

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ПЕДИАТРИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ

«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ
ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент – 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИПИАТМ директори
Т.Ф.Д. А.А. Абдукаюмов

2025г.

**«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент-2025

МУНДАРИЖА

«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	58
«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	66

**«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ
ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ
ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. Кириш қисми

Ушбу клиник протоколда сурункали вирусли гепатитлар билан оғриган болаларни ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар мавжуд бўлиб, улар жигарда патологик жараёни аниқлаш ва организмни экстракорпорал детоксификация қилишнинг самарали усулларига тактик ёндашувларга асосланган. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун асосий платформа Жигарни ўрганиш бўйича Европа ассоциацияси <https://www.easl2023>, Америка жигар касалликларини ўрганиш ассоциацияси <https://www.aasld2023>, Жигарни ўрганиш Осиё Тинч океани ассоциациясининг клиник тавсияларига <https://apasl-2020.html> асосланади, Америка "Global hepatitis elimination" коалицияси <https://www.globalhelp2023> ва PubMed, Tesseract маълумотлар базасига киритилган.

ХКТ-10/11 кодлари:

ХКТ-10		ХКТ-11	
В 18.1	Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В	1E51.0	Сурункали вирусли гепатит В
В 18.0	Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В	1E51.2	Сурункали вирусли гепатит D
В18.2	Сурункали вирусли гепатит С	1E51.1	Сурункали вирусли гепатит С
В18.8	Бошқа аниқланган сурункали вирусли гепатитлар	1E51.Y	Бошқа аниқланган сурункали вирусли гепатитлар
В 18.9	Сурункали вирусли гепатит ноаниқ этиологияли	1E51.Z	Сурункали вирусли гепатит ноаниқ этиологияли
		1E51.OY	Бошқа сурункали вирусли гепатит В
		1E51.00	Одам иммунодефицит вируси коинфекцияли сурункали вирусли гепатит В
		KA62.9	Тугма вирусли гепатит
	https://mkb-10.com/		https://icd.who/

Ишлаб чиқиш санаси: 2025 й. Қайта кўриб чиқиш санаси: 2027 й.

Мазкур клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник протоколни яратишда ишчи гуруҳ таркиби:

Иноятова Флора Ильясовна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология илмий бўлими раҳбари, ЎзР ФА академиги

Мухамедов Нодиржон Боқиевич

- Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими мудир, т.ф.д.

Муаллифлар рўйхати:

Иногамова Гулноза Захиджановна – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими етакчи илмий ходими, т.ф.н.

Ахмедова Акида Хотамовна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими катта илмий ходими, т.ф.н.

Валиева Наргиза Кабилджановна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими катта илмий ходими, т.ф.н.

Абдуллаева Феруза Гафуровна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими катта илмий ходими, т.ф.н.

Икрамова Нодира Анваровна – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими кичик илмий ходими, PhD

Кадырходжаева Хилола Маруфовна – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими кичик илмий ходими, PhD

Тулаганов Нодир Абдукодирович - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими мудир

Абдуллаева Мадина Абдуллаевна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими кичик илмий ходими

Сон Татьяна Руслановна - Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази гепатология бўлими кичик илмий ходими

Кабулов Нодир Шухратович – Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази функционал ташхислаш шифокори

Такризчилар:

Туйчиев Лазиз Нодирович

Вирусология ИТИ директор ўринбосари,
т.ф.д., профессор

Худайкулова Гульнора Каримовна

ТТА менеджмент ва оммавий саломатлик
кафедраси мудир, т.ф.д., профессор

Миллий клиник протокол РИПИАТМ Илмий Кенгашида 2024 йил 25 апрел, №4-сонли баённомасида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. ЎзР ССВ Вирусология ИТИ вирусли гепатитларни текшириш илмий бўлими раҳбари, т.ф.д. Касимова Р.И.

2. ТошПТИ факультет педиатрия кафедраси мудир, т.ф.д., профессор Муродходжаева А.В.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати

АЖКЎА	Америка жигар касалликларини ўрганиш Ассоциацияси
ЖЎЕА	Жигарни ўрганиш Европа Ассоциацияси
ЖЎБОТА	Жигарни Ўрганиш Бўйича Осиё-тинч океяни ассоциацияси
ЖССТ	Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
КХТ	Касалликларнинг Халқаро Таснифи
ТУЖ	Тананинг умумий ҳажми
ACLF	жигар етишмовчилиги мезонлари (АҚШ)
АлАТ	аланинаминотрансфераза
АсАТ	аспартатаминотрансфераза
ГГТП	гаммаглутамилтранспептидаза
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ИФА	иммунофермент анализ
ЛДГ	лактатдегидрогеназа
ПТВ	протромбин вақти
ПТИ	протромбин индекси
ХНН	халқаро нормалланган нисбат
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ПЗР	полимераз занжир реакция
СВГ	сурункали вирусли гепатит
СГВ	сурункали гепатит В
СГС	сурункали гепатит С
СГД	сурункали гепатит D
ИФ	ишқорий фосфатаза
ЖЦ	жигар циррози
АИГ	аутоиммун гепатит
HBsAg	гепатит В вирусининг юзаки антигени
HBeAg	гепатит В вирусининг инфекциозлик антигени
HBeAb	гепатит В вирусининг инфекциозлик антитаначаси
HBcorAb	гепатит В вирусининг ядро антигенига антитанача
HBV-ДНК	гепатит В вируси геноми
HCV-РНК	гепатит С вируси геноми
HDV-РНК	гепатит D вируси геноми
ANA Ab	антинуклеар антитанача
SMA Ab	силлиқ мушакларга қарши антитанача
LKM Ab	жигар микросомал ҳужайра антитаначаси
СРО	С-реактив оқсил
УТТ	ультратовуш текшируви
УТДГ	ультратовуш доплерографияси
КТ	компьютер томографияси
МРТ	магнитрезонанс томографияси
ЭГДФС	эзофагогастроуденофиброскопия
ЭКГ	электрокардиография
ЭхоКГ	эхокардиография
ОП	оилавий поликлиника

МТП	марказий туман поликлиникаси
ҚОП	қишлоқ оилавий поликлиникаси
ГМ	гепатологик марказ
МП	маслаҳат поликлиникаси
ЎВГ	ўткир вирусли гепатит
ҚВП	қишлоқ врачлик пункти
УҚТ	умумий қон таҳлили
УСТ	умумий сийдик таҳлили

Атамалар ва таърифлар

Сурункали гепатит – бу гепатоцитларнинг бирламчи шикастланиши (дистрофия, некроз) натижасида келиб чиқадиган, камида 6 ой давомида яхшиланмасдан давом этувчи ва жигар циррозига ўтиш эҳтимоли бўлган жигарнинг яллиғланишли касалликлари гуруҳи.

Сурункали гепатит В – HBV-инфекция персистенциясига боғлиқ жигарнинг сурункали яллиғланиш-некротик касаллиги.

HBsAg ни ташувчанлик – яққол яллиғланиш-некротик жараёнсиз кечувчи жигарнинг HBV - инфекцияси.

HBsAb – ўтказган инфекцияни ёки эмлашдан кейинги антитаначаларнинг мавжудлигини кўрсатади.

HBeAg - В вируснинг қобик антигени, репликация белгиси, вируснинг pre-core мутацияси туфайли барча беморларда аниқланмаслиги мумкин, бунда қобик антигени синтези тўхтайд.

HBeAb – қобик антигени антитаначалари, сурункали гепатитнинг соғайиш кўрсаткичи ёки фаол бўлмаган босқичи.

HBcAg – гепатоцитларда HBV репликацияси, фақат жигар биоптатларида аниқланади.

HBcAb IgM – гепатит В вирусининг танадаги ядро антигени мавжудлигининг билвосита кўрсаткичи бўлган ўткир фаза ёки HBV-инфекциясининг кучайиши белгиси.

HBcAb IgG – давом этаётган ёки ўтказган HBV-инфекциясининг билвосита маркери.

HBeAg элиминацияси – илгари HBeAg-мусбат беморларда HBeAg нинг қондан йўқолиши.

HBeAg сероконверцияси – HBeAg нинг йўқолиши ва илгари HBeAg-мусбат ва анти-HBe-манфий беморларнинг қонида анти-HBe пайдо бўлиши, HBV-ДНК даражасини $<10^5$ копия/мл пасайиши билан бирга.

HBeAg реверсияси – илгари HBeAg-манфий ва анти-HBe-мусбат беморларда қонда HBeAg нинг қайта пайдо бўлиши.

ДНК HBV – В вирус репликациясининг бевосита белгиси.

Сурункали гепатит С - гепатит С вируси билан инфицирлангандан кейин олти ойдан кўпроқ вақт давомида давом этадиган инфекция.

НСVAb – гепатит С вирусига қарши умумий антитаначалар, ўтказган ёки давом этаётган HCV-инфекцияси кўрсаткичи, ВГС билан оғриган оналардан туғилган болаларда ҳаётининг биринчи йилидаги вақтинчалик (онадан ўтган) антитаначалар.

НСVcorAg - HCV IgM ва IgG паст диагностик аҳамиятга эга ва гепатит С бўйича Россия ва хорижий консенсусларда асосий тадқиқотлар рўйхатига киритилмаган.

NS оқсиллари (таркибий бўлмаган оқсиллар) - фақат вирус репликацияси вақтида пайдо бўлади, мажбурий маркер эмас.

РНК-НСV – С вирус репликациясининг бевосита маркери.

Сурункали гепатит D – РНК сақловчи HDV- вируси келтириб чиқарадиган сурункали жигар касаллиги бўлиб, бунинг учун албатта гепатит В вируси мавжуд бўлиши талаб қилинади.

HDAg – HDVAb IgM каби HDV нинг фаол репликация маркери.

HDV Ab – гепатит D вирусининг оксилларига IgM ва IgG синфларининг ўзига хос иммуноглобулинлари бўлиб, мавжуд инфицирланишни ёки олдин ўтказган инфекцияни кўрсатади.

РНК-HDV – HDV мавжудлиги ва репликациясининг бевосита маркери.

Виремиянинг интенсивлиги – қон зардобида вирус нусхаларининг сони (генокопий/мл) билан баҳоланади.

Аланин аминотрансфераза (АлАТ) – жигарнинг ўзига хос ферменти бўлиб, унинг қонда кўпайиши яллиғланиш фаоллиги (гепатоцитлар цитолизи) ни кўрсатади.

Аспартат аминотрансфераза (АсАТ) – жигарнинг носпецифик кўрсаткичи бўлиб, нафақат жигарда, балки бошқа органларда (юрак, буйраклар, мушаклар) ҳам мавжуд.

Билирубин – сафро пигменти, организмдаги сафронинг асосий таркибий қисмларидан бири бўлиб, одатда холестаза маркери бўлган гемни ўз ичига олган оксилларнинг парчаланиши вақтида ҳосил бўлади.

Тўғри (боғланган) билирубин – умумий билирубиннинг токсик таъсири кам ва сувда эрийдиган қисми бўлиб, жигарда синтезланади, унинг кўп қисми ингичка ичакка ўтади.

Нотўғри (боғланмаган) билирубин – умумий билирубиннинг жуда заҳарли қисмидир, у сувда эримайди ва хужайраларга осонгина кириб, уларнинг фаолиятини бузиши мумкин.

Гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП, γ-ГТ) – жигар ва ўт йўллари хужайраларида жойлашган микросомал фермент бўлиб, жигар ички холестаза ва яллиғланиш маркери ҳисобланади.

Ишқорий фосфатаза (ИФ) – жигар ички холестаза кўрсаткичи.

ЛДГ 4 ва ЛДГ 5 – хужайра ичидаги гликолитик фермент бўлиб, унинг фаоллигини кўтарилиши гепатоцитларда яллиғланишни кўрсатади.

Альбумин ва протромбин индекси (ПТИ) – жигарнинг оксил-синтетик функцияси бузилганида кўрсаткичларнинг камайиши.

Гамма-глобулин – кўрсаткичнинг ошиши жигар тўқималарининг мезенхимал-яллиғланишини кўрсатади.

Вирус юкламаси - қон зардобида вирус нусхалари сони бўйича баҳоланади (генокопий/мл), инфицирланиш даражасини кўрсатади.

Биокимёвий ремиссия – терапия тугагандан сўнг дарҳол фермент кўрсаткичининг нормаллашиши.

Стабил биокимёвий ремиссия – терапия тўхтатилгандан кейин 6 ой ва ундан кўп вақт давомида нормал трансаминаз кўрсаткичларини сақланиши.

Тўлиқ ремиссия – даволашдан сўнг АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини нормаллашуви ва вируснинг РНК, ДНК сини дарҳол йўқолиши.

Тез вирусологик жавоб (ТВЖ): даволашнинг 4 ҳафтасидан сўнг қонда <50 МЕ/мл дан кам вирус нусхаларини аниқланиши.

Эрта вирусологик жавоб (ЭВЖ): даволашнинг 12 ҳафтасидан кейин вирус кўрсаткичининг бошланғич кўрсаткичидан $2 \log_{10}$ дан кўпга пасайиши.

Барқарор вирусологик жавоб – даволаш тугагандан 12 ҳафта ўтгач, қонда HCV-РНК ва HBV-ДНК аниқланмайдиган даражаси.

Стабил тўлиқ ремиссия - даволашдан 6 ойдан сўнг АлАТ ва АсАТнинг нормаллашуви ва РНК/ДНК вирусининг аниқланмаслиги.

Жавоб йўқлиги - даволаш вақтида РНК/ДНК вирусини аниқланиши.

Рецидив – даволашни яқунлаш вақтида қонда HBV/HCV нинг ДНК/РНК ни аниқланмайдиган даражаси, аммо кейинги 24 ҳафта ичида қайта аниқланиши.

Суперинфекция – бирламчи касалликни бартараф этишдан олдин янги инфекция жароғини ривожланиши.

Коинфекция – бир вақтнинг ўзида икки (ёки ундан ортиқ) инфекция жароғини ривожланиши.

Аутоантитанача – диагностик титрда аниқланиши аутоиммун жараёни тасдиқлайди. Аутоиммун гепатит (ANA, LKM-1) маркерлари ва қалқонсимон безнинг аутоиммун шикастланиши маркерларини аниқлаш лозим; кўрсатмага кўра бошқа аутоантитаначалар текширилади.

Антимитохондриял антитаначалар (AMA) – организмда таркибий қисмларига (митохондрияларга) ишлаб чиқарилган ўзига хос антитаначалар.

Антинуклеар антитаначалар (ANA) - ядронинг турли компонентлари билан реакцияга киришадиган аутоантитаначалар гуруҳи.

Жигар ва буйрак микросомаларига қарши 1-турдаги антитаначалар (Anti-LKM 1) – аутоантитаначалар гуруҳи бўлиб, аутоиммун гепатит маркерлари саналади. Уларнинг таъсири гепатоцит ферментларига ва буйрак каналлари эпителийсига қарши қаратилган.

1-тоифа цитозол антигенга (LC-1) ва эрувчан жигар/ошқозон ости беги антигенга (SLA/LP) – аутоиммун гепатитнинг диагностик белгиларидир; улар биринчи қатор антитаначалар аниқланмаганида иккинчи қаторнинг лаборатор кўрсаткичлари ҳисобланади: SMA, ANA ва anti-LKM-1.

Силлиқ мушакларга қарши антитаначалар (Anti-SMA) – силлиқ мушакларни йўқ қилиш учун ишлаб чиқарилган иммунитет тизимининг оқсиллари; танадаги мавжудлиги аутоиммун гепатит маркери ҳисобланади.

УТТ - бу жигар касалликларини ташхислаш, шунингдек, жигарнинг фаолиятини назорат қилишнинг юқори информатив, ноинвазив ва хавфсиз усули.

Жигар эластометрияси – орган тўқималарнинг эластиклиги ва қаттиқлигини баҳоловчи замонавий, информатив, юқори аниқликдаги ультратовуш текшируви.

Допплер текшируви ёки жигар томирларини дуплекс сканерлаш – талоқ ва жигар артериялари ва томирлари, шунингдек, уларнинг шохлари ҳолатини ташхислаш усули. Бу қон томирларининг диаметридаги ўзгаришларни аниқлаш, уларни қон билан тўлишининг ҳолатини аниқлаш ва қон оқимининг тезлигини ҳисоблаш имконини беради.

Тиббий ёрдам сифати – тиббий ёрдамнинг ўз вақтида кўрсатилиши, тиббий ёрдам кўрсатишда диагностик, даволаш, профилактик ва реабилитация усулларини тўғри танлаш, режалаштирилган натижага эришиш даражасини акс эттирувчи хусусиятлар мажмуи.

Клиник мезонлар – энг муҳим клиник белгилар бўлиб, уларнинг комбинацияси беморларда маълум бир касалликнинг мавжудлигини кўрсатади, аммо ташхис қўйиш учун етарли эмас.

Ташхислаш мезонлари – энг муҳим клиник, лаборатор ва инструментал белгилар бўлиб, уларнинг комбинацияси асосида маълум бир касалликнинг ташхиси аниқланади.

Далилларнинг ишончлилик даражаси – тиббий аралашувнинг аниқланган самараси ҳақиқий эканлигига ишонч даражасини акс эттиради.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – нафақат аралашув самарасининг ишончилигига бўлган ишонч даражасини, балки тавсияларга риоя қилиш муайян вазиятда зарардан кўра кўпроқ фойда келтиришига ишонч даражасини акс эттиради.

Протоколдан фойдаланувчилар гуруҳи:

Болалар гепатологлари, болалар гастроэнтерологлари, болалар юқумли касалликлари бўйича мутахассислари, генетик-шифокорлар, педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари, оилавий шифокорлар, тиббиёт олий ўқув юртларининг ўқитувчилари, талабалари ва магистрлари, ординаторлари ва докторантлари.

Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари

Беморлар тоифаси: 18 ёшгача бўлган СВГ билан оғриган болалар ва ўсмирлар.

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёки умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самарадорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигини кўрсатади.	
IIIb	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан

Диагностик аралашув усуллари учун далиллар даражасини ишончилигини баҳолаш шкаласи

ДДИ	Ёритиш
1	Маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Индивидуал маълумотнома-назорат остидаги тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник синовлар ва мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Маълумот усули бўйича кетма-кет назоратсиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун фақат мантиқий асос мавжуд

Профилактик, терапевтик ва реабилитатсия тадбирлари учун далиллар даражасини ишончилигини баҳолаш учун шкала

ДДИ	Ёритиш
1	Мета-таҳлил ёрдамида РСТ ларни тизимли кўриб чиқиш

2	Танланган РСТлар ва мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда РСТлар бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, мисоллар ҳисоботлари ёки ҳолатлар серияси вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар.
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

Профилактик, диагностика, даволаш ва реабилитация аралашувлари бўйича тавсиялар ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	Ёритиш
А	Кучли тавсия (барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки адолатли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди)
С	Заиф тавсия (адекват сифатли далилларнинг йўқлиги (барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барчаси) тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм

Кириш

Сурункали вирусли гепатит (СВГ) деярли барча жойда тарқалганлиги, жигар циррози ва гепатоцеллюляр карциномага олиб келиши хавфи мавжудлиги ва ушбу патология болалар ногиронлигининг сабабларидан бири бўлганлиги учун болалар ва ўсмирлар жигар касалликлари таркибида муҳим ўрин тутди

<https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni>

Ушбу клиник протокол сурункали вирусли жигар патологияси билан оғриган, 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларни олиб боровчи ва даволовчи амалий шифокорлар учун услубий қўлланма ҳисобланади. Протокол сурункали вирусли гепатит билан оғриган болаларни клиник ва лаборатор- инструментал усуллар бўйича ташхислаш, базис терапия ва вирусга қарши даволаш, диспансеризациядан ўтказиш тадбирларини ўз ичига олади <https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm>.

Таъриф:

Сурункали вирусли гепатит – бу гепатотроп вируснинг (В, С, D, G, TTV) 6 ой ва ундан узоқ вақт давом этган персистенцияси натижасида ҳосил бўлган, жигардаги у ёки бу даражадаги яллиғланиш-дистрофик жараёнидир <https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-virusnyy-gepatit-v-u-detey-i-podrostkov-sovremennyy-vzglyad-na-problemu/viewer>

Касалланиш. Гепатит В га қарши эмлаш ишларини олиб борилиши ва болаларда касаллик диагностикаси ва даволаш соҳасидаги ютуқларга қарамай, сурункали гепатит В (СГВ) муаммоси Ўзбекистон ва бутунжаҳон соғлиқни сақлаш тизими учун долзарблигича қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) гепатит тадқиқотлари бўлими

бошлиғи Марк Балтрейсга кўра, дунёда 257 миллиондан ортиқ одам гепатит В билан касалланган, яна 71 миллион киши сурункали гепатит С инфекцияси (СГС) билан яшайди ва зарурий даволанишсиз, 2030 йилга келиб касаллик 4,5 миллион одамни ўлимига сабаб бўлади, асосан жигар циррози ва гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) туфайли, бу кўрсаткичлар жигар патологияси бўлган беморларнинг ўлим сабаблари орасида биринчи ўринда туради <https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017> Гепатит В вируси билан инфицирланганлар орасида гепатит D вируси билан инфицирланиш 25 миллионга яқин. Ўлим даражаси бўйича сурункали вирусли гепатит силдан кейин иккинчи ўринда туради, гепатит билан касалланганлар сони эса ОИВ билан касалланганлардан 9 баробар кўп. Дунё аҳолисининг қарийб 45% сурункали HBV инфекцияси юқори эндемик минтақаларда яшайди (аҳолисининг камида 8 фоизи HBV юзаки антигенини (HBsAg) ташувчилардир), шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси ҳам. СГВ нинг циррозга ўтиш тезлигига таъсир қилувчи омиллар: ёш, эркак жинси, гепатит С, D вируслари, ОИВ инфекцияси билан коинфекциялар, жигар ферментларининг доимий юқори кўрсаткичлари, HBeAg бўйича ижобий статус ва HBV юкламасининг узок муддатли кўтарилиши <https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-V-u-detej>. Ривожланган мамлакатларда болаларда СГС 0,1% дан 0,4% гача учрайди <https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-C-u-detej>. Ҳар йили 3-4 миллион янги СГС ҳолатлари қайд этилади. Болаларда сурункали гепатит ривожланишида G ва TTV вирусларининг роли ҳали ҳам яхши ўрганилмаган муаммо бўлиб қолмоқда ва тадқиқотларни давом эттиришни талаб қилади.

