

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С
КЛИНИКАСИ, ТАШХИСОТИ, ДАВОСИ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИ» БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ-2025

"ТАСДИҚЛАНГАН"
РИЭМИОНСИРАТнинг вирусология
илмий таълимий институти директори
Э.И.Мусабаев



2025 йил

**«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ-2025.

МУНДАРИЖА

«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	3
«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	48
«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	61

1. Кириш қисми

1) КХТ-10 га мувофиқ кодлар:

B18.2	Сурункали вирусли гепатит С
-------	-----------------------------

КХТ-11 га мувофиқ кодлар:

IE51.1	Сурункали вирусли гепатит С
--------	-----------------------------

2) **Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, таҳрир санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган эпидемиология микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази Вирусология илмий-тадқиқот институти.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ўз хиссаларини қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш учун юқумли касалликлар бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

- | | | |
|------------------|-----------------------------------|------------|
| | Марказ директори, тиббиёт фанлари | РИЭМЮПКИАМ |
| 1. Таджиев Б.М. | доктори, профессор | |
| | Илмий ишлар бўйича директор | |
| 2. Таджиева Н.У. | ўринбосари, тиббиёт фанлари | РИЭМЮПКИАМ |
| | доктори, профессор | |

3. Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМ _н инг вирусология илмий-тадқиқот институти
2.	Туйчиев Л.Н.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Давлат тиббиёт университети
3.	Абдуқодирова М.А.	Бош илмий ходим, т.ф.д., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМ _н инг вирусология илмий-тадқиқот институти
4.	Хикматуллаева А. С.	Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИЭМЮПКИАТМ _н инг вирусология илмий-тадқиқот институти

5.	Байжанов А.К.	Лойиха раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
6.	Рахимова В. Ш.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.	Тиббиёт ходимларининг касбий тайёргарлигини ривожлантириш маркази
7.	Эгамова И. Н.	Бош шифокорнинг ташкилий- услубий ишлар бўйича ўринбосари, т.ф.н., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
8.	Бригида К.С.	Бўлим мудири, PhD	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
9.	Исмоилов У.Ю	Гепатология маркази раҳбари, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси
10.	Долимов Т.К.	Юқумли касалликлар шифокори, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМн инг клиникаси
11.	Миррахимова Н.М.	Мустақил изланувчи, PhD, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
12.	Абдурахимова Д.Р.	Юқумли касалликлар шифокори	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юқумли, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошеров Бахит Нургалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори, “Остона тиббиёт университети” НАЖ профессори

5) Муҳокама ўтказилган сана

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон юқумли касалликлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИЭМЮПКИАТМ филиаллари директорлари ва ўринбосарлари), юқумли касалликлар хизмати тизимининг ҳудудий муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришилган ҳолда 2024 йил 20 май куни 6-сонли баённома билан онлайн форматда муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - т.ф.д., профессор, ЎзР ФА академиги, РИЭМЮПКИАТМнинг Вирусология ИТИ директори Э.И.Мусабаев.

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.

6) Қисқартмалар рўйхати

Anti-HCV	гепатит С вирусига қарши антитаналар
HBsAg	hepatitis B surface antigen, гепатит В вирусининг юзаки антигени
HCV	Hepatitis C virus , гепатит С вируси
NS 3/4A ингибиторлар	гепатит С ни учун вирусга қарши дорилар, гепатит С вирусининг NS 3 ва NS 4A ноструктуравий оқсилларни блоклайди (J05AE протеаза ингибиторлари)
NS 5A ингибиторлар	гепатит С ни учун вирусга қарши дорилар, гепатит С вирусининг NS 5A ноструктуравий оқсиллини блоклайди (J05AX протеаза ингибиторлари)
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АФП	альфа фетопротеин
ВН	вирус юкламаси
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ГГТ	гамма- глутамилтрансфераза
ГТ	генотип
ГСК	гепатоцеллюляр карцинома
РНК	деоксирибонуклеин кислотаси
ХБ	халқаро бирлик
КХТ 10	Касалликларнинг халқаро таснифи, 10-таъсир
БТҚВҚД	бевосита таъсир қилувчи вирусга қарши дорилар
ВҚД	Вирусга қарши даво
РНК	рибонуклеин кислотаси
РКТ	рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
м/к	марта кунига
сКФТ	коптокчалар филтрация тезлиги
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текшируви
БВЖ	барқарор вирусологик жавоб
СБК	Сурункали буйрак касаллиги
БСХ	Бирламчи склерозловчи халангит
СВГС	сурункали вирусли гепатит С
ЖЦ	жигар циррози

