

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КОМИЛОВ ЖАҲОНГИР ДАВЛАТОВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СПОНТАН**  
**БАКТЕРИАЛ АСЦИТ ПЕРИТОНИТ ДАВО УСУЛИНИ**  
**МАҚБУЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ**  
**АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2026**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**  
**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Комилов Жаҳонгир Давлатович**

Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит даво усулини мақбуллаштириш.....3

**Комилов Жаҳонгир Давлатович**

Оптимизация лечения спонтанного бактериального асцит перитонита цирроза печени этиологии .....23

**Komilov Jakhongir Davlatovich**

Optimization of treatment of spontaneous bacterial peritonitis of liver cirrhosis etiology.....43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works.....48

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**КОМИЛОВ ЖАҲОНГИР ДАВЛАТОВИЧ**

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ ЭТИОЛОГИЯЛИ СПОНТАН**  
**БАКТЕРИАЛ АСЦИТ ПЕРИТОНИТ ДАВО УСУЛИНИ**  
**МАҚБУЛЛАШТИРИШ**

**14.00.27 – Хирургия**

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD) ДИССЕРТАЦИЯСИ**  
**АВТОРЕФЕРАТИ**

**БУХОРО – 2026**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълими, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2023.2.PhD/Tib3628 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтитида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгаш веб-саҳифанинг ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz))

Илмий раҳбар:	Уроков Шухрат Тўхтаевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар:	Хамдамов Бахтиёр Зарифович тиббиёт фанлари доктори, профессор Акбаров Миршавкат Миролимович тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот:	Самарқанд давлат тиббиёт университети

Диссертация ҳимояси 2026 йил «26» Март соат 14<sup>00</sup> да Бухоро давлат тиббиёт институти хузуридаги DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 Илмий кенгашнинг 2026 йил "26" Март куни соат 14<sup>00</sup> даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_107\_ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Гиждувон кўчаси, 23-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2026 йил "16" Март куни таркатилди.  
(2026 йил "16" Март даги 13 рақамли реестр баённомаси).



**М.М.Абдурахманов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Н.Н.Казакова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Б.З.Хамдамов**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш хузуридаги Илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Дунёда жигарнинг сурункали касалликларидан «...Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, йилига 2,4 миллион киши вафот этиб, ўз навбатида жигар циррозидан ўлим сони 1,32 миллионни ташкил этади...»<sup>1</sup>. Жигар циррози дунёдаги ўлим ҳолатларининг энг кенг тарқалган сабаби ҳисобланади. Алкогол билан боғлиқ касалликлар глобал ўлимнинг катта қисмини (айниқса, жигарнинг сурункали касалликлари умумий ўлим сонининг 60% дан ортиғини) ташкил қилади. Жигар касалликлари, айнқса цирроз, аҳолининг меҳнатга лаёқатли ёшида (30-70 ёш) эрта ўлимнинг асосий 20 та сабабидан бири бўлиб қолади. Африка ва Жануби-Шарқий Осиё минтақаларида касалликнинг оғирлиги ва ўлим ҳолатларининг энг юқори даражада ўсиши кузатилмоқда.

Жаҳон миқёсида, жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонит даво усулларини ўрганишга қаратилган кенг кўламли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Жарроҳлик гепатологиясининг долзарб муаммоларидан ҳисобланган жигар циррози асоратларидан бири бўлган қизилўнгач веналари варикоз кенгайиши натижасидаги қон кетишидан кейин, спонтан бактериал перитонит беморлар ўлимининг асосини ташкил этмоқда. Ушбу асоратлар орасида асцит энг кенг тарқалган бўлиб, у ўз навбатида хавфли, аммо кенг тарқалган иккиламчи асорат -спонтан бактериал перитонит ривожланиши учун асосий шароитни яратади. Ушбу касаллик тўғрисидаги таҳлилларнинг охириги натижалари шуни кўрсатадики, жигар циррози кўплаб касалликларнинг ривожланишига олиб келувчи энг катта сабаблардан бири ҳисобланади.

Мамлакатимизда касалликнинг клиник шакллари эрта комплекс ташхислаш мезонларини ўрганиш ва ишлаб чиқиш, янги ёндашувларни асослаш ва жигар циррози билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонит асоратини даволаш самарадорлиги ва реабилитациясининг асосий йўналишларини мониторинг қилиш параметрларини аниқлаш чоралари кўрилмоқда. Бундай вазифалар «...тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммавийлигини ошириш, шунингдек тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, диагностика ва даволашнинг юқори технологияли усулларини жорий этиш, патронаж ва диспансернинг самарали моделларини яратиш, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларнинг олдини олиш функцияси...»<sup>2</sup> қарорда қайд этилган. Жигар циррози билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонитни замонавий комплекс даво натижалари асосида даволаш режасини ишлаб чиқиш, бу борадаги муҳим вазифалардан бири ҳисобланади.

Ушбу диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022-2026 йилларга

<sup>1</sup> <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ncd-deaths-by-cause>

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармони

мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида» ги Фармони, 2021 йил 25 майдаги ПҚ-5124-сонли «Соғлиқни сақлаш соҳасини комплекс ривожлантиришга доир қўшимча чора-тадбирлар тўғрисидаги» ва 2022 йил 25 апрельдаги ПҚ-215-сонли «Бирламчи тиббий санитария ёрдамни аҳолига яқинлаштириш ва тиббий хизматлар самарадорлигини ошириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида» ги қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Ушбу диссертация тадқиқоти республика фан ва технологияларни ривожлантиришнинг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Хирургик гепатологиянинг долзарб муаммоларидан бири жигар циррози (ЖЦ) нинг асоратларидан бири бўлган қизилўнгач веналари варикоз кенгайиши натижасидаги қон кетиши ва асцит бўлиб, ушбу иккала асорат 81% ни ташкил қилади. Анамнездан 10 йил ЖЦ билан яшаётган беморларнинг 50%дан ортиғида асцит кузатилиб бир йиллик яшаш муддати 50-82 % ни, 5 йиллик яшаш муддати эса 50% ни ташкил қилади. Асцит билан асоратланган беморларнинг 10-12% дан кўпроғида спонтан перитонит (СБП) кузатилади. СБП нинг охири вақтларда кўпаяётганлигининг асосий сабаби ушбу тоифа беморларда протон помпа ингибиторларини ва антибиотикларни мақсадсиз ёки катта дозада қўллаш деб кўрсатилмоқда (Thiele G.V. et al.,2024).

СБП бирламчи перитонитнинг бир клиник кўриниши, ЖЦ нинг полиэтиологик оғир асоратларидан биридир. Ушбу асорат касалхонага ЖЦ нинг декомпенсация даражаси билан тушган беморларнинг 10-37%да бироз камроқ амбулатория шароитида кузатилади. СБП кўпинча катта ёшдаги кишиларда кузатилиб, охири вақтларда эса асоратнинг ёшлар орасида ҳам учраётганлиги кузатилмоқда (Nguyen L.C. et al.,2022).

Бактериал перитонитнинг спонтан тури фақатгина ЖЦ нинг асцит билан кечишида учрайди. Касалликнинг келиб чиқишида 80% ҳолатларда икки хил микроорганизмлар, яъни ичак таёқчалари ва клебсиела муҳим ўрин тутди. Охири вақтларда гепатология амалиётида СБП келиб чиқишида грам мусбат энтерококклар ва метилпенициллинга чидамли стафилококкларнинг учраётганлиги тўғрисида малумотлар кўпаймоқда (Сергеева В.А. ва ҳаммуал.,2024).

СБП нинг келиб чиқишида асосий механизм (патогенез) бактериал транслокация ҳисобланади. Шартли патоген микроорганизмлар ёки бактерияларнинг махсулотлари дастлаб ичак тутқичи лимфа тизимига кейин эса асцит суюқлигига ўтади. ЖЦ оқибатида ичаклар перистальтикасининг сусайиши, ўт кислоталарининг камайиши ва гипохлоргидрия ҳисобида микроорганизмларни нафақат транслокацияси уларнинг тез кўпайишига шароит туғилади (Штонда М.В. ва ҳаммуал.,2024).

ЖЦ билан касалланган беморларда бактерияли инфекциянинг кўшилиши жигар етишмовчилигининг декомпенсациясига олиб келади ва

ЖЦнинг декомпенсация босқичида ўлимга сабаб бўлади. ЖЦ да бактерияли инфекциянинг кўшилиши асоратларнинг 4-5 баробарга кўпайишига сабаб бўлади. ЖЦ билан келган беморларнинг учдан бир қисмини касалхонага ётқизиши сабаби 30-50% ҳолатларда ўлимга олиб келувчи бактериал асоратлардир (Санокүлова С.А. ва ҳаммуал.,2023).

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 юқорилигича қолаётганлиги ушбу патологик жараённи ўз вақтида ташхислаб аниқ даво тактикасини кўриб чиқишни тақозо қилади.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институтининг (02.2026.PhD.267) илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро минтақаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташхислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларини ишлаб чиқиш (2022-2026 й.)» доирасида олиб борилган.

**Тадқиқотнинг мақсади.** Жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонитни ташхислаш ва даво натижаларини такомиллаштиришдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари** куйидагилардан иборат:

жигар циррози билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонит сабаблари ва уларнинг учраш даражасини ўрганиш;

жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитни анъанавий усулда даволаш натижаларини таҳлил қилиш;

жигар циррози билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонит асоратини замонавий комплекс ташхисот ва даволаш усули натижаларини аниқлаш;

жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитда қўлланилган комплекс даво натижалари таҳлиliga асосланиб даволаш алгоритминини ишлаб чиқишдан иборат.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида РШТЎИМ Бухоро филиалида 2016 – 2024 йиллар давомида даволанган 126 нафар жигар циррози билан касалланган спонтан бактериал перитонит асорати кузатилган беморларнинг даволаш натижалари олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида жигар циррози билан касалланган спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморларда ўтказилган ултратовуш текшируви, ангиография, дуплекс сканерлаш ва МСКТ ангиография натижалари олинган.

**Тадқиқотнинг усуллари:** Тадқиқотда ултратовуш текшируви, ангиография, дуплекс сканерлаш, МСКТ ангиографияси, микробиологик ҳамда статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагилардан иборат:

илк бор спонтан бактериал перитонит этиологиясида *Enterococcus faecalis* каби граммусбат микроорганизмларнинг ҳам мавжудлиги сабабли спонтан бактериал перитонит даволаш стратегияларини қайта кўриб чиқиш зарурлиги аниқланган;

илк бор спонтан бактериал перитонит даволашда меропенем, альбумин ва улинастатин комбинациясининг юқори самарадорликка эгаллиги ва бу комбинация ўлим кўрсаткичини 2,4 мартага камайтиришга ёрдам бериши исботланган;

илк бор парацентез амалиётини бажаришда асоратларни олдини олиш мақсадида УТТ остида бажариш стандарт усул сифатида жорий этиш, касалхонага ётқизилгандан кейинги парацентез биринчи суткада бажариш, спонтан бактериал перитонит ташҳисини эрта қўйиш ва яллиғланиш маркерлари сифатида С-реактив оқсил (СРО), асцит суюқлигида умумий оқсил, лейкоцитар эстеразани аниқлаш усуллари спонтан бактериал перитонит ташҳислаш жараёнидаги аҳамияти аниқланган;

илк бор «оқимли цитометрия» усули орқали лаборатор текширувларни тез ва аниқ бажариш, даволашнинг 3-4 суткаларида қайта текшириш ва динамик парацентез ўтказиш даволаш самарадорлигини баҳолаш ва спонтан бактериал перитонитни эрта аниқлаш имконияти аниқланиб, жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитда қўлланилган комплекс даво натижалари таҳлилига асосланиб даволаш алгоритми яратилиб унинг самарадорлиги исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

жигар циррози ва асцити бор беморларда спонтан бактериал перитонитнинг клиник симптомлари яққол намоён бўлмаса ҳам, касалхонага ётқизилган биринчи кунда УТТ назорати остида парацентез амалиётини бажариш зарурлиги аниқланган. Ташҳис самарадорлигини ошириш мақсадида асцит суюқлигидаги умумий оқсил ва лейкоцитар эстеразани аниқлаш, ҳамда қонда С-реактив оқсил миқдорини ўлчаш муҳим ҳисобланади. Бундан ташқари, ташҳис аниқлиги ва тезлигини (1–2 дақиқа ичида) ошириш учун оқимли цитометрия усулини жорий этиш тавсия этилган;

СБП ни даволашда антибиотикларга чидамли штаммлар сони ортиб бораётганини ҳисобга олиб, зудлик билан эмпирик антибактериал терапияни Меропенем билан бошлаш мақсадга мувофиқлиги тасдиқланди. Даволаш самарадорлигини кечиктирмасдан баҳолаш учун динамик парацентез (даволашнинг 3–4-кунларида қайта бажариш) усулини қўллаш зарур. Энг самарали даволаш комбинацияси сифатида Меропенем, альбумин ва улинастатин учлиги қўлланганда ўлим кўрсаткичининг 21% дан 8,7% гача камайиши (2,4 баробар камайиш) кузатилган;

ташҳисни эрта қўйиш ва самарали комплекс даволаш (Меропенем, альбумин, улинастатин) стратегиясини қўллаш орқали беморларнинг стационар даволаниш муддатини ўртача  $14 \pm 1,8$  кундан  $6,5 \pm 1,8$  кунгача қисқартиришга эришилган. Қонда С-реактив оқсил (СРО), асцит

суяқлигидаги умумий оқсил ва лейкоцит эстеразасини аниқлаш диагностика самарадорлигини оширишда муҳим омил эканлиги тасдиқланган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги.** Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётда кенг қўлланиладиган клиник, лаборатор ва инструментал тадқиқот усулларидан фойдаланиш билан тасдиқланган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилларни асосланган тиббиёт тамойилларига, шунингдек ваколатли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.** Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти жигар циррози билан оғриган беморларда СБП нинг патогенези, клиник кечиши ва унинг асосий хавф омиллари - бактериал транслокация ҳамда жигар/иммун дисфункцияси ўртасидаги боғлиқликни чуқур таҳлил қилиш, СБПни эрта ва аниқ ташхислаш учун оқимли цитометрия каби юқори технологияли диагностик мезонларни таклиф этиш, Меропенем, албумин ва улинастатинни ўз ичига олган комплекс терапия алгоритмини киритиш орқали беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва ўлим кўрсаткичларини пасайтириш билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, жигар циррози ва асцит билан оғриган беморларда СБПга шубҳа туғилганда, клиник ҳолатдан қатъий назар, УТТ остида парацентезни касалхонага ётқизилган биринчи кункадаёқ амалга оширишнинг самарали диагностика техникасини ишлаб чиқиш ва амалиётга жорий этиш, Меропенем, албумин ва улинастатин комбинациясига асосланган оптимал даволаш алгоритмини клиник амалиётга киритиш, асоратларни минималлаштириш (ўлимни 2,4 баробар камайтириш), даволаниш муддатини қисқартириш (14 кундан 6,5 кунгача) орқали клиник самарадорликни ошириш, динамик парацентез (3-4-кун) орқали даволаш самарадорлигини баҳолаш механизмининг жорий этиш орқали беморларнинг даволаш натижаларини яхшилаш учун кенг қўллаш имкониятини яратиш билан изоҳланган.