Таснифлаш.

Сурункали гепатитнинг Лос-Анжелес таснифи (1994) қуйидаги тоифаларга асосланади ва улар ташхисни шакллантиришда акс этирилиши лозим¹²:

Этиологияси бўйича

- Дельта антигенли сурункали вирусли гепатит (В 18.0)
- Дельта антигенсиз сурункали вирусли гепатит В (В 18.1)
- Сурункали вирусли гепатит С (В18.2)
- Бошқа сурункали вирусли гепатит (В 18.8)
- Сурункали вирусли гепатит, аниқланмаган (В18.9)

HBV-инфекцияси табиий кечишига кўра патологик жараён босқичлари (5 фазага ажратилади):

- HBeAg – мусбат сурункали HBV-инфекция
- HBeAg – мусбат сурункали гепатит В
- HBeAg – негатив сурункали HBV-инфекция
- HBeAg – негатив сурункали гепатит В
- HBsAg – негатив HBV-инфекция (окульт гепатит В)

Ушбу тасниф 2017 йилда Европа жигар тадқиқотлари ассоциацияси (ЕЖТА) томонидан қабул қилинган, чунки илгари ишлатилган босқич номлари иммунологик маълумотлар билан тасдиқланмаган ва вирусга қарши даволаш учун кўрсатмаларни ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. Ташхисни таклиф этилаётган янгиша шакллантиришда касалликнинг сурункали хусусиятлари иккита асосий тавсифлашга асосланган: инфекция/гепатит ¹³.

Жадвал 1.

Сурункали HBV-инфекцияли беморларда патологик жараён босқичлари тавсифи

	Жараён босқичлари / олдинги босқич номи
--	--

Маркерлар	HBeAg – мусбат сурункали HBV-инфекция /иммунотолерантлик босқичи	HBeAg – мусбат сурункали гепатит В /иммун реактивлик босқичи	HBeAg – неготив сурункали HBV-инфекция /ноактив ташувчанлик	HBeAg – неготив сурункали гепатит В/ реактивация босқичи	HBsAg – неготив латент (оккульт гепатит В)
HBeAg	+	+	-	-	-
HBeAb	-	-	+	+	-
ДНК-HBV	+++	++	+	++	-
АлАТ	N	>N	N	>N	N/>N
HBsAg/ HBsAb	+/-	+/-	+/-	+/-	-/±
HBcAb	+	+	+	+	+

Фаоллик даражасига кўра - клиник, биокимёвий, вирусологик ва инструментал ва морфологик маълумотларга асосланиб аниқланади:

- Минимал
- Ўрта
- Юқори

Сурункали гепатит босқичига кўра

- 0 - фиброз йўқ
- 1 – енгил перипортал фиброз
- 2 – порто-портал септа билан ўртача фиброз
- 3 – порто-марказий септалар билан ифодаланган фиброз
- 4 – жигар циррози

Фиброз даражасини морфологик материални ўрганиш натижалари асосида баҳоланади. Сўнгги йилларда фиброз даражасини инвазив бўлмаган усул – жигар эластометрияси (ультратовуш ёки магнит резонанс) ва лаборатория параметрлари тўпламининг натижалари асосида баҳолаш мумкин.

Вирусли фаоллик босқичига кўра:

- **Репликация босқичи:** репликатив (HBV-ДНК, HCV-РНК, HDV-РНК аниқланса) ёки норепликатив улар аниқланмаса («ноактив» – СГС хос; «интегротив» – СГВ га хос).
- **Вирус юклама даражаси:**
 - Паст – $2 \times 10^5 - 10^6$ копий/мл
 - Ўрта – $10^6 - 5 \times 10^6$ копий/мл
 - Юқори – $5 \times 10^6 - 2,5 \times 10^7$ копий/мл
 - Жуда юқори – $> 2,5 \times 10^7$ копий/мл
- **Генотиплари:** HCV (1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 4 ва бошқ.); HBV – (A,B,C,D,E,F,G ва H); HDV (I, II, III). С вирус генотипини текшириш шарт, чунки у даволаш тактикасини белгилайди.
 - **HBV штамлари** («ёввойи» HBeAg-позитив ёки «мутант» HBeAg-негатив).

- **HCV субтиплари:** 1a, 1b ва 1c; 2a, 2b, 2c ва 2d; 3a, 3b, 3c, 3d, 3e ва 3f; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4h, 4i ва 4j; 5a; 6a.
- **HDV субтиплари:** 1a, 1b, 1c; 2a, 2b; 3

3. Ташхислаш усуллари, муолажалари ва ёндашувлари

Ташхислаш мезонлари

Шикоятлар: бемор ҳолсизлик, тез-тез чарчаш, камқувватлик, бош оғриши, асабийлик, иштаҳанинг пасайиши, қўнғил айниши, оғиз тахирлиги, ёғли овқат еёлмаслик, қорин дамланиши, нажаснинг ўзгариши (ич кетиши ёки қабзият), бурун, милк қонаши, қонталашилар, терисини сарғайиши, қичишиши, сийдикнинг тўқ рангда бўлишига шикоят қилиши мумкин.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

Эпидемиологик анамнез: онанинг ҳомиладорлик даврида ўткир ВГ билан оғриганлиги (айниқса охириги уч ойликда) ёки СВГ нинг зўриқишлари, боланинг аввал ЎВГ ўтказганлиги, анамнезда сариқлик, бурун қонаши, оилада инфицирланган беморлар билан маиший мулоқотларнинг мавжудлиги, қон ва қон ўрнини босувчи препаратлар трансфузияси; жарроҳлик муолажалари; кўп парентерал муолажалар (гемодиализ, акупунктура, сіrcumsіzia, татуировкалар), инвазив муолажалар (эндоскопия, стоматологда даволаниш), гепатит В га қарши эмлаш тартибининг бузилиши ёки тўлақонли ўтказилмаганлиги, касалликнинг кечиши, аввал СВГни даволашда ўтказилган муолажалар, уларнинг самарадорлиги.

1В	Эрта ёшдаги болалар учун онада HBV инфекцияси мавжудлиги тўғрисидаги маълумотлар жуда муҳим ҳисобланади ^{1,2}
1В	Агар касаллик бола ҳаётининг биринчи йилида гепатит В билан перинатал контакт аниқланса, эмлаш асосий бўлмаслиги керак, чунки инфекция пренатал даврда (эмлашдан олдин) содир бўлган бўлиши мумкин ^{1,3}

Объектив текширув.

Клиник кўрик: беморнинг бўйи, тана вазни, ҳарорати, сатурация, нафас ва пульс частотасини ўлчаш, терининг қуруқлиги ва оқимтирлиги, тилнинг қарашлиги, ўнг қовурға остида ва эпигастрал соҳада оғрик, метеоризм, тери ва склераларнинг суб- ёки иктериклиги, қонталашилар, терида петехиал қон қуйилишлар, пальмар эритема, томир «юлдузчалар», юз ва склераларда капилляр тўрлар, веноз коллатераллар, жигарни ва талоғни катталашилиши, уларнинг зичлигини, юзасини, қирраларини ўзгариши ва оғрикни борлиги.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

жигар пальпацияси ва перкуссияси: ўткир қиррали, ўлчамининг катталашилиши, оғрик борлиги, консистенцияси (ўрта қаттиқ, қаттиқ);

талог пальпацияси ва перкуссияси: ўлчами катталашган, қаттиқ консистенцияли.

2В	Гепатомегалия СВГнинг клиник белгиларидан бири ёки ягона бўлиши мумкин. Бола қанчалик кичик бўлса, спленомегалия шунчалик тез қайд этилади. гепатомегали ва спленомегалия оғирлиги касалликнинг оғирлиги билан боғлиқ ^{10,15}
-----------	--

Клиник синдромлар:
<i>Астеновегетатив синдром</i> – ҳолсизлик, тез-тез чарчаш, уйқу бузилиши, депрессия, астения, апатия, ишлашнинг пасайиши.
<i>Диспепсик синдром</i> – кўнгил айниши, қайд қилиши, иштаҳа пасайиши, метеоризм, ич бузилиши, оғриқ синдроми, ўнг қовурға остида оғирлик ҳис қилиш.
<i>Холестатик синдром</i> – терининг, склера иктериклиги, тери қичишиши, пешобнинг тўқ рангли бўлиши, нажаснинг оқариши.
<i>Мезенхимал – яллиғланиш синдроми</i> – артралгия, миалгия.
<i>Геморрагик синдром</i> – вақти-вақти билан бурун қонаши, терининг «қўқариши».

Лаборатор текширув:

- Умумий қон (29 параметрли; қон ивиш вақти), пешоб, нажас (яширин қон кетишига), (ғижжа тухумлари+протозойларга) микробиологик текширув таҳлили;

1В	Умумий клиник таҳлил маълумотлари (лейкопения, анемия, тромбоцитопения, яллиғланиш раекция белгилари) СВГ ривожланиши, асоратлари ва шошилиш ҳолатларда аниқлаш имконини беради ^{9,12}
-----------	---

Биокиёвий кўрсаткичлар:

- Аланинаминотрансфераза (АлАТ) N - <40 ед/л
- Аспаратаминотрансфераза (АсАТ) N - <35 ед/л
- Билирубин N - 3,4-20,5 мкмоль/л
- Тўғри (конюгирланган, боғланган) билирубин N-0,86-5,3 мкмоль/л
- Эркин (конюгирланмаган, боғланмаган) билирубин N – 1,7-17,1 мкмоль/л
- Гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) N - 9-61 ед/л
- Ишқорий фосфатаза (ИФ) N < 15 ёш <644 ед/л; 15-17 ёш <483 ед/л
- ЛДГ 4, ЛДГ 5 N - <225 ед/л
- Альбумин N- 35-55 г/л
- γ-глобулин N – 11,1-18,8%
- Мочевина N – 2,5-8,3 ммоль/л
- Креатинин N – 44-115 мкмоль/л
- Қолдиқ азот N – 14,3-28,6 ммоль/л
- Глюкоза N - 3,2-6,1 ммоль/л
- Холестерин N - < 5,2 ммоль/л

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

Гемостаз тизими

- Фибриноген N - 2-4 г/л
- Протромбин индекси (ПТИ) N – 80-100%
- Протормбин вақти N - 14-19 сек
- Тромбин вақти N – 15-19 сек
- ФҚТВ N – 23-36 сек
- ХНН N – 0,89-1,13

- D-димер N - < 0,49 мкг/мл
- Қон гуруҳи ва резус-фактор
- Ревмопроба (СРО, ASLO, RF)
- ОИВ

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

Жигар шикастланишининг биокимёвий синдромлари
<i>Жигар-хужайра этишмовчилиги синдроми</i> - альбумин, протромбин, холестерин миқдорини пасайиши ва пешобда галактоза ажралишини кўпайиши билан тавсифланади.
<i>Цитоллиз синдроми</i> аминотрансфераз фаоллиги ошиши билан тавсифланади. Де- Ритис коэффициенти (АсАТ/АлАТ нисбати) >1,0 тенг.
<i>Холестаз синдроми</i> зардобда умумий билирубин боғланган билирубин ҳисобига, холестерин, ИФ фаоллиги ва ГТП нинг сезиларли даражада ошиши билан тавсифланади.
<i>Мезенхимал - яллиғланиш синдроми</i> – гамма-глобулин ошиши, ДНКга қарши антитанача пайдо бўлиши, ревматоид омил, криоглобулинлар, гуморал иммунитет кўрсаткичлари ўзгариши.
<i>Ўсимта ўсиши ва регенерациясини баҳолаш</i> α-фетопроtein (α-ФП) - гепатоцеллюляр карциномада ўсимта ўсишининг ягона маркеридир. ИФА усули билан қон зардобда α-ФП миқдори нормада 10-25 нг/мл ташкил қилади. α-ФП нинг аҳамиятли кўтарилиши (8 мартта ёки ундан кўп) ўсимтага хос. α-ФП нинг қисман кўпайиши эса гепатит ва жигар циррозида кузатилади.

Вирусологик кўрсаткичлар:

Сурункали гепатит В

HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total, HBcorAb IgM ва IgG,
HBV-DNA (сифатий ва миқдорий ПЦР, генотиплар: А, В, С, D)

Изоҳ: Қон зардобда HBeAg, HBcorAb IgM, HBV-DNA нинг аниқланиши вирус репликацияси ҳақида гувоҳлик беради.

Сурункали гепатит С

HCVAb total, HCVAb IgM ва G, HCVcorAg
HCV-RNA (сифатий ва миқдорий ПЗР, генотиплар: 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b)

Изоҳ: Қон зардобда HCVAb IgM, HCVcorAg ва HCV-RNA нинг аниқланиши вирус репликацияси ҳақида гувоҳлик беради.

Сурункали гепатит D

HBsAg +/-, HDVAb total, HDVAb IgM ва IgG, HDAg
HDV-RNA (сифатий ва миқдорий ПЗР, генотиплар I, II, III)

Изоҳ: Қон зардобда HDVAb IgM, HDAg ва HDV-RNA нинг аниқланиши вирус репликацияси ҳақида гувоҳлик беради.

1А	<p>Этиологик ташхисни тасдиқлаш ва жараён босқичини аниқлаш учун амалга оширилади. Асимптоматик шаклларни скрининг қилиш мақсадида гепатит В вирусининг юза антигени (HBsAg) ва гепатит В вирусининг юза антигенига қарши антитаначаларни (HBsAb) аниқлаш тести ўтказилади. Бундан ташқари, ўтказган инфекцияни дифференциал ташхислаш мақсадида гепатит В вируси (HBsAg) ядро антигенига қарши IgG мавжудлиги (мусбат HBsAg/HBsAb мусбат) ва эмлашдан кейинги иммунитет (манфий HBsAg/мусбат HBsAb) скрининги ўтказилиши мумкин. HBsAg антитаначаларини аниқлаш, HBV инфекциясининг латент шакли бўлган болаларни аниқлаш имконини беради. HBsAg антитаначаларини текшириш иммуносупрессив даволашни талаб қиладиган беморлар учун айниқса муҳимдир, чунки HBV реактивацияси ўтмишда HBV (мусбат HBsAg/манфий HBsAg) билан касалланганларда пайдо бўлиши мумкин ^{1,2,3,8,10}</p>
1А	<p>Вирусли гепатит С билан перинатал контактда бўлган болаларни текшириш 2 ойдан катта ёшдаги болаларга тавсия этилади. Қонда HCV-РНК ПЦР усулида текшириш тавсия этилади. Агар боланинг қонида РНК HCV аниқланмаса, кузатув 18 ойгача ҳар 6 ойда бир мартга амалга оширилади. Доимий манфий ПЦР натижалари ва қонда ИФА усулида HCVAb бўлмаса, бола соғлом деб назоратдан чиқарилади. Агар қонда ИФА усулида HCVAb манфий 12 ойгача сақланса, бу ёшда назоратдан олишга рухсат берилади. Қонда ИФА усулида HCVAb 12 ва 18 ойларда ўтказиш, перинатал контакт назоратидан чиқариш тўғрисида қарор қабул қилиш мумкин. Боланинг 2ойлик, 6 ойлик, 12 ойлик, 18 ойлик ёшида қонда HCV РНК ПЦР усулида текшириш шарт. Бола 6 ойгача бўлганида қонда РНК HCV аниқланса "Ўткир вирусли гепатит С", ва бойдан катта бўлганида "Сурункали вирусли гепатит С" ташхиси қўйилади. Катта ёш гуруҳидаги болаларда (ЎВГС ёки СВГС) инфизицирланиш ва ташхис тасдиқланса диспансер кузатуви амалга оширилади ^{9,11,19}</p>

Виремиянинг интенсивлиги қон зардобидидаги нусхалар сони (генокопий/мл) билан баҳоланади:

- **Вирус репликацияси даражаси бўйича:**
 - Жуда паст – $<10^3$ копий/мл
 - Паст – $10^3 - 10^6$ копий/мл
 - Ўрта – $10^6 - 10^8$ копий/мл
 - Юқори – $> 10^8$ копий/мл
- **АЛТ ва АсАТ фаоллиги даражаси бўйича (тахминий)**
 - Минимал – нормадан 1,5-2 баробар ошиши;
 - Ўрта – нормадан 2-3 баробар ошиши;
 - Юқори – нормадан 3-5 баробар ва ундан кўп ошиши.

Сурункали вирусли микст-гепатит

Бир вақтнинг ўзида икки ва ундан кўп вирусли агентларнинг: HBV+ HCV; HBV+HDV ва HBV+HCV+HDV аниқланиши (HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA -сифатий ва миқдорий ПЦР).

Беморларни текширишда вирусли жараён билан бевосита боғлиқ бўлмаган, лекин вирусга қарши даволашга тўсқинлик қилиши мумкин бўлган бошқа жигар касалликлари ва тана ҳолатини истисно қилишга имкон берадиган қуйидаги параметрларни ўрганиш шарт:

- Қонда церулоплазмин миқдори (200 мг/л ёки 20 мг/дл паст) суткалик пешобда мис миқдори (45 мкг/сут. паст) – Вильсон-Коновалов касаллиги маркери;
- Аутоиммун маркерлар (антинуклеар антитаначалар (ANA), силлиқ мушак тўқимага қарши антитаначалар (SMA), эрувчан жигар антигенига қарши антитаначалар (SLA), жигар/буйрак микросомал антитаначалар (LKM-1), гамма–глобулин (25-30% юқори);
- Зардобда темир, ферритин, трансферрин – иккиламчи гемохроматозни истисно қилиш;
- Альфа-фетопротеин – ўсимта ўсиши ва регенерацияси маркери;
- Глюкоза толерантлик тести (тахминий) – жигар гликогенозини истисно қилиш;
- Иммуноглобулинлар А,М,Г,Е;
- Интерферон фракциялари (α , β , γ);
- Триглицеридлар, липид спектри – тўпланиш касаллигини истисно қилиш (Гоше касаллиги, гликогеноз касаллиги);
- TORCH-инфекциялар - HSV-1 IgM, IgG, HSV-2 IgM, IgG, HSV-1/2 IgM, IgG, CMV IgM, IgG;
- EBV- вирус этиологияли – EBVAb EA IgG; EBVAb VCA IgM, IgG; EBVAb NA IgM, IgG; EBV-DNA (сифатий ва миқдорий ПЗР);
- Электролитлар – электролит баланси бузилишини ташхислаш учун – (калий -3,6-5,4 ммоль/л, кальций – 2,0-2,6 ммоль/л, натрий – 135-150 ммоль/л, магний -0-0,5 мг/л, фосфор – 4,0-7,0 мг/дл, хлор – 38-106 ммоль/л);
- Орфан касалликларининг генетик панели (Гоше касаллиги, Ниман-Пик, Фабри, Помпе, Краббе, мукополисахаридоз), Байлер, Вильсон, Жильбер, гликогеноз касаллиги, α -1-антитрипсин, креатинфосфакиназа, глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа – ирсий-генетик жиҳатдан аниқланган жигар касалликларини истисно қилиш.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 2)

Инструментал текширувлар.

Гепатобилиар соҳа УТТ. СВГ фаоллиги даражаси гистологик текширувлар натижаси асосида аниқланади. Аммо, кўп йиллик кузатувлар асосида, шунингдек, болаларда ушбу текширув усулининг инвазивлиги, натижаларни баҳолашда хатолар бўлиш имкони ва амалиётда болаларда биопсияни қўллашда чекловлар мавжудлиги бизга СВГ фаоллигини УТТ натижалари бўйича тахминий мезонларини ишлаб чиқишга ва тавсия қилишга туртки берди ²¹:

Минимал/Паст* - Жигар катталашмаган ёки баъзи ҳолларда 2 см.гача катталашган, контурлари текис, четлари ўткир, чап бўлагини бурчаги меъёрда (<45%). Капсула текис, зич эмас, юпқа “ҳошия” кўринишида. Паренхима перипортал зоналардаги майда ўчоғли тузилмалар ҳисобига бир хил ёки ўртача зичликда. Портал тизимдаги томирлар кенгаймаган, аниқ. Жигар эхогенлиги кам ёки ўртача ошган, баъзан эхогенлигини бир нотекис ошганлиги кузатилади (яъни жигарни кўпроқ зарарланган бўлагиди эхогенлик кўпроқ ошади,

шунингдек, паренхиманинг зичлиги ҳам ошади). Талок катталашмаган, паренхимаси бир текис, V.lienalis ёшига мос, эхогенлиги ошмаган.

Ўрта - Жигарнинг ўлчамлари катталашган. Контурлари текис, четлари юмалоқланган. Капсуласи ўртача зичликда. Паренхима ўртача зичлашган ёки портал тракти бўйлаб жойлашган кўплаб майда ўчоғли тузилмалар ёки ўрта ўчоғли ҳар-хил зичликдаги тузилмалар ҳисобига бир текис зичлашмаган, бутун паренхима бўйлаб майда ўчоғли кўплаб тузилмалар нотекис жойлашган. Эхогенлиги ўрта ошган. Портал тизимнинг томирлари кенгаймаган, аниқ эмас ёки томирлар архитектурасини бирмунча ўзгариши кузатилади. Талок катталашмаган ёки ўртача катталашган. Паренхимаси бир хил, эхогенлиги ўртача ошган, V.lienalis кенгаймаган.

