոր միզամուղները պետք է դադարեցնել պացիենտների մոտ՝ սկզբնական հետազոտման և ՀՌՀ ախտորոշման պահին: Ընթացող տիպ 1 ՀՌՀ-ով պացիենտների մոտ ֆուրոսեմիդի կիրառումը սատարող տվյալներ չկան: Այնուամենայնիվ, ֆուրոսեմիդը կարող է օգտակար լինել՝ մեզի արտահոսքը պահպանելու և կենտրոնական երակային գերժանրաբեռնումը բուժելու համար, եթե վերջինս առկա է: Ապիրոնոլակտոնը հակացուցված է՝ կյանքին սպառնացող հիպերկալիեմիայի բարձր ռիսկի պատճառով:

3. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

3.1. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Զարկերակային ճնշման չափում	2	10	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունքի բուժքույր	1-10 օրեր
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	2	10	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունքի բուժքույր	1-10 օրեր
	Պուլսօքսիմետրիա	1	3	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունքի	1-10 օրերը

					բուժքույր	
	Ախտորոշիչ պարացենտեզ	1	1	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք	Գաստրոէնտերոլոգ կամ վիրաբույժ	1-3 օրերը
	Ասցիտիկ հեղուկում նեյտրոֆիլների քանակի որոշում	1	1	Լաբորատորիա		1-3 օրերը
	Ասցիտիկ հեղուկի ցանքս	1	1	Լաբորատորիա		1-3 օրերը
	Ասցիտիկ հեղուկում սպիտակուցի որոշում	1	1	Լաբորատորիա		1-3 օրերը
	ՇԱԱԳ որոշում	0,5	1	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
	Որովայնի ՈւՁՀ	1	3	Ախտորոշիչ բաժանմունք		1-10 օրերը
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	2	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
	Արյան ընդհանուր քննություն, լեյկոֆորմուլա	1	3	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
	Արյան բիոքիմիական քննություն	1	3	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
	Արյան էլեկտրոլիտներ	1	7	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
	Կոագուլոգրամմա (պրոթրոմբին)	1	3	Լաբորատորիա		1-10 օրերը
բուժական , ոչ թե ախտորոշիչ	Մեծ ծավալով պարացենտեզ	0,8	1	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք	Գաստրոէնտերոլոգ կամ վիրաբույժ	1-10 օրերը

3.2. Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Որովայնի ԿՏ հետազոտություն	0.2	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-10 օրերը
	Էլեկտրասրտագրություն	1	2	Գաստրոէնտերոլոգիայի, լյարդաբանական բաժանմունք		1-10 օրերը
	Արյան ցանքս	0,3	1			
	Մեզի ցանքս	0,3				
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	0.8	1	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-10 օրերը

4. Դեղերի հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

4.1. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ միջին դեղաչափ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Ալդոստերոնի անտագոնիստ		Սպիրոնոլակտոն	1	25 մգ	2000 մգ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
Կանթային միզամուղ		Ֆուրոսեմիդ	1	40 մգ	800 մգ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
		Ալբումին	1	20 գ	80 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
Անտիբիոտիկ՝ ֆտորիսինոլոն		Նորֆլոքսացին	0,7	0,4 գ	5,6 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10
Անտիբիոտիկ՝ ցեֆալոսպորին 3 սերնդի		Ցեֆտրիաքսոն	0,5	0,5 գ	7 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10

Անոթասեղմիչ		Տերլիպրեսին	0,2			Գաստրոէնտերոլոգ	1-10
-------------	--	-------------	-----	--	--	-----------------	------

8.2. Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ ֆտորիսինոլոն		Ցիպրոֆլոքսացին	0,1	1 գ	7 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
Հակամանրէային		Կո-տրիմոքսազոլ	0,1	0,96 գ	6,72 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
Հակաբիոտիկներ՝ բետա-լակտամային		Ամոքսիցիլին/կլավուլանատ	0,1	1 գ	7 գ	Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
Անոթասեղմիչ		Նորադրենալին	0,1			Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
		Միդոդրին	0,1			Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր
		Օկտրետոլիդ	0,1			Գաստրոէնտերոլոգ	1-10 օր

6. Պահանջներ աշխատանքի ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման նկատմամբ

Սույն Գործելակարգի համաձայն տվյալ պահանջները կատարումը պարտադիր չէ:

7. Պահանջներ սննդակարգի նշանակման և սահմանափակումների վերաբերյալ

Սույն Գործելակարգի համաձայն կերակրի աղի սահմանափակումը (օրական 80–120 մմոլ նատրիումի սպառում, որը համապատասխանում է օրական 4.6–6.9 գ աղին) և ալկոհոլի բացառումը առաջին ընտրության տարբերակն է:

8. Հիվանդի հոժարական տեղեկացված համաձայնության ստացման առանձնահատկությունները Գործելակարգը կատարելիս և հիվանդի, ինչպես նաև ընտանիքի անդամների լրացուցիչ տեղեկատվության տրամադրում

Հարկավոր է պացիենտի և/կամ նրան ներկայացուցիչների հետ համատեղ քննարկել ցիռոզի բարդությունների համալիր բուժման խնդիրները և հավանական ելքերը հնարվորինս շուտ և ոչ ուշ, քան ախտորոշմանը հաջորդող 24 ժամերի ընթացքում:

9. Հիվանդի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Հիվանդի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օգանի ֆունկցիայի մասնակի վերականգնմամբ	0 %	-	
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով			Անցում համապատասխան վերականգնողական ուղեցույցին/գործելակարգին
Ցատրոգեն բարդությունների զանգացում			Անցում համապատասխան ախտաբանության բուժման ուղեցույցին/գործելակարգին
Մահվան ելք		Ցանկացած փուլին	