**Тадқиқот натижаларини жорий қилиниши.** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий техник кенгашнинг илмий-тадқиқот ишлари натижаларини амалиётга татбиғи бўйича 2025 йил 2-декабрдаги 30/19 – сон хулосасига кўра:

*биринчи илмий янгилик:* биринчи марта жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит даво натижаларини таққослаш йўли орқали ўрганилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* олинган натижалар ўзининг назарий аҳамиятига эга бўлиб, жигар циррози билан касалланган беморларда спонтан бактериал перитонитни даволаш хусусиятларини қиёсий ўрганишга катта ҳисса қўшади. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалиёт маълумотлари РШТЎИМ Сирдарё филиалига (2025 йил, № 108/1 буйруғи) ва РШТЎИМ Хоразм филиалига (2025 йил, 151-“Г” буйруғи) амалиётга татбиқ этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* ушбу янги даволаш улулини қўллаш, асоратларнинг сонини камайтириш, даволаш сифатини яхшиланиш ва беморларда ўлим хавфини камайтиришга ёрдам берган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* касалхонада

ётишнинг ўртача давомийлигини 6 кунга камайтириб, 1 нафар бемор ҳисобига бюджет маблағларини 2 300 000 сўмга, бюджетдан ташқари маблағларни 1 150 000 сўмга камайтирилган. *Хулоса:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит даво натижаларини таққослаш йўли орқали ўрганиш касалликнинг асоратларни ва ўлимни кўрсаткичларини сезиларли даражада камайтиришга, даволаш натижаларини яхшилашга эришилган.

*иккинчи илмий янгилик:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асоратининг учраш даражаси, унинг кечишини ўзига хослиги, келтириб чиқарувчи хавф омилларининг ўрни ва ахамияти ўрганилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* жигар циррози фонида ингичка ичакда бактерияларнинг ҳаддан ташқари кўпайиши сабабли кузатиладиган бактериал транслокация СБП ривожланиши сабабли организмда тизимли яллиғланишнинг ривожланиши полиорган етишмовчиликга олиб келади, Чайлд-Пью бўйича В ва С синфларида ўлим кўрсаткичи 24% ни ташкил этиши ушбу тоифа беморларда юқори хавф гуруҳига таалуқли эканлиги аниқланган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалий маълумотлари РШТЁИМ Сирдарё филиалига (2025 йил, № 108/1 буйруғи) ва РШТЁИМ Хоразм филиалига (2025 йил, 151-“Г” буйруғи) амалиётга татбиқ этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* жигар циррози билан касалланган, Чайлд-Пью бўйича В ва С синфларга мансуб беморлардаги хавф омилларининг юқорилиги ушбу беморларда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга имкон яратган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* беморнинг касалхонада даволаниш даври ўртача 3 кун қисқарилиши билан 1 150 000 сўмга харажатлар камайган, дори дармонлар харажати эса 575 000 сўмга камайган. *Хулоса:* жигар циррози билан касалланган, Чайлд-Пью бўйича В ва С синфларга мансуб беморлардаги хавф омилларининг юқорилиги ушбу беморларда кузатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга ижобий таъсир кўрсатган.

*учинчи илмий янгилик:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асоратининг комплекс даволашда дифференциал ёндашувлар, яъни фаол консерватив усулга Улинастатин препаратининг таъсири ва пункцион усуллар самарадорлиги исботланган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* жигар циррози сабабли келиб чикган спонтан бактериал перитонитни кенг қамровли даволашда Улинастатин дори моддасини қўлланилиши организмдаги тизимли яллиғланиш реакциясини камайтиришга, иммун тизимидаги ўзгаришларни барқарорлаштиришга, жигар хужайраларини тикланиш қобилиятини ошириш ва шу билар бир қаторда жигар етишмовчилигини бартараф этишга самарали натижасини кўрсатган. *Илмий янгиликнинг амалиётга жорий этилиши:* олинган маълумотлар РШТЁИМ Сирдарё филиалига (2025 йил, № 108/1 буйруғи) ва РШТЁИМ Хоразм филиалига (2025 йил, 151-“Г” буйруғи) амалиётга татбиқ этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асоратининг комплекс даволашда

дифференциал ёндашувлар, яъни фаол консерватив усулга Улинастатин препаратининг таъсири ва пункцион усуллар беморларда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар ривожланиш хавфини камайтиришга ёрдам берган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморларни даволашда Улинастатин воситасини қўллаш, даволаш харажатларини қисқартиришга ёрдам берган, бир нафар бемор ҳисобига 383 000 сўм бюджет маблағлари ва 192 000 сўм бюджетдан ташқари маблағларни тежаш имконини берди. *Хулоса:* Улинастатин препаратининг комплекс даолашга кўшимча равишда қўлланилиши ушбу тоифадаги беморларни клиник – лабаратор кўрсаткичларини яхшиланиши 2-3 кунга тезлашишига, стационар даволаниши 2-3 кунга қисқаришига, беморларнинг яшаб қолиш даражасини 91,1%га, Child-Pugh C функционал синфидаги беморларнинг яшаб қолиш 42,4% га ошишига эришиш мумкинлигини кўрсатган.

*тўртинчи илмий янгилик:* жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитда қўлланилган комплекс даво натижалари таҳлиliga асосланиб даволаш алгоритмини яратилган. *Илмий янгиликнинг аҳамияти:* Даволаш алгоритми асосида СБПга шубҳа қилган ҳолда қорин бўшлиғи пункцияси билан олинган АС да микроорганизмларнинг мавжудлиги ҳамда асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони  $1 \text{ мм}^3 250$  тадан кўп бўлиши СБП классик кўриниши мавжудлигидан далолат беради ва Улинастатин асосида комплекс даволашни дарҳол бошлашга кўрсатма бўлади. Асцит суюқлигидаги нейтрофиллар сони  $1 \text{ мм}^3 250$  тадан кам ҳолатда бўлиши СБП эҳтимоллиги жуда юқори эканлиги ва СБПнинг профилактикаси мақсадида ҳамда яқин ва узоқ муддатларда кўзатилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида дарҳол Улинастатин асосида комплекс даволашни бошлаш кераклигидан далолат беради. Бундан ташқари СБП эҳтимоллиги юқорилигини аниқлаш мақсадида энг сезгир усул бу АСдаги лейкоцитларнинг эстераза активлигини аниқлаш усули эканлиги исботланган. *Илмий янгиликни амалиётга жорий этилиши:* олинган илмий-амалий маълумотлар РШТЁИМ Сирдарё филиалига (2025 йил, № 108/1 буйруғи) ва РШТЁИМ Хоразм филиалига (2025 йил, 151-‘Г’ буйруғи) амалиётга татбиқ этилган. *Илмий янгиликнинг ижтимоий самарадорлиги:* ишлаб чиқилган даволаш усули асоратлар фоизини сезиларли даражада камайтиришга, даволаш сифатини яхшиланишига ва беморларнинг тикланиш муддатларини қисқартиришга ёрдам берган. *Илмий янгиликнинг иқтисодий самарадорлиги:* беморнинг касалхонада ётиш вақтини ўртача 3 кун қисқариши билан, 1 нафар бемор ҳисобига 1 150 000 сўм бюджет маблағлари ва 383 000 сўм бюджетдан ташқари маблағларни тежаш имконини берган. *Хулоса:* ишлаб чиқилган янги даволаш усули, жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморларни даволаш алгоритмидан фойдаланиб комплекс даволаш самарали усул эканлиги исботланган.

**Тадқиқот натижаларини эълон қилинганлиги.** Ушбу тадқиқот натижалари 4 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий конференцияси ва съездида тақдим этилган ва эълон қилинган.

**Тадқиқот натижаларини нашр этиш.** Диссертация мавзуси бўйича диссертациянинг асосий илмий натижаларини эълон қилиш учун 15 та илмий нашр чоп этилган, шундан 6 илмий мақола, улардан 5 та Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссияси томонидан тавсия этилган журналларда, 1 та хорижий журналларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, тўртта боб, хулосалар, амалий тавсиялар, ҳаволалар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертация ҳажми 116 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисми ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати, мақсади ва вазифаларига асосланган бўлиб, тадқиқот объекти ва мавзуси тавсифланган. Тадқиқотнинг Республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиқ берилган. Тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига татбиқ этиш тўғрисидаги маълумотлар келтирилган, нашр этилган ишлар ва илмий ишнинг тузилиши тўғрисидаги маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитнинг диагностикаси ва замонавий даволаш усуллари (адабиётлар шарҳи)**» деб номланган биринчи бобида етакчи маҳаллий, рус ва хорижий тадқиқотчиларнинг тажрибасини ақс эттирувчи адабиётлар шарҳи келтирилган бўлиб, диссертация мавзусидаги адабий манбаларни кўриб чиқиш ва таҳлил қилишга бағишланган. Ушбу бобда перитонитнинг этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси ва замонавий даволаш усуллари ҳақидаги замонавий қарашларга бағишланган турли муаллифларнинг тадқиқот натижалари материаллари ақс эттирилган.

Диссертациянинг «**Материаллар ва тадқиқот усуллари**нинг тавсифи» деб номланган иккинчи бобида беморларнинг клиник хусусиятлари, тадқиқот материаллари, муаммонинг ечимини таъминлайдиган услубий ёндашувлар ва усуллар келтирилган.

Бухоро давлат тиббиёт институти «Оилавий тиббиётда хирургик касалликлар» кафедраси клиник базаси РШТЁИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимида 2016-2024 йиллар давомида даволанган, жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит билан касалланган 126 нафар беморларни текшириш ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинган.

Барча беморлар даволаш усулига кўра 2 гуруҳга бўлинган:

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

II-асосий гуруҳда (n=58) жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асорати билан касалланган беморларни даволашда фаол консерватив усулга қўшимча равишда цефтриаксон ўрнига, меропенем, албумин, қўшимча равишда улинастатин препаратининг таъсири ўрганилган. Тадқиқот доирасида янги тактикаларнинг самарадорлиги, касалликнинг клиник динамикаси, динамик лаборатор текширишлар (“оқимли цитометрия” усули), замонавий лаборатор текшириш усуллари, аппаратларини ишлатиш натижалари ва даволаш муваффақиятлилиги ўрганилган. Шунингдек, такомиллаштирилган тактикани қўллаш натижасида: инфекция жараёни бартараф этишнинг самарадорлиги, буйрак ва бошқа ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятини сақлаб қолиш, сепсис ривожланишини камайтириш, госпитализация давомийлиги ва умумий ўлим даражаси камайиши таҳлил қилинган.

Асосий гуруҳ беморларида лаборатор текширишларда қон таҳлилида яллиғланиш даражасини аниқлаш мақсадида лейкоцитлардан ташқари С-реактив оксил (СРО), асцит суюқлик таркибида полиморфядроли лейкоцитлар (ПМЛ) ларга қўшимча сифатида умумий оксил контенцтрацияси текширилди. Ушбу текшириш усуллари замонавий лаборатор анжомларда бўлган “оқимли цитометрия” усулида олиб борилган.

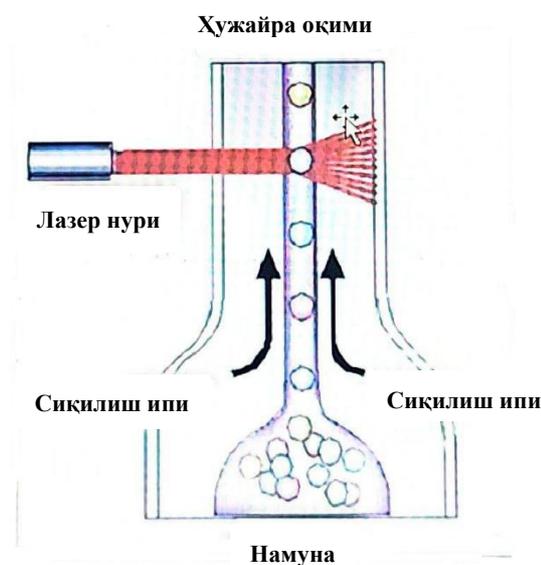
Асосий гуруҳ беморларида касалликнинг клиник симптомларининг ривожланишига қарамасдан барча асцит бор беморларга 1 суткада парацентез амалиёти бажарилган, динамикадан даволаш эффективлигига баҳо бериш мақсадида 3-4 суткаларда динамик парацентез қилиш ва асцит суюқлигида ўзгаришлар аниқланган. Асосий гуруҳ беморларида барча парацентез амалиётлари УТТ остида олиб борилган.

Шуни такидлаб ўтиш керакки, ушбу асосий гуруҳга 2020 - 2024 йилларда даволанган беморлар жалб этилган. Бундан ташқари тадқиқотимизга жалб этилган беморлар гуруҳларини синхронлигини сақлаш мақсадида қуйида кўрсатилган қўшимча ҳолатлари бўлган беморлар жалб этилмади: жигар етишмовчилигининг оғир даражаси, асцит резистент тури, жигардан ташқари ПГ, 70 ёшдан катталар, қандли диабет кузатилган беморлар, онкологик ва жиддий оғир хасталиклари бор ҳолатлар киритилмаган.

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

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

**Парацентез техникаси.** Назорат гуруҳидаги асцит суюқлик таркибидаги полиморфоядроли лейкоцитлар (ПМЛ) микроскоп санаш мақсадида Горяев камерасида ёруғлик микроскопи остида аниқланган, асосий гуруҳда унинг ўрнига замонавий лаборатор усул “Оқимли цитометрия” усулидан фойдаланилган. Шу сабабли асосий гуруҳ беморларида ушбу текширишлар, “Оқимли цитометрия” усулида бажарилган бўлиб, улар лазер нурлари таъсирида суюқлик оқимидаги турли хил шаклланишли хужайраларининг биофизик хусусиятларини баҳолаш учун ишлатиладиган замонавий инновацион қурилмалардир. Қурилмадан ҳам амалий, ҳам илмий мақсадларда фойдаланиш мумкин.