Юқори - Жигар ўнг бўлаги ҳисобига катталашган ёки қовурға орасидан кўринади. (асосан асцитли беморларда). Контури кўпинча текис эмас, фрагментар кўринишда. Капсуласи зич, 1,0 см гача ва кўпроқ қалинлашган. Паренхима кўплаб ўрта ва катта ўчоғли ҳар хил зичликдаги, диаметри 0,3 см ва ундан кўпроқ тузилмалар ҳисобига зичлашган, томирлар бўйлаб бириктирувчи тўқима ўсган. Эхогенлиги юқори. Портал тизим томирлари аниқ эмас, V.hepatica ипсимон ёки кўринмайди, шохланиш орасидаги бурчаги 45° дан кўпроқ. V. Portae диаметрига катталашган, эгри-бугри, баъзи жойларда торайган, девори зичлашган. Талок катталашган, кўпинча нотўғри шаклда, эхогенлиги юқори, паренхимада кўплаб майда ўчоғли тузилмалар бор. Дарбоза-талок веналари тизими кенгайган, эгри, ҳалқасимон, коллатераллар кўринади. Жигар-ҳужайра етишмовчилиги даврида қорин бўшлиғида асцит аниқланади.

УТТ да СВГ нинг минимал ва паст даражаси ўртасида фарқ бўлмагани учун кўрсаткичларни бир гуруҳга бирлаштирдик.

ФГДС ёки қизилўнгач ва ошқозоннинг R-скопияси - қизилўнгач/ошқозоннинг варикоз томирларини аниқлаш ва қон кетиш хавфини баҳолаш.

Ультратовуш текшируви остида пункцион гепатобиопсия - инвазив текширув бўлиб, жигар тўқималари ҳолатини аниқ баҳолаш учун жигар тўқимасини (7-8 портал йўллари) олишга имкон беради.

Тавсиянинг кучлилиги А (далиллар даражаси - 1)

Биопсия намунасини гистологик текшириш ташхислаш учун "олтин стандарт" ҳисобланади, шунингдек, гепатитнинг сурункали босқичи (фиброз) шу билан бирга некрояллиғланиш жараёнининг (фаоллиги) оғирлик даражасини ишончли тарзда баҳолайди ва бошқа жигар касалликларини аниқлаш имконини беради.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 2)

Гепатобиопсия учун кўрсатмалар:

- аминотрансферазаларнинг 6 ой ёки ундан кўп вақт давомида кўтарилиши;
- номаълум этиологияли гепатомегалия;
- сурункали жигар касаллигини даволашга жавобни баҳолаш;
- жигардан ташқи обструкция белгиларисиз, сабабсиз сариклик.

Жигар пункциясини бажаришда мутлоқ қариши кўрсатмалар:

- бемор умумий ҳолатининг оғирлиги;
- коагулопатия;

- жигарички ўт йўлларининг кенгайиши;
- хавфсиз акустик ойнанинг йўқлиги;
- эхинококкозга шубҳа;
- ўнг плевра бўшлиғида инфекция жараён.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- асцит;
- томир деворининг ўтказувчанлиги бузилган касалликлар;
- жигарнинг йирингли-яллиғланиш касалликлари, ўт йўллари блоккланиши; бемор билан контакт йўқлиги;
- анестезияга аллергик реакциялар;
- беморнинг руҳий беқарорлиги.

Олинган пункцион биоптатни морфологик текшириш умумий қабул қилинган баҳолаш тизимлари (R.J. Knodell, Metavir, Jshak) ёрдамида амалга оширилади ва жигарда яллиғланиш жараёнининг фаоллигини ва касалликнинг сурункали босқичини баҳолаш учун зарур.

Яллиғланиш фаоллик даражаси кўпинча R.J.Knodell индекси сифатида танилган ярим миқдорий гистологик фаоллик индекси (ГФИ) билан баҳоланади (индекснинг дастлабки учта компоненти яллиғланиш фаоллик даражасини акс эттирса, тўртинчиси фиброз даражасини акс эттириши муҳим - 2-жадвалга қаранг).

2-жадвал.

R. J. Knodell бўйича гистологик фаоллик индекси, 1981.

Компонентлар	Рақамли диапазонни баҳолаш
1. Перипортал некроз билан кўприкли некроз мавжуд ёки йўқ	0-10
2. Интралобуляр дегенерация ва фокал некроз	0-4
3. Портал яллиғланиш	0-4
4. Фиброз	0-4

Баллар йиғиндиси жигар яллиғланиши даражасини кўрсатади:

- 0 – яллиғланиш йўқ
- 1-4 – минимал яллиғланиш
- 5-8 – яллиғланиш кам
- 9-12 – яллиғланиш ўрта
- 13-18 – яллиғланиш юқори.

Вирусли гепатитларда яллиғланиш фаоллигини баҳолашда замонавий қўлланмалар METAVIR шкаласидан фойдаланишни тавсия қилади (3-жадв.).

3-жадвал.

METAVIR шкаласи бўйича гистологик фаолликни баҳолаш, 1994.

Босқичли некроз	Лобуляр яллиғланиш	ГФИ
0 (йўқ)	0 (йўқ ёки юмшоқ)	A0
	1 (ўрта)	A1
	2 (яққол)	A2
1 (юмшоқ)	0, 1	A1
	2	A2
2 (ўрта)	0, 1	

	2	A3
3 (яққол)	0, 1, 2	

Сурункали жараённинг босқичи R.J. Knodell, Metavir ва Ishak шкаллари ёрдамида **фиброз даражаси** бўйича баҳоланади, 1994 (4-жадв.).

4-жадвал.

Жигар фибрози босқичлари

Баллар	Knodell	Ishak	METAVIR
0	Фиброз йўқ	Фиброз йўқ	Фиброз йўқ
1	Портал томирларини фиброзли кенгайиши	Портал томирларини фиброзли кенгайиши билан/ ёки майда септада фиброз йўқ	Портал трактларни септа ҳосил булмасдан юлдузчасимон кенгайиши
2	Портал томирларини кенгайиши + портопортал септада	Кўплаб портал томирларини фиброзли кенгайиши билан/ёки майда септларда фиброз йўқ	Портал трактларни бирламчи портопортал септ билан кенгайиши
3	Кўприкли фиброз – портопортал ёки марказий портал септада	Кўплаб портал трактларни бирламчи кўприкли портопортал септлар билан фиброзли кенгайиши	Цирроз йўқ кўплаб марказий портал септлар
4	Цирроз	Портал трактларни яққол кўприкли портопортал ва марказий портал септлар билан фиброзли кенгайиши	Цирроз
5	-	-	-
6	-	Цирроз, эҳтимол ёки ишончли	-

Ҳозирги вақтда **фиброз даражасини баҳолашнинг янги усуллари (Фиброскан)** пайдо бўлди - улар биопсиядан кейин динамикада мониторинг учун қўллаш мумкин.

Жигарнинг транзитор ва тўлқинсилжишли эластографияси («Фиброскан» аппарати, Франция) – аъзонинг зичлигини аниқлаш асосида фибрознинг яққоллигини, жигар тўқималарининг эластик хусусиятларини ва жараённинг ривожланиш тезлигини баҳолашга имкон берувчи ноинвазив усул (5-жадв.).

Тавсиянинг кучлилиги C (далиллар даражаси - 2)

5-жадвал.

Фибрознинг морфологик босқичларига кўра эластография кўрсаткичлари

METAVIR шкаласи бўйича фиброз босқичи	Кўрсаткичлар, кПа	Диагностик аниқлик, %
F0	1,5-5,8	88,6
F1	5,9-7,2	87,2
F2	7,3-9,5	93,2
F3	9,6-12,5	90,9
F4	12,5 дан юқори	95,5

Магнит-резонансли эластография – турли текисликларда аъзо тўқимасини визуализация қилиш учун шароит яратадиган усул бўлиб, жигар зичлиги ва унинг паренхимасининг фиброз ёки цирроз ривожланиши билан боғлиқ ўзгаришларни, юмшоқ тўқималарнинг механик хусусиятларини миқдорий аниқлашга имкон беради.

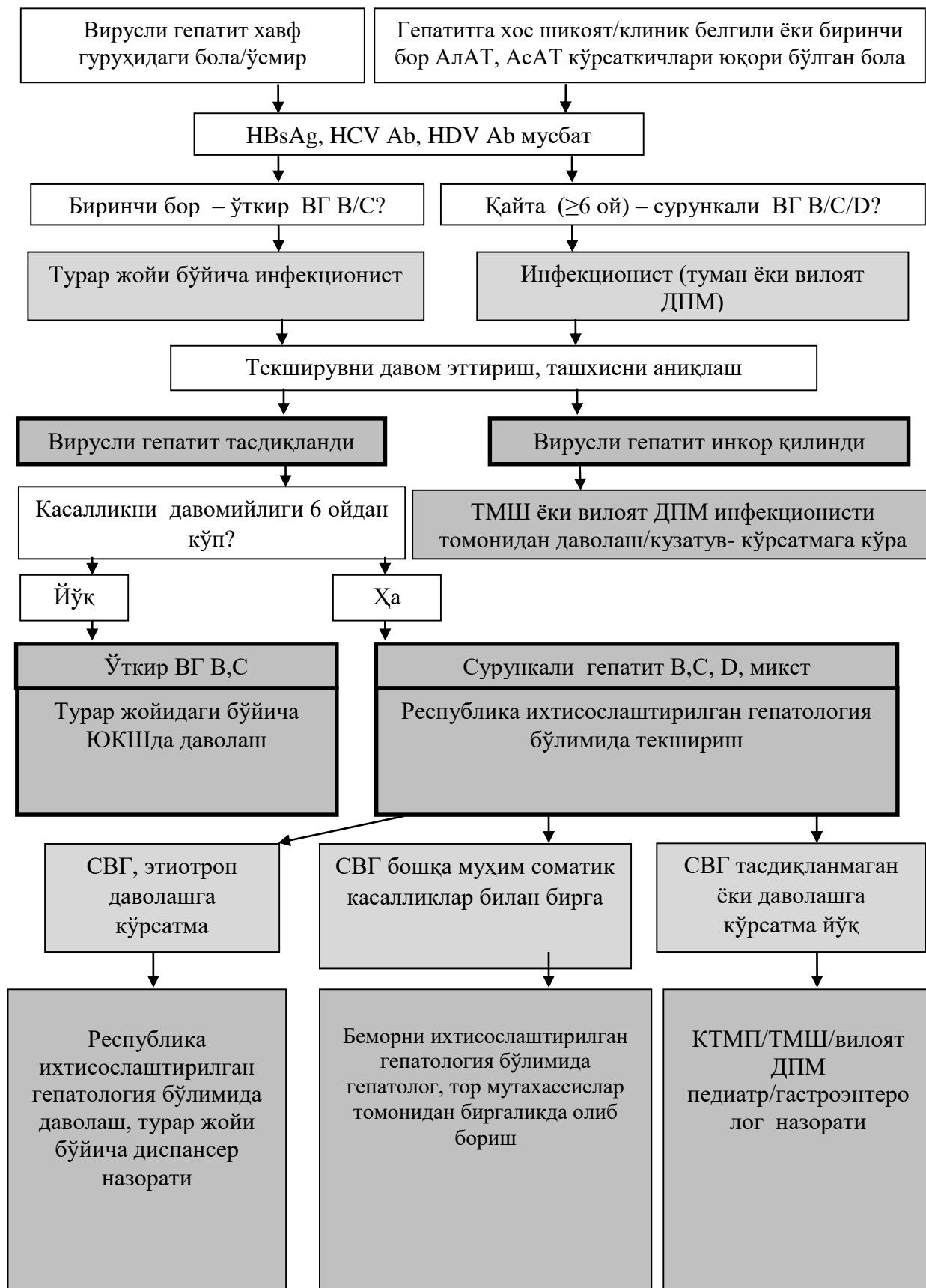
Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 2)

Жигар-хужайра етишмовчилиги ва портал гипертензия синдроми жигар паренхимасининг циррозли трансформацияси мавжудлиги ҳақида гувоҳлик беради.

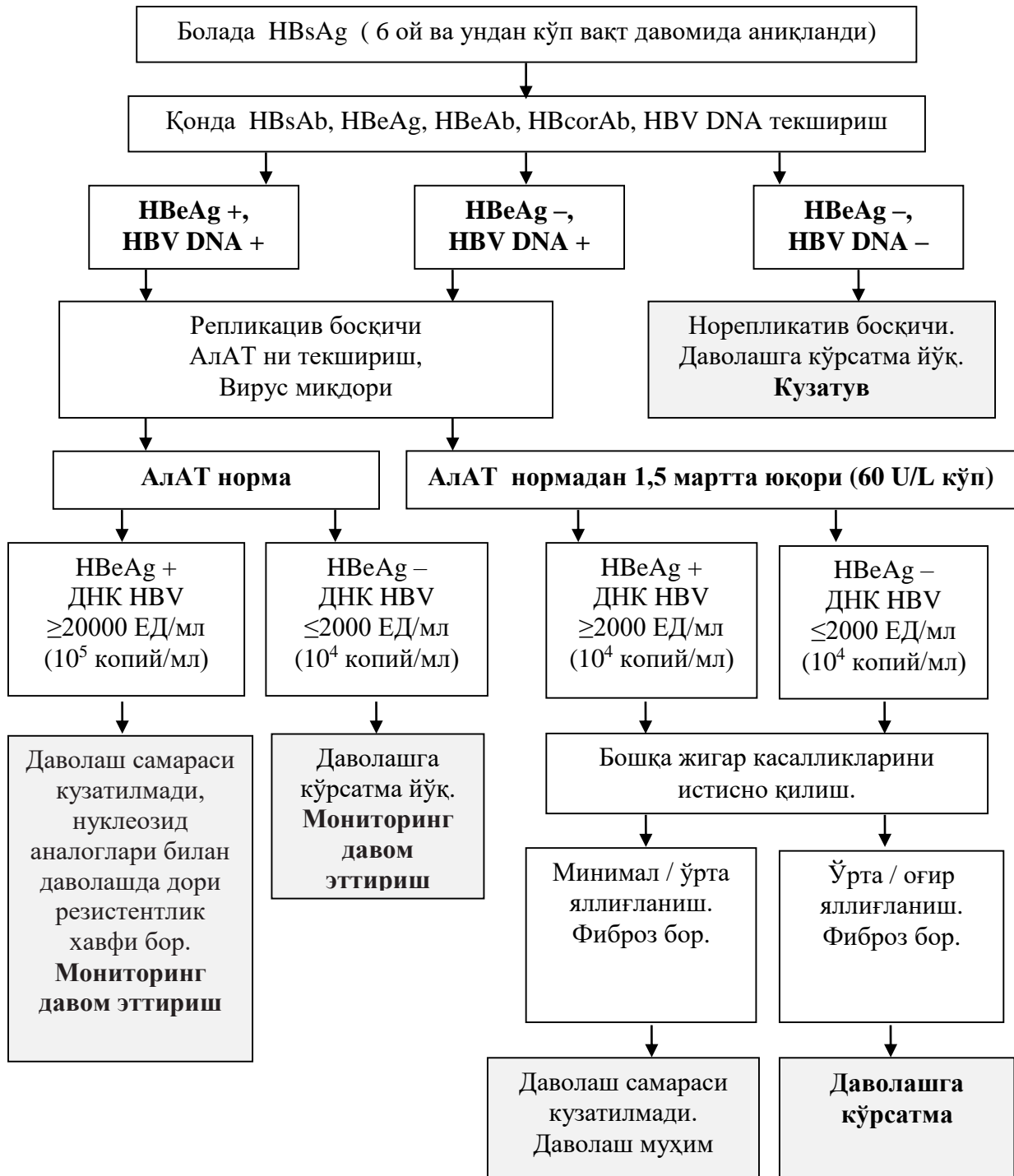
Сурункали вирусли гепатит кўпинча асимптоматик ёки баъзи бир клиник кўриниши билан кечишини ҳисобга олсак, айниқса хавф гуруҳидаги болаларни фаол текшириш зарур. Хавф гуруҳига киради: CDC бўйича *хавф гуруҳига* куйидагилар киради:

- В ва С вируслари билан касалланган, шу жумладан В вирусининг юзаки антиген ташувчи оналардан туғилган болалар.
- Қон реципиентлари, гемодиализдаги беморлар.
- Сурункали гепатитли беморнинг оила аъзолари.
- Гепатит В га қарши эмланмаган болалар.
- Эндоскопик ва бошқа жарроаҳлик муолажасидан кейинги болалар.
- Татуаж ва пирсингли ўсмирлар.

**Вирусли гепатит В, С, D га шубҳали болаларни бошланғич текширув
АЛГОРИТМИ**



Болаларда сурункали HBV-инфекцияни ташхислаш АЛГОРИТМИ



5-жадвал.

Дифференциал ташхислаш ва қўшимча текширувларни асослаш

Ташхис	Дифференциал ташхислаш учун асослаш	Текширув	Ташхис мезонларини истисно қилиш
Цитомегаловирус, кизилча вируси, HSV 1,2,6 типлари, EBV, парвовирус В19 вируслари чақирган СГ	Жигар тўқимасининг шикастланиши кўпинча туғма, кам ҳоллада орттирилган, ҳамда улар генерализацияланган инфекция ҳолда бўлиши мумкин	Биокимёвий қон таҳлили, ИФА, ПЦР конда, пешобда, сўлакда, қови, мочи, суюқликда ва бошқа муҳитлар	Ушбу инфекциялар жигар шикастланиши, неврологик симптомлар, бошқа тизим ва органлар зарарланиши билан бирга ривожланади, бу ҳолатларда ВГ В ва С истисно қилиш шарт.
Токсоплазмаз, протозойлар чақирган СГ	Туғма ва орттирилган генезли генерализацияланган токсоплазмоз инфекцияли жигар тўқимасининг шикастланиши	ИФА, ПЦР, бош мия R-графияси ёки КТ	Туғма токсоплазмозда жигар шикастланиши билан бирга хориоретинит, гидроцефалия, интрацеребрал кальцификат “учлик” зарарланиши, ўткир гепатитдан ташқари энцефалит, менингоэнцефалит ва бошқалар шикастланиши кузатилади.
Генерализацияланган бактериал: трепонема, листерия, хламидия, борелия инфекцияли СГ	Жигар тўқимасининг шикастланиши (гепатит) мавжуд	Серологик текширувлар, шу жумладан ИФА; ПЦР, турли материалларни бактериологик текшируви	Жараён ҳомилаичи инфицирланиши ёки орттирилган бўлиши мумкин. Ушбу касалликларда гепатит иситма билан бирга келади, кўпинча узоқ давом этади, яллиғланиш ўчоқлари мавжуд. Сифилис билан жигар шикастланиши кўпинча учинчи даражали сифилис ва касалликнинг бошқа белгилари мавжудлиги билан содир бўлади. Туғма сифилис билан жигар шикастланиши биринчи ўринда туради. Ушбу касалликларда жигар шикастланиши билан бирга тери ва шиллик қаватларнинг шикастланиши тез-тез учрайди.
Ирсий пигментли гепатозларда жигар шикастланиши: Жильбер, Дабин-Джонсон, Ротор синдроми	Сариқлик ва/ёки жигар тўқимасининг шикастланиши мавжуд	Биокимёвий қон таҳлили, пешоби, ИФА, ПЦР, генетик текширувлар	1. Жильбер синдромида билвосита билирубинни қамраб олиши ва конъюгацияси бузилади, бу кўпинча ўғил болалар ва ўсмирларда учрайди. Жигар тўқимасининг

			<p>шикастланиши йўқ, нажаси ва пешоб ранги ўзгармайди</p> <p>2. Дабин-Жонсон ва Ротор синдромлари - билирубиннинг экскрецияси бузилади, шунинг учун қондаги умумий билирубин даражаси боғланган фракция хисобига кўтарилади, аммо жигар тўқимасида яллиғланиш йўқ. Клиникасида тери ва шиллик қаватларнинг сурункали сариқлиги мавжуд</p>
<p>Жигаричи ва жигардан ташқи холестази СГ: чақалоқларда билиар атрезия, билиар гипоплазия, оилавий жигаричи холестаз (Байлер касаллиги, жигар ва қорин бўшлиғидаги киста ва ўсимталар, муковисцидоз</p>	<p>Сариқлик, гепатомегалия ва гепатит мавжуд</p>	<p>Биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма, тер тести, ИФА, ПЦР, генетик текширув, КТ, биопсия</p>	<p>Вирусли гепатитларнинг парентерал юқиш механизмларини инкор этиш.</p> <p>Билиар атрезияда – жигардан ташқи ва жигар ички ўт йўллари деструкция содир бўлади, сариқлик жадаллашади, бу эса билиар циррозга олиб келади. Билиар гипоплазия (Алажиля синдром) – интралобуляр ўт йўллари ёки капиллярларини йўқлиги ёки торайишидир. Бунда сариқликдан ташқари кўп тизимли шикастланиш кузатилади. Оилавий жигаричи холестаз – бу 3 турдаги хромосомалар бузилиши бўлиб, бунда биринчи ва иккинчи турида зардобдаги глютамилтранспептидаза кўрсаткичи паст, учинчи турида эса ГГТ кўрсаткичи юқори бўлиши муҳим ўринни эгаллайди.</p> <p>Киста ва ўсиматлар - 3 хил тури бўлади: жигардан ташқари (кўп учрайди), жигаричи ва аралаш, буларни барчасида чўзилувчан сариқлик намоён бўлади. Муковисцидоз - (кистозли фиброз) — бу муковисцидознинг трансмембран регулятори (МТР) генининг мутациясидан келиб чиққан тизимли ирсий касаллик бўлиб, ташқи секреция безларининг шикастланиши, нафас олиш ва ошқозон-ичак трактининг оғир дисфункцияси</p>