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, инфекционистлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, гастроэнтерологлар, клиник ординаторлар, магистрлар, докторантлар. Ушбу протокол барча жойларда соғлиқни сақлаш амалиётига парентерал вирусли гепатитларнинг ташхисоти ва даволашнинг замонавий усуллари жорий қилиш учун асос ҳисобланади.

8) Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларга асосланган тиббиёт асосида ишончлилик даражаси шкаласи.

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДХД	Тафсили
1	Референс усуларида назорат қилинган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
2	Референс усуларида назорат қилинган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва исталган дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно
3	Референс усулининг изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулга боғлиқ бўлмаган референс усулли тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган таққосланмайдиган тадқиқотлар, жумладан, когорт тадқиқотлар
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодисанинг баёни
5	Фақат таъсир механизмининг асосланиши ёки экспертлар фикрининг мавжудлиги

Тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ТИД	Тафсили
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилган)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С

1. Асосий қисм

1.1. Кириш

Гепатит С вируси (HCV) глобал миқёсда сезиларли таъсир кўрсатади, ҳозирги вақтга келиб 58 миллион одам сурункали инфекцияга чалинган бўлиб ҳар йили 1,5 миллионга янги касаллик юқтириш ҳолатлари қайд қилинади.

ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда гепатит С дан 290 мингга яқин одам, асосан, цирроз ва гепатоцеллюляр карциномадан вафот этган. 2015 йилда дунё бўйлаб сурункали гепатит С ташхисланганлар сони 71 миллионга яқин бўлиб, уларнинг аксарияти ўзларининг инфекциялари ҳақида билишмаган. Дунё бўйлаб ҳар йили 1,5 миллионга яқин инфекция юқтириш ҳолатлари кўзатилади. HCV инфекцияси дунё бўйлаб сурункали жигар касалликларининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. HCV инфекциясининг табиий узоқ муддатли кечиши турличадир: жигарнинг шикастланиши минимал некротик яллиғланиш билан кечувчи ўзгаришлардан бошлаб тарқалган фиброз ва жигар циррози билан ёки гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) билан намоён бўлиши мумкин. Сўнгги икки ўн йилликда HCV билан боғлиқ жигар касаллиги билан оғриган беморларга клиник ёрдам кўрсатиш, касалликнинг патофизиологиясини чуқур тушуниш, шунингдек, диагностика жараёнларидаги ютуқлар ва терапия ҳамда олдини олишнинг кескин яхшиланиши туфайли сезиларли даражада ривожланди.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>

СВГС кўзғатувчиси HCV бўлиб, Flaviviridae оиласига мансуб кичик гепатотроп РНК вирусидир. Вирус ядро оқсилли (HCVcорAg) ва бир занжирли (+) РНКдан ташкил топган нуклеокапсиддан иборат. Вирусли геноми 10 хил оқсилни, шу жумладан, 3 та структуравий ва 7 та ноструктуравий (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4D, NS5A ва NS5B) ни кодлайди.

1 дан 8 гача араб рақамлари билан белгиланадиган 8 та генотип ва лотин ҳарфлари билан белгиланадиган бир неча ўнлаб HCV субтиплари мавжуд. 1a ва 1b генотипларининг кичик типлари энг катта клиник аҳамиятга эга. Генотип ва субтиплар кетма-кетлиги мос равишда тахминан 30% ва 20% кетма-кетликда фарқланади. Вирус геномининг ўзгарувчанлиги ўзига хос антитаначаларнинг ишлаб чиқарилишини аниқлайдиган антиген детерминантларнинг тузилишида ўзгаришларга олиб келади. Бу организмдан вирусни йўқ қилиш ва HCV га қарши самарали вакцина яратишга тўсқинлик қилади.