**1-расм. “Оқимли цитометрия” Sysmex XN-550 аппарати ва лазер нурлари таъсирида суюқлик оқимидаги хужайраларининг биофизик хусусиятларини баҳолаш учун ишлатиладиган замонавий инновацион қурилма ишлаш модели принципи**

Асцит суюқлигидаги полиморфоядро лейкоцитларни (ПМЛ) Sysmex XN-550 ёрдамида аниқлаш методикаси. Мақсад: Асцит суюқлигидаги полиморфоядроли лейкоцитлар (ПМЛ) миқдорини автоматик равишда аниқлаш ва спонтан бактериал перитонит (СБП) ҳамда бошқа яллиғланиш жараёнларини ташхис қилиш. Азмоиш **Body Fluid Mode** (биологик суюқликлар режими) да ўтказилган.

Бактериологик тадқиқотлар РШТЎИМ Бухоро филиали хузуридаги Бактериологик лаборатория марказида амалга оширилган. Бактериологик таҳлиллар натижасида  $1 \text{ мм}^3$  асцит суюқлик таркибида микроорганизмлар миқдорига қараб асцит суюқлигини инфицирланиш даражаси аниқланган.

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

Диссертациянинг «**Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асорати кузатилган беморларни анъанавий даволаш**

**усуллари натижалари (таққослаш гуруҳи)»** деб номланган учинчи бобида Бухоро давлат тиббиёт иснтитути клиник базасида жойлашган РШТЁИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимларида 2016-2024 йиллар давомида даволанган, жигар циррози этиологияли СБП билан касалланган ва анъанавий усулда комплекс даволанган 68 нафар беморлар касаллик тарихлари танлаб олинган ва ўрганиб чиқилган.

Барча ҳолатларда ПГ жигар ичи блоки, яъни ЖЦ характериға эға бўлди, унинг сабаблари таҳлил килинганда гепатит вируси (HBV + HDV) сабабли 32% ҳолатларда, HCV – 34% ҳолатларда жигар циррозини келтириб чиқарганлиги аниқланган бўлса, 8% ҳолатда алкоғолли жигар циррози, криптоген этиологияли ЖЦ – 16% ва аутоиммун жигар циррози 4% ҳолатларда ҳамда дорилар сабабли кузатилган жигар циррози 6% ҳолатда аниқланган.

### 1- жадвал

#### Жигар циррози этиологиясига кўра таққослаш гуруҳ беморларининг тақсимланиши (n=68)

Этиологияси	Таққослаш гуруҳи		P
	abs	M±m,%	
Вирусли гепатит В + Д	22	32,3±3,69	$\chi^2 = 88,172;$ $p = 0,000$
Вирусли гепатит С	23	33,8±3,33	
Алкоғолли жигар циррози	6	8,8±3,33	
Аутоиммун гепатит	3	4,4±3,33	
Криптоген этиологияли ЖЦ	10	14,7±3,33	
Дорилар сабабли жигар циррози	4	5,8±1,71	
<b>Жами</b>	<b>68</b>	<b>100±0,0</b>	

Қорин бўшлиғида асцит суғоқлигининг миқдори асцитға қарши курашиш бўйича халқаро клуб мезонлари (International Club of Ascites - ICA) асосида белгиланган.

Ушбу таққослаш гуруҳидаги беморларда Child-Pugh бўйича жигарнинг функционал ҳолати В синфига (7-9 балл) 26 (38,2%) беморлар ташкил этган бўлса, С синфига (10-15 балл) 42 (61,8%) беморлар ташкил этган ( $\chi^2 = 13,517;$   $p = 0,000$ ). Шуни тақидлаш керакки А синфига (5-6 балл) мансуб беморларда СБП кузатилмаганлиги ҳамда тадқиқот вазифаларига кўзда тутилмаганлиги сабабли илмий ишимизға жалб этилмаган. Шундай қилиб, беморларда субкомпенсация ва декомпенсация босқичидаги дастлабки жигар етишмовчилиги аниқланган (2-жадвал).

### 2-жадвал

#### Беморларнинг Чайлд-Пью классификациясига кўра тақсимланиши

Чайлд-Пью классификацияси	Таққослаш гуруҳи		
	abs	M±m,%	P
В синф	26	38,2±5,75	$\chi^2 = 13,517;$ $p = 0,000$
С синф	42	61,8±5,75	
<b>Жами</b>	<b>68</b>	<b>100±0</b>	

Барча беморлар қабул қилинган кунда ташхисни аниқлаштириш мақсадида касаллик анамнези, объектив ва субъектив маълумотлар, шунингдек лаборатория ҳамда ультратовуш текширув натижаларидан фойдаланилган.

ЖЦ этиологияли СБП билан касалланган беморларнинг асосий характерли белгилари кескин ортиб бораётган субфебрил тана харорати 58 (85,2%) нафар беморда, қориндаги оғриқ 42 (61,7%), ҳаракатларда қоринда оғриқнинг кучайиши 42 (61,7%), енгиллик кузатилмайдиган кўнгил айнаиши ва қусиш 34 (50%) нафар беморларда кузатилган.

Барча қабул қилинган беморларни клиник – лабаратор таҳлил натижалари кўриб чиқилди ва қуйидагича кўрсаткичларда намоён бўлди (3.6 - жадвал). Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики ЖЦ билан касалланган такқослаш гурухи беморлар қон таҳлилида гемоглобин миқдори  $85,72 \pm 0,47$  г/л дан пастлиги, эритроцитлар миқдори  $3,77 \times 10^{12}$ /л дан, тромбоцитлар  $78 \times 10^9$ /л дан камлиги, талокнинг узунлиги эса ўртача 16,1 см катталиги сабабли гиперспленизм белгиларини кўриш мумкин (3 - жадвал) .

3- жадвал

**Таққослаш гурухи беморларининг клиник лабаратор кўрсаткичлари**

	Таққослаш гурухи (n=68)	p
Кон альбумини, г/л	$35,0 \pm 1,1$	0,505
Протромбин индекси, %	$56,5 \pm 0,98$	0,146
Умумий билирубин, мкмоль/л	$36,8 \pm 1,72$	0,954
АЛТ, АСТ, ммоль/л	$65,4 \pm 1,11$	0,505
Мочевина, ммоль/л	$9,8 \pm 0,36$	0,160
Креатинин, мкмоль/л	$188,5 \pm 4,23$	0,468
Фибриноген, г/л	$2,25 \pm 0,2$	0,699
Эритроцит, $10^{12}$ хужайра/л	$3,77 \pm 0,31$	0,360
Гемоглобин	$85,72 \pm 0,47$	0,78
Лейкоцит, $10^9$ хужайра/л	$3,61 \pm 0,22$	0,458
Тромбоцит, $10^9$ хужайра/л	$78 \pm 1,52$	0,160
Эритроцитлар чўкиш тезлиги, мм/с	$20,5 \pm 0,78$	0,603
Талок узунлиги, см	$16,1 \pm 1,3$	0,116

Эслатма: (-  $P < 0,05$ )

Шуни тақидлаш жоизки, гурухларни синхронлигини сақлаш мақсадида ЖЦ да кузатилиши мумкин бўлган турли этиологияли асцит перитонитлар билан касалланган беморлар тадқиқотимизга жалб этилмаган.

Назорат гуруҳидаги беморлар стандарт консерватив даволаш схемаси бўйича терапия олиб борилган бўлиб, уларда антибактериал терапия, инфузион даволаш, асцитга қарши чоралар ва симптоматик ёрдам, парацентез амалиётлари қўлланилган. Бироқ, жигар циррози билан боғлиқ иммунологик ва гемодинамик ўзгаришлар сабабли, баъзи беморларда даволашга жавоб пасайган ва ўлимга олиб келувчи турли асоратлар

кузатилган. Таҳлилда бажарилган терапия ва даволаш тактикаси, унинг самарадорлиги баҳоланган.

Ретроспектив натижалар шуни кўрсатдики, 68 беморларнинг 20(29,5%) тасида парацентез касалхонага ётқизилгандан кейинги 3 суткада, 43(63%) 4 кунда ва ва 5(7,5%) бемор 5 суткадан парацентез амалиёти бажарилган.

Парацентез амалиётининг бажарилиши беморлардаги клиник симптоматика (қориндаги оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, ичак парезлари ривожланиши ва беморларнинг карахтланиши) ривожланиши даражасига боғлиқлиги кўзга ташланган. Шу сабабли СПБнинг яққол клиник намоёнланмаслиги натижасида парацентез амалиётлари кейинги суткаларда, яъни перитонит симптомлари ривожлангандан кейин бажарилган.

Парацентез натижасида олинган асцит суюқлик лаборатор таҳлилларига асосан (қондаги нейтрофиллар сони  $1 \text{ мм}^3$  250 тадан кўп) ташҳис тасдиқланган.

Назорат гуруҳидаги беморларда даволаш эффективлигини баҳолаш мақсадида динамикада парацентез ва асцит суюқлик таҳлилилари ўтказилмаганлиги аниқланган.

Назорат гуруҳидаги беморларда СПБ нинг иккиламчи бактериал перитонитдан дифференциал диагностика қилиш мақсадида 5(8,6%) бемор диагностик лапараскопия амалиёти бажарилган.

Ушбу ўлим кўрсаткичини юқорилигининг асосий сабаби ноадекват антибактериал терапия фонида прогрессивлашган тизимли яллиғланиш реакцияси, буйрак функциясининг издан чиқиши ётади. Беморларнинг стационар даволаниш давомийлиги шртача  $14 \pm 1,8$  кунни ташкил қилган.

Тадқиқот натижалари шундай хулосага олиб келдики, янги даволаш ва ташҳис қўйиш усуллари назорат гуруҳида кузатилган камчиликларни камайтириш ва даволаш самарадорлигини ошириш имконини беради. Бу эса, ўз навбатида, асосий гуруҳ беморларининг прогнозини яхшилашга ва асоратларнинг олдини олишга хизмат қилган.

**Диссертациянинг «Асосий гуруҳ беморларида жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонитни таклиф қилинган ташхислаш ва даволаш тактикаси натижалари»** деб номланган тўртинчи бобида РШТЎИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимларида 2021 - 2024 йиллар давомида жигар циррози этиологияли СБП билан касалланган 58 нафар беморларни комплекс даволаш маълумотлари таҳлил натижалари баён этилган.

Тадқиқотимизнинг II – асосий гуруҳида (n=58) жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонит асорати билан касалланган беморларни даволашда фаол консерватив усулга қўшимча равишда меропенем, албумин ва улинастатин препаратининг таъсири ва динамик парацентез усуллари биргаликда комплекс равишда қўлланилган.

Ташхислашда аксарият беморлар 52(90%) беморлар қабул қилинган кунида парацентез амалиёти ва 6(10%) беморда (дам олиш кунлари) 2 куни парацентез амалиёти бажарилган ва бактериологик текширишларнинг

жавоби кутилмасдан кенг таъсирли меропенем антибактериал препарати ишлатилган. Антибактериал терапиянинг эффективлиги динамикасини баҳолаш мақсадида асосий гуруҳдаги беморларда 4 кунларда динамикада парацентез қилиниб асцит суюқликдаги полиморфоядроли лейкоцитлар (ПМЛ) ва умумий оқсил динамикаси текширилган. Барча парацентез ва динамик парацентез амалиётлари назорат гуруҳидаги беморлардан фарқли равишда УТТ остида амалга оширилган.

Лаборатор текширишларда қон таҳлилида яллиғланиш даражасини аниқлаш мақсадида С-реактив оқсил (СРО), асцит суюқлик таркибида ПМЛ ларга қўшимча сифатида умумий оқсил ва лейкоцитар эстераза контентацияси текширилган. Ушбу текшириш усуллари замонавий лаборатор анжомларда бўлган оқимли цитометрия усулида олиб борилган.

Асцит суюқлигидаги Sysmex XN-550 техникаси ёрдамида ПМЛ миқдорини автоматик равишда аниқлаш ва СБП ҳамда бошқа яллиғланиш жараёнларини ташхис қилиш. Анализ **Body Fluid Mode** (биологик суюқликлар режими) да ўтказилган.

Оқимли цитометрия лазер нурлари таъсирида суюқлик оқимидаги турли хил шаклланишли хужайраларининг биофизик хусусиятларини баҳолаш учун ишлатиладиган замонавий инновацион қурилмалардир. Қурилмадан ҳам амалий, ҳам илмий мақсадларда фойдаланиш мумкин.

Асосий гуруҳдаги беморларда СБП да асцит суюқлигининг бактериологик ва лаборатор натижалари 4 – жадвалда келтирилган. Бунда фақат ПМЛ микроорганизмларсиз (культуронегатив) 41(71%)ни ташкил қилган. Бактериологик текширишлар натижалари таҳлил қилинганда граммманфий микроорганизмларда *E. coli* 5(8,5%) ва *Klibsiella* 7(12%) ҳолатда учрган. Назорат гуруҳидага натижалардан фарқли равишда асосий гуруҳ беморларнинг асцит суюқлиги таркибида граммусбат микроорганизмлар хусусан *Enterococcus faecalis* 5(8,5%) ҳолларда экилди. Шу сабабли антибактериал терапия тактикасига ўзгартиришлар киритилган.

#### 4 - жадвал

#### Жигар циррози билан касалланган беморларни СБПнинг этиологик омиллари бўйича тақсимланиши

Этиологик омил	Беморлар сони	%
Фақат ПМЛ ошиши культуронегатив	41	71%
ПМЛ+ <i>E. coli</i> (грамм-)	5	8,5%
ПМЛ+ <i>Klibsiella</i> (грамм-)	7	12%
ПМЛ+ <i>Enterococcus faecalis</i> (грамм +)	5	8,5%
<b>Жами</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Тадқиқот натижалари таҳлили асосида СБП ни асосий этиологик омилли ҳисобланган *E. coli* микроорганизми асосан Цефалоспорин гуруҳи

антибиотиклари юқори сезувчанликни намоён этган, *Enterococcus faecalis* 5(8,5%) фақат меропенемга сезувчанлиги кузатилган. Шу сабабли асосий гуруҳ беморларига эмперик антибактериал терапия мақсадида меропенемдан кенг фойдаланилган.