			билан тавсифланади, кўпинча хуружли йўтал билан бирга келади. Сафронинг димланиши сабабли баъзи болаларда жигар циррози ривожланади, ўт пуфагида тошлар пайдо бўлиши ҳам мумкин.
<p>СГ ирсий модда алмашинуви бузилиши касалликлари: гепатолентикуляр дегенерация - Вильсон Коновалов касаллиги, Ниман-Пик, Гоше касаллиги, алфа-1-антитрипсин етишмовчилиги, гликогенозлар, гемокроматоз</p>	<p>Сариклик, гепатомегалия ва гепатит мавжуд</p>	<p>Биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма, тер тести, ИФА, ПЦР, генетик текширув, КТ, биопсия</p>	<p>Ушбу касалликларда биринчи навбатда ВГ В ва С инкор этиш зарур. Уларнинг ҳар бири ўзига хос белгилар билан тавсифланади, бундан ташқари, ирсий касалликлар кўп ҳолларда бир вақтнинг ўзида марказий асаб тизимига зарар етказилади. Масалан, гемохроматоз - паренхиматоз органларда темирнинг чўкиши трансминаз кўрсаткичлари ошиши билан. Бронза рангли тери. Қон зардобда темир миқдори кўпаяди, трансферриннинг темир билан тўйиниши ошади (50% дан ортик).</p> <p>Вильсон-Коновалов касаллиги - мис алмашинувининг ирсий бузилиши бўлиб, кўп ҳолларда 5 ёшдан 25 ёшгача, неврологик ва ҳаракат бузилиши билан намоён бўлади. Қон зардобда церулоплазмин концентрацияси (20 мг / мл дан кам), суткалик пешобда мисни аниқлаш, шох пардада мис чўкиши (Кайзер-Флейшер ҳалқалари), вақт ўтиши билан неврологик ва ҳаракат бузилиши биргаликда кузатилади.</p> <p>Ниман-Пик ва Гоше касалликларида липидлар алмашинуви бузилган ирсий касалликлардир. Гоше касаллигида суяк илиги, талоғ, жигар ва суякларда глюкоцереброзидаза ферменти етишмаслиги сабабли хужайралардаглюкоцереброзид тўпланиб, уларнинг тузилишини ва функциясини бузади. Жигар катталашиши ва талоғ ундан ҳам катталашиши кузатилади.</p>

			<p>Ниман-Пик касаллиги – бу гепатоспленомегалия ва асаб тизимининг прогрессив шикастланиши, турли органларда липидларнинг тўпланиши билан намоён бўладиган касалликлар. Шу билан бирга, болалар эрта болалик даврини бошдан кечирмайдилар.</p> <p>Алфа-1-антитрипсин етишмовчилиги ирсий касаллик бўлиб, алфа 1-антитрипсин протеаза ингибитори етишмовчилиги асосланган, ўпка эмфиземаси шаклланишига ва жигар шикастланишига олиб келадиган касалликдир.</p> <p>Гликогеноз - гликоген синтези ёки парчаланишида иштирок этувчи ферментларнинг ирсий нуқсонлари натижасида келиб чиқадиган синдромларнинг умумий номи. Касаллик бола ҳаётининг биринчи йилларида намоён бўлади. Бундай болалар иштаҳаси йўқ ва тез-тез қайд қилади. Нафас олиш муаммоларидан йўтал ва нафас қисиши - модда алмашинуви бузилиши ҳисобига кузатилади.</p> <p>Гепатомегалия, трансаминаземия, ўсишдан орқада қолиш, мушаклар гипотонияси, қонда глюкоза кўрсаткичининг пасайиши ва жигар тўқималарида гликоген тўпланиши ва буйраклар бошқа органларнинг функциялари бузилиши кўпайишига олиб келади. Гипогликемия талваса билан кома ривожланишига олиб келиши мумкин. Ҳарорат кўпинча инфекция сабабларсиз кўтарилади. Жигарнинг шикастланиши туфайли геморрагик синдром (спонтан қон кетишга мойиллик) ривожланади.</p>
Токсик гепатитлар, Рея синдроми	Гепатитлар сариқлик билан ёки йўқ	Биокимёвий қон таҳлили, ИФА, ПЦР, УТТ	Дори-дармонларни қабул қилишга реакция сифатида, айниқса дориларни юқори

			<p>дозада ва узоқ муддат давомида (масалан, силга қарши препаратлар, кимётерапия препаратлари, ярим синтетик пенициллинлар, сулфаниламидлар, салицилатлар, индометацин, холестаза барқарорлиги – эритромицин, нитрофуранлар, метилтестостерон ва бошқ.) қабул қилиш. Бу узоқ муддатли, интенсив бўлмаган сариқлик, кўпинча билвосита фракция ҳисобига, ўрта трансaminaземия ва эозинофилия кузатилади.</p> <p>Рея синдроми - (ўткир жигар етишмовчилиги, энцефалопатия ва "оқ жигар касаллиги") — камдан-кам учрайдиган, аммо жуда хавфли, кўпинча ҳаёт учун хавфли ўткир ҳолат, болалар ва ўсмирларда (одатда 4—12 ёшда) ацетилсалицил кислотасини ўз ичига олган препаратлар билан вирусли иситмани даволаш пайтида пайдо бўлади, ва тез прогрессив энцефалопатия (бош мия шиши туфайли) ва ёғли жигар инфилтратциясининг ривожланиши билан тавсифланади. Рея синдроми гипергаммонемия, билирубин нормал даражасида қон зардобиди АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини (3 баравардан ортиқ) кўтарилиши билан кечади.</p>
<p>Аутоиммунгепатит</p>	<p>Гепатитлар сариқлик билан ёки йўқ</p>	<p>Биокимёвий қон таҳлили, коагулограмма, ИФА, ПЦР, КТ, биопсия, қонда аутоиммун жараён маркерлари таҳлили</p>	<p>Бу номаълум этиологияли жигар тўқималарининг прогрессив яллиғланиши бўлиб, гипергаммаглобулинемия ва қон зардобиди антителоларни мавжудлиги билан тавсифланади. Касаллик тез ривожланади ва жигар циррози, портал гипертензия, жигар етишмовчилиги ва ўлимга олиб келиши мумкин. Парентерал вирусли гепатитни истисно қилиш зарур.</p>

4. Амбулатор шароитида даволаш тадбирлари

Сурункали гепатит билан оғриган беморларни амбулатор шароитида даволаш фақат ихтисослаштирилган марказ (РИПИАТМ) да даволанишдан сўнг даволовчи шифокор томонидан белгиланган тавсиялар асосида амалга оширилади.

Номедикаментоз даволаш

- Касаллик кечишининг барча даврида жисмоний юкламалар чекланиши лозим. Ҳаракат фаолиятидаги чекловлар даражаси касаллик фаоллигига боғлиқ.
- *Парҳез* - Певзнер бўйича № 5 индивидуал модификациялар билан (СВГ нинг зўриқиш даврида парҳез 5а, ремиссия даврида – парҳез 5).

Медикаментоз даволаш

7-жадвал.

Амбулатор шароитда асосий дори воситалар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли мавжуд)

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХМН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Гепатопротекторлар	Silimarin	Таблетка 22,5мг, 35мг №80 1 табл. 3 маҳал/сут.	1А https://www.lvra.ch.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717
	Glycyrrhizic acid+Phospholipides	Капсула №50 1 кап. 3 маҳал/сут.	1А https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	L-ornitin L-aspartat	Гранула 5г. №10 1 саше 2 маҳал/сут. <i>(ҳаётий кўрсатмаларга кўра)</i>	1А https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	Liv 52 (ХМНйўк)	Таблетка №100 1 табл. 3 маҳал/сут.	1А https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey

			v-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
Интерферонлар	Viferon α -ИНФ-2b	ректал супп. 1000000ед, 3000000ед №10, 100000-150000ед/кг 2 маҳал суткасига кунора ҳар 12 соат 10 кун давомида, кейинчалик ҳафтада 3 мартта 6-12 ой давомида.	1B https://cyberleninka.ru/article/n/interferonoterapiya-pri-hronicheskikh-gepatitah-v-i-s-u-detey/viewer
	Roferon α -ИНФ-2a	1 шпр.-тюб. (0,5 мл), №10. 0,5-1,0мкг/кг ҳафтада 3 мартта 24-48 ҳафта давомида.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Pegintron α -ИНФ-2a	Флакон, 50мкг. №1. 0,5-1,0мкг/кг ҳафтада 3 мартта 24-48 ҳафта давомида.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Эндоген ИНФ индукторлари	Meglumini akridonacetatas	Ампула, 125мг/мл 2мл №5. Таблетка, 150мг, №50. 6-10 мг/кг тана вазнига м/о 1 маҳал суткасига №5, кейинчалик ҳафтада 3 мартта 3 ой давомида	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Proteflazide (Comb. Drug)	Флакон 30мл №1. 1 томчи боланинг ёшига кўра 3-6 ой давомида.	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Тўғридан тўғри таъсир қилувчи вирусга қарши препаратлар. Ингибитор протеазлари	Ribavirin	Таблетка 200мг №100. 15 мг/кг/сут 6-12 ой давомида	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Entekavir	Таблетка 0,5мг ва 1,0 мг№30. 0,015 мг/кг 1 маҳал/сут 12 ой давомида сероконверсиядан кейин	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Tenofovir alafenamide	Таблетка 25 мг №30. >12 ёш ва >35кг. 25 мг 1маҳал/сут.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Tenofovir disoproxil fumarate	Таблетка 300 мг №30. >12 ёш ва >35кг.	1A

		8 мг/кг/сут.	Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Ledipasvir/ sofosbuvir	(12-жадв.)	1A https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969
	Sofosbuvir/ velpatasvir	(13-жадв.)	1A https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27
	Glekaprevir/ pibrentasvir	(14-жадв.)	1A doi: 10.1002/hep.30840
Ўт ҳайдовчи препаратлар	Ursodezoxiholic acid	Капсула 250мг №50. Суспензия 250мг/5мл флакон 100мл. 10-15 мг/кг/сут.	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40

8-жадвал.

Амбулатор шароитда қўшимча дори воситалар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли мавжуд): далиллар даражаси кўрсатилиши зарур

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХМН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўт ҳайдовчи препаратлар	Synarae scomuli foliae extract	Флакон 120мл №1. таблетка 200мг №60. <12 ой. 5-10 томчи; 1-5ёш 10-20 томчи; >6 ёш 200мг 2-3 маҳал/сут.	1A
	Magnesium sulphate	Пакетик 20мг 5%, 10% <6 ёш -2,5-5,0мл 3маҳал/сут; >6 ёш 5,0-10,0мл 3маҳал/сут.	1A
	Ходжиметов дамламаси	Пакетик 2,5г №10. 1/3 стакан 3маҳал/сут.	1A
Фермент препаратлари	Pancreatin (панкреатин микросферик шакли)	Таблетка 2500МЕ №50. Капсула 10000МЕ №30. 500 липазабирликда/кг суткасига 10-14 кун давомида.	1A

Пребиотиклар	Lactulose+ Ligninum hydrolyzatum	Таблетка №50. 1-3 ёш – ½ таблетка; 3-7 ёш – 1 таблетка; 8-12 ёш – 1 таблетка; >12 ёш 2 таблетка 3 маҳал/сут.	1A
Пробиотиклар	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli	Пакетик 5доз №10. <1 ёшгача - 1 доза 2 м/сут; 1-3 ёш - 2-5 доз 2 м/сут; > 3 ёш - 3-5 доз 2 м/сут.	1A
	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Пакетик 5доз №10. <1 ёшгача - 1 доза 2 м; 1-3 ёш - 2-5 доз 2 м/сут; > 3 ёш - 3-5 доз 2 м/сут.	1A
	Bifidobacterium+ Lactobacillus+ Streptococcus thermophilus	Пакетик 5доз №10. 1-4 ёш - 1-2 саше/сут. 4-12 ёш - 2 саше/сут. >12 ёш - 3 саше/сут.	1A
	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli+Enterococcus	Пакетик 5доз №10. 3-6 ёш 200 мг (5 мл суспензия) 2м/суткасига; >6 ёш 200 мг 3-4 маҳал/сут.	1A
Ичак сорбентлари	Carbo activatus	Таблетка 250мг №30. 3-7 ёш 1 табл. 2 м/сут; 7-14 ёш 1 табл. 3 м/сут.	1A
	Silicon dioxide colloidal	Флаконт 25г №1. <10 кг 0,5 ч/к; <20 кг 1 ч/к 1 та қабулда; <30 кг 1 ч/л 1 қабулда; <40 кг 2 ч/л 1 қабулда; 2-3 м/сут.	1A
	Lactulose	Флаконт 100мл №1. <1 ёш – 5 мл; < 6 ёш – 5-10 мл; 7-14 ёш – 10-15 мл.	1A
	Ligninum hydrolyzatum	Таблетка 400мг №50. <1 ёш – ½ табл.; <3 ёш – ½-1 табл; <7 ёш – 1 табл.; >7 ёш – 1-2 табл. 1 м/сут.	1A
Витамин препаратлари	Thiaminum Pyridoxini hydrochloridum Cyanocobalaminum Nicotinamid	Ампула 2,0мл №10. 6-12 ёш - 1 мл/сут м/о >12 ёш 1-2 мл/сут м/о Таблетка №60. >5 ёш 1 табл./сут.	1A
	Acidi ascorbinici	Ампула 5%-2,0мл №10 0,1мл/кг/сут.	1A
	Retinolum	Драже №50. <1 ёш 0,5мг (1650МЕ); <6 ёш 1мг (3300МЕ); >7 ёш 1,5мг (5000МЕ)	1A
	Tocopheroli acetat	Драже №50. 1-2 мг/кг/сут.	1A

Антиоксидант препаратлар	Deproteinized calf blood haemoderivate	Ампула 40мг/мл 2мл, 5мл №5. <5 ёш – 40мг/сут; <7 ёш – 80мг/сут; >7 ёш – 120мг/сут; >12 ёш – 200мг/сут. Таблетка 200мг №50. <5 ёш – 1/4табл/сут; <7 ёш – 1/2табл/сут; >7 ёш – 1табл/сут; >12 ёш – 1-2табл/сут.	1А
Антигистамин препаратлари	I авлод Chloropyramine	Ампула 20мг/мл 1мл №5. 0,1мл/ёшига/сут. Таблетка 25мг №20. 6.25-12.5мг 2-3 м/сут; <3 ёш 5 мг/сут; <7 ёш 10мг/сут; >7 ёш 15мг/сут; >7 ёш 25мг/сут.	1А
	Quifenadine		
	II авлод Cetirizine	Флаконтон 10мг 20мл. 6-12 ойлик. - 2,5 мг/сут (5 томчи); 1-6 ёш - 2,5 мг (5 томчи) 2 маҳал/сут.; 6-12 ёш - 10 мг (20 томчи) 1 м/сут. Таблетка 5мг №10. <6 ёш 5 мг/сут; <12 ёш 10мг/сут. < 12 ёш - 5 мг/сут; > 12 ёш - 10 мг/сут.	1А
	loratadine		
Метаболик жараёнларни яхшиловчи препаратлар	Levocarnitine	Флаконтон 300мг/мл 50мл №1. < 1ёш - 10–15 мг/сут. (10 томчи); < 3 ёш - 30–50 мг/сут. (10 томчи); < 6 ёш - 60–90 мг/сут. (1/4 ч/к) > 7–18 ёш – 100 мг/сут.	1А
	Thioctic acid	Таблетка 300мг. <7 ёш — 0,012 г 2–3 м/сут; >7 ёш — 0,012–0,024г 2–3 м/сут.	1А
Гемостатик препаратлар	Menadione	Флаконтон 10мг/мл №5. Таблетка 15мг №30. Чақалоқлар - 4мг/сут; <1 ёш- 2-5 мг/сут; <2 ёш - 6 мг/сут; 3–4 ёш - 8 мг/сут; 5-9 ёш - 10 мг/сут; <14 ёш - 15 мг/сут.	1А
Спазмолитик препаратлар	Drotaverinum	Таблетка №50. <6 ёш- 40-120 мг/сут; >6 ёш - 80-200 мг/сут.	1А
	Mebeverine	Капсула 100мг, 200мг №30. >10 ёш - 100-200 мг/сут.	1А
	Trimebutine	Таблетка 50мг, 100мг №30. 3-5 ёш -25-50 мг/сут;	1А

		5-12 ёш – 50-100 мг/ сут.	
Глюкортикоид препаратлар	Prednisolonum	Таблетка 5мг №100. 1-5мг/кг/сут.	1А

Жарроҳлик муолажалари: Қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз томирлари мавжуд бўлса, уларнинг эндоскопик лигирлаш ёки склерозини бажариш имкониятини кўриб чиқиш лозим.

Сурункали вирусли гепатит билан оғриган болаларни кейинги даволаш:

Вирусга қарши даволаш зарурлигини аниқлаш мақсадида кейинги текширув ўтказилади. Патологик жараён фаоллиги АлАТ, АсАТ кўрсаткичлари, жигар талог ультратовуш текширув ва биопсия маълумотлари билан баҳоланади.

Даволашнинг самарадорлик индикаторлари:

- АлАТни нормаллашуви;
- HBV/HCV репликациясини пасайиши;
- HBeAg сероконверсияси ёки клиренси;
- HBsAg сероконверсияси ёки клиренси;
- Фиброз даражасини пасайиши;
- Бемор бола ҳаёт сифатини яхшиланиши.

5. Тиббий ёрдам кўрсатишни ҳисобга олган ҳолда стационар даволашга кўрсатма:

Режали стационар даволашга кўрсатма:

- Касалликнинг юқори фаоллик даражаси;
- СВГларни вирусга қарши даволаш натижаларининг ножўя самараси;
- Узоқ давом этувчи гипертермия;
- Сурункали касалликларнинг зўриқиши;
- Қабул қилинган даражадан паст гематологик кўрсаткичларни пасайиши;
- Гематологик кўрсаткичларнинг меъёрнинг энг паст чегарасидан камайиши;
- Жигар пункцион биопсия ўтказиш (кўрсатмага кўра);
- СВГда жигардан ташқари бошқа аъзоларнинг оғир шикастланиши;
- СВГ нинг декомпенсирланган жигар циррозига ўтиш даври.

Шошилич стационар даволашга кўрсатма:

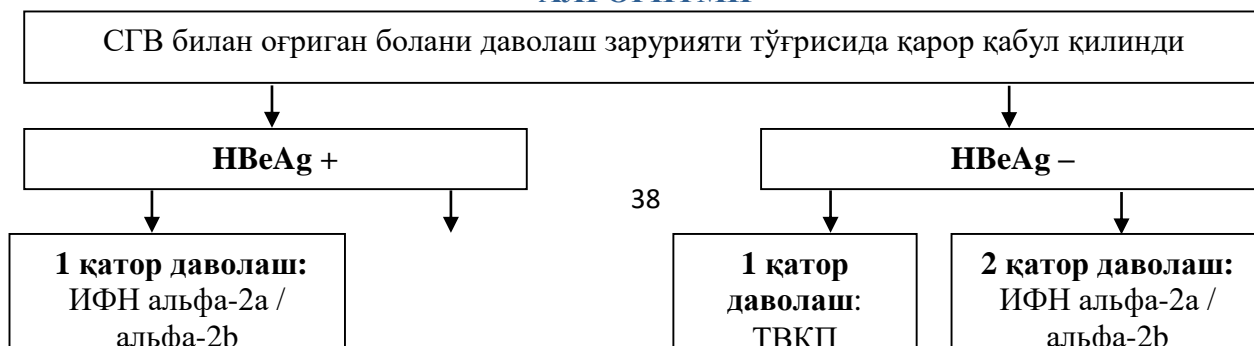
- Қон кетиши;
- Қоринда оғриқ;
- Сариклик кучайиши;
- Бош оғриши боланинг ҳушини бузилиши билан;
- 5 ёшгача бўлган болаларда – хавф солувчи умумий белгилар (кўкракни эма олмаслик ёки ича олмаслик, ҳар овқатланишдан ва сув ичгандан кейин қайт қилиши, ушбу касаллик анамнезида талвасалар ва летаргик ва ҳушдан кетиш ҳолати) мавжуд бўлганда.

Стационар шароитда даволаш тактикаси. Даволашнинг якуний мақсади: вирус репликациясини стабил пасайтириш ва касалликнинг клиник ремиссия билан УТТ жигар кўринишини яхшилашдан иборат.

Даволаш чоралари базис ва этиотроп даволашни ўз ичига олади. Этиотроп даволаш стратегияси вирусга бевосита таъсир қилишдан иборат бўлиб, вирус репликациясини камайтириш ёки элиминацияси, яллиғланиш фаоллик даражасини пасайиши ёки камайиши, сурункали жараённи жадаллашуви ГЦК ва жигар циррозига ўтишини олдини олади.