Кўпгина ҳолларда (55-85%) HCV инфекцияси касалликнинг сурункали турига олиб келади ва беморларнинг тахминан тўртдан бирида кейинги ўн йилликларда цирроз ривожланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида ГЦК шаклланиши учун асос бўлиб хизмат қилиши мумкин. Кўпинча, инфекциянинг симптомсиз кечиши туфайли касаллик биринчи навбатда циррознинг асорати белгилари билан намоён бўлади. Жигар циррози, одатда, сурункали гепатит С билан оғриган беморларнинг 25-35% да ривожланади. Унинг ривожланиш эҳтимоли йилига 7,3% ни (5,1-9,5%) ташкил қилади. Кўпгина беморларда сурункали гепатит С дан кейинги жигар циррози биринчи навбатда жигар биопсиясининг гистологик текшируви асосида аниқланади. ЖЦнинг декомпенсацияланиш даражаси йилига 5,5% ни ташкил қилади. Компенсацияланган циррози бўлган беморларда бир йил ичида портал гипертензия синдромининг ривожланиш эҳтимоли 3,6%, жигар энцефалопатияси - 0,4%, ГЦК - 1,5% ни ташкил қилади.

Сурункали гепатит С да вируснинг таъсири ва у келтириб чиқарадиган иммунологик реакциялар нафақат жигарга, балки бошқа аъзолар ва тўқималарга ҳам

зарар етказди. Сурункали гепатит С да тизимли шикастланишлар концепцияси вируснинг жигардан ташқарида, айнан келиб чиқиши лимфоид ва лимфоид бўлмаган тўқималарда кўпайиш имкониятидир. Вируснинг иммунокомпетент хужайраларда (лимфоцитларда) кўпайиши уларнинг иммунологик функциясини бузилишига олиб келади. Моноцитларда HCV нинг сақланиши сурункали HCV нинг оғир шакллари бўлган беморларда жигар трансплантациясидан кейин инфекция қайталанишининг асосий сабабидир.

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/

HCV терапиясининг асосий мақсади инфекцияни даволаш, яъни барқарор вирусологик жавобга (БВЖ) эришишдир. БВЖ бу даволаш тугагандан сўнг HCV РНКнинг аниқланмаслиги. БВЖ HCV инфекциясидан тўлиқ даволанишдир, чунки кеч рецидив 6 ойлик кузатувдан кейин 0,2% дан кам ҳолларда содир бўлади. БВЖ одатда жигар ферментларининг меъёрга келиши, жигар некрояллиғланиш ва фиброзининг яхшиланиши ёки регрессияси, жигар фаолиятининг яхшиланиши билан боғлиқ.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>

1.2. Таъриф:

Сурункали вирусли гепатит С (СВГС) 6 ойдан ортиқ давом этадиган сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, гепатит С вирусини (ГСВ ёки HCV – Hepatitis C virus) юқтирганлиги сабабли асосан жигар тўқимасининг шикастланиши билан оғир оқибатларга - цирроз (ЖЦ), жигар саратони (гепатоцеллюляр карцинома) ва ўлимга олиб келиши мумкин.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>

1.3. Таснифи:

ХКТ-10 га мувофиқ

Сурункали вирусли гепатит С

<https://classinform.ru/mkb-10/b18.2.html>

СВГС ташхисоти қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

- шикоятларни аниқлаш ва анамнезни йиғиш;
- холисона текшириш;
- лаборатор ва инструментал текширув усуллари: биринчи босқичда мунтазам ва текширувнинг иккинчи босқичида ўзига хос (кўрсатмаларга мувофиқ);
- жигардан ташқари белгиларни намоёнларни истисно қилиш;
- жигар ҳолатини баҳолаш.