Меропенем – бу кенг таъсир доирасига эга карбапенем бўлиб, кўплаб грамманфий ва граммуусбат(-) бактерияларга, жумладан, кўп резистентли штаммларга қарши самарали таъсир кўрсатадиган антибиотиклар туркумига киради.

Меропенем буйрак найчаларида дегидропептидаза-1 томонидан деярли парчаланмайди (циластатин – дегидропептидаза-1 нинг махсус ингибитори билан бирга қўллаш талаб этилмайди) ва, шунинг учун, нефротоксик таъсирга эга эмас.

Вена ичига (в/в) болвос тарзида, инъекция учун стерил сувда эритилган ҳолда: 500 мг учун 10 мл, 1000 мг учун 15 мл, камида 5 дақиқа давомида юборилган.

Юқори сезгирлик (>90%) оддатда меропенемга сезгир бактериялар: *Enterobacteriaceae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*.

Асосий гуруҳ беморларида самарали даволашни таъминлаш, ўлим ҳолатларини камайтириш мақсадида рационал антибиотикотерапия, яъни кенг спекторли антибиотикларни эмперик шаклда ишлатиш ва унинг эффективлигини ўрганиш мақсадида динамикада асцит суюқликни пункция қилиш, нейтрофил лейкоцитларнинг сонини текшириш йўли билан баҳоланган.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг даволаш натижалари, кузатилган асоратлар, ўлим сабаблари, лаборатор ва инструментал текшириш хулосаларига асосланган ҳолда, қўйидаги қўшим даволаш ва текшириш усуллари алгоритми таклиф қилинган;

жигар циррози фонида ривожланган асцит бор беморларда шикоятлари ва перитонеал симптоматика яққол ривожланмаган ҳолларда ҳам касалхонага мурожаат қилган кунининг 1 суткасида парацентез ва асцит суюқлигининг таркибини полиморфядроли лейкоцитларга текшириш ва унинг концентрацияси 250 мм<sup>3</sup> дан ташхис қўйиш ва дарҳол даволашни бошлаш. Асцит суюқликда эстераза активлигини ва оқсил концентрациясини аниқлаш.

даволаш натижаларини (антибактериал терапия) эффективлигини назорат қилиш мақсадида динамикада (3-4 суткаларда) такрорий парацентез амалиётини ўтказиш;

беморларда яққол ривожланган СБП симптомокомплекслари ривожланган ҳолларда кенг спектрли (грамманфий ва граммуусбат микроорганизмларни қамраб оладиган) эмперик антибактериал терапиядан (меропенем) бошлаш;

СБП тизимли яллиғланиш синдромини ташхислашда лейкоцитлар миқдорини текшириш билан бир қаторда С - реатив оқсил (СРО) даражасини аниқлаш;

асцит суюқликда полиморфоядроли лейкоцитларни текшириш билан бир қаторда лейкоцитар эстераза ва умумий оқсил концентрациясини аниқлаш режалаштирилди;

асцит суюқликда умумий оқсил концентрациясининг 15 г/л дан камайганлигида 20% - албумин суюқлигини қуйиш режалаштирилди;

асцит суюқликда полиморфоядроли лейкоцитларни концентрациясини санаш мақсадида Горяев камерасида ёруғлик микроскопи ўрнига, замонавий лаборатор усул “Оқимли цитометрия” усулидан фойдаланиш режалаштирилди;

комплекс олиб борилган даволаш усулларида кўшимча равишда Улинастатин препаратини қўллаш.

СБП билан беморлар организмида Улинастатин тизимли яллиғланиш реакциясининг (SIRS) ривожланишини блоклаб, ҳаёт учун муҳим органлар фаолиятини ҳимоя қилади. Ушбу организмни ҳимоя қилиш хусусиятидан фойдаланиб асосий гуруҳ беморларда даволаш самарадорлигига эришилган.

Беморларни даволашда 100000 ХБ да 0,9% - 100 физиологик эритмага ёки 5% декстроза эритмасига эритилган ҳолда вена ичига 1 соат давомида томчилаб юборилди. Бир кунда 2 маҳал қўлланилган.

Шуни такидлаб ўтиш керакки, Улинастатин препаратини комплекс даволаш фонидида кўшимча равишда организмда кузатиладиган тизимли яллиғланиш реакциясини ва иммун тизимини коррекция қилиш мақсадида қўлланган. Комплекс даволаш индивидуал равишда қуйида кўрсатилган тартибда олиб борилди: калий дефицитини қоплаш ва антиоксидант мақсадида Sol. glucosa 10%-200+ Sol. Kalii chloride 4%-20,0+ Sol. insulin 10 ТБда вена ичига томчилаб х1 маҳал, гемостатик мақсадда Sol. Этамзилат 12,5% -2,0 вена ичига х 4 маҳал, гармонотерапия мақсадида дексаметазон 8мг вена ичига, бетта-блокатор мақсадида бисапралол таблетка 5мг ичишга 1 маҳал,гастропротексия мақсадида Омез 20мг ичишга,диуретик мақсадида Торсид+Верашпирон 100мг ичиш,гематранфузия мақсадида бир гуруҳли плазма 600,0 мл вена ичига буюрилган.

Улинастатиннинг СБПни комплекс терапиясида қўлланилиши унинг яллиғланишга қарши, аъзоларни ҳимоя қилувчи ва иммуномодуляторлик хусусиятлари билан асосланган. Ушбу препаратдан фойдаланиш полиорган етишмовчилиги ривожланиш эҳтимолини камайтириши ва жигар циррози ҳамда СБП билан оғриган беморларнинг прогнозини яхшилаши мумкин, айниқса, ўткир буйрак шикастланиши хавфи мавжуд бўлган ҳолларда.

Асосий гуруҳ беморларида таклиф қилинган алгоритм бўйича даволаш самарадорлиги 53 (91,3%) нафар беморда қайд этилган бўлиб, беморларнинг 5 (8,7%) нафарида эса турли сабаблар кўра ўлим кузатилган (буйрак етишмовчилиги, перитонит прогрессивланиши (сепсис) ва полиорган етишмовчилиги, КВҚТ қон кетишлар). Асосий гуруҳ беморлардаги ўлим кўрсаткичи назорат гуруҳига нисбатта олганда (21%) 2,4 бараварга камайганлиги кўринган (2 - расм).



**2-расм.Назорат ва асосий гуруҳидаги беморларда ўлим кўрсаткичи ва сабаблари ( % нисбатда)**

Асосий гуруҳдаги беморлар орасида 58 нафардан 5 нафарида (8,7%) ўлим ҳолати кузатилган. Ўтказилган комплекс терапияга қарамасдан 5 нафар беморларда ўлимнинг асосий сабаблари касалликнинг оғир кечиши ва бир қатор жиддий асоратлар билан боғлиқ бўлган. Полиорган етишмовчилиги энг кўп учрайдиган ўлим сабаби бўлиб, 3,5% ни ташкил этди, бу эса умумий ўлим ҳолатларининг 40% га тўғри келган. Ўтқир буйрак етишмовчилиги, перитонит ва варикоз қон кетиши ҳар бири битта ҳолатдан иборат бўлиб, умумий ўлим ҳолатларининг 20% дан ташкил этган.

Асосий гуруҳдаги беморлар орасида 58 нафардан 5 нафарида (8,7%) ўлим ҳолати кузатилган. Ўтказилган комплекс терапияга қарамасдан 5 нафар беморларда ўлимнинг асосий сабаблари касалликнинг оғир кечиши ва бир қатор жиддий асоратлар билан боғлиқ бўлган.

Беморларнинг стационар даволаниш давомийлиги ўртача  $14 \pm 1,8$  кундан  $6,5 \pm 1,8$  камайганлигини кўрсатган.

Умумий таҳлилдан маълум бўлдики, назорат гуруҳида ҳам асосий гуруҳ беморлари орасида ўлим сабаблари сепсис, полиорган етишмовчилиги билан боғлиқ бўлган. Асосий гуруҳда ўлим кўрсаткичи 8,7% ни ташкил этди, бу эса даволаш усуллариининг самаралилиги ва ўлим хавфининг назорат гуруҳига нисбаттан 2,4 мартага пасайганини кўрсатган.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, жигар циррози этиологияли СБПнинг клиник диагностик ва комплекс даволашда диссертант томонидан яратилган алгоритм асосида препаратининг комплекс даволашга кўшимча равишда қўлланилиши ушбу тоифадаги беморларни клиник – лабаратор

кўрсаткичларини яхшиланиши 2-3 кунга тезлашишига, стационар даволаниши 2-3 кунга қисқаришига ва ўлим кўрсаткичининг 2,4 мартага камайишига олиб келган.

## ХУЛОСА

1. Жигар циррози фонида СБПнинг ривожланиши Чайлд-Пью бўйича В ва С синфларида ўлим кўрсаткичи 24% ни ташкил этади. Агар олдинги маълумотларга кўра, асосан грамманфий бактериялар аниқланган бўлса, ҳозирги вақтда грамусбат бактерияларнинг ҳам учраши кузатилмоқда. Асцит суюқлигининг бактериологик таҳлиллар асосида *E. coli* 5(8,5%) ва *Klibsiella* 7(12%) ҳолатда учраган. Назорат гуруҳидага натижалардан фарқли равишда асосий гуруҳ беморларнинг асцит суюқлиги таркибида граммусбат микроорганизмлари, хусусан *Enterococcus faecalis* 5(8,5%) микроорганизмлари эканлиги аниқланган. Шу билан бирга, антибиотикларга чидамли штаммларнинг сони ошиб боради.

2. Ретроспектив таҳлилда беморларни анъанавий усулда олиб борилган комплекс даволаш усуллари самарадорлиги 54 (79%) нафар беморда қайд этилган бўлиб, беморларнинг 14 (21%) нафарида эса турли кўринишдаги сабаблар туфайли ўлим кузатилган, жумладан: буйрак етишмовчилиги, перитонит прогрессивланиши (сепсис) ва полиорган етишмовчилиги, КВҚТ қон кетишлар кузатилган. Шу билан бирга ретроспектив натижалар шуни кўрсатдики, 68 нафар беморларнинг 20(29,5%) нафарида парацентез касалхонага ётқизилгандан кейинги 3 кунда, 43(63%) нафарида 4 кунда ва ва 5(7,5%) нафар беморга 5чи кундан парацентез амалиёти бажарилган. Бу ҳолат касалликнинг яққол симптомларининг ривожланмаганлиги билан боғлиқ бўлган.

3. Эмпирик антибактериал терапия мақсадида меропенем, альбумин, улинастатин препаратини қўлланилиши даволаш самарадорлигига ижобий таъсир кўрсатди. Асосий гуруҳда ўлим кўрсаткичи 21% дан 8,7% гача камайган, яъни 2,4 мартага камайган. Беморларнинг стационар даволаниш ётоқ кунлари ўртача  $14 \pm 1,8$  кундан  $6,5 \pm 1,8$  камайганлиги аниқланди.

4. Грамусбат микроорганизмларнинг аниқланиши сабабли эмпирик антибактериал терапия меропенемдан бошланиш мақсадга мувофиқ бўлган. СБП билан беморларда касалликнинг клиник симптомларининг ривожланишига қарамадан барча асцит бор беморларда 1 кунда парацентез амалиёти бажарилиши ва асцит суюқлигида ПМЛ, микробиологик текширишлар билан бир қаторда умумий оқсил, лейкоцитар эстераза, қонда СРО яллиғланиш жараёни борлиги ва унинг даражасини аниқлаш учун текширилиши лозим. Даволаниш самарадорлигига баҳо бериш мақсадида 3-4 кунларда динамик парацентез қилиш ва асцит суюқлигида ўзгаришларни кўриш мақсадга мувофиқ. Барча парацентез амалиётлари УТТ остида олиб борилиши лозим.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЁНЫХ СТЕПЕНЕЙ  
DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДРАСТВЕННОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КОМИЛОВ ЖАХОНГИР ДАВЛАТОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО  
БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТ ПЕРИТОНИТА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ  
РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**14.00.27 – Хирургия**

**АВТОРЕФЕРАТ  
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ ДОКТОРА  
ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**БУХАРА – 2026**

Тема диссертации на соискание учёной степени PhD зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан под номером № B2023.2.PhD/Tib3628.

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета ([www.immunology.uz](http://www.immunology.uz)) и Информационно-образовательном портале «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный руководитель:** Уроков Шухрат Тухтаевич  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты:** Хамдамов Бахтиёр Зарифович  
доктор медицинских наук, профессор

Акбаров Миршавкат Миролимович  
доктор медицинских наук, профессор

**Ведущая организация:** Самаркандский государственный медицинский университет

Защита диссертации состоится «26» Марта 2026 года в 14<sup>00</sup> часов на заседании научного совета DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 при Бухарском государственном медицинском институте имени (Адрес: 200118, г. Бухара, пр-т. Гижувон, дом 23. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 107). Адрес: 200118, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Гижувон, 23. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50. Веб-сайт: [www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz), e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

Автореферат диссертации разослан «16» Марта 2026 года.  
(реестр протокола рассылки № 13 от 16 Марта 2026 года).



**М.М.Абдурахманов**

Заместитель председателя учёного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

**Н.Н.Казакова**

Учёный секретарь Учёного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, доцент

**Б.З.Хамдамов**

Председатель Научного семинара при Учёном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность проблемы и востребованность темы диссертации.** В мире от хронических заболеваний печени «...по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно умирает 2,4 миллиона человек, в свою очередь, число погибших от цирроза печени составляет 1,32 миллиона... »<sup>1</sup>. Цирроз печени является самой распространенной причиной смерти в мире. Для болезни, связанные с употреблением алкоголя, приходится значительная доля смертности во всем мире (особенно на хронические заболевания печени, которые составляют более 60% от общего числа смертей). Заболевания печени, особенно цирроз, остаются одной из 20 основных причин преждевременной смерти населения в трудоспособном возрасте (30-70 лет). В регионах Африки и Юго-Восточной Азии наблюдается самая тяжелая форма заболевания и самый высокий уровень смертности.

Во всем мире проводится масштабные научные исследования по изучению методов лечения спонтанного бактериального асцит перитонита этиологией цирроза печени. После кровотечения в результате варикозного расширения вен пищевода, одного из осложнений цирроза печени, которое является одной из актуальных проблем хирургической гепатологии, спонтанный бактериальный перитонит является причиной смертности пациентов. Среди этих осложнений наиболее распространенным является асцит который, в свою очередь, создает основные условия для развития опасного, но распространенного вторичного осложнения - спонтанного бактериального перитонита. Окончательные результаты анализов на это заболевание свидетельствуют о том, что цирроз печени является одной из основных причин, приводящих к развитию многих заболеваний.