Беморни кузатув анкетаси (схемалар, алгоритмлар)

Сурункали гепатит В билан оғриган беморларни этиотроп даволаш АЛГОРИТМИ



**2 қатор
даволаш:
ТВҚП**



**ИФН-α га ўтиш;
ёки ТВҚП 52
хафтагача давом
этириш**

**ИФН доза
ошириш**

- **ИФНни 48 хафтагача давом этириш.** Даволаш бошида «HBeAg +» беморлар учун; **ИФН бекор қилиш.** Даволаш бошида «HBeAg-» беморлар учун.
- **ТВҚП 52 хаф давом этириш**
- Ҳар 3 ойда ДНК назорати

- **ИФНни 48 хафта гача давом этириш.**
 - **ТВҚП 52 хаф давом этириш**
 - Ҳар 3 ойда ДНК назорати

- **Даволашни минимум 48 хафтагача давом этириш**
- Даволашнинг бошқа самарасиз сабабларини кўриб чиқиш (бошқ. жигар касалликлари).
- Ҳар 3 ойда ДНК назорати

Эслатма: «ЭВЖ» - эрта вирусологик жавоб: ДНК-НВV даражасини бошланғич даражасига нисбатан ≥ 10 МЕ/мл ёки ≥ 50 копия/мл га камайиши

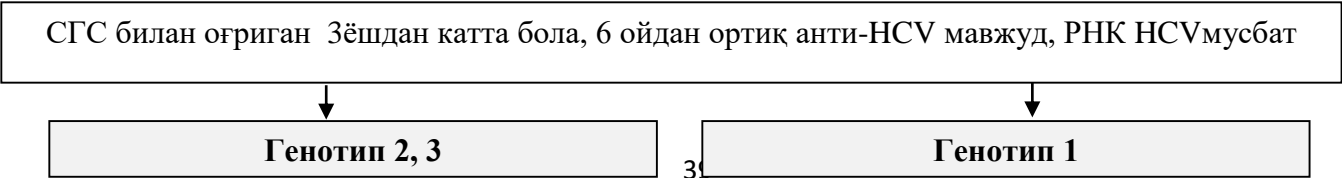
«Жавоб йўқ» - Бирламчи даволаш самарасизлиги: ДНК-НВV даражасини бошланғич даражасига нисбатан < 10 МЕ/мл ёки < 50 копия/мл га камайиши

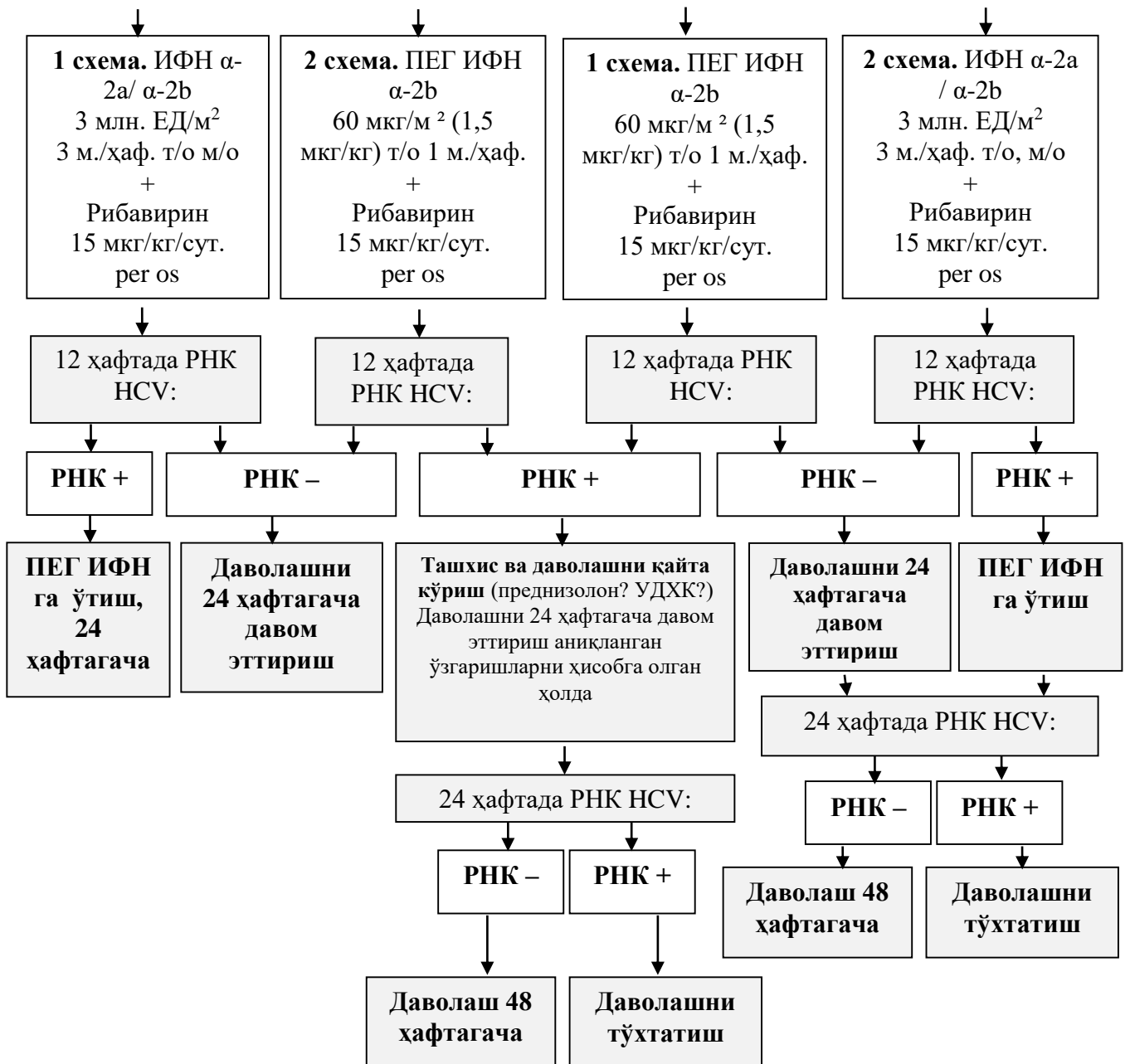
Даволашга тўлиқ жавоб: ПЦР манфий

Даволашга қисман жавоб: ДНК-НВV даражаси 60 дан 2000 МЕ/млгача (ёки 300 дан 10000 копия/мл гача)

Даволашга жавоб етарли эмас: ДНК-НВV даражаси ≥ 2000 МЕ/мл (ёки ≥ 10000 копия/мл)

**СГС билан оғриган ўсмир ва болаларни этиотроп даволаш
АЛГОРИТМИ**





Эслатма: «РНК -» - РНК вируси аниқланмади ёки вирус концентрацияси бошланғич даражасига нисбатан 2 log (100 мартта) дан кўп камайиши.

Ташхисни қайта кўриш қуйидагича: вирус генотипларини аниқлаш (2, 3 генотиплар учун), жигар стеатозини ва аутоиммун гепатит билан ўзаро фаолияти синдроми инкор қилиш.

Номедикаментоз даволаш: Касаллик кечишининг барча даврида жисмоний юкламалар чекланиши лозим. Ҳаракат фаолиятидаги чекловлар даражаси касаллик фаоллигига боғлиқ.

Стационар режим: ярим тўшакда ва тўшакда.

Парҳез - Певзнер бўйича № 5 индивидуал модификациялар билан (СВГ нинг зўриқиш даврида парҳез 5а, ремиссия даврида – парҳез 5).

Парҳез - Певзнер бўйича № 76 (оқсил миқдори меъёрли тузсиз парҳез) шиш-асцитик синдромли беморларга тавсия этилади.

Фитотерапия (сули қайнатмаси, жўхори попуги, зверобой, мойчечак, наъматак ва бошқ.) – ремиссия даврида.

Тавсиянинг кучлилиги А (далиллар даражаси - 1)

Медикаментоз даволаш:

Патогенетик ва симптоматик даволаш

- Дезинтоксикацион даволаш. Интоксикация юқори бўлган ҳолатларда инфузион даволаш: 5-10% глюкоза эритмаси, 0,9% NaCl эритмаси, янтар кислота препаратлари вена ичига томчилаб юбориш қўлланилади.

- *Гепатопротекторлар:*

Ўтлардан тайёрланган гепатопротекторлар (АлАТ<2 меъёр бўлганда);

Кимёвий гепатопротекторлар (АлАТ>2 меъёр бўлганда).

- Ошқозон-ичак тракти фаолиятини меъёрлаштирувчи воситалар (фермент препаратлари, пре-, пробиотиклар, энтеросорбентлар);

- Гепатоцитлар функционал фаоллигига таъсир кўрсатувчи препаратлар: (поливитаминлар, антиоксидантлар);

- Ўт ҳайдовчи препаратлар (холеретиклар, холекинетиклар - кўрсатмага кўра);

- Урсодезоксихолий кислота препаратлари (холестаз ҳолатларда);

- Спазмолитик препаратлар (сафро оқимини яхшилаш учун);

- Протеолиз ингибиторлари;

- Десенсибилизацияловчи препаратлар;

- Антибактериал препаратлар;

- Метаболик воситалар;

- Плазма ўрнини босувчи препаратлар

- Аминокислоталар (цитолиз бўлмаган ҳолларда);

- Гемостатик воситалар;

- Кислота-ишқор ҳолатини коррекцияловчи препаратлар;

- Вит D ва унинг аналоглари;

- Оқсил препаратлари;

- Имуномодуляторлар;

- Глюкокортикостероидлар. Аутоиммунн компонент: ANA (+), SMA (+), SLA (+) мавжуд бўлган ҳолларда ГКСни қўллаш кўрсатма бўйича;

- Диуретиклар;

- Ҳамроҳ соматик касалликларни даволаш;

- Сурункали инфекция ўчоқлари санацияси.

Тавсиянинг кучлилиги А (далиллар даражаси - 1)

Этиотроп даволаш.

Сурункали вирусли гепатитларни этиотроп даволашда тегишли текширувлардан кейин комиссия асосида буюрилади.

Кўрсатма бўйича вирусга қарши даволаш 12-24-48 ва ундан кўп ҳафта давомида, касалликнинг прогрессив кечишини аниқловчи уч кўрсаткичлар асосида:

- вирус юкламаси даражаси $>10^5$ копий/мл;
- АлАТ нинг зардобдаги фаоллиги > 2 меъёрдан кўплиги;
- касаллик фаоллик даражасининг морфологик аниқланганлиги.

Юқорида кўрсатилган препаратлар болаларда жигардаги патологик жараённинг фаоллигига кўра моно- ва комбинирланган даволаш кўринишида қўлланилади.

ИФН препаратлари - инфицирланган хужайралар мембрана рецепторлари билан боғланиб, вируснинг кириб боришини блоклаш, вирус репликациясини бостириш ва вирусга қарши оқсиллар ишлаб чиқаришни кўзғатади. Табиий ва рекомбинант ИФНлардан фойдаланиш мумкин. Улар кенг доирадаги ножўя таъсирга эга (аутоиммун жараёнлар, нейтро- ва тромбоцитопения, депрессия, гриппга ўхшаш холатлар, анорексия, соч тўкилиши).

Педиатрия амалиётида **Виферон** (ИФН- α нинг мембрана стабилизаторлари билан комбинацияси) дан фойдаланиш яхшироқдир, чунки ректал суппозитория кўринишида мавжуд бўлиб, бу болаларда фойдаланиш учун қулайдир.

- Интерферон альфа -ИФН-2b **Виферон** - болалар учун дозаси: 100000-150000МЕ/кг 2 маҳал суткасига кунора ҳар 12 соат 10 кун давомида, кейинчалик ҳафтада 3 мартта 24-48 ҳафта давомида.

1А	3 ёшгача бўлган болалар учун интерферон альфа-2b (ректал суппозитория) кўринишида фойдаланиш мумкин ¹⁷
-----------	---

Интерферон қаторидаги препаратлар: (Человеческие генноинженерные)

- альфа-2b интерферон (**интрон А** ва аналоглари) ўртача дозаси 3 МЕ/м² тана юзасига кўра, т/о, м/о ҳафтада 3 мартаба буюрилади.
- альфа-2a интерферон (**роферон** ва аналоглари) – ўртача дозаси 3 МЕ/м² тана юзасига кўра, т/о, м/о ҳафтада 3 мартаба буюрилади.

Пегилрланган альфа-2b интерферон (ПЕГ-Интрон - тана вазни 20кг дан юқори бўлган болалар) – дозаси 60 мкг/м² тана юзасига кўра (1,5 мкг/кг), ҳафта 1 мартта т/о буюрилади.

2В	Вирусга қарши даволаш ўтказиш учун ИФН-а (альфа-2a альфа-2b) препаратларини қўллаш ёрдамида қарши кўрсатмалар аниқланади. Бемор болаларнинг оптимал ёши 7-12 ёш, тана вазни >20 кг дан кўп ҳисобланади ²⁴
-----------	--

ИФН индукторлари: (циклоферон, протезлазид) – ИФН препаратларидан фарқи, улар токсик таъсири кам ва ножўя эффекти йўқлиги билан характерланади.

- **Циклоферон** м/о суткасига 6-10 мг/кг дозада, ҳар 48-72 соатда суткасига 1 мартта per os орқали, СГВ ва СГС учун курс давомийлиги – 2 ой.

- **Протефлазид** - овқатдан бир соат олдин ёки кейин қанд ёки нон бўлагига томчи томизиш шаклида қўлланилади. Бир ёшгача бўлган болалар учун протефлазид суткада 1-2 томчи, 2 ёшдан 6 ёшгача - суткада 4-8 томчи, 7 ёшдан 12 ёшгача - суткада 8-14 томчи ва 12 ёшдан катталарга – 14-20 томчигача буюрилади. Препаратни қўллаш давомийлиги жигардаги патологик жараён фаоллигининг даражасига боғлиқ (6-12 ой давомида).

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

Нуклеот(з)ид аналоглари

1. **Рибавирин** (ребетол) – HCVни даволаш учун, 15мг/кг суткада, per os, ҳар куни эрталаб ва кечаси овқатдан кейин. Даволаш давомийлиги: HCV ни 1 ва 4 генотип учун – 48 ҳафта, 2 ва 3 – 24 ҳафта.
2. **Энтекавир** (бараклюд) – 2 ёшдан катта болаларга HBVни даволаш учун 0,015мг/кг дозада буюрилади.
3. **Тенофовир** (тенофовир алафенамид фумарат) – 12 ёшдан катта болаларга HBVни даволаш 25мг/сут дозада буюрилади.

9- жадвал.

Болалар ва ўсмирлар учун вирусга қарши даволаш препаратлар дозаси

Препарат номи	Беморлар гуруҳи	Дозировкаси
ETV (Entekavir Entekavir)	Тана вазни <30кг	0,015 мг/кг 1 маҳал суткасига (максимум 0,5мг/сут)
TDV (<i>Tenofovir disoproxil fumarate</i>)	Тана вазни >30кг	0,5 мг/сут.
	>12 ёш	300мг/сут.
TAF (<i>Tenofovir alafenamide</i>)	>12 ёш	25 мг/сут.

1A	Болаларни вирусга қарши даволашда кўрсатма бўйича <i>энтекавир</i> (ETV) ёки <i>тенофовир алафенамид фумарат</i> (TAF) (2 ёш ва ундан катта беморлар учун ETV) ёки ўсмирлар (12 ёш ва ундан катта беморлар учун альтернатив схема сифатида TAF) тавсия этилади ⁴
-----------	---

10-Жадвал.

≥ 3 ёшдан катта болалар учун тана вазнига кўра софосбувир/ледипасвир дозаси

Тана вазни	Софосбувир/Ледипасвир препаратининг бир маротабалик суткалик дозаси
< 17 кг	33,75 мг/150мг
17кг дан < 35 кг гача	45мг/200мг
≥ 35 кг	90мг/400 мг/сут.

1A	Вируснинг 1, 3, 4, 5 ва 6 генотипи билан касалланган 12 ёшдан катта болалар учун софосбувир+ледипасвир комбинирланган препарати буюрилади. Препарат дозаси 490 мг (битта таблетка софосбувир 400,0 мг ва ледипасвир 90,0 мг мавжуд) суткасига бир маҳал овқат вақтида тавсия этилади. Тавсия этилган
-----------	--

	режим ва даволаш давомийлиги: 1, 4, 5, 6 генотиби билан касалланган беморлар учун 12 ҳафта давомида ²⁷
--	---

11-Жадвал.

≥ 3 ёшдан катта болалар учун тана вазнига кўра софосбувир/велпатасвир комбинациясининг белгиланган дозаси

Тана вазни	Софосбувир/велпатасвир препаратининг бир мартабалик суткалик дозаси
< 17 кг	150 мг/37,5мг
17кг дан < 30 кг гача	200 мг/50мг
≥ 30 кг	400мг/100 мг/сут.

1A	Вируснинг 1, 2, 3, 4, 5 ва 6 генотиби билан касалланган 12 ёшдан катта ва тана вазни 30кг кам бўлмаган болалар учун софосбувир+велпатасвир комбинирланган препарати буюрилади. Препарат дозаси 500 мг (битта таблетка софосбувир 400,0 мг ва велпатасвир 100,0 мг мавжуд) суткасига бир маҳал тавсия этилади. Тавсия этилган режим ва даволаш давомийлиги: 1, 2, 3, 4, 5, 6 генотиби билан касалланган жигар циррози бўлмаган ва компенсирланган цирроз беморлар учун 12 ҳафта давомида ²⁸
-----------	---

12-Жадвал.

≥ 3 ёшдан катта болалар учун тана вазнига кўра пибрентасвир/глекапревир дозаси

Тана вазни	Пибрентасвир/глекапревир препаратининг бир мартабалик суткалик дозаси
< 20 кг	33,75 мг/150мг
> 20 кг дан < 30 кг гача	45мг/200мг
> 30 кг дан < 45 кг гача	45мг/200мг
≥ 45 кг ёки 12 ёш ва ундан катта	90мг/400 мг/сут.

1A	НСV генотипидан қатъий назар 12 ёшдан катта болалар учун пангенотип глекапревир+пибрентасвир препарати буюрилади. Препарат дозаси 300мг/120 мг (100 мг/40 мг дан 3 та таблетка) суткасига бир маҳал овқат вақтида тавсия этилади. Илгари вирусга қарши даволаш муолажаси олмаган беморлар учун даволаш давомийлиги 8 ҳафтани ташкил қилади ²⁹
-----------	--

Вирусга қарши даволашнинг самарадорлик мониторинги:

Клиник ремиссия; биокимёвий ремиссия, вирусологик ремиссия, "EUROHEP" (1996) тавсияларига кўра: тўлиқ ремиссия; стабил биокимёвий ремиссия; стабил тўлиқ ремиссия; даволаш самараси йўқлиги; касалликнинг рецидиви.

- қонда биокимёвий кўрсаткичлар даволашнинг биринчи 6 ой давомида ҳар 1-3 ойда, кейин ҳар 6 ойда;

- умумий қон таҳлили даволашнинг биринчи ойида ҳар 2 ҳафтада 1 мартта, кейин ҳар ойда;
- серологик кўрсаткичлар ҳар 3 ойда 1 мартта, кейин 6-12 ойда 1 мартта;
- Даволаш бошлангандан 3 ойдан кейин вирус DNA ёки RNA аниқланган ҳолларда кўрсатилган даволаш схемасини давом эттириш мақсадга мувофиқ эмас! Бундай ҳолатларда α -ИФН дозасини ошириш ва маромини ўзгартириш, уларни бошқа таъсир механизмли препаратлар билан комбинирланган вариантлари қўлланилади.

ИФН-терапияни самарадорлигини баҳолаш:

Биокимёвий ремиссия даволаш охирида - даволашдан кейин АлАТ ва АсАТ кўрсаткичлари нормаллашуви;

Тўлиқ ремиссия даволаш охирида - АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини нормаллашуви, даволашдан кейин қонда вирусологик маркерларни йўқолиши;

Стабил биокимёвий ремиссия - даволаш тўхтатилгандан 6 ой ва ундан кейин АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини нормаллашувини сақланиши;

Стабил тўлиқ ремиссия - даволаш тўхтатилгандан 6 ой ва ундан кейин АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини нормаллашуви, шунингдек вирусологик маркерларни йўқолишини сақланиши. Беморларни 2 йил давомида ҳар 6 ойда кузатувни давом эттириш ва кейинчалик жигар ва талоқ томирларини УТТ билан доплерофлоуметрия ўтказиш тавсия этилади.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

Вирусологик ремиссия – қонда актив репликатив маркерларини йўқолиши.

тез вирусологик жавоб (ТВЖ): даволашнинг 4чи ҳафтасидан кейин вирусни <50 МЕ/мл кам аниқланиши;

эрта вирусологик жавоб (ЭВЖ): даволашнинг 12чи ҳафтасидан кейин виремия даражасининг бошланғич даражасидан 2 log₁₀ dan кўп пасайиши;

даволаш охиридаги жавоб: даволашни яқунлаш вақтида РНК/ДНК вирусларини йўқолиши;

бақарор вирусологик жавоб (ТВЖ): даволашни яқунлашдан 24 ҳафтадан кейин HBV-ДНК ва HCV-РНК йўқолиши;

Даволаш самараси йўқлиги - даволаш бошланишида ва/ёки даволаш охирида 3 ой давомида қонда АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини нормаллашувини йўқолиши ва/ёки вирусологик маркерларни сақланиши.

Касалликнинг рецидиви – даволаш курси тўхтатилгандан кейин қонда АлАТ ва АсАТ кўрсаткичларини кўтарилиши ва/ёки вирусологик маркерларни пайдо бўлиши.

жавоб йўқ: даволаш вақтида РНК/ ДНК вирусларини аниқланиши.

Тавсиянинг кучлилиги В (далиллар даражаси - 1)

- *Гистологик* – бу даволаш самарадорлигини баҳолаш учун информатив параметр ҳисобланади, аммо бу ёндашув ҳар доим амалда, айниқса педиатрияда қўлланиши мумкин эмас.

Тавсиянинг кучлилиги С (далиллар даражаси - 2)

13-жадвал.