2. Ташхисот усуллари, ёндошувлари ва муолажалари

2.1. Ташхисот мезонлари

Шикоятлар

Сурункали вирусли гепатит С кам белгили ёки белгисиз кечиши мумкин.

Сурункали гепатит С клиник белгиларсиз ёки минимал белгилар билан қуйидаги ўзига хос бўлмаган аломатлар билан кечади:

- чарчок;
- гриппга ўхшаш симптомлар;
- бўғимларда оғриқлар;
- қичишиш;
- уйқу ва иштаҳанинг бузилиши;
- кўнгил айниши;
- депрессия (Бек шкаласидан фойдаланиб барча беморларда текширув ўтказиш).

Сурункали гепатит С жигардан ташқари кўринишлар билан боғлиқ бўлиши мумкин, масалан:

Эндокрин	Гипертиреоз Гипотиреоз Хашимото тироидити Қандли диабет
Гематологик	Аралаш криоглобулинемия Идиопатик тромбоцитопения Но-Ходжкин В лимфомаси Валденстрём макроглобулинемияси Апластик камқонлик
Сўлак безлари ва кўзларнинг шикастланиши	Лимфоцитар сиаладенит Шох парданинг яраси Увеит
Тери	Тери некротик васкулити Кечки тери порфирияси Қизил ясси темиратки Мультиформ эритема Тугунли эритема Малакопл акия Эшак еми
Нерв-мушак ва бўғимлар	Миопатик синдром, периферик полинейропатия, Гиена-Барре синдроми, артрит, артралгиялар
Буйрак	Гломерулонефрит
Аутоиммун ва бошқалар	Интерстициал ўпка фибрози, ўпка васкулити, гипертрофик кардиомиопатия, CRST синдроми, антифосфолипид синдроми, аутоиммун гепатит 1 ва 2 тип, Бехчет синдроми, дерматомиозит

3.1.2. Қасаллик анамнези:

С1	<p>Анамнезни йиғишда қон қуйиш, аъзолар ва тўқималарни трансплантация қилиш, хавfli инвазив (тиббий бўлмаган) муолажалар, хавф гуруҳларига мансублик (психик фаол моддаларни истеъмол қилувчилар, сурункали гемодиализдаги беморлар, онкогематологик касалликлар билан касалланган беморлар, ОИВ ва бошқа парентерал инфекциялар билан яшовчи шахслар, HCV билан касалланган шахсларнинг жинсий шериклари, тиббиёт ходимлари, HCV билан касалланган оналардан туғилган болалар, жигар функцияси тестлари ўзгарган шахслар).</p> <p><i>Манба: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг таъхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида”ги 542-сон буируги</i></p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p> <p>https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-su-detej_14150/</p> <p>https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskij-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf</p>
----	--

3.1.3. Эпидемиологик анамнез:

С	<p>Энг аҳамиятлиси парентерал юқиш йўлидир (вена ичига психик фаол моддаларни қўллаш, тиббий муолажалар, жароҳатли косметик муолажалар, шу жумладан маникюр ва педикюр, татуаж ва пирсинг), камроқ - жинсий ва вертикал юқиш йўллари дир.</p> <p>Қон билан зарарланган игна орқали тиббиёт ходимларининг муолажалар бажариш жараёнида инфекцияни юктириш хавфи тахминан 1,8% ни ташкил қилади. Беморнинг қони, шикастланган териси орқали тиббий ходимнинг шикастланган териси ёки шикастланмаган шиллик пардаларига тушса, инфекция юқиш хавфи анча паст бўлади. Бемор қонини бутунлиги бузилмаган терига тушиши хавфсиздир. Шу сабабли тиббиёт ходимларига инфекция юқиш хавфи паст.</p> <p>Инфекциянинг перинатал юқиш хавфи 5-10% ни ташкил қилади ва туғилиш усулига кам боғлиқ, лекин онада ОИВ инфекцияси мавжуд бўлганда юқиш хавфи 14-16% гача ортади.</p> <p>Вируснинг жинсий безлар ва аъзолардаги паст концентрацияси унинг жинсий йўл билан ўтиш хавфининг паст эканлигига олиб келади: ҳимояланмаган жинсий алоқада юқиш йилига 0,5% ни ташкил қилади.</p> <p>http://disuria.ru/_ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf</p>
---	---