В нашей стране предпринимаются меры по изучению и разработке критериев ранней комплексной диагностики клинических форм данного заболевания, обоснованию новых подходов, а также определению параметров мониторинга эффективности лечения и реабилитации пациентов с циррозом печени, осложнённым спонтанным бактериальным перитонитом. Подобные задачи отражены в Постановлении, в котором указано, что «...повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи, формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, создание эффективных моделей патронажа и диспансерного наблюдения, поддержка здорового образа жизни и совершенствование системы профилактики заболевания являются приоритетными направлениями... »<sup>2</sup>. Разработка плана лечения спонтанного бактериального перитонита у пациентов с циррозом печени на основе современных комплексных терапевтических подходов является одной из важнейших задач в данной области.

---

<sup>1</sup> <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/ncd-deaths-by-cause>

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УФ -60 «О Стратегии развития нового Узбекистана в 2022-2026 годах »

Настоящее диссертационное исследование в определённой степени направлено на реализацию задач, закреплённых в Постановлении Президента Республики Узбекистан от 16 июня 2022 года № ПП-283 «О мерах по совершенствованию системы оказания скорой медицинской помощи населению», Указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № УП-60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы», Постановлении Президента Республики Узбекистан от 25 мая 2021 года № ПП-5124 «О мерах по комплексному развитию сферы здравоохранения», а также в других нормативных документах, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Настоящее диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий Республики Узбекистан — VI «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Одной из актуальных проблем хирургической гепатологии являются осложнения цирроза печени (ЦП), такие как кровотечение вследствие варикозного расширения вен пищевода и асцит, которые в совокупности составляют 81% случаев. По данным анамнеза, у более чем 50% пациентов, проживающих с циррозом печени в течение 10 лет, наблюдается асцит; при этом однолетняя выживаемость составляет 50–82%, а пятилетняя — около 50%. У более чем 10–12% пациентов с асцитом развивается спонтанный бактериальный перитонит (СБП). Согласно современным данным, основной причиной роста частоты СБП в последние годы является нецелесообразное или чрезмерное применение ингибиторов протонной помпы и антибиотиков у данной категории пациентов (Thiele G.V. et al.,2024).

СБП представляет собой одну из клинических форм первичного перитонита и является тяжёлым полиэтиологическим осложнением цирроза печени. Данное осложнение выявляется у 10–37% пациентов, поступающих в стационар с декомпенсированным циррозом, и несколько реже — в амбулаторной практике. СБП чаще наблюдается у лиц пожилого возраста, однако в последние годы отмечаются случаи его развития и среди молодёжи (Nguyen L.C. et al.,2022).

Спонтанный бактериальный перитонит развивается исключительно при циррозе печени, осложнённом асцитом. В 80% случаев ведущую роль в его этиологии играют два вида микроорганизмов — кишечная палочка и клебсиелла. В последние годы в гепатологической практике всё чаще отмечаются сведения о вовлечении грамположительных энтерококков и метициллин-резистентных стафилококков в развитии СБП(Сергеева В.А. и соав.,2024).

Основным механизмом (патогенезом) возникновения спонтанного бактериального перитонита (СБП) является бактериальная транслокация. Условно-патогенные микроорганизмы или продукты жизнедеятельности бактерий первоначально проникают в лимфатическую систему кишечника, а

затем — в асцитическую жидкость. Вследствие цирроза печени замедляется перистальтика кишечника, уменьшается количество желчных кислот и развивается гипохлоргидрия, что способствует не только транслокации микроорганизмов, но и их быстрому размножению(Штонда М.В. и соав.,2024).

Присоединение бактериальной инфекции у пациентов с ЦП приводит к декомпенсации печёночной недостаточности и нередко становится причиной летального исхода на стадии декомпенсации цирроза. У больных с ЦП наличие бактериальной инфекции увеличивает частоту осложнений в 4–5 раз. У каждой трети пациентов, госпитализированных с циррозом печени, причиной госпитализации являются бактериальные осложнения, которые в 30–50% случаев приводят к летальному исходу(Санокулова С. А. и соав., 2023).

Учитывая приведённые выше выводы и данные различных авторов, а также исходя из современной клинической ситуации, можно заключить, что проблема спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии остаётся открытой и дискуссионной. Исходя из вышеуказанных выводов и фактических данных современных исследователей, можно заключить, что проблема спонтанного бактериального перитонита при циррозе печени остаётся актуальной и дискуссионной. Высокая смертность, обусловленная развитием СБП у пациентов с ЦП, требует своевременной диагностики и выбора адекватной лечебной тактики.

**Связь диссертационного исследования с научно-исследовательскими планами высшего учебного заведения, где выполнена диссертация.** Диссертационная работа выполнена в рамках научно-исследовательского плана Бухарского государственного медицинского института (02.2026.PhD.267) «Раннее выявление, диагностика и разработка новых методов лечения и профилактики патологических факторов, влияющих на здоровье населения Бухарской области в пост COVID-19 периоде (2022-2026 гг.)».

**Цель исследования** заключалась в совершенствовании лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии путём сравнительного анализа результатов терапии.

**Задачи исследования** заключается в следующем:

изучить причин и частоты возникновения спонтанного бактериального перитонита у пациентов с циррозом печени;

анализ результатов лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии с применением традиционных методов;

изучить эффективности современного комплексного подхода к диагностике и лечению спонтанного бактериального перитонита у пациентов с циррозом печени;

разработать алгоритма лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии на основе анализа результатов комплексной терапии.

**Объектом исследования:** рассмотрены результаты лечения 126

пациентов с циррозом печени, у которых наблюдалось осложнение в виде спонтанного бактериального перитонита и которые проходили лечение в Бухарском филиале РНЦЭМП за период 2016–2024 годов.

**Предметом исследования** являлись полученные результаты ультразвуковое исследование, ангиография, дуплексное сканирование, МСКТ-ангиография у пациентов со спонтанным бактериальным перитонитом на фоне цирроза печени.

**Методы исследования.** В исследовании использовались ультразвуковое исследование, ангиография, дуплексное сканирование, МСКТ-ангиография, микробиологические, а также статистические методы исследования.

**Научная новизна исследования заключается в следующем:**

Впервые установлено, что в этиологии спонтанного бактериального перитонита (СБП) наряду с грамотрицательной микрофлорой присутствуют и грамположительные микроорганизмы, в частности *Enterococcus faecalis*, что обуславливает необходимость пересмотра стратегий лечения спонтанного бактериального перитонита;

Впервые доказана высокая эффективность комбинации меропенема, альбумина и улинастатина в лечении спонтанного бактериального перитонита, при этом применение данной комбинации способствовало снижению летальности в 2,4 раза;

Впервые обосновано внедрение выполнения парацентеза под ультразвуковым контролем в качестве стандартного метода с целью профилактики осложнений, а также проведение парацентеза в первые сутки после госпитализации. Установлена возможность ранней диагностики спонтанного бактериального перитонита и определена значимость определения С-реактивного белка (СРБ), общего белка в асцитической жидкости и лейкоцитарной эстеразы как маркеров воспаления в процессе диагностики спонтанного бактериального перитонита;

Впервые с использованием метода «проточной цитометрии» была выявлена возможность быстрого и точного проведения лабораторных исследований, повторного обследования на 3–4-е сутки лечения и выполнения динамического парацентеза для оценки эффективности терапии и раннего выявления спонтанного бактериального перитонита. На основе анализа результатов комплексного лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии был разработан алгоритм лечения, эффективность которого была доказана.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

установлена необходимость проведения парацентеза у всех пациентов с асцитом в первые сутки после госпитализации. Это обеспечило возможность ранней диагностики и своевременного начала лечения. Установлено, что все процедуры парацентеза должны выполняться под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Метод проточной цитометрии рекомендован для применения, поскольку позволяет выполнять лабораторные исследования в течение 1–2 минут, повышая скорость и точность диагностики;

установлено, для лечения СБП целесообразно начинать эмпирическую антибактериальную терапию у всех пациентов с применением меропенема. Проведение динамического парацентеза (повторное выполнение на 3–4-е сутки) является важным методом оценки эффективности лечения. У пациентов, получавших комбинацию меропенема, альбумина и улинастатина, показатель смертности снизился с 21% до 8,7% (снижение в 2,4 раза);

длительность стационарного лечения сократилась с  $14 \pm 1,8$  суток до  $6,5 \pm 1,8$  суток, что является существенным клинически значимым результатом. Подтверждено, что определение С-реактивного белка (СРБ) в крови, общего белка и лейкоцитарной эстеразы в асцитической жидкости является важным фактором повышения диагностической эффективности.

**Достоверность полученных результатов.** В научно-исследовательской работе использованы современные методы и подходы, проведена согласованность полученных данных с теоретическими источниками, обеспечена методологическая правильность выполненных исследований, достаточность числа пациентов, а также применены клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования. Изучены клинические особенности развития диффузного перитонита, а также пути совершенствования методов его диагностики и лечения.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования объясняется углубленным анализом патогенеза и клинического течения СБП у пациентов с циррозом печени, а также взаимосвязью его основных факторов риска – бактериальной транслокации и печеночно/иммунной дисфункции, предложением для ранней и точной диагностики СБП таких высокотехнологичных диагностических критериев, как проточная цитометрия и внедрением комплексного алгоритма терапии, включающего меропенем, альбумин и улинастатин, что улучшает качество жизни пациентов и снижает смертность.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке и внедрении в практику эффективной диагностической методики, а именно проведения парацентеза под контролем УЗИ в первый же день госпитализации у пациентов с циррозом печени и асцитом при подозрении на СБП, вне зависимости от их клинического состояния, внедрением в клиническую практику оптимального алгоритма лечения на основе комбинации меропенема, альбумина и улинастатина, что позволяет минимизировать осложнения (снижение смертности в 2,4 раза) и повысить клиническую эффективность за счет сокращения сроков лечения (с 14 до 6,5 дней), кроме того, внедрение механизма оценки эффективности лечения посредством динамического парацентеза (на 3-4-й день) создает возможность для широкого применения данного подхода с целью улучшения исходов лечения пациентов.

#### **Внедрение результатов исследования.**

Согласно заключению №\_30/19 от 2 декабря 2025 года Научно-

технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

*первая научная новизна:* впервые проведено сравнительное изучение результатов лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии. *Значение научной новизны:* Полученные результаты обладают теоретической значимостью и вносят существенный вклад в сравнительное изучение особенностей лечения спонтанного бактериального перитонита у пациентов с циррозом печени. *Внедрение научной новизны в практику.* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику Сырдарьинского филиала РНЦЭМП (приказ № 108/1 от 2025 года) и Хорезмского филиала РНЦЭМП (приказ № 151-«I» от 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны.* Применение нового метода лечения способствовало снижению частоты осложнений, улучшению качества лечения и уменьшению риска летальных исходов у пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны.* За счёт сокращения средней продолжительности госпитализации на 6 дней достигнуто снижение бюджетных расходов на одного пациента на 2 300 000 сум, а внебюджетных затрат — на 1 150 000 сум. *Вывод.* Сравнительное изучение результатов лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии позволило достоверно снизить частоту осложнений и летальность, а также существенно улучшить клинические результаты лечения.

*вторая научная новизна:* изучены частота встречаемости спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии, особенности его клинического течения, а также роль и значимость факторов риска, способствующих его развитию. *Значимость научной новизны:* Установлено, что на фоне цирроза печени вследствие избыточного бактериального роста в тонком кишечнике развивается бактериальная транслокация, которая приводит к формированию спонтанного бактериального перитонита и последующему развитию системного воспалительного ответа, способствующего возникновению полиорганной недостаточности. Выявлено, что у пациентов с циррозом печени, относящихся к классам В и С по шкале Чайлд–Пью, уровень летальности достигает 24 %, что позволяет отнести данную категорию больных к группе высокого риска. *Внедрение научной новизны в практику.* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику Сырдарьинского филиала РСНПЦХ (приказ № 108/1 от 2025 года) и Хорезмского филиала РСНПЦХ (приказ № 151-«I» от 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны.* Выявление высокой значимости факторов риска у пациентов с циррозом печени, относящихся к классам В и С по шкале Чайлд–Пью, позволило повысить эффективность профилактики возможных осложнений у данной категории больных. *Экономическая эффективность научной новизны.* За счёт сокращения средней продолжительности стационарного лечения на 3 дня достигнуто снижение общих расходов на одного пациента на 1 150 000 сум, при этом затраты на медикаментозную терапию уменьшены на 575 000 сум. *Вывод.* Установление высокой значимости факторов риска у пациентов с циррозом

печени, относящихся к классам В и С по шкале Чайлд–Пью, оказало положительное влияние на профилактику осложнений и улучшение клинических исходов у данной категории больных.

*третья научная новизна:* доказана эффективность дифференцированного подхода к комплексному лечению спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии, включающего активную консервативную терапию с применением препарата улинастатин и использование пункционных методов лечения. *Значимость научной новизны:* Установлено, что применение улинастатина в составе комплексной терапии спонтанного бактериального перитонита, развившегося на фоне цирроза печени, способствует снижению выраженности системной воспалительной реакции, стабилизации иммунных нарушений, повышению регенераторного потенциала гепатоцитов и, как следствие, более эффективной коррекции печёночной недостаточности. *Внедрение научной новизны в практику.* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику Сырдарьинского филиала РСНПЦХ (приказ № 108/1 от 2025 года) и Хорезмского филиала РСНПЦХ (приказ № 151-«I» от 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны.* Использование дифференцированных подходов в комплексном лечении спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии, в том числе включение улинастатина в активную консервативную терапию и применение пункционных методов, способствовало снижению риска развития осложнений у данной категории пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны.* Применение улинастатина при лечении пациентов со спонтанным бактериальным перитонитом цирротической этиологии позволило сократить затраты на лечение, обеспечив экономию бюджетных средств в размере 383 000 сум и внебюджетных средств в размере 192 000 сум на одного пациента. *Вывод.* Дополнительное включение улинастатина в схему комплексного лечения данной категории пациентов способствовало ускорению улучшения клинико-лабораторных показателей на 2–3 суток, сокращению продолжительности стационарного лечения на 2–3 дня, повышению общей выживаемости пациентов до 91,1 %, а также увеличению показателя выживаемости у больных с функциональным классом Child–Pugh C до 42,4 %.