Стационар шароитда асосий дори воситалар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли мавжуд)

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХМН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Гепатопротекторлар	Glycyrrhizic acid+Phospholipides	флакон 2,5мг №5 > 6 ёш - 2,5мг/сут; >12 ёш - 5,0 мг/сут. Капсула №50 1 капс. 3 маҳал/сут.	1А https://cyberlenink.a.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	L-ornitin L-aspartat	Ампула 10мл №10 >12 ёшдан катталар Гранула 5г. №10 1 саше 2 маҳал/сут. <i>(ҳаётий кўрсатмаларга кўра)</i>	1А https://cyberlenink.a.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	Monoammonium glycyrrhizinate (glycyrrhizic acid), glycine, L-cysteine hydrochloride hydrate (L-cysteine hydrochloride)	Ампула 20мл №10. <10 ёш - 10 мл/сут; >10 ёш - 20 мл/сут.	1А https://cyberlenink.a.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	Silimarin	Таблетка 22,5мг, 35мг №80 1 табл. 3 маҳал/сут.	1А https://www.lvrach.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717
	Liv 52 (ХМНйўк)	Таблетка №100 1 табл. 3 маҳал/сут.	1А https://cyberlenink.a.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detey
	S-ademetionine	Флакон 400мг №5. >12 ёшдан катталар Таблетка 400мг №20. 5-12 мг/кг/сут. <i>(ҳаётий кўрсатмаларга кўра)</i>	1А
Интерферонлар	Viferon α-ИНФ-2b	ректал суш. 1000000ед, 3000000ед №10,	1В

		100000-150000ед/кг 2 маҳал суткасига кунора ҳар 12 соат 10 кун давомида, кейинчалик ҳафтада 3 мартта 6-12 ой давомида.	https://cyberleninka.ru/article/n/interferonoterapiya-pri-hronicheskikh-gepatitah-v-i-s-u-detey/viewer
	Roferon α -ИНФ-2а	1 шпр.-тюб. (0,5 мл), №10. 0,5-1,0мкг/кг ҳафтада 3 мартта 24-48 ҳафта давомида.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Pegintron α -ИНФ-2а	Флаконтон, 50мкг. №1. 0,5-1,0мкг/кг ҳафтада 3 мартта 24-48 ҳафта давомида.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Эндоген ИНФ индукторлари	Meglumini akridonacetatas	Ампула, 125мг/мл 2мл №5. Таблетка, 150мг, №50. 6-10 мг/кг тана вазнига м/о 1 маҳал суткасига №5, кейин ҳафтада 3 мартта 3 ой давомида	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Proteflazide (Comb. Drug)	Флаконтон 30мл №1. 1 томчи боланинг ёшига кўра 3-6 ой давомида.	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Тўғридан тўғри таъсир қилувчи вирусга қарши препаратлар. Ингибитор протеазлари	Ribavirin	Таблетка 200мг №100. 15 мг/кг/сут 6-12 ой давомида	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Entekavir	Таблетка 0,5мг и 1,0мг №30. 0,015 мг/кг 1 маҳал/сут 12 ой давомида сероконверсиядан кейин	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Tenofovir alafenamide	Таблетка 25 мг №30. >12 ёш ва >35кг. 25 мг 1 маҳал/сут	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Tenofovir disoproxil fumarate	Таблетка 300 мг №30. >12 ёш ва >35кг. 8 мг/кг/сут.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)

	Sofosbuvir/ Ledipasvir	(10-жадв.)	1A https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969
	Sofosbuvir/ velpatasvir	(11-жадв.)	1A https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27.
	Glekaprevir/ pibrentasvir	(12-жадв.)	1A doi: 10.1002/hep.30840
Ўт ҳайдовчи препаратлар	Ursodezoxiholic acid	Капсула 250мг №50. Суспензия 250мг/5мл флакон 100мл. 10-15 мг/кг/сут.	1A DOI: 10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40

14-жадвал.

Стационар шароитда қўшимча дори воситалар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли мавжуд): далиллар даражаси кўрсатилиши зарур

Фармакотерапевтик гуруҳи	Дори воситаларининг ХМН	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Ўт ҳайдовчи препаратлар	Synarae scomuli foliae extract	Флакон 120мл №1. Таблетка 200мг №60. <12 ой. 5-10 томчи; 1-5ёш 10-20 томчи; >6 ёш 200мг 2-3 маҳал/сут.	1A
	Magnesium sulphate	Пакетик 20мг 5%, 10% <6 ёш -2,5-5,0мл 3маҳал/сут; >6 ёш 5,0-10,0мл 3маҳал/сут.	1A
	Ходжиметов дамламаси	Пакетик 2,5г №10. 1/3 стакан 3маҳал/сут.	1A
Фермент препаратлари (панкреатин микросферик шакли)	Pancreatin	Таблетка 2500МЕ №50. Капсула 10000МЕ №30. 500 липаза бирликда/кг суткасига 10-14 кун давомида.	1A
Пребиотиклар	Lactulose+ Ligninum hydrolyzatum	Таблетка №50. 1-3 ёш – ½ таблетка; 3-7 ёш – 1 таблетка; 8-12 ёш – 1 таблетка; >12 ёш 2 таблетка 3 маҳал/сут.	1A
Пробиотиклар	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli	Пакетик 5доз №10. <1 ёшгача - 1 доза 2 м/сут; 1-3 ёш - 2-5 доз 2 м/сут; > 3 ёш - 3-5 доз 2 м/сут.	1A

	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Пакетик 5доз №10. <1 ёшгача - 1 доза 2 м; 1-3 ёш - 2-5 доз 2 м/сут; > 3 ёш - 3-5 доз 2 м/сут.	1А
	Bifidobacterium+ Lactobacillus+ Streptococcus thermophilus	Пакетик 5доз №10. 1-4 ёш - 1-2 саше/сут. 4-12 ёш - 2 саше/сут. >12 ёш - 3 саше/сут.	1А
	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli+Enterococcus	Пакетик 5доз №10. 3-6 ёш 200 мг (5 мл суспензия) 2м/суткасига; >6 ёш 200 мг 3-4 маҳал/сут.	1А
Ичак сорбентлари	Carbo activatus	Таблетка 250мг №30. 3-7 ёш 1 табл. 2 м/сут; 7-14 ёш 1 табл. 3 м/сут.	1А
	Silicon dioxide colloidal	Флаконт 25г №1. <10 кг 0,5 ч/к; <20 кг 1 ч/к 1 та қабулда; <30 кг 1 ч/л 1 қабулда; <40 кг 2 ч/л 1 қабулда; 2-3 м/сут.	1А
	Lactulose	Флаконт 100мл №1. <1 ёш – 5 мл; < 6 ёш – 5-10 мл; 7-14 ёш – 10-15 мл.	1А
	Ligninum hydrolyzatum	Таблетка 400мг №50. <1 ёш – ½ табл.; <3 ёш – ½-1 табл; <7 ёш – 1 табл.; >7 ёш – 1–2 табл. 1 м/сут.	1А
Витамин препаратлари	Thiaminum Pyridoxini hydrochloridum Cyanocobalaminum Nicotinamid	Ампула 2,0мл №10. 6-12 ёш - 1 мл/сут м/о >12 ёш 1-2 мл/сут м/о Таблетка №60. >5 ёш 1 табл./сут.	1А
	Acidi ascorbinici	Ампула 5%-2,0мл №10 0,1мл/кг/сут.	1А
	Retinolum	Драже №50. <1 ёш 0,5мг (1650МЕ); <6 ёш 1мг (3300МЕ); >7 ёш 1,5мг (5000МЕ)	1А
	Tocopheroli acetas	Драже №50. 1-2 мг/кг/сут.	1А
Вит D ва унинг аналоглари	<i>Holecalciferolum</i>	Флаконт 500МЕ 15мл 1000 ед/сут. – профилактик даво; 2000-5000 ед/сут. – терапевтик даво 2-10 томчи/сут.	1А
Антиоксидант препаратлар	Deproteinized calf blood haemoderivate	Ампула 40мг/мл 2мл, 5мл №5. <5 ёш– 40мг/сут; <7 ёш – 80мг/сут; >7 ёш – 120мг/сут; >12 ёш – 200мг/сут.	1А

		Таблетка 200мг №50. <5 ёш – 1/4табл/сут; <7 ёш – 1/2табл/сут; >7 ёш – 1табл/сут; >12 ёш – 1-2табл/сут.	
Антигистамин препаратлари	<i>I авлод</i> Chloropyramine	Ампула 20мг/мл 1мл №5. 0,1мл/ёшига/сут. Таблетка 25мг №20. 6.25-12.5мг 2-3 м/сут; <3 ёш 5 мг/сут; <7 ёш 10мг/сут; >7 ёш 15мг/сут; >7 ёш 25мг/сут.	1А
	Quifenadine		
	<i>II авлод</i> Cetirizine	Флаконт 10мг 20мл. 6-12 ойлик. - 2,5 мг/сут (5 томчи); 1-6 ёш - 2,5 мг (5 томчи) 2 маҳал/сут.; 6-12 ёш - 10 мг (20 томчи) 1 м/сут. Таблетка 5мг №10. <6 ёш 5 мг/сут; <12 ёш 10мг/сут. < 12 ёш - 5 мг/сут; > 12 ёш - 10 мг/сут.	1А
	loratadine		
Протеолиз ингибиторлари	Aprotinin	Флаконт 10000ед №5. 1000ед/кг/сут. 5-10 кун давомида	1А
Метаболик жараёнларни яхшиловчи препаратлар	Levocarnitine	Флаконт 300мг/мл 50мл №1. < 1ёш - 10–15 мг/сут. (10 томчи); < 3 ёш - 30–50 мг/сут. (10 томчи); < 6 ёш - 60–90 мг/сут. (1/4 ч/к) > 7–18 ёш – 100 мг/сут.	1А
	Thioctic acid	Таблетка 300мг. <7 ёш — 0,012 г 2–3 м/сут; >7 ёш — 0,012–0,024г 2–3 м/сут.	1А
Инфузион препаратлар	Dextrose 5-10%	Флаконт 5%-100мл, 200мл 10%-100мл. 10 мл/кг/сут.	1А
	Natrii chloridum 0,9%	Флаконт 100мл, 200мл 10 мл/кг/сут.	1А
	Butanedioic acid + Natrii chloridum+ kalii chloridum+ calcii chloridum+ magnii chloridum+ natrii hydrocarbonas	Флаконт 100мл, 200мл. 5-7 мл/кг/сут.	1А
	Dextrose+Natrii chloridum	Флаконт 100мл, 200мл 5 мл/кг/сут.	1А
	Comb.drug (magnii chloridum+natrii lactas+ natrii chloridum+kalii	Флаконт 200мл 6-7 мл/кг/сут.	1А

	chloridum+calcii chloridum+sorbitolu m		
	Natrii chloridum+ kalii chloridum+ calcii chloridum+ magnii chloridum+, natrii asetat	Флаконт 200мл 5-10 мл/кг/сут.	1А
Антибактериал препаратлар	В-лактамаз кенгайтирилган спектри	Сусп. 250мг+62,5мг/5мл 25г 100мл. Табл. 250мг; 500мг №10. Табл. 250+62,5мг №20; Табл. 500+125мг №14 Флаконт 0,5г; 1,0г №1 50-70-100мг/кг/сут.	1В
	Цефалоспоринлар	Табл. 250мг; 500мг №10. Флаконт 0,5г; 1,0г №1 50-70-100мг/кг/сут.	1В
	Макролидлар	Табл. 250мг; 500мг №10. 50-70мг/кг/сут.	1В
	Сульфаниламидлар	Суспензии 240мг 100мл Таблетки 240мг №20. 50-70 мг/кг/сут.	1В
Кислота-ишқор мувозанатини яхшиловчи препаратлар	Kalii asperginas +Magnii asperginas	Таблетка №50. <6 ой – 0,1-0,2 мл/сут; <12 ой – 0,2-0,5 мл/сут; <3 ёш - 0,5-1,0 мл/сут; <6 ёш – 1,5-2,0 мл/сут; <12 ёш – 2-3 мл/сут.	1В
	Potassium chloridum 4%	Флаконт 4%-10мл №1. 0,1г тоза модда суткасига 1 кг тана вазнига	1В
Парентерал озиқланиш препаратлари	Aminol	Флаконт 100мл, 200мл 2 мл/кг/сут.	1В
	Aminoplasma Нера	Флаконт 500мл №1. 5-7 мл/кг/сут.	1В
	Human albumin	Флаконт 10%-100мл №1; 20%-50мл №1. 3,0мл/кг/сут.	1В
Гемостатик препаратлар	Menadione	Флаконт 10мг/мл №5. Таблетка 15мг №30. Чақалоқлар - 4мг/сут; <1 ёш- 2-5 мг/сут; <2 ёш - 6 мг/сут; 3-4 ёш - 8 мг/сут; 5-9 ёш - 10 мг/сут; <14 ёш - 15 мг/сут.	1А
	Aminocaproic acid	Флаконт 5%-100мл №1. 1,0-1,5 мл/кг/сут.	1В
	Etamsylate	Ампула 125мг/мл 2мл №10. 0,1 мл/кг/сут.	1А
	Drotaverinum	Таблетка №50.	1А

Спазмолитик препаратлар		<6 ёш- 40-120 мг/сут; >6 ёш - 80-200 мг/сут.	
	Platyphylline	Ампула 1,0мл №10. Чақалоқлар ва кўкрак ёши — 0,035 мг/кг (0,0175 мл/кг); 1–5 ёш — 0,03 мг/кг (0,015 мл/кг); 6–10 ёш — 0,025 мг/кг (0,0125 мл/кг); 11–14 ёш — 0,02 мг/кг (0,01 мл/кг).	1А
	Mebeverine	Капсула 100мг, 200мг №30. >10 ёш - 100-200 мг/сут.	1А
	Trimebutine	Таблетка 50мг, 100мг №30. 3-5 ёш -25-50 мг/сут; 5-12 ёш – 50-100 мг/сут.	1А
Глюкортикоид препаратлар	Prednisolonum	Таблетка 5мг №100. 1-5мг/кг/сут.	1А
	Dexamethasolonum	Ампула 4мг/мл 1 мл №25. 0,02-0,3 мг/кг/сут.	1А

Жарроҳлик аралашуви: жигар биопсияси *кўрсатмага кўра*

Сурункали гепатит билан оғриган болаларга лапароскопик усул ёрдамида жигар биопсияси тавсия этилмайди, чунки бу инвазив муолажа қон кетиши, гематома ва бошқ. хавфни келтириб чиқариши мумкин. Жигар биопсияси заҳирадаги ташхис усули бўлиши керак, бунда шифокорнинг даволаш тактикаси ўзгаради. Фиброз даражасини аниқлаш учун ноинвазив ташхислаш усулларига: жигарнинг билвосита эластометрияси, жигар ва перипортал зонанинг ултратовуш текшируви, компьютер томография ва магнит-резонанс томографияга таяниш керак.

Сурункали вирусли гепатит билан оғриган болаларни кейинги даволаш:

Этиотроп даволаш зарурлигини аниқлаш мақсадида кейинги текширув ўтказилади. Патологик жараён фаоллиги АЛАТ, АсАТ кўрсаткичлари, жигар талоғ ултратовуш текширув ва биопсия маълумотлари билан баҳоланади.

Даволашнинг самарадорлик индикаторлари:

- АЛАТни нормаллашуви;
- HBV/ HCV репликациясини пасайиши;
- HBsAg сероконверсияси ёки клиренси;
- HBsAg сероконверсияси ёки клиренси;
- Фиброз даражасини пасайиши;
- Бемор бола ҳаёт сифатини яхшиланиши.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей // Учебник 3-е издание.- 2022. ISBN978-5-9704-7032-9. <https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni>
2. Волынец Г.В., Панфилова В.Н. Хронический вирусный гепатит В у детей и подростков: современный взгляд на проблему // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65, № 4. С. 47–60. <https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-virusnyy-gepatit-v-u-detey-i-podrostkov-sovremennyy-vzglyad-na-problemu/viewer>
3. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2015. № July. P.166. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en.> (accessed: 19.06.2015.

4. Всемирная организация здравоохранения. *Глобальный доклад о гепатите, 2017 г.* [по состоянию на 9 января 2022 г.]. <https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017>.
5. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2020. № July. P. 1–8. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en>. (accessed: 19.06.2021).
6. Шамшева О.В. и др. Парентеральные вирусные гепатиты у детей: учебное пособие // Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 108с. https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detei_01.
7. Приказ № 542, от 27 августа 2018 года «Об усовершенствовании мер диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов в Республике Узбекистан», 2018. <https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm>
8. Клинический протокол диагностики и лечения хронический вирусный гепатит В у детей. / Казахстан.-2023г. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34599094
9. Клинический протокол диагностики и лечения хронический вирусный гепатит С у детей. / Казахстан.-2023г. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36719425
10. Клинические рекомендации Евро-азиатские общество по инфекционным болезням «Хронический гепатит В у детей» /Санкт-Петербург.-2023г. <https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-V-u-detej>.
11. Клинические рекомендации Евро-азиатские общество по инфекционным болезням «Хронический гепатит С у детей» /Санкт-Петербург.-2023г. <https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-C-u-detej>.
12. Международный конгресс гастроэнтерологов. Лос-Анджелес. 1994.
13. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection | Elsevier Enhanced Reader [Electronic resource]. URL: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S016882781730185X?token=996B34855DDD70609EE7ADCF455D71735A969FF633F937EFF23051F7A4C119D59EE8800F7057DC95F9265AE3DF0D13FC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210617135011> (accessed: 17.06.2021).
14. Бабаян М.Л., Хавкин А.И. Гепатопротекторная терапия при заболеваниях печени у детей. <https://www.lyrach.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717>.
15. Учайкин В.Ф., Чердиченко Т.В., Чаплыгина Г.В., Писарев А.Г. Лив. 52 - новый взгляд на эффективность при острых и хронических вирусных гепатитах у детей // Детские инфекции. 2003. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskikh-virusnyh-gepatitah-u-detej>.
16. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Хамраев Х.Т. Эффективность препарата Ливерин при лечении хронического гепатита В у детей // International scientific review. 2019. №LXV. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-preparata-liverin-pri-lechenii-hronicheskogo-gepatita-b-u-detej>.
17. Чуелов С.Б., Россина А.Л., В.Ф.Учайкин Этиотропная терапия вирусных гепатитах. //Детские инфекции, М.-2017.-№3.-С.32-40. <https://core.ac.uk/download/235718418>.
18. Ивлева С.А., Дворяковский И.В., Смирнов И.Е. Современные неинвазивные методы диагностики фиброза печени у детей. Российский педиатрический журнал. 2017; 20(5): 300-306. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2017-20-5-300-306>.
19. Иноятова Ф.И. Хронический вирусный гепатит С у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2009.- 415с.
20. Классификация хронического гепатита: диагностика, определение степени тяжести и стадии течения. / Desmet V., Gerber M., Hootnagle I. et al. // Р.Ж.Г.Г.К. –1995. – №2. – С.38-45.
21. Состояние физического и нервно-соматического статуса у детей больных хроническим вирусным гепатитом В. / Иноятова Ф.И., Абдумаджидова Ш.У., Иногамова Г.З. и др. // Мет. рек. Т. 2002. -18с.
22. Современные аспекты хронического гепатита В. / Н. Т. Шапиева, Ж. Б. Понежева, В. В. Макашова, Х. Г. Омарова // Лечащий врач -2019.-№ 5.-С. 82-87. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-hronicheskogo-gepatita-v>
23. Опыт использования тилорона при вирусных заболеваниях с поражением печени у детей / Р. Ф. Махмутов, А. И. Бобровицкая, Б. А. Безкаравайный, Л. А. Захарова // Методические рекомендации. – Луганск, 2020. – 35 с. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40

24. Volynets G.V. et al. Chronic hepatitis C in children in the Russian Federation: a multicenter study. *Journal of Hepatology*. 2017; V66 (1), 316 – 317.
25. Jonas MM, Squires RH, Rhee SM, Lin CW, Bessho K, Feiterna-Sperling C, Hierro L, Kelly D, Ling SC, Strokova T, Del Valle-Segarra A, Lovell S, Liu W, Ng TI, Porcalla A, Gonzalez YS, Burroughs M, Sokal E. Pharmacokinetics, Safety, and Efficacy of Glecaprevir/Pibrentasvir in Adolescents With Chronic Hepatitis C Virus: Part 1 of the DORA Study. *Hepatology*. 2020 Feb;71(2):456-462. doi: [10.1002/hep.30840](https://doi.org/10.1002/hep.30840).
26. Wirth S, Rosenthal P, Gonzalez-Peralta RP, et al. Sofosbuvir and ribavirin in adolescents 12-17 years old with hepatitis C virus genotype 2 or 3 infection. *Hepatology* 2017;66:1102–10.
27. Balistreri WF, Murray KF, Rosenthal P, et al. The safety and effectiveness of ledipasvir-sofosbuvir in adolescents 12 to 17 years old with hepatitis C virus genotype 1 infection. *Hepatology* 2017;66:371–8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969>.
28. Aschenbrenner DS. Epclusa Approved For Children With Hepatitis C. *Am J Nurs*. 2020;120(7):26-27. https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27.
29. Cotter TG, Jensen DM. Glecaprevir/pibrentasvir for the treatment of chronic hepatitis C: design, development, and place in therapy. *Drug Des Devel Ther*. 2019 Jul 29;13:2565-2577. doi: [10.2147/DDDT.S172512](https://doi.org/10.2147/DDDT.S172512).

1-илова.

**Сурункали вирусли гепатитли беморлар учун
ПАРҲЕЗ МАСЛАҲАТЛАРИ**

Овқат ва маҳсулотлар номи	Диета № 5А (ўткир гепатит ва сурункали гепатит зўриқиш даврида)	Диета № 5 (ўткир гепатит реконвалесцент даври ва сурункали гепатит ремиссия даври)	Мумкин эмас
----------------------------------	--	---	--------------------

Нон ва ун маҳсулотлари	Олий, буғдой ундан тайёрланган, қуритилган ёки кечаги нон	Шу, II нав ундан тайёрланган маҳсулотлар	Янги пиширилган жайдари нон, оширилган ва ширин кондитер маҳсулотлари, қовурилган гуммалар
Шўрвалар	Вегетариан сабзавотли шўрвалар, макарон маҳсулотлари билан сутли шўрвалар	Шулар, гўштнинг иккинчи шўрвасида қайнатиб тайёрланган	Гўштли, балиқли, қўзиқоринли шўрвалар, окрошка, шовулдан тайёрланган шўрвалар, ёрмали шўрвалар
Гўшт ва парранда	Ёғсиз мол, қуён гўшти, терисиз товук гўшти, курка гўшти қайнатилган кўринишда	Шулар, ёғсиз қўй гўшти, қайнатиб пиширилган гўшт бўлаги, сутли сосискалар	Ёғлиқ сортидаги гўштлар, ғоз, ўрдак. Қовурилган, дудланган гўшт, мия, жигар, буйрак, колбасалар, консервалар
Балиқ	Ёғсиз, сувда пиширилган, парда тайёрланган	Шулар, икра ҳам мумкин	Ёғлиқ, дудланган, шўр, қовурилган, консервалар, балиқ шўрва
Сутли маҳсулотлар	Сут, ёғсиз творог ва улардан тайёрланган овқатлар, ёғсиз сметана	Сут, кефир, простокваша, ўткир бўлмаган пишлоқ	Қаймоқлар, ёғли творог, ўткир ва шўр пишлоқ
Донли маҳсулотлар	Турли донли маҳсулотлардан тайёрланган овқатлар, айниқса гречкали ва овсянкали	Шулар	Дуккаклилар, тарик, турли бўтқалар. Сурункали гепатитни ремиссия даврида фақат дуккаклилар
Сабзавотлар	Картошка, сабзи, лавлаги, қовоқ, турли хил карамлар сувда қайнатилган ва парда пиширилган ҳолда, бодринг, қовоқча	Шулар, нордон бўлмаган карамли салат, қайнатилган пиёз, янги узилган сабзавотлардан ўсимлик ёғи қўшилган салатлар, винегрет, димланган сабзавотлар	Қўзиқоринлар, дуккаклилар, карам, шолғом, редис, турп, шовул, пиёз, саримсоқ, тузланган, маринадланган сабзавотлар
Мевалар, ширинликлар	Тарвуз, қовун, анор, лимон, турли мевалар, (нордондан ташқари), хом, қайнатилган, пиширилган: кисел, желе, мусс, компот кўринишида, қуритилган мевалар, асал, шакар, мураббо, мармелад, зефир	Шулар	Шоколад, кремли кондитер маҳсулотлари, музқаймоқ

Ичимликлар	Лимонли, сутли чой, янги тайёрланган мевали шарбатлар	Шулар, янги тайёрланган сабзавотли шарбатлар, буғдой кепегидан тайёрланган қайнатмалар	Кучли кофе, какао, газланган ичимликлар
Ёғлар	Сарёғ чекланган, ўсимлик ёғи мумкин	Шулар	Мол, қўй ёғи, тузли қаймоқли ёғлар (дурда), маргарин

2-илова.