3.1.4. Физикал текширувлар

С	Умумий кўриқда одатда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмайди. Жигар циррози белгилари бўлиши мумкин (асцит, "жигарга хос пальмар эритема", қоринда веналарнинг варикоз кенгайиши, шиш, спленомегалия). Иммунологик сабаб бўлган жигардан ташқари кўринишларнинг ривожланиши орқали ўзгаришлар содир бўлади. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b
С	Умумий кўриқда тери ва шиллиқ пардаларнинг иктерик бўялганлигини аниқлаш. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
С	Жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталишиши ёки кичрайиши) ва консистенциясини аниқлаш билан қоринни пайпаслаш. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
С	Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

3.1.5. Лаборатор текширувлар

Асосий лаборатор ташхисоти:

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

А1	НСV инфекциясини скрининг қилиш ИФТ усули ёрдамида зардобда ёки плазмада НСV га қарши антитаналарни аниқлашга асосланган бўлиши керак. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481
А1	НСV антитаналарига скринингни осонлаштириш ва тиббий ёрдам олиш имкониятини яхшилаш учун ИФТ ўрнига тиббий ёрдам кўрсатиш жойида зардоб, плазма, бармоқдан олинган қон ёки сўлакда тезкор диагностика тестларидан фойдаланиш мумкин. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481

Реал вақт режимида полимераза занжир реакцияси (ПЗР):

А1	Сурункали НСV инфекциясида НСV РНК аниқланиши керак. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481
----	---

A1	Гепатит С вирусининг генотипини аниқлаш фақат сурункали HCV инфекцияси бўлган беморларга генотипга хос вирусга қарши даво режимини режалаштириш учун тавсия этилади.
A1	<p>HCVга мусбат антитаначалар, HCV РНК-манфий, яқинда орттирилган HCV инфекциясига шубҳа қилинган беморлар якуний клиренсни тасдиқлаш учун 12 ва 24-ҳафталарда тақрорий HCV РНК текширувидан ўтишлари керак.</p> <p>Изоҳлар: HCV РНК билан биргаликда анти-HCV мавжудлиги сурункали гепатит С билан касалланган беморлар учун ҳам, ўткир гепатит С билан касалланган беморлар учун ҳам ҳосдир. Ўткир гепатит С билан касалланган беморларда HCV РНК концентрацияси аниқланмайдиган даражага қадар ўзгариши мумкин. Шундай қилиб, аниқланмайдиган HCV РНКси бўлган беморлар HCV клиренсига ишонч ҳосил қилиши (ўткир гепатит С дан ўз-ўзидан тузалиши) ёки HCV шаклланишини тасдиқлаш учун манфий натижадан 12 ва 24 ҳафта ўтгач, HCV РНКни қайта текшириши керак.</p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481 https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

Лаборатория параметрларини талқин қилиш

анти-HCV	HCV РНК	Натижани талқин қилиш
+	+	Ўткир гепатит С.
+	+	Сурункали гепатит С
+	-	<p>Ўткир гепатит С нинг реконвалесценти (тузалган)</p> <p>Ёлғон мусбат ИФТ натижаси</p> <p>Қон қуйиш пайтида пассив равишда олинган антитаналар</p> <p>Боланинг онадан ўтган пассив антитаналари</p> <p>Интемиттирланган вирус</p> <p>Кам вирус юкламаси</p>
-	+	Лаборатор хатолик