*четвертая научная новизна:* на основе анализа результатов комплексного лечения спонтанного бактериального перитонита цирротической этиологии разработан алгоритм лечения. *Значимость научной новизны:* Установлено, что при подозрении на спонтанный бактериальный перитонит наличие микроорганизмов в асцитической жидкости, полученной при пункции брюшной полости, а также количество нейтрофилов в асцитической жидкости более 250 клеток в 1 мм<sup>3</sup> свидетельствуют о классической форме СБП и являются показанием к немедленному началу комплексного лечения на основе улинастатина. В случаях, когда количество нейтрофилов в асцитической жидкости составляет менее 250 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, вероятность развития СБП остаётся высокой, что обосновывает необходимость незамедлительного начала комплексной терапии на основе

улинастатина с профилактической целью, а также для предупреждения осложнений, возможных в ближайшей и отдалённой перспективе. Дополнительно доказано, что наиболее чувствительным методом выявления высокой вероятности СБП является определение активности лейкоцитарной эстеразы в асцитической жидкости. *Внедрение научной новизны в практику.* Полученные научно-практические данные внедрены в клиническую практику Сырдарьинского филиала РСНПЦХ (приказ № 108/1 от 2025 года) и Хорезмского филиала РСНПЦХ (приказ № 151-«I» от 2025 года). *Социальная эффективность научной новизны.* Разработанный метод лечения способствовал значительному снижению частоты осложнений, повышению качества лечения и сокращению сроков восстановления пациентов. *Экономическая эффективность научной новизны.* За счёт сокращения средней продолжительности госпитализации на 3 дня достигнута экономия бюджетных средств в размере 1 150 000 сум и внебюджетных средств в размере 383 000 сум на одного пациента. *Вывод.* Доказано, что разработанный новый метод лечения, основанный на использовании алгоритма комплексной терапии, является эффективным при лечении пациентов со спонтанным бактериальным перитонитом цирротической этиологии.

**Апробация результатов исследования.** Результаты настоящего исследования были представлены и опубликованы на 4 международных и 2 республиканских научно-практических конференциях и съездах.

**Публикация полученных результатов.** По теме диссертации для опубликования основных научных результатов подготовлено 15 научных изданий, из них 6 научных статей, в том числе 5 в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, и 1 в зарубежных журналах.

#### **Структура и объём диссертации.**

Диссертация состоит из введения, четырёх глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Общий объём диссертации составляет 116 страниц.

### **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Во **введении** обоснованы актуальность и необходимость проведенного исследования, его цели и задачи, описаны объект и предмет исследования. Указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и техники республики, описаны научная новизна и практические результаты исследования, раскрыта научно-практическая значимость полученных результатов. Приведены сведения о применении результатов исследования в практике здравоохранения, приведены сведения об опубликованных работах и структура научной работы.

В первой главе диссертации «**Диагностика СБП циррозной этиологии и современные методы лечения (обзор литературы)**» приведен обзор литературы, отражающий опыт ведущих отечественных, российских и зарубежных исследователей. Раздел посвящен обзору и анализу

литературных источников по теме диссертации. В данной главе отражены результаты исследований различных авторов по этиологии, патогенезу, классификации, клинике и современным методам лечения перитонита.

Во второй главе диссертации **«Характеристика материалов и методов исследования»**, приведены клиническая характеристика пациентов, материалы исследования, методические подходы и методы, обеспечивающие решение поставленной задачи.

Проведен анализ данных обследования и лечения 126 больных спонтанным бактериальным перитонитом циррозной этиологии, находившихся на лечении в хирургическом отделении Бухарского филиала Бухарского государственного медицинского института, клинической базе кафедры «Хирургические болезни в семейной медицине», за период с 2016 по 2024 год.

Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения:

в I группе сравнения (n=68) ретроспективно проанализированы результаты традиционного лечения пациентов со спонтанным бактериальным перитонитом цирроза печени.

во II основной группе (n=58) изучалось влияние меропенема, альбумина и дополнительно улинастатина вместо цефтриаксона в дополнение к активному консервативному методу лечения пациентов с осложнениями спонтанного бактериального перитонита цирроза печени. В ходе исследования изучалась эффективность новой тактики, клиническая динамика заболевания, динамические лабораторные исследования (метод проточной цитометрии), современные методы лабораторного исследования, результаты их применения и успешность лечения. Также в результате применения усовершенствованной тактики анализировались: эффективность устранения инфекционного процесса, сохранение функции почек и других жизненно важных органов, снижение развития сепсиса, сокращение сроков госпитализации и общей летальности. У пациентов основной группы лабораторные исследования включали определение уровня воспаления в общем анализе крови, лейкоцитов, С-реактивного белка (СРБ), полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЛ) в асцитической жидкости и концентрации общего белка. Данные исследования выполнялись методом проточной цитометрии с использованием современного лабораторного оборудования.

В основной группе пациентов, независимо от развития клинических симптомов заболевания, всем пациентам с асцитом в 1-е сутки выполнялся парацентез, а для оценки эффективности лечения в динамике – динамический парацентез и выявление изменений в асцитической жидкости на 3-4-е сутки. Все парацентезы в основной группе пациентов выполнялись при помощи УЗИ.

Следует подчеркнуть, что в основную группу вошли пациенты, проходившие лечение в 2020–2024 годах. Кроме того, для сохранения синхронности групп пациентов, включенных в наше исследование, в исследование не включались пациенты со следующими дополнительными

состояниями: тяжелая печеночная недостаточность, резистентный тип асцита, внепеченочная ПГ, пациенты старше 70 лет, пациенты с сахарным диабетом, онкологическими и тяжелыми заболеваниями.

Комплексное обследование пациентов, включенных в наше исследование, включало клинические, биохимические, инструментальные, рентгенологические и бактериологические исследования. На основании данных, полученных в результате анализа, ставился диагноз, осуществлялся контроль течения заболевания и оценивались результаты лечения.

Ультразвуковое исследование всех больных, включенных в наше исследование, имело большое значение не только в определении количества и состояния асцитической жидкости в брюшной полости, наличия мутности и нитей фибрина, но и в определении объема и состояния печени, состояния ее паренхимы, диаметра и состояния внутрипеченочных сосудов портальной системы, расположения ворот печени, состояния желчного пузыря, состояния нижней полой вены.

**Методика парацентеза.** В контрольной группе полиморфноядерные лейкоциты (ПЯЛ) в асцитической жидкости определялись под световым микроскопом в камере Горяева с целью микроскопического подсчета. В основной группе использовался современный лабораторный метод «Проточная цитометрия». В связи с этим у пациентов основной группы исследования проводились методом «Проточной цитометрии» – современным инновационным прибором, позволяющим оценить биофизические свойства клеток различной формы в потоке жидкости под воздействием лазерного излучения. Прибор может быть использован как в практических, так и в научных целях.



**Рис.1. “ Прибор проточной цитометрии «Sysmex XN-550» и принцип работы современного инновационного прибора, применяемого для оценки биофизических свойств клеток в потоке жидкости под воздействием лазерных лучей.**

Методика определения полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЛ) в асцитической жидкости с помощью прибора **Sysmex XN-550**. Назначение: автоматическое определение количества полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЛ) в асцитической жидкости и диагностика спонтанного бактериального

перитонита (СБП) и других воспалительных процессов. Анализ был проведён в режиме Body Fluid Mode (режим анализа биологических жидкостей).

Бактериологические исследования проводились в бактериологическом лабораторном центре Бухарского филиала РНЦМП. В результате бактериологического анализа определялась степень инфицированности асцитической жидкости в зависимости от количества микроорганизмов в 1 мм<sup>3</sup> асцитической жидкости.

На основании бактериологических исследований основным возбудителем СБП была кишечная палочка *E. coli*, которая была идентифицирована как этиологический фактор в 85% случаев. Следующими по распространенности оказались микроорганизмы *Proteus* и *Klebsiella*.

В третьей главе диссертации «**Результаты традиционных методов лечения больных с осложнениями спонтанного бактериального перитонита циррозной этиологии (группа сравнения)**» отобраны и изучены истории болезни 68 больных СБП циррозной этиологии, находившихся на лечении в хирургических отделениях Бухарского филиала Бухарского государственного медицинского института, расположенного на клинической базе Бухарского государственного медицинского института, и которым в течение 2016-2020 гг. проводилось комплексное лечение традиционными методами.

Во всех случаях отмечался внутripечёночный блок ПГ (портальная гипертензия), то есть он носил характер цирроза печени, то есть он приобрел характер ЦП, и при анализе его причин было установлено, что вирус гепатита (HBV + HDV) вызвал цирроз печени в 32% случаев, HCV - в 34% случаев, алкогольный цирроз печени в 8% случаев, ЦП криптогенной этиологии - в 16% и аутоиммунный цирроз печени в 4% случаев, а лекарственный цирроз печени в 6%.

**Таблица №1.**

**Распределение больных группы сравнения по этиологии цирроза печени (n=68)**

Этиология	Группа сравнения		P
	abs	M±m,%	
Вирусный гепатит В + Д	22	32,3±3,69	$\chi^2 = 88,172;$ $p = 0,000$
Вирусный гепатит С	23	33,8±3,33	
Алкогольный цирроз печени	6	8,8±3,33	
Аутоиммунный гепатит	3	4,4±3,33	
ЦП криптогенной этиологии	10	14,7±3,33	
Цирроз печени, вызванный приемом лекарств	4	5,8±1,71	
Всего	68	100±0,0	

Количество асцитической жидкости в брюшной полости определялось на основании критериев Международного клуба по асциту (International Club of Ascites - ICA).

В данной группе сравнения 26 (38,2%) пациентов имели класс В по Чайлд-Пью (7–9 баллов), а 42 (61,8%) пациента – класс С (10–15 баллов) ( $\chi^2 = 13,517; p = 0,000$ ). Следует подчеркнуть, что пациенты с классом А (5–

баллов) не были включены в наше исследование, поскольку у них не было СБП и они не входили в задачи исследования. Таким образом, у пациентов была диагностирована первичная печеночная недостаточность в стадии субкомпенсации и декомпенсации (таблица 2).

**Таблица № 2.**

**Распределение пациентов по классификации Чайлд-Пью**

По классификации Чайлд-Пью	Группа сравнения		
	abs	M±m,%	P
В класс	26	38,2±5,75	$\chi^2 = 13,517;$ $p = 0,000$
С класс	42	61,8±5,75	
Всего	68	100±0	

У всех пациентов в день поступления для уточнения диагноза использовались данные анамнеза, объективные и субъективные данные, а также результаты лабораторных и ультразвуковых исследований.

Основными характерными симптомами у пациентов с СБП циррозной этиологии были резкое повышение температуры тела до субфебрильной у 58 (85,2%) пациентов, боли в животе у 42 (61,7%), усиление боли в животе при движении у 42 (61,7%), тошнота и рвота, не приносящие облегчения, у 34 (50%) пациентов.

Результаты клинико-лабораторного обследования всех поступивших пациентов были проанализированы и отражены в следующих показателях (таблица 3.6). Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе сравнения у больных ЦП в общем анализе крови уровень гемоглобина составил значения ниже 85,72±0,47 г/л, количестве эритроцитов менее 3,77·10<sup>12</sup>/л, количестве тромбоцитов менее 78 x 10<sup>9</sup> /л, а длина селезенки в среднем составляет 16,1 см, что свидетельствует о проявлениях признаков гиперспленизма (табл. 3).

**Таблица № 3.**

**Клинико-лабораторные показатели больных группы сравнения**

	Группа сравнения (n=68)	p
Альбумин в крови, г/л	35,0±1,1	0,505
Протромбиновый индекс, %	56,5±0,98	0,146
Общий билирубин, мкмоль/л	36,8±1,72	0,954
АЛТ, АСТ, ммоль/л	65,4±1,11	0,505
Мочевина, ммоль/л	9,8±0,36	0,160
Креатинин, мкмоль/л	188,5±4,23	0,468
Фибриноген, г/л	2,25±0,2	0,699
Эритроцит, 10 <sup>12</sup> /л	3,77±0,31	0,360
Гемоглобин	85,72±0,47	0,78
Лейкоциты, 10 <sup>9</sup> /л	3,61±0,22	0,458
Тромбоциты, 10 <sup>9</sup> /л	78±1,52	0,160
Скорость оседания эритроцитов, мм/с	20,5±0,78	0,603
Длина селезенки, см	16,1±1,3	0,116

*Примечание: (- P<0,05)*

Следует подчеркнуть, что для сохранения синхронности групп пациенты с асцитическим перитонитом различной этиологии, которые могут наблюдаться в стационаре, в наше исследование не включались.

Пациенты контрольной группы получали лечение по стандартной консервативной схеме, которая включала антибактериальную терапию, инфузионную терапию, противоасцитные мероприятия, симптоматическую терапию и парацентез. Однако в связи с иммунологическими и гемодинамическими изменениями, связанными с циррозом печени, у некоторых пациентов наблюдался сниженный ответ на терапию и различные осложнения, приведшие к летальному исходу. Анализ позволил оценить проводимую терапию и тактику лечения, а также её эффективность.

Ретроспективные результаты показали, что у 20 (29,5%) из 68 пациентов парацентез был выполнен в течение 3 дней после госпитализации, у 43 (63%) – в течение 4 дней и у 5 (7,5%) пациентов – в течение 5 дней. Отмечено, что эффективность парацентеза зависит от степени развития клинических симптомов (боли в животе, повышение температуры тела, развитие пареза кишечника и снижение чувствительности у больных). Поэтому, ввиду отсутствия выраженных клинических проявлений СПБ, парацентез выполняли в последующие дни, то есть после развития симптомов перитонита.

Диагноз был подтвержден на основании лабораторного исследования асцитической жидкости, полученной при парацентезе (количество нейтрофилов в крови составило более 250 в 1 мм<sup>3</sup>).

Для оценки эффективности лечения пациентов контрольной группы было установлено, что парацентез и исследование асцитической жидкости в динамике не проводились.

Пациентам контрольной группы диагностическая лапароскопия была выполнена 5 (8,6%) пациентам для дифференциации септицемии от вторичного бактериального перитонита.

Основной причиной столь высокой летальности является прогрессирующая системная воспалительная реакция и ухудшение функции почек на фоне неадекватной антибактериальной терапии. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов составила  $14 \pm 1,8$  дня.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что новые методы лечения и диагностики позволяют уменьшить недостатки, наблюдаемые в контрольной группе, и повысить эффективность лечения. Это, в свою очередь, способствовало улучшению прогноза у пациентов основной группы и профилактике осложнений.