Гепатопротекторлар

Препарат	Таъсир қилиш механизми	Дозировкаси	Чиқариш шакли
Эссенциал фосфолипидлар (Фосфоглив, Эссенциале Н ва аналоглари)	Липидлар, оксиллар алмашинувига ва жигарнинг дезинтоксикацион функциясини нормаллаштирувчи таъсир кўрсатади; жигарнинг хужайра структурасини тиклайди ва сақлайди; жигарда бириктирувчи тўқималар шаклланишига тўсқинлик қилади.	<5 ёш – ½ капс. х 2 маҳал суткасига, 5-10 ёш – 1 капс. х 2 маҳал суткасига, >10 ёш – 1 капс. х 3 маҳал суткасига.	Капсула
Адеметионин (Гептрал)	Антиоксидант, билвосита антихолестатик (мембрана суюқлиги оқиши ва токсик сафро кислоталарини олтингугуртланишини яхшиловчи), детоксикация қилувчи таъсирга эга, тўқималар регенерациясини яхшилади ва фиброз ҳосил бўлишини секинлаштиради. Антидепрессив фаолликка эга	>7 ёш – 400 мг 7-10 кун в\и, кейин 1 табл. 1-2 маҳал суткасига	Флакон 400 мг, табл. 400 мг
Силимарин (Легалон ва аналоглари)	Антиоксидант ва билвосита антифибротик таъсирга эга, оксил синтезини кучайтиради, фосфолипид алмашинувини меъёр ҳолатига келтиради.	<3 ёш – 35 мг х 2 маҳал суткасига, 3-10 ёш – 35-70 мг х 2 маҳал суткасига, > 10 ёш – 70 мг х 3 маҳал суткасига.	Драже 35 мг, 70 мг, капсула 140 мг
Уросодезоксикой кислот (Урсофальк Урсосан)	Гепатопротектор. Сафронинг холестерин билан тўйинишини пасайтиради, сафрода унинг эрувчанлигини оширади ва ундаги ўт кислоталарининг таркибини оширади. Холеретик, антиапопстик ва билвосита антифибротик таъсирга эга.	10 мг/кг тана вазнига 1 маҳал суткасига ухлашдан олдин.	Капсула 250 мг
Гепабене	Антиоксидант, мембраностабилизатор, антитоксик таъсирга эга, спазмолитик ва оғриқ колдирувчи	<5 ёш – ½ капс. х 2 маҳал суткасига,	Капсула

	хусусиятга эга. Сафро оқиши ва секретиясини меъёрлаштиради.	5-10 ёш – 1 капс. х 2 маҳал суткасига, >10 ёш – 1 капс. х 3 маҳал суткасига.	
Гепатофальк	Антиоксидант, мембраностабилизатор, антитоксик таъсирга эга. Спазмолитик, ўт ҳайдовчи, оғрик қолдирувчи, яллиғланишга қарши, бактерицид ва и бактериостатик фаоллик хусусиятига эга.	<5 ёш – ½ капс. х 2 маҳал суткасига, 5-10 ёш – 1 капс. х 2 маҳал суткасига, > 10 ёш – 1 капс. х 3 маҳал суткасига.	Капсула
Артишок барглари экстракти (Хофитол)	Гепатопротектор, холеспазмолитик, холеретик, антиоксидант, яллиғланишга қарши таъсирга эга, ёғлар алмашинувини яхшилайдди.	1 томчи боланинг ёшига кўра 2 маҳал суткасига овқатдан бир соат кейин	Флакон, 100 мл

«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

2. Асосий қисм

Кириш

Вирус этиологияли сурункали жигар касалликлари муаммоси унинг кенг тарқалиши (дунёнинг географик зоналарига қараб 3% дан 47% гача), сурункали касалликларга энг кўп мойил бўлган аҳоли гуруҳлари - болалар популяциясининг зарарланиши (95 гача), юқори

харажат ва даволашнинг чекланган самарадорлиги, шунингдек кейинги 20 йил ичида касалликнинг прогрессив шакллари - цирроз (30-70%) ва жигар саратони (5-42%) нинг сезиларли даражада ошиши билан боғлиқ. Бу беморларнинг ҳаёт сифатининг пасайишига, эрта ногиронлик ва ўлимга олиб келади (барча болалар ўлимининг 2,7-5,4%)
<https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni>

Сурункали вирусли гепатитнинг оғир шакллари билан оғриган бемор болалар 15-20% ҳолларда жигар трансплантациясини амалга оширишга мухтож, аммо бир қатор сабабларга кўра (ижтимоий ва тиббий-биологик) бу усулни қониқарли деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки 80% ҳолларда қайта инфекция ривожланади ва 38,4% ҳолларда ретрансплантация талаб этилади, бу эса беморнинг омон қолишини сезиларли даражада камайтиради
<https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1009799>.

Кўпгина вирусга қарши препаратлар болаларда чекланган қўлланилиши, вирусологик ўзгарувчанлик кўринишидаги эҳтимолий салбий оқибатлар - вирусларнинг мутациялари (HBV, HCV, HDV) ва иммунитет тизимининг паст толерантлиги туфайли, бу борадаги ютуқларни ҳам қониқарли деб бўлмайди, бунда вирусга қарши терапия фониди патологик жараённинг қайта фаоллашиши 90% гача йетиши мумкин
https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detey_01. Бу фактларнинг барчаси бемор болаларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам ва тиббий хизмат сифатини ошириш мақсадида юқоридаги муаммоларни ҳал қилиш учун сурункали гепатитни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги усуллари ишлаб чиқишга ундайди.

Таъриф:

Сурункали вирусли гепатит - сурункали диффуз жигар касаллиги бўлиб, гепатотроп (В, С, Д, Г, ТТВ) вирусларнинг яллиғланиш ва дегенератив генезли персистенцияси натижасида гепатоцитларнинг яллиғланиш, некроз, дегенерация, лобулар тузилиши сақланиб қолган фибрози каби морфологик белгилар билан намоён бўлиб, 6 ойдан узоқ давом этади
<https://www.natap.org/2022/HBV/Hepatology2018TerraultUpdateonpreventionandiagnosisandeatment%20ofchronichepatitisBAASLD2018hepatitis>

Таснифлаш.

Сурункали гепатитнинг Лос-Анжелес таснифи (1994) қуйидаги тоифаларга асосланади ва улар ташхисни шакллантиришда акс эттирилиши лозим:

Этиологияси бўйича

- Дельта антигенли сурункали вирусли гепатит (В 18.0)
- Дельта антигенсиз сурункали вирусли гепатит В (В 18.1)
- Сурункали вирусли гепатит С (В18.2)
- Бошқа сурункали вирусли гепатит (В 18.8)
- Сурункали вирусли гепатит, аниқланмаган (В18.9)

HBV-инфекцияси табиий кечишига кўра патологик жараён босқичлари (5 фазага ажратилади):

- HBeAg – мусбат сурункали HBV-инфекция

- HBeAg – мусбат сурункали гепатит В
- HBeAg – негатив сурункали HBV-инфекция
- HBeAg – негатив сурункали гепатит В
- HBsAg – негатив HBV-инфекция (оккульт гепатит В)

Ушбу тасниф 2017 йилда Европа жигар тадқиқотлари ассоциацияси (ЕЖТА) томонидан қабул қилинган, чунки илгари ишлатилган босқич номлари иммунологик маълумотлар билан тасдиқланмаган ва вирусга қарши даволаш учун кўрсатмаларни ҳал қилувчи аҳамиятга эга эмас. Ташҳисни таклиф этилаётган янгича шакллантиришда касалликнинг сурункали хусусиятлари иккита асосий тавсифлашга асосланган: инфекция/гепатит [5].

1-Жадвал.

Сурункали HBV-инфекцияли беморларда патологик жараён босқичлари тавсифи

Маркерлар	Жараён босқичлари / олдинги босқич номи				
	HBeAg – мусбат сурункали HBV-инфекция /иммунотолеран тлик босқичи	HBeAg – мусбат сурункали гепатит В / иммун реактивлик босқичи	HBeAg – негатив сурункали HBV-инфекция /ноактив ташувчанлик	HBeAg – негатив сурункали гепатит В/ реактивация босқичи	HBsAg – негатив латент (оккульт гепатит В)
HBeAg	+	+	-	-	-
HBeAb	-	-	+	+	-
ДНК-HBV	+++	++	+	++	-
АлАТ	N	>N	N	>N	N/>N
HBsAg/ HBsAb	+/-	+/-	+/-	+/-	-/±
HBcAb	+	+	+	+	+

Фаоллик даражасига кўра - клиник, биокимёвий, вирусологик, инструментал ва морфологик маълумотларга асосланиб аниқланади:

- Минимал
- Ўрта
- Юқори

Сурункали гепатит босқичига кўра

- 0 - фиброз йўқ
- 1 – енгил перипортал фиброз
- 2 – порто-портал септа билан ўртача фиброз
- 3 – порто-марказий септалар билан ифодаланган фиброз
- 4 – жигар циррози

Фиброз даражасини морфологик материални ўрганиш натижалари асосида баҳоланади. Сўнгги йилларда фиброз даражасини инвазив бўлмаган усул – жигар эластометрияси

(ультратовуш ёки магнит резонанс) ва лаборатория параметрлари тўпламининг натижалари асосида баҳолаш мумкин.

Вирусли фаоллик босқичига кўра:

- **Репликация босқичи:** репликатив (HBV-ДНК, HCV-РНК, HDV-РНК аниқланса) ёки норепликатив улар аниқланмаса («ноактив» – СГС хос; «интегратив» – СГВ га хос).
- **Вирус юклама даражаси:**

Паст	–	2 x 10 ⁵ -10 ⁶ копий/мл
Ўрта	–	10 ⁶ - 5 x 10 ⁶ копий/мл
Юқори	–	5 x 10 ⁶ – 2,5x10 ⁷ копий/мл
Жуда юқори	–	> 2,5x10 ⁷ копий/мл
- **Генотиплари:** HCV (1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 4 ва бошқ.); HBV – (A,B,C,D,E,F,G ва H); HDV (I, II, III). С вирус генотипини текшириш шарт, чунки у даволаш тактикасини белгилайди.
 - **HBV штамлари** («ёввойи» HBeAg-позитив ёки «мутант» HBeAg-негатив).
 - **HCV субтиплари:** 1a, 1b ва 1c; 2a, 2b, 2c ва 2d; 3a, 3b, 3c, 3d, 3e ва 3f; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4h, 4i ва 4j; 5a; 6a.
 - **HDV субтиплари:** 1a, 1b, 1c; 2a, 2b; 3

3. Диагностика ва даволаш усуллари, ёндашувлари, жараёнлари

ПЛАЗМАФЕРЕЗ - бу қон плазмаси ёки унинг таркибий қисмларини экстракорпорал олиб ташлаш, қайтариш ёки алмаштиришни ўз ичига олган терапевтик аралашув.

Мақсад - аберрант оксилларни (нормадан четга чиқадиган) ёки антитаначаларнинг танада тўпланишини ва тананинг айрим тизимларига хужум қилиш қобилятини олдини олиш учун уларни олиб ташлаш.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар.

Абсолют кўрсатмалар:

- марказий чизиққа ёки катта диаметрли периферик линияларга киришнинг йўқлиги;
- гемодинамик беқарорлик ёки септицемия;
- янги музлатилган плазма ёки алмаштириладиган коллоид/альбуминга маълум аллергия;
- гепаринга маълум аллергия;
- ошқозон яра касаллиги

Нисбий кўрсатмалар:

- Гипокальцемия (муолажа давомида антикоагулянт сифатида цитратдан фойдаланишни чеклайди);
- охириги 24 соат ичида ишлатилган ангиотензинга айлантурувчи фермент (АСЕ) ингибитори;

Кўрсатмалар. Терапевтик плазмаферезга асосий кўрсатмалар: оғир иммунитет бузилишлари, метаболик касалликлар, оғир ва прогрессив касаллик, ножўя таъсири ёки асоратлари, шунингдек стандарт даволашнинг самарасизлиги:

- ҳаёт учун хавфли бўлган билирубин даражасининг сезиларли даражада ошиши, обструктив сариқлик билан ўткир гепатит;
- сурункали вирусли гепатит, юқори фаоллик даражаси <https://elibrary.ru>item>

- сурункали диффуз жигар касалликлари;
- жигар циррозининг бошланғич босқичида;
- жигар етишмовчилиги;
- жигар энцефалопатияси;
- аутоиммун гепатит (сурункали фаол шакли);
- Вильсон касаллиги (фулминант);
- Жигар трансплантацияси: десенсибилизация.

Плазмаферезни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар.

Жараён махсус касбий тайёргарликдан сўнг гепатолог томонидан амалга оширилади. Ҳажм йўқолиши, гипокальцемиа ва янги музлатилган плазма қуйиш асоратларини баҳолаш учун процедура давомида беморнинг ҳаётий белгиларини диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади. Жараённинг сифати ва хавфсизлигини таъминлаш.

Плазмаферезга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари:

Плазмаферез бир-икки соатдан ортиқ давом этмайди. Бу тозаланадиган қоннинг усули ва ҳажмига боғлиқ. Беморни махсус тайёрлаш талаб қилинмайди, аммо қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун минимал лаборатория тестларини ўтказиш керак - бу клиник қон текшируви, коагулограмма (ХНН, ФҚТВ, фибриноген, протромбин, Д-димер), биокимёвий қон тести (АлАТ, АсАТ, умумий ва тўғри билирубин, умумий оқсил ва албумин, кальций, креатинин, мочевино), қон гуруҳи ва резус-омили.

Плазмаферезга қўйиладиган талаблар:

Центрифугага асосланган асбоб-ускуналар ёрдамида плазмаферез босқичларини таъминлаш:

1. Дастлаб, марказий веноз катетердан тахминан 3-5 мл қон чиқарилади.
2. Тўлиқ гемограмма, кальций ва фибриноген миқдори учун дастлабки намуналар олингандан сўнг, у 5-10 мл гепаринланган шўр сув билан ювилади.
3. Энди тўлдириш жараёнини бошлаш учун икки люменли катетер аппарат трубасига уланган.
4. Аппарат беморнинг умумий тана ҳажмини (ТБВ) ва самарали плазма ҳажмини (бу ТБВ × (1 - гематокрит) га тенг) оператор томонидан киритилган баландлик ва вазнга қараб ҳисоблаб чиқади.
5. Ишлатиладиган ўрнини босувчи маҳсулот ва унинг керакли ҳажми (40-60 мл/кг) шифокор томонидан аниқланади ва машинага киритилади, бунинг асосида центрифуга тезлиги ҳисобланади.
6. Ажратилган плазма қурилма томонидан чиқарилади ва қизил қон таначалари алмаштириладиган суюқлик билан бирга беморга қайтарилади.
7. Жараёндан сўнг, найчалар гепаринланган шўр сувга уланади ва реинфузия бошланади.
8. Плазмаферездан кейинги қон яна фибриноген ва кальций учун топширилади ва марказий веноз катетерларнинг люменлери ювилади.

Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

Плазмаферез учун беморнинг махсус тайёргарлиги талаб қилинмайди. Бирок, марказий чизиқни киритишда локал анестетик талаб қилиниши мумкин. Одатда бу мақсадда 2%

лидокаин инъекциялари қўлланилади. Педиатрик беморларда оғриқ ва хавотирни назорат қилиш учун опиоидлар ва бензодиазепинлар билан седация кўриб чиқилиши мумкин.

Бемор плазмаферез учун орқа томонида жойлашган;

Жараён давомида қон оқимини етарли даражада ушлаб туриш учун марказий веноз кириш жойига қараб, айниқса бўйиннинг жойлашишини созлаш мумкин.

Жараён ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари:

Патологик жараёни барқарорлаштириш.

ГЕМОСОРБЦИЯ - бу махсус сорбент (селектив, носелектив) орқали бутун қонни перфузияга асосланган экстракорпорал гемокоррекция усули.

Мақсад - организмда тўпланишининг олдини олиш учун беморнинг қонидан эндоген ва экзоген табиатли патоген моддаларини олиб ташлаш.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар.

- паст босим;
- тез-тез ва оғир қон кетиш;
- қон ивишининг ёмонлиги;
- ўткир босқичда юрак ёки ўпка етишмовчилиги;
- яхши қон айланиши учун қон ҳажмининг етарли эмаслиги;
- гемодинамик бузилишлар;
- жигар циррози (декомпенсация босқичи, Чайлд-Пью бўйича С класс).

Кўрсатмалар.

- сурункали ва ўткир жигар етишмовчилиги <https://elibrary.ru>item>;
- жигарнинг токсик шикастланиши (обструктив сариклик билан, ўсмага қарши дорилар билан жигарни шикастланиши);
- дори воситаларининг (гормонларнинг) ҳаддан ташқари дозаси юқори ёки ҳаддан ташқари таъсири;
- қон ёпишқоқлигининг сезиларли даражада ошиши (атероген липопротеидлар даражасининг ошиши, антикоагулянтлардан тўғри фойдаланишнинг етишмаслиги) ва тромбоз хавфининг ошиши;
- қандли диабет билан оғриган беморларда узоқ муддатли инсулинрезистентлиги.

Гемосорбцияни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар.

Жараён махсус касбий тайёргарликдан сўнг гепатолог томонидан амалга оширилади, унинг мажбуриятлари процедуранинг сифати ва хавфсизлигини таъминлашни ўз ичига олади; самарали терапевтик режимни танлаш ва реабилитация тадбирларини ишлаб чиқиш. Ҳажм йўқолиши, гипокальцемия ва янги музлатилган плазма трансфузияси асоратларини баҳолаш учун процедура давомида беморнинг ҳаётий белгиларини диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади.

Гемосорбцияга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари:

- жигарни перкуссия ва палпация қилиш, ЭКГ;
- психо-эмоционал ҳолатни текшириш;
- тромбоцитлар, биокимё (АлАТ, АсАТ, умумий ва тўғри билирубин, креатинин, мочевино, умумий оксил, кальций), коагулограммалар, қон гуруҳи ва резус-омил билан клиник қон таҳлилини ўрганиш.

Гемосорбцияга қўйиладиган талаблар. Босқичларга мувофиқлиги:

А) *Тайёргарлик*. Беморнинг танасини ҳар томонлама текшириш ўтказилади; Қонни тозалаш босқичи. Бунинг учун махсус жиҳозлар қўлланилади. Бемор кушеткага ётади. Томирлар колонкага уланган, унинг ичида сорбент мавжуд. Бир томирдан қон ичи бўш найчалардан ўтиб, колонкага киради. Токсинлар ва бошқа зарарли компонентлар сорбент юзасида қолади. Соф қон танага бошқа томир орқали киради. Насос жараёни махсус насос ёрдамида амалга оширилади. Бир-икки соат ичида тахминан 9 литр қон тозаланади.

Б) *Яқуний*. Шифокор беморнинг аҳволини кузатиб боради. Босим, пульс, нафас олиш даражасини назорат қилади. Агар керак бўлса, дори-дармонларни буюради.

Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар. Қоннинг экстракорпорал гемосорбцияси махсус жиҳозланган стерил хонада амалга оширилади, бу ерда барча санитария-эпидемиология қоидаларига қатъий риоя қилинади. Бемор қулай кушеткада ётади.

Кейинги ҳаракатлар:

- терини антисептик билан тозалаш;
- гепаринни томир ичига юбориш (тромб шаклланишига тўсқинлик қилади);
- билак венага қон қуйиш тизимига уланган игна киритилади.

Жараён ёки аралашувнинг самарадорлиги кўрсаткичлари. Патологик жараённи барқарорлаштириш.

ЖИГАР БИОПСИЯСИ (ЖБ) – морфологик усул бўлиб, унинг давомида аъзо тузилишини ва унинг шикастланиш хусусиятини ўрганиш учун жигар тўқимасининг бир қисми олинади. Бу усул инвазив муолажалар сирасига киради ва жигарда патологик жараённи ташхислаш учун "олтин" стандарт ҳисобланади.