		<p>ЎГС (биринчи ҳафталарда)</p> <p>касалликнинг ўткир намоён бўлиш вақтида 50% ИФТ (+) бўлиши сабабли, ЎГС шубҳали барча ҳолатларда ПЗР амалга оширилади, шу жумладан ИФА (-) ҳолатларда ҳам</p> <p>Иммуносупрессия кузатилган шахсларда ВГС</p> <p>Иммуносупрессив дориларни қабул қиладиган беморлар</p> <p>Гемодиализда бўлганлар</p> <p>Трансплантациядан кейин</p> <p>ОИВ инфекцияси бўлган беморлар</p>
--	--	---

Биокимёвий қон таҳлили:

	<p>Сурункали гепатит С билан касалланган барча беморларга трансаминазаларнинг (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) фаоллигини, гепатоцитлар шикастланишининг оғирлигини аниқлаш, жигар ва буйраклар фаолиятини баҳолаш учун биокимёвий қон таҳлилини ўтказиш тавсия қилинади.</p>
A1	<p>Изоҳлар: жигар циррози белгилари бўлмаса, трансаминазалар фаоллиги ва жигар функциясининг бошқа кўрсаткичларининг (билирубин, альбумин) клиник аҳамияти юқори эмас. Бу жигар патологияси мавжуд бўлсагина катта аҳамиятга эга бўлади. Сурункали гепатит С натижасида жигар циррози бўлган беморларда гепатоцитлар шикастланишининг оғирлиги ва декомпенсация белгилари беморни олиб бориши тактикасини танлашда ВҚД дориларини ва касаллик кечишини прогноз қилишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бундан ташқари инструментал текширув ўтказиши имкони бўлмаганда АЛТ ва АСТ жигар фиброзининг оғирлигини мустақил равишда баҳолаш учун ишлатилиши мумкин (масалан, APRI, FIB-4 индекслари). Софосбувирни ўз ичига олган ВҚД схемаларини режалаштиришда буйрак функциясини (креатинин) баҳолаш керак.</p> <p>https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/apri-index.html</p> <p>https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

3.1.6. Қўшимча лаборатор текширувлари:

Умумий қон таҳлил:

С	<p>Сурункали гепатит С ва/ёки жигардан ташқари қўринишлар белгилари (лимфопротрофиератив касалликлар) бўлган барча беморларга умумий (клиник) қон таҳлилини кенгайтирилган ўтказиш тавсия этилади.</p>
	<p>Изоҳлар: сурункали гепатит С нинг кечиши қоннинг ҳужайра таркибига таъсир қилиши мумкин, аммо гепатит С томонидан қўзғатилган жигар циррози ва лимфопротрофиератив касалликлар бўлмаганида бундай ўзгаришларнинг ишончли далиллари йўқ. Жигар циррози шаклланганда кўпинча турли даражада тромбоцитопения, кам ҳолларда цитопениянинг бошқа вариантлари кузатилади.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

Альфа-фетопропротеин (АФП) даражасини текшириш

А	<p>Сурункали гепатит С оғир жигар фибрози (Ф3-Ф4) билан кечганда ГЦКни ўз вақтида ташхислаш учун беморларнинг қон зардобадаги алфа-фетопропротеин (АФП) даражасини аниқлаш тавсия аниқланади.</p>
	<p>Изоҳлар: ЖЦ босқичида ГЦК ривожланиши хавфи йилига тахминан 1-5% ни ташиқил қилади. ГЦК билан оғриган беморларда ташиқисдан кейинги биринчи йил ичида ўлим эҳтимоли 33% ни ташиқил қилади.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

3.1.7. Инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви:

А1	<p>Сурункали гепатит С билан оғриган барча беморларга жигар циррози ва ГЦК белгиларини аниқлаш учун қорин бўшлиғи (комплекс) ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ултратовуш текширувидан ўтиш тавсия этилади.</p>
	<p>Изоҳ: Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текшируви ГЦК, портал гипертензия белгилари (талокнинг катталаниши, портал тизим веналарини кенгайтиши), асцитни аниқлаш, ошқозон-ичак йўллариининг патологиясини истисно қилиш учун амалга оширилади, бу баъзи ҳолларда касаллик босқичи ва даволаш тактикаси аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Сурункали гепатит С натижасидаги ЖЦ ва ГЦК белгиларсиз бўлиши мумкин ва фақат ультратовуш текшируви ёрдамида аниқланиши мумкин. Агар жигарда ГЦК учун шубҳали хосила аниқланса, текширувлар ГЦК ни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияномаларга мувофиқ давом эттирилиши керак.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

Жигарнинг эластометрияси (фиброскан текшируви).