В четвертой главе диссертации **«Результаты предложенной лечебно-диагностической тактики при спонтанном бактериальном перитоните, развившемся на фоне цирроза печени у больных основной группы»**, проанализированы данные комплексного лечения 58 больных СБП циррозной этиологии в хирургических отделениях Бухарского филиала Бухарского государственного медицинского института, кафедры хирургических болезней клинической базы Бухарского государственного

медицинского института. Во II - основной группе нашего исследования (n=58) в лечении больных с осложнениями спонтанного бактериального перитонита циррозной этиологии комплексно применялось воздействие меропенема, альбумина и улинастатина и методы динамического парацентеза.

При диагностике у большинства пациентов парацентез был выполнен в день поступления (52 (90%)), а у 6 (10%) пациентов (в выходные дни) – на 2-й день. При этом в связи с непредвиденным ответом бактериологических исследований был использован антибактериальный препарат широкого спектра действия меропенем. Для оценки динамики эффективности антибактериальной терапии пациентам основной группы в течение 4 дней проводился динамический парацентез с определением динамики полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЛ) и общего белка в асцитической жидкости. Все парацентезы и динамические парацентезы проводились в условиях УТТ, в отличие от пациентов контрольной группы.

Лабораторные исследования для определения степени воспаления в крови включали определение концентрации С-реактивного белка (СРБ), ПМЛ в асцитической жидкости, общего белка и лейкоцитарную эстеразу. Данные исследования проводились с помощью современного лабораторного прибора – проточной цитометрии. Автоматизированное определение ПМЛ в асцитической жидкости и диагностика СБП и других воспалительных процессов с использованием методики Sysmex XN-550. Анализ был проведён в режиме Body Fluid Mode (режим анализа биологических жидкостей).

Проточная цитометрия – современный инновационный прибор, используемый для оценки биофизических свойств клеток различной формы в потоке жидкости под воздействием лазерных лучей. Прибор может использоваться как в практических, так и в научных целях.

Результаты бактериологического и лабораторного исследования асцитической жидкости у пациентов основной группы с СБП представлены в таблице 4. Из них у 41 (71%) пациента отсутствовали микроорганизмы ПМЛ (посев отрицательный). При анализе результатов бактериологического исследования грамотрицательными микроорганизмами были *E. coli* в 5 (8,5%) случаях и *Klibsiella* в 7 (12%) случаях. В отличие от результатов контрольной группы, в асцитической жидкости у пациентов основной группы были высеяны грамположительные микроорганизмы, в частности *Enterococcus faecalis* в 5 (8,5%) случаях. В связи с этим были внесены изменения в тактику антибактериальной терапии.

**Таблица № 4.**

**Распределение пациентов с циррозом печени по этиологическим факторам СБП**

<b>Этиологические факторы</b>	<b>Число больных</b>	<b>%</b>
Факат ПМЛ ошиши культурунегатив	41	71%
<i>ПМЛ+E. coli</i> (грамм-)	5	8,5%
<i>ПМЛ+Klibsiella</i> (грамм-)	7	12%
<i>ПМЛ+Enterococcus faecalis</i> (грамм +)	5	8,5%
Всего	58	100%

На основе анализа результатов исследования установлено, что основной этиологический фактор СБП — микроорганизм *E. coli* — проявил высокую чувствительность преимущественно к антибиотикам группы цефалоспоринов, тогда как *Enterococcus faecalis* (5; 8,5%) оказался чувствительным только к меропенему. В связи с этим у пациентов основной группы меропенем широко применялся в качестве препарата для эмпирической антибактериальной терапии.

Меропенем — это карбапенем широкого спектра действия, относящийся к группе антибиотиков, эффективно воздействующих на многие грамотрицательные и грамположительные бактерии, включая множественно резистентные штаммы.

Меропенем практически не разрушается дегидропептидазой-1 в почечных канальцах (его применение не требует сочетания с циластатином — специфическим ингибитором дегидропептидазы-1), поэтому не обладает нефротоксическим действием.

Препарат вводили внутривенно (в/в) болюсно, предварительно растворив в стерильной воде для инъекций: для дозы 500 мг — в 10 мл, для дозы 1000 мг — в 15 мл; введение осуществлялось не менее чем за 5 минут.

Бактерии, характеризующиеся высокой чувствительностью к меропенему (>90%), обычно включают:

*Enterobacteriaceae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*.

Для обеспечения эффективного лечения у пациентов основной группы и снижения уровня летальности проводилась рациональная антибиотикотерапия, то есть применение широкого спектра антибиотиков в качестве эмпирического лечения и оценка их эффективности путём динамического пунктирования асцитической жидкости с последующим определением количества нейтрофильных лейкоцитов.

На основании анализа результатов лечения пациентов контрольной группы, наблюдаемых осложнений, причин летальных исходов, а также данных лабораторных и инструментальных исследований был предложен следующий алгоритм дополнительных методов диагностики и лечения:

у пациентов с циррозом печени и асцитом, даже при отсутствии выраженных жалоб и яркой перитонеальной симптоматики, необходимо выполнить парацентез в первые сутки при обращении в стационар. Асцитическую жидкость следует исследовать на содержание полиморфоядерных лейкоцитов, и при их концентрации  $\geq 250$  в мм<sup>3</sup> — установить диагноз и незамедлительно начать лечение. Также проводится определение активности эстеразы и концентрации белка в асцитической жидкости;

для контроля эффективности лечения (антибактериальной терапии) рекомендуется проведение повторного парацентеза на 3–4-е сутки с целью оценки динамики;

при наличии выраженного симптомокомплекса спонтанного бактериального перитонита лечение следует начинать с широкого спектра эмпирической антибактериальной терапии, охватывающей как грамотрицательные, так и грамположительные микроорганизмы

(меропенем);

при диагностике системного воспалительного ответа при СБП, наряду с определением числа лейкоцитов, необходимо измерение уровня С-реактивного белка (СРБ);

помимо исследования полиморфоядерных лейкоцитов в асцитической жидкости, рекомендуется определять уровень лейкоцитарной эстеразы и концентрацию общего белка;

при снижении концентрации общего белка в асцитической жидкости ниже 15 г/л показано введение 20% раствора альбумина;

для подсчёта концентрации полиморфоядерных лейкоцитов в асцитической жидкости вместо светового микроскопа и камеры Горяева планируется использование современного лабораторного метода — проточной цитометрии;

в дополнение к комплексному лечению рекомендуется применение препарата улинастатина.

У пациентов с СБП улинастатин блокирует развитие системной воспалительной реакции (SIRS), защищая функции жизненно важных органов. Использование этого защитного механизма позволило повысить эффективность лечения у больных основной группы.

Препарат вводили внутривенно капельно: 100 000 ЕД, растворённых в 100 мл 0,9% физиологического раствора или 5% раствора декстрозы, в течение 1 часа. Применяли 2 раза в сутки.

Следует подчеркнуть, что препарат улинастатин применялся дополнительно на фоне комплексной терапии с целью коррекции системной воспалительной реакции и иммунного ответа организма.

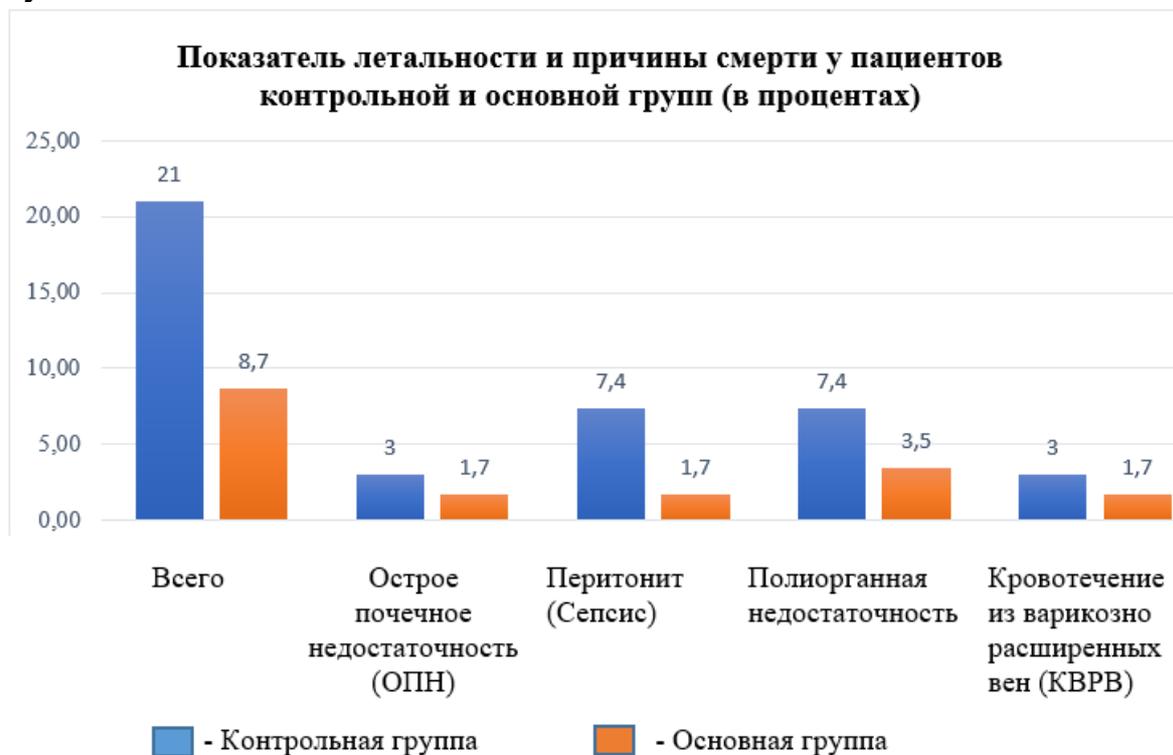
Комплексное лечение проводилось индивидуально по следующему порядку. Для восполнения дефицита калия и с антиоксидантной целью назначалось: Sol. Glucosae 10% — 200 мл + Sol. Kalii chloridi 4% — 20,0 + Sol. Insulini — 10 ЕД, вводилось внутривенно капельно 1 раз в сутки. С гемостатической целью применялось: Sol. Etamsylati 12,5% — 2,0, внутривенно 4 раза в сутки. С целью гормональной терапии назначался: Дексаметазон 8 мг, внутривенно. В качестве  $\beta$ -блокатора применялся: Бисопролол 5 мг, внутрь 1 раз в сутки. Для гастропротекции: Омез 20 мг, внутрь. С диуретической целью назначались: Торсид + Верошпирон 100 мг, внутрь. С целью гемотрансфузии вводилась: одногруппная плазма — 600 мл, внутривенно.

Применение улинастатина в комплексной терапии СБП обосновано его противовоспалительными, органопротективными и иммуномодулирующими свойствами. Использование данного препарата может снижать вероятность развития полиорганной недостаточности и улучшать прогноз у пациентов с циррозом печени и СБП, особенно в случаях повышенного риска острого повреждения почек.

У пациентов основной группы эффективность лечения по предложенному алгоритму была отмечена у 53 (91,3%) больных, тогда как у 5 (8,7%) пациентов наблюдался летальный исход по различным причинам (почечная недостаточность, прогрессирование перитонита — сепсис,

полиорганная недостаточность, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода).

Показатель летальности в основной группе оказался в 2,4 раза ниже по сравнению с контрольной группой (21%), что наглядно представлено на рисунке 2.



**Рис.2. Показатель летальности и причины смерти у пациентов контрольной и основной групп (в процентах)**

Среди пациентов основной группы летальный исход был отмечен у 5 из 58 больных (8,7%). Несмотря на проведённую комплексную терапию, основные причины смерти у этих пациентов были связаны с тяжёлым течением заболевания и развитием ряда серьёзных осложнений. Наиболее частой причиной летальных исходов являлась полиорганная недостаточность, которая составила 3,5% и приходилась на 40% всех случаев смерти.

Острое почечное повреждение, прогрессирование перитонита и кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода встречались по одному случаю каждое и составляли по 20% от общего числа летальных исходов.

Продолжительность стационарного лечения уменьшилась с  $14 \pm 1,8$  суток до  $6,5 \pm 1,8$  суток.

Общий анализ показал, что как в контрольной группе, так и в основной, летальные исходы были связаны с сепсисом и полиорганной недостаточностью. Показатель летальности в основной группе составил 8,7%, что демонстрирует эффективность применённого метода лечения и снижение риска смерти в 2,4 раза по сравнению с контрольной группой.

Подводя итог, можно отметить, что разработанный диссертантом алгоритм клинической диагностики и комплексной терапии СБП при циррозе печени, а также дополнительное включение препарата в состав комплексного

лечения, способствовали ускорению улучшения клинико-лабораторных показателей на 2–3 дня, сокращению сроков стационарного лечения на 2–3 дня и снижению летальности в 2,4 раза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Развитие спонтанного бактериального перитонита (СБП) на фоне цирроза печени у пациентов классов В и С по шкале Чайлд–Пью сопровождается летальностью до 24%. Если ранее в этиологии заболевания преимущественно выявлялись грамотрицательные микроорганизмы, то в настоящее время отмечается увеличение частоты обнаружения грамположительных бактерий. По данным бактериологического анализа асцитической жидкости *E. coli* выявлена в 5 случаях (8,5%), *Klebsiella* - в 7 случаях (12%). В отличие от контрольной группы, в основной группе пациентов были обнаружены грамположительные микроорганизмы, в частности *Enterococcus faecalis* — в 5 случаях (8,5%). Кроме того, прослеживается рост числа антибиотикорезистентных штаммов.

2. В ретроспективном анализе эффективность традиционно проводимой комплексной терапии была отмечена у 54 (79%) пациентов, тогда как у 14 (21%) больных зафиксированы летальные исходы вследствие различных осложнений: почечной недостаточности, прогрессирования перитонита (сепсиса), полиорганной недостаточности и кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода. Ретроспективные данные также показали, что у 68 пациентов парацентез выполнялся несвоевременно: у 20 (29,5%) — на третьи сутки после госпитализации, у 43 (63%) — на четвёртые сутки и у 5 (7,5%) — на пятые сутки. Задержка в выполнении процедуры была связана с отсутствием выраженной клинической симптоматики заболевания.

3. Применение меропенема, альбумина и улинастатина в составе эмпирической антибактериальной терапии оказало положительное влияние на эффективность лечения. Показатель летальности в основной группе снизился с 21% до 8,7%, то есть в 2,4 раза. Установлено, что продолжительность стационарного лечения уменьшилась с  $14 \pm 1,8$  суток до  $6,5 \pm 1,8$  суток.