Бизнинг болалар гепатологияси амалиётида кўп йиллик тажрибамиз (1981 йилдан бери) шуни кўрсатадики, ЖБ жигар ички магистрал томирлари зарарланиши оқибатида қон кетиш, сафро перитонити, субкапсуляр гематома кўринишидаги асоратлар хавфи туфайли, айниқса, болаларда то ўлимгача (0,13% -0,33% ҳолларда) бир қатор жиддий муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Бундан ташқари, намуна олишда хатолик контекстида материални олишда хатолар - sampling error (олинган маҳаллий тўқима хусусиятларининг жигардаги умумий жараёнга мос келмаслиги), 20-30% ҳолларда ташхисдаги номувофиклик ЖБ натижаларини талқин қилиш туфайли, оғриқ ва психоген синдром https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru

Ҳозирги вақтда болаларда ЖБга муқобил сифатида биз эластометрия/графияни тавсия қиламиз, унинг афзаллиги, юқори информативлиги (сезувчанлик - 92,5-96%, ўзига хослик - 85%), жигардаги патологик жараённи ва скрининг текширувларини стационар ва амбулатор равишда назорат қилиш имкониятига эга <https://cyberleninka.ru/article/n>

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей // Учебник 3-е издание.- 2022. ISBN978-5-9704-7032-9. <https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni>
2. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2020. № July. P. 1–8. URL: (accessed: 19.06.2021) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en>
3. Rosen H.R. Single-cell transcriptomic analyses of T cells in chronic HCV-infected patients dominated by DAA-induced interferon signaling changes / PLOS PATHOGENS // Published: August 9, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1009799>.

4. Шамшева О.В. и др. Парентеральные вирусные гепатиты у детей: учебное пособие // Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 108 р. ISBN 978-5-88458-523-2 https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detei_01.
5. Norah A Terrault, Anna S F Lok, Brian J McMahon. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B // AASLD, 2018. PMID: 29405329 PMCID: PMC5975958 DOI: 10.1002/hep.29800. <https://www.natap.org/2022/HBV/Hepatology2018TerraultUpdateonpreventiondiagnosiandeatment%20ofchronichepatitisBAASLD2018hepatitis>
6. С.И. Пиманов. Лечение декомпенсированного цирроза печени. Часть III. Острая печеночная недостаточность на фоне хронической / Sergey I. Pimanov // Gastroenterology. Surgery. Intensive care. Consilium Medicum. 2019; 3: 7–10. <https://elibrary.ru/item>

«БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

2. Асосий қисм

Кириш

Сурункали вирусли гепатитлар деярли барча жойда тарқалганлиги (дунёнинг географик зоналарига қараб 3% дан 47% гача), жигар сиррози (30-70%) ва гепатоцеллюляр саратон (5-42%) хавфи, ва бу патология болалар ногиронлиги ва ўлимининг сабабларидан бири (барча болалар ўлими ҳолатларининг 2,7-5,4%) эканлиги туфайли болалар ва ўсмирлардаги жигар касалликлари таркибида муҳим ўрин тутади [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(17\)30185-X/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)30185-X/fulltext).

Ушбу клиник протокол сурункали вирусли жигар патологияси билан касалланган 18 ёшгача бўлган бемор болалар ва ўсмирларни даволашнинг профилактикаси ва изчил тактикасини амалга оширувчи амалиёт шифокорлар учун услубий қўлланмадир. Протокол касалликнинг жадаллашувини олдини олиш, умумий соматик саломатликни сақлаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида бемор болаларни клиник кўриқдан ўтказиш босқичларини амалга ошириш бўйича диагностика, даволаш ва профилактика чораларини ўз ичига олади.

Таъриф.

Профилактик гепатология - бу жигар касалликларининг ривожланиши ва жадаллашувини олдини олишга қаратилган босқичма-босқич (бирламчи, иккиламчи, учинчи даражали) профилактика чоралари мажмуи бўлиб, у инфекция манбасига, патогеннинг оилавий ва жамоавий юқиш йўллари узишга ва аҳолининг вирусга қарши иммунитетини оширишга ва СВГ кечсини яхшилашга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади <https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm>

Профилактика турлари

- *Бирламчи профилактика* - экологик ва санитария-гигиена скринингини ўтказиш ва сурункали гепатит билан касалланган бемор болаларнинг организмига зарарли омилларнинг таъсирини камайтириш бўйича чора-тадбирлар кўриш (атмосфера ҳавоси, ичимлик суви сифатини, овқатланишнинг таркиби ва сифатини, меҳнат ва яшаш, дам олиш шароитларини яхшилаш, психосоциал стресс даражаси ва ҳаёт сифатига таъсир қилувчи бошқа омиллар).

- *Иккиламчи профилактика* - маълум шароитларда (иммунологик пасайиши, ҳаддан ташқари кучланиш, мослашишнинг бузилиши) болаларда сурункали гепатитнинг зўриқишига олиб келадиган салбий хавф омилларини бартараф этиш бўйича чора-тадбирлар мажмуасини амалга ошириш.

- *Учинчи даражали профилактика* - тўлиқ яшаш қобилятини йўқотган оғир ногирон беморларни (ногиронларни) реабилитация қилиш бўйича комплекс чора-тадбирларни амалга ошириш.

- *Скрининг* - касаллик ва/ёки хавф омиллари борлигига шубҳа қилинган шахсларда юқори сезгир “тезкор” тестлар, таҳлиллар ёки бошқа муолажалар ёрдамида сурункали гепатитнинг яширин (оккульт) шакллари аниқлаш бўйича тадбирлар ўтказиш.

Профилактика усуллари ва тартиби

Профилактиканинг мақсади – касалликнинг прогрессив шакллари шаклланишини олдини олиш, сурункали гепатитнинг асоратлари ва салбий оқибатлари хавфи; инфекция тарқалишининг олдини олиш, хавф омилларининг таъсирини бартараф этиш ва камайтириш, аҳолининг касалланиш даражасини камайтириш.

2. СВГнинг *бирламчи профилактикаси* қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади:

- сурункали гепатит ривожланиши ва кечишига салбий омилларнинг таъсири ҳамда уни пасайтириш имкониятлари тўғрисида аҳолининг барча тоифаларининг билим даражасини оширишга қаратилган доимий ахборот-ташвиқот тизимини яратиш;

- гигиеник таълим ва соғлом турмуш тарзини шакллантириш;

- Соматик ва ақлий ривожланиш касалликларни олдини олиш чоралари

- *Специфик профилактика* – инфекция турига қараб, "алоқада бўлган" ва касал болаларни ВГВ ва ВГАга қарши эмлаш:

- Ремиссия давридаги СВГ (HBV, HCV, HDV) билан оғриган барча беморларга гепатит А га қарши вакцинани 6 ойдан 18 ой оралаб 2 дозада юбориш тавсия этилади. У қатъий равишда тиббий муассаса шароитида (ОП, МТП, ҚОП, СЭС, эмлаш марказлари) амалга оширилади.

- *Носпецифик профилактика* қуйидаги йўллар билан амалга оширилади:

- инфекция манбаларини фаол аниқлаш (инфекция хавфи юқори бўлган ва/ёки алоҳида эпидемиологик аҳамиятга эга бўлган шахсларни текшириш);

- HBsAg, HCV-Ag, HDV-Ag ташувчиси бўлган ҳомиладор аёллардан янги туғилган чақалоқларда вирусли гепатит билан касалланишнинг олдини олиш;

- реконвалесцентлар, вирус ташувчилари ва сурункали вирусли гепатит билан оғриган беморларнинг оила аъзоларининг инфицирланишини олдини олиш.

- сунъий юқиш механизмини чеклаш (фақат ҳаётий кўрсатмаларга кўра қон қуйиш, инвазив текшириш усуллариининг асослиги, бир марталик асбоблардан фойдаланиш, тиббий асбоблар ва асбоб-ускуналарни стерилизация қилиш режимларига қатъий риоя қилиш, тиббиёт ходимларининг ҳимоя воситалари);

- СВГ ва ЎВГ билан касалланган болаларни даволашда вирусни тўлиқ элиминациясига эришиш.

- Бирламчи профилактика тиббиёт муассасалари, мактабгача таълим муассасалари, мактаблар ва маҳалла кўмиталари ходимлари томонидан амалга оширилади.

Скрининг. Инфицирланиш факти ИХЛА ва/ёки ИФА усуллари билан тасдиқланади: HBsAg (Гепатит В); HCV-Ab (гепатит С - шубҳали натижалар бўлса, қўшимча равишда иммуноблот ўтказилади). Натижа ижобий бўлса, тўлиқ маркер спектрини, шу жумладан ПЗРни текшириш керак.

Эҳтимолий талқинлар:

Ижобий натижа: ЎВГ реконвалесцент, HCV-инфекцияси билан касалланган оналардан туғилган болаларда HCVAb нинг циркуляцияси, трансфузиядан кейинги персистенция/инфицирланиш;

Салбий натижа: вирусли гепатит билан инфицирланиш йўқлиги, инкубацион даврининг биринчи 4-6 ҳафтаси, СВГ кечшининг серонегатив варианты, иммуносупрессив даволаш натижаси (АИГ, трансплантациядан кейинги давр).

Скрининг текшируви тиббий муассасада тиббий ходимлар томонидан лозим бўлганда ўтказилади.

СВГнинг иккиламчи ва учинчи даражали профилактикаси қуйидаги фаолият турларини ўз ичига олади:

- *Мақсадли санитар-гигиеник таълим*, шу жумладан индивидуал ва гуруҳ бўйича маслаҳатлар бериш, беморлар ва уларнинг оила аъзоларини сурункали гепатит ва унинг асоратлари билан боғлиқ билим ва кўникмаларга ўргатиш (юқтириш йўллари, ВГА ва ВГВ га қарши эмлаш, касалликнинг ривожланиш омилларини истисно қилиш/тузатиш ва ҳ.к.).

- *Диспансер тиббий кўрик* СВГнинг кечишини баҳолаш мақсадида саломатлик ҳолати динамикаси, соғломлаштириш, оғир беморларни даволаш ва реабилитация тадбирларини ўтказиш, доимий кузатувлар олиб бориш;

- *Профилактик даволаш ва мақсадли соғломлаштириш*, шу жумладан парҳез овқатланиш, жисмоний тарбия, тиббий массаж ва соғломлаштиришнинг бошқа терапевтик ва профилактик усуллари, санаторий-курорт даволаш;

- *Тиббий-психологик мослашув* касаллик ҳолатидаги вазиятнинг ўзгаришига, организмнинг ўзгарган имкониятлари ва эҳтиёжларига нисбатан тўғри идрок ва муносабатни шакллантириш.

- *Қолдиқ меҳнат қобилиятини сақлаб қолиш* ва ижтимоий муҳитга мослашиш қобилиятини сақлаб қолиш.

- *Хавф омиллари таъсир даражасини пасайтиришга* ва ногирон беморларнинг ҳаётини мақбул даражада таъминлашга қаратилган Давлат тиббий-ижтимоий чора-тадбирларини амалга ошириш.

Иккиламчи ва учинчи даражали профилактика оила шифокори, ОП лардаги умумий амалиёт шифокори, ҚВП, ТТБ, стационар ва реабилитация марказларида гепатолог томонидан амалга оширилади.

Диспансеризация (реабилитация) усуллари ва тартиби

Диспансеризация (реабилитация) мақсади бемор болаларда СВГнинг кечишини динамика кузатиш ва назорат қилиш, жигардаги патологик жараённинг зўриқиши ва жадаллашувини олдини олиш, асоратлар ривожланиши ҳамда ҳаёт тарзини ва узоқ умр кўриш сифатини яхшилашдан иборат.

Диспансеризация (реабилитация) учун кўрсатмалар

- Сурункали вирусли гепатитни зўриқиш босқичи;
- Сурункали вирусли гепатитни ремиссия босқичи;
- Сурункали гепатитни яширин (окульт) шакллари;
- Сурункали HBsAg ташувчилар;
- Сурункали вирусли гепатит асоратлари (геморрагик синдром, жигар энцефалопатияси);
- Сурункали вирусли гепатит индуцирланган полиорган етишмовчилиги;
- Сурункали вирусли гепатит билан оғриган бемор болаларнинг ижтимоий дезинтеграция ҳолати.

<https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-medsinskoy-reabilitatsii-detey-s-hronicheskimi-zabolevaniyami-organov-pischevareniya/viewer>
<https://cyberleninka.ru/article/n/algoritm-tipovyh-programm-medsinskoy-reabilitatsii-detey-s-hronicheskimi-zabolevaniyami-organov-pischevareniya/viewer>

*Профилактикани амалга оширишни, реабилитация муолажаларининг босқичлари ва ҳажмини аниқлаш мезонлари (диспансер текшируви)
(халқаро стандартларга мувофиқ)*

ЖССТ мезонлари (2013) саломатлик ва ногиронлик функционал халқаро таснифига (МКФ: 6510-6539) мувофиқ куйидагилардан фойдаланишни таклиф қилади:

- Танадаги бузилишларни миқдорий баҳолаш учун универсал шкала:

0 даража (бузилишлар йўқ: 0-4%),

1 даража (енгил бузилишлар: 5-24%),

2 даража (ўртача бузилиш: 25-49%),

3 даража (оғир бузилишлар: 50-95%),

4 даража (мутлақ бузилишлар: 96-100%).

- " ICF -реадер" реабилитация таъхиси билан ишлаш дастурлари;

- ЖССТ сўровномаси "ИСФ Ческлист";

- ЖССТ ногиронлик рейтинги шкаласи 2.0

[<http://who-fic.ru/icf/>]

[<https://www.icf-core-sets.org/en/page1.php>]

[<https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26232214>]

[<https://www.lspbgmu.ru>]

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925452/>]

[<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856787/>].

Диспансеризация (реабилитация) босқичлари ва ҳажми

Биринчи босқич - амбулатор текшируви, даволаш ва клиник кузатув турар жойидаги тиббиёт муассасаларида (ОП, МТП, ШМ, республика марказлари КП қошидаги гепатологик хоналарида) амалга оширилади. Ҳар 3-6 ойда бир мартта.

Беморни олиб бориш тактикаси:

- кенгайтирилган УҚТ тромбоцитлар билан, УСТ, копрология

- АлАТ, АсАТ, умумий ва тўғри билирубин;

- Жигар, талоқ ва ўт қоши УТТ;

- вируснинг маркер профили (агар имконият бўлмаса, процедура кейинги босқичда амалга оширилиши керак);

Кўрсатмаларга кўра:

- сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш;

- дегельминтизация ишларини олиб бориш;

- витамин ва минерал таркибни коррекцияси

- фон (ёндош) касалликларни даволаш.

* Биринчи навбатда клиник зўриқишли СВГ билан оғриган бемор болаларни қўшимча текшириш ва даволаш учун махсус бўлимларга юбориш керак.

Иккинчи босқич - шифохона шароитида (ОИБ, ШМ, республика муассасалари) индивидуал терапевтик тадбирлар мажмуасини амалга ошириш.

Назорат ва диагностика текшируви қуйидагиларни ўз ичига олади:

- тромбоцитлар билан кенгайтирилган УҚТ, УСТ, копрология;

- Функционал жигар тестлари (АлАТ, АсАТ, умумий оксил, оксил фракциялари, мочевино, креатинин, ИФ, ГГТП, ПТИ, ферритин, холестерин, церулоплазмин*, калқонсимон без гормонлари*, диастаза*);

- Жигар, талоқ ва ўт қоши УТТ, жигар эластометрияси (фиброскан).

- Вирус фаоллигининг репликатив ёки интегратив (ноактив) босқичларини аниқлаш учун вируснинг маркер профили (ИХЛА, ПЗР);

Кўрсатмаларга кўра:

- ИФН - ҳолати, вирус генотиплари
- Жигар биопсияси
- Аутоиммун маркерлар
- Липид спектри

СВГ билан оғриган бемор болаларда вирусга қарши даволаш ўтказиш мониторинг қилиш тактикаси Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 27 августдаги 542-сонли буйруғи тавсияларига мувофиқ амалга оширилади [<https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm>]

Патологик жараён фаоллигини ҳисобга олган ҳолда СВГли бемор болаларни кузатиш частотаси [1,2]:

Минимал фаолликда - кузатувнинг биринчи йилида ҳар 3 ойда бир мартта, кейинги йилига 1-3 мартта текширув (кўрсатмага кўра).

Ўрта фаолликда - стационардан чиққандан кейин ҳар 3 ҳафтада жараён барқарорлашгунча, кейин 3 ойда 1 мартта.

Юқори фаолликда - касалхонадан чиққандан кейин ҳар 2 ҳафтада жараён барқарорлашгунча, кейин 2 ойда 1 марта.

Учинчи босқич - ихтисослаштирилган болалар муассасаларида даволаниш, санатор-курортда даволаниш.

- *Рационал ҳаракат режими* - СВГ билан оғриган беморларга оғир жисмоний фаолият, югуриш, сакраш, оғир кўтариш ва спорт билан шуғулланиш, стрессли машғулотлар таъқиқланади;

- *Парҳез* - тўлиқ ва мувозанатли овқатланиш билан №5 стол;

- *Минерал сувларни* қабул қилиш эҳтиёткорлик билан амалга оширилади. Бикарбонат, хлор, натрий ва калций ионлари мавжуд бўлган паст минерализацияли сувлар тавсия этилади (Боржоми, Поляна Квасова, Эссентуки, Нафтуса, Нарзан). Сув илиқ ҳолда ичилади (40°C);

- *Климатотерапия* - тоза ҳавода кунига 2-7 соат туриш, тушдан кейин ухлаш, хона ҳарорати 20-22°C да беморни белигача яланғоч ҳолда қўёшга тоблаш.

- *Даволовчи машқлар ва даволовчи массаж.*

- *Дори-дармонлар билан даволаш* - витамин комплекслари, гепатопротекторлар - жигар фаолиятига ижобий таъсир кўрсатадиган дорилар, ўсимлик дори воситалари ва бошқалар;

- *Физиотерапия* - магний ва кальций билан электрофорез, магнитотерапия, умумий ванналар, жигар соҳасида сульфид, лой ёки парафин-озокерит аппликациялари, балнеотерапия. Барча физиотерапевтик муолажалар касалликнинг клиник, биокимёвий ва вирусологик ремиссия босқичида юмшоқ усуллардан фойдаланган ҳолда амалга оширилиши керак.

Тиббий диспансеризация даражасини кўрсатиш билан диагностика чоралари

1. Далиллар даражасини кўрсатиш билан асосий диагностик чоралар:

- умумий қон таҳлили
- биокимёвий қон таҳлиллари (АлАТ, АсАТ, умумий билирубин, тўғри билирубин)

5C	Сурункали вирусли гепатит билан оғриган барча беморларга касалликнинг оғирлигини баҳолаш ва асоратларни олдини олиш учун кенг қамровли (клиник) қон тестини (шу жумладан лейкоцитлар ва тромбоцитлар миқдорини текшириш) ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

- молекуляр генетик текшириш усули (ПЗР)
- серологик текшириш усуллари (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcAb)

5C	Антиген профилларининг доимий сероконверсияси, яъни, HBsAg нинг қондан тўлиқ йўқолиши ва мажбурий морфологик назорат билан икки йил ичида HBsAb (зардоб тестлари ва ПЗР) пайдо бўлиши.
-----------	--

- қорин бўшлиғи органларининг ультра товуш текшируви
- Жигар эластометрияси

5C	Касалликнинг босқичини баҳолаш учун қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви (комплекс)
2A	Сурункали вирусли гепатит билан оғриган беморларга касалликнинг босқичини баҳолаш учун жигар эластометрияси тавсия этилади.

2. Далиллар даражасини кўрсатиш билан қўшимча диагностик чоралар:

- умумий сийдик таҳлили

5C	Сурункали вирусли инфекция билан оғриган барча беморларга касалликнинг жигар ташқи кўринишларини (буйрак шикастланиши) истисно қилиш учун умумий (клиник) сийдик таҳлилини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

- эзофагогастродуоденоскопия
- компьютер томографияси
- МР - холангиография
- транзиент эластография
- жигарнинг пункцион биопсияси

5C	Сурункали вирусли гепатит ва циррозли беморларда қизилўнғач варикозларини баҳолаш учун эзофагогастродуоденоскопия ўтказилади.
-----------	---

5C	Жигар касаллиги билан оғриган беморларга агар ўзгаришларнинг моҳиятини аниқлаш учун жигарнинг фокал шикастланишига шубҳа бўлса, қорин бўшлиғи органларининг компьютер томографияси ёки магнит-резонанс томографияси тавсия этилади.
-----------	---

1A	Жигар касалликларини ўрганиш бўйича Европа ассоциациясининг сўнгги амалий кўрсатмаларига кўра, транзиент эластометрия жигар эластиклигини ўлчаш учун стандарт ноинвазив тест деб ҳисобланиши мумкин (далил даражаси - A1), вирусли гепатитда (A1) юқори ишончилиқка эга, ЖНАЁК ва бошқа сурункали жигар касалликларида (A1) бир оз камроқ ишончли, фибрознинг "илғор" босқичларини (A1) аниқлашдан кўра, циррозни аниқлаш учун кўпроқ сезувчанлиқга эга.
1A	Жигар биопсияси сурункали жигар касалликларини ташхислашнинг асосий усули бўлиб қолмоқда, у олтин стандарт бўлиб хизмат қилади.

<https://cyberleninka.ru/article/n/modifitsirovannaya-shkala-renkina-universalnyy-instrument-otsenki-nezavisimosti-i-invalidizatsii-patsientov-v-meditinskoy/viewer>
https://iris.who.int/handle/9241545445_rus

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: Муаллифлар манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот берадилар

Экспертлар ҳақида маълумот (республика мутахисслари):

Туйчиев Лазиз Нодирович - Вирусология ИТИ директор ўринбосари, т.ф.д., профессор

Худайкулова Гульнара Каримовна - ТТА менеджмент ва оммавий саломатлик кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

Протоколни қайта кўриш вақти: 3-5 йил

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Иноятова Ф.И. Хронические вирусные гепатиты у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 1997.- 280с.
2. Иноятова Ф.И., Абдумаджидова Ш.У. Хронический вирусный гепатит дельта у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2006.- 304с.
3. Иноятова Ф.И. Хронический вирусный гепатит С у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2009.- 415с.