A1	<p>Жигар фибрози босқичини ташхислаш учун тавсия этилади (жигар эластометрияси, агар у мавжуд бўлмаса – зардоб тестлари APRI, FIB-4ни ҳисоблаш). https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</p>
	<p><i>Изоҳлар:</i> инвазив бўлмаган тахисот фиброз босқичини юқори аниқликда баҳолаш имконини беради. Буни жигарнинг эластометрияси (фиброскан текшируви) (тасдиқланган ускунада бажарилиши керак) ёки зардоб тестлари ёрдамида амалга ошириши мумкин. Агар эластометрия мавжуд бўлмаса, лаборатор текширувлари натижаларига кўра ҳисобланган кўрсаткичлардан фойдаланиши мумкин (APRI, FIB-4 индексларини ҳисоблаш) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</p>

Жигар биопсияси

A	<p>Ноинвазив ташхислашда маълумотлар баҳсли бўлганда жигар биопсияси ўтказилиши керак. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</p>
---	---

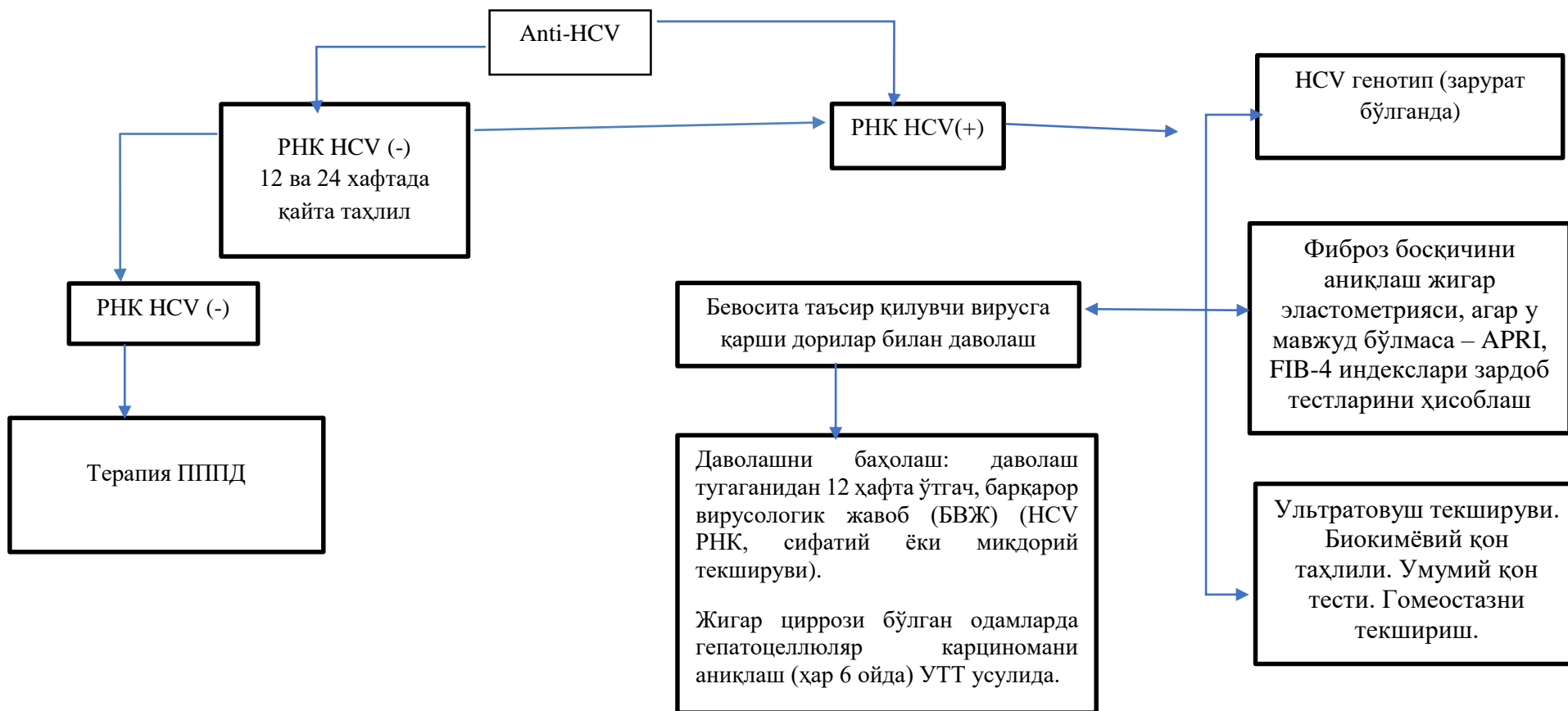
3.1.8. Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар

C	<p>Сурункали гепатит С нинг жигардан ташқари кўринишлари мавжуд бўлганда ихтисослашган мутахассислар билан маслаҳатлашиш</p>
---	--

<https://diseases.medelement.com/> <https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-с-у-взрослых-2020/16503>

3.2. Ташхислаш алгоритми

Сурункали гепатит Снинг ташхисоти ва даволаш алгоритми



3.3. Қиёсий ташхис ва қўшимча тадқиқотларни асослаш:

Ўткир	гепатит	С	нинг	қиёсий	ташхисоти
С	https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%D0%B3%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82-%D1%81-%D1%83-%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85-2020/16503				

Диагностика	Қиёсий ташхислаш учун	Текширув	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
ВГ	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	anti-HAV IgM, HBsAg, HBeAg, anti-HBcIgM, anti-HDV IgM, anti-HCV, anti-HEV IgM, ПЗР (HBV ДНК), ПЗР (HCV РНК)	Вирусли гепатит маркёрларини йўқлиги, ПЗР натижалари манфий ёки инфекция давомийлиги 6 ойдан кам бўлган серологик ва / ёки молекуляр тестларнинг мусбат натижалари
СГВ/СГД	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	HBsAg, anti-HDV, ПЗР (HBV ДНК, HDV РНК)	Вирусли гепатит В ва Д маркёрларининг йўқлиги, молекуляр тестларнинг мусбат натижалари
СБК	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатория белгилари	ИФ, ГГТП, АМА, АМА2, IgM, липидограмма, оғир ҳолатларда жигар биопсияси	Холестаз синдромининг йўқлиги, дислипидемия, ПБС гистологик белгилари, салбий АМА, АМА2нинг манфий натижалари, IgMнинг меъёрий даражаси
БСХ	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	ИФ, ГГТП, рANCA, ЭРХПГ, МР-холангиография, оғир ҳолатларда LBx	Холестаз синдромининг йўқлиги, холангиограммаларда ўт йўлларида ўзгаришларнинг йўқлиги
НАСГ	Гепатитнинг умумий клиник ва	Умумий кўрик, ФПП, липидограмма, қонда глюкоза, инсулин, HbA1c,	Метаболик синдром белгиларининг йўқлиги (шу жумладан семизлик, гипертензия, инсулинга чидамлик қаршилиги, ҚД2,

	лаборатор белгилари	УТТ қорин бўшлиғи аъзолари, оғир ҳолатларда LBx	дислипидемия), ултратовуш текширувда ва жигар стеатози белгилари
Гемохроматоз ва темирнинг ортиқча юкланиши белгилари	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	Темир, ферритин қон зардобиди, генетик текширувлар, оғир ҳолатларда LBx	Темирнинг ортиқча юкланишининг клиник ва лаборатория белгиларининг йўқлиги, генетик текширувларнинг манфий натижалари, жигар сидерозининг йўқлиги
Дорилар билан боғлиқ жигар шикастланиши