4. В связи с увеличением частоты выявления грамположительных микроорганизмов в последние годы целесообразно начинать эмпирическую антибактериальную терапию с меропенема. Независимо от выраженности клинической симптоматики СБП всем пациентам с асцитом необходимо выполнять парацентез в первые сутки госпитализации. Асцитическую жидкость следует исследовать на содержание полиморфоядерных лейкоцитов, проводить микробиологические анализы, а также определять уровень общего белка, лейкоцитарной эстеразы и С-реактивного белка в крови для выявления воспалительного процесса и оценки его выраженности. Для оценки эффективности терапии рекомендуется выполнение динамического парацентеза на 3–4-е сутки с анализом изменений в составе асцитической жидкости. Все парацентезы должны проводиться под контролем ультразвукового исследования.

**SCIENTIFIC COUNCIL FOR AWARDED ACADEMIC DEGREES  
DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 AT BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**KOMILOV JAKHONGIR DAVLATOVICH**

**OPTIMIZATION OF TREATMENT METHODS FOR SPONTANEOUS  
BACTERIAL ASCITES PERITONITIS IN PATIENTS WITH LIVER  
CIRRHOSIS OF VARIOUS ETIOLOGIES**

**14.00.27 - Surgery**

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
IN MEDICAL SCIENCES**

**Bukhara - 2026**

**Doctor of Philosophy (PhD) dissertation topic in medical sciences registered at the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan under No. B2023.2.PhD/Tib3628.**

The dissertation was completed at the Bukhara state medical institute.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the scientific council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and the information and educational portal "ZiyoNet" ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Scientific supervisor:** **Urokov Shuxrat Tuxraevich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Official opponents:** **Khamdamov Bakhtiyor Zarifovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**Akbarov Mirshavkat Mirolimovich**  
Doctor of Medical Sciences, Professor

**The leading organization:** **Samarkand State Medical University**

The defense of the dissertation will take place "26" March 2026 at 14:00 hours at a meeting of the scientific council DSc.06/2025.27.12.Tib.05.03 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be found at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number № 107). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, Gijduvan str. 23. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on "16" March 2026 year  
(mailing report № 12 on "16" March 2026 year)



**M.M. Abduraxmanov**  
Deputy chairman of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.N. Kazakova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences (DSc), Associate Professor

**B.Z. Khamdamov**  
Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council for the Awarding of Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

## INTRODUCTION (abstract of Doctor of Philosophy (PhD) dissertation)

**The purpose of the study.** in improving the treatment of spontaneous bacterial peritonitis of cirrhotic etiology by comparative analysis of therapy results.

**Object of the study** the object of the study: the results of treatment of 126 patients with cirrhosis of the liver, who had a complication in the form of spontaneous bacterial peritonitis and who were treated at the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care for the period 2016-2024, were considered.

**Scientific novelty** is as follows:

for the first time, it was established that the presence of gram-positive microorganisms, such as *Enterococcus faecalis*, in the etiology of spontaneous bacterial peritonitis necessitates a revision of treatment strategies;

for the first time, the high effectiveness of the combination of meropenem, albumin, and ulinastatin in the treatment of spontaneous bacterial peritonitis was demonstrated, and it was shown that this combination contributes to a 2.4-fold reduction in mortality;

for the first time, the implementation of paracentesis under ultrasound guidance as a standard procedure to prevent complications was established. It was shown that performing paracentesis on the first day after hospital admission, early diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis (SBP), and determination of markers of inflammation—such as C-reactive protein (CRP) in blood, total protein, and leukocyte esterase in ascitic fluid—are important for the diagnostic process of SBP;

for the first time, it was demonstrated that the use of flow cytometry allows for rapid and accurate laboratory testing, repeat examinations on days 3–4 of treatment, and dynamic paracentesis to assess treatment efficacy and enable early detection of spontaneous bacterial peritonitis (SBP). Based on the analysis of the results of complex therapy applied in patients with SBP of cirrhotic etiology, a treatment algorithm was developed and its effectiveness was proven.

**Implementation of the research results.**

According to the conclusion No. 30/19 dated December 2, 2025 on the implementation of the results of scientific research of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan:

*first scientific novelty.* For the first time, the treatment outcomes of spontaneous bacterial peritonitis (SBP) of cirrhotic etiology were studied through a comparative analysis. *Scientific significance.* The obtained results have substantial theoretical significance and make an important contribution to the comparative evaluation of treatment approaches for spontaneous bacterial peritonitis in patients with liver cirrhosis. *Implementation into clinical practice.* The acquired scientific and practical findings have been implemented into clinical practice at the Syrdarya Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center (Order No. 108/1, 2025) and the Khorezm Branch of the same center (Order No. 151-“I”, 2025). *Social effectiveness scientific novelty.* The application of the proposed treatment approach contributed to a reduction in the number of

complications, improvement in the quality of medical care, and a decrease in the risk of mortality among patients. *Economic effectiveness scientific novelty.* By reducing the average length of hospital stay by 6 days, budgetary expenditures per patient were decreased by 2,300,000 Uzbek soums, and non-budgetary expenditures were reduced by 1,150,000 Uzbek soums. *Conclusion.* The comparative analysis of treatment outcomes for spontaneous bacterial peritonitis of cirrhotic etiology resulted in a significant reduction in complication rates and mortality, as well as an overall improvement in treatment outcomes.

*second scientific novelty.* the incidence of spontaneous bacterial peritonitis (SBP) of cirrhotic etiology, the specific features of its clinical course, and the role and significance of the precipitating risk factors have been studied. *Scientific significance.* It has been established that bacterial translocation associated with excessive bacterial overgrowth in the small intestine in patients with liver cirrhosis leads to the development of SBP and subsequent systemic inflammatory response, resulting in multiple organ failure. In patients classified as Child–Pugh classes B and C, mortality reaches 24%, indicating that this category of patients belongs to a high-risk group. *Implementation of the scientific novelty into practice.* The obtained scientific and practical data have been implemented into clinical practice at the Syrdarya Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center (Order No. 108/1, 2025) and the Khorezm Branch of the same center (Order No. 151-“P”, 2025). *Social effectiveness of the scientific novelty.* Identification of the high significance of risk factors in patients with liver cirrhosis belonging to Child–Pugh classes B and C made it possible to improve prevention of potential complications in this group of patients. *Economic effectiveness of the scientific novelty.* By reducing the average duration of hospital treatment by 3 days, total costs per patient were reduced by 1,150,000 Uzbek soums, while expenditures on medications decreased by 575,000 Uzbek soums. *Conclusion.* Recognition of the high-risk profile of patients with liver cirrhosis classified as Child–Pugh classes B and C had a positive impact on the prevention of complications and improvement of clinical outcomes in this patient population.

*third scientific novelty:* the effectiveness of differentiated approaches in the comprehensive treatment of spontaneous bacterial peritonitis (SBP) of cirrhotic etiology has been demonstrated, including the impact of adding ulinastatin to active conservative therapy and the efficacy of puncture-based methods. *Scientific significance.* It has been shown that the use of ulinastatin in the comprehensive management of SBP arising from liver cirrhosis leads to a reduction in systemic inflammatory response, stabilization of immune system alterations, enhancement of hepatocyte regenerative capacity, and, consequently, more effective correction of hepatic insufficiency. *Implementation of the scientific novelty into practice.* The obtained data have been implemented into clinical practice at the Syrdarya Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center (Order No. 108/1, 2025) and the Khorezm Branch of the same center (Order No. 151-“P”, 2025). *Social effectiveness of the scientific novelty.* The use of differentiated approaches in the comprehensive treatment of SBP of cirrhotic etiology—specifically, the inclusion of ulinastatin in active conservative therapy together

with puncture-based methods—contributed to a reduction in the risk of developing complications in patients. *Economic effectiveness of the scientific novelty.* The use of ulinastatin in the treatment of patients with SBP of cirrhotic etiology helped reduce overall treatment costs, providing savings of 383,000 Uzbek soums in budgetary funds and 192,000 Uzbek soums in extra-budgetary funds per patient. *Conclusion.* The addition of ulinastatin to comprehensive therapy accelerated improvement in clinical and laboratory parameters by 2–3 days, reduced the duration of inpatient treatment by 2–3 days, increased overall patient survival to 91.1%, and improved survival among patients with Child–Pugh class C to 42.4%.

*fourth scientific novelty:* based on an analysis of the outcomes of comprehensive therapy for spontaneous bacterial peritonitis (SBP) of cirrhotic etiology, a treatment algorithm has been developed. *Scientific significance.* According to the proposed treatment algorithm, in patients with suspected SBP, the presence of microorganisms in ascitic fluid obtained by abdominal paracentesis, together with a neutrophil count in ascitic fluid exceeding 250 cells per 1 mm<sup>3</sup>, indicates the classical form of SBP and constitutes an indication for the immediate initiation of comprehensive therapy based on ulinastatin. In cases where the neutrophil count in ascitic fluid is below 250 cells per 1 mm<sup>3</sup>, the probability of SBP remains very high, which justifies the prompt initiation of ulinastatin-based comprehensive therapy for preventive purposes and for the prevention of complications that may develop in the short- and long-term periods. In addition, it has been demonstrated that the most sensitive method for identifying a high probability of SBP is the determination of leukocyte esterase activity in ascitic fluid. *Implementation of the scientific novelty into practice.* The obtained scientific and practical data have been implemented into clinical practice at the Syrdarya Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center (Order No. 108/1, 2025) and the Khorezm Branch of the same center (Order No. 151-“I”, 2025). *Social effectiveness of the scientific novelty.* The developed treatment approach contributed to a significant reduction in the rate of complications, improvement in the quality of treatment, and shortening of patient recovery time. *Economic effectiveness of the scientific novelty.* By reducing the average length of hospital stay by 3 days, the proposed approach enabled savings of 1,150,000 Uzbek soums in budgetary funds and 383,000 Uzbek soums in extra-budgetary funds per patient. *Conclusion.* The developed treatment algorithm has been proven to be an effective method for the comprehensive management of patients with spontaneous bacterial peritonitis of cirrhotic etiology.

**Structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, practical recommendations and a list of references. The volume of the dissertation consists of 116 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (часть I; Part I)**

1. Komilov J.D., Urokov Sh.T. Khamroyev Kh.N. Approval of the Method of Treatment of Spontaneous Bacterial Ascitic Peritonitis with Etiology of Liver Cirrhosis // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2025. - № 15(5). - P. 1348-1353 (14.00.00; № 2).

2. Urokov Sh.T., Komilov J.D. Diagnosis of spontaneous bacterial peritonitis with Etiology of liver cirrhosis and modern treatment Methods // Central Asian Journal of Medicine. – Tashkent, 2025. - №3. – P. 351-361. (ОАК Раёсатининг 2024 йил 7 июндаги 355/6-сон қарори)

3. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонитни ташхислаш ва даволаш тактикаси натижалари // Гуманитар ва табиий фанлар журнали. – Тошкент, 2025. - №23 (06). – 232-238 б. (ОАК раёсатининг 337- сон қарорига асосан)

4. Комилов Ж.Д. Жигар циррозида бактериал транслокация ҳодисаси ва бактериал ўсишнинг патогенетик асоси // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2025. - № 4 (78). - 707-713 б. (14.00.00; №22)

5. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал асцит перитонитнинг даво усуллари тақомиллаштириш // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – Тошкент, 2025. - №2 (2). – 151-160 б (14.00.00; №8)

6. Комилов Ж.Д. Жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморларни патогенетик жиҳатдан асосланганком плекс даволаш натижалари // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – Бухоро, 2025. - № 4 (18). - 541-549 б. (ОАК Раёсатининг 2025 йил 8 майдаги 370/6-сон қарори)

**II бўлим (часть II; Part II)**

7. Urokov Sh.T., Komilov J.D. Improved effectiveness in treating patients with ascites peritonitis can be achieved through the creation of an ergonomic antibiologic therapy program // Academic research in modern science. International scientific-online conference. – USA, - 2025. - P. 62-67.

8. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Эффективность лечения больных асцитный перитонит может быть улучшена с помощью обоснования оптимальной программы антибиотикотерапии // Science and innovation in the education system. International scientific-online conference. – Italy, 2025. - P. 148-153.

9. Комилов Ж.Д. Жигар циррози фонида спонтан бактериал перитонит замонавий даволаш усуллари // International congress on biological, physical and chemical studies - Italy, 2025. - P. 21-23.

10. Комилов Ж.Д. Спонтан бактериал асцит перитонитнинг даво усулларини такомиллаштириш // International congress on biological, physical and chemical studies - Italy, 2025. - 24-26 б.

11. Комилов Ж.Д. Жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонитни ташхислаш ва даволаш тактикаси натижалари // International Conference on medicine biology and social fields - Tashkent, 2025. - 160-162 б.

12. Комилов Ж.Д. Жигар циррози фонида ривожланган спонтан бактериал перитонит билан касалланган беморларни патогенетик жиҳатдан асосланган комплекс даволаш натижалари // International Conference on medicine biology and social fields - Tashkent, 2025. - 158-159 б.

13. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Патогенетик алгоритм асосида спонтан бактериал перитонитни даволашни оптималлаштириш дастури // Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги. DGU 52204-сонли гувоҳнома, 02 июн 2025 йил.

14. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Жигар циррози этиологияли спонтан бактериал перитонитнинг асоратларини комплекс даволашнинг такомиллаштириш усули // Услубий тавсиянома. Бухоро, 2025. – 30 б.

15. Уроқов Ш.Т., Комилов Ж.Д. Спонтан бактериал перитонитнинг патогенетик алгоритм асосида даволаш усули // Услубий тавсиянома. Бухоро, 2025. – 33 б.

Avtoreferat “Durdona” nashriyotida tahrirdan o‘tkazildi hamda o‘zbek, rus va ingliz tillaridagi matnlarning mosligi tekshirildi.

Bosishga ruxsat etildi: 27.02.2026 yil. Bichimi 60x84 1/16 , «Times New Roman» garniturada raqamli bosma usulida bosildi. Shartli bosma tabog‘i 3,2.  
Adadi: 100 nusxa. Buyurtma №123

Guvohnoma AI №178. 08.12.2010.  
“Sadriddin Salim Buxoriy” MCHJ bosmaxonasida chop etildi.  
Buxoro shahri, M.Iqbol ko‘chasi, 11-uy. Tel.: 65 221-26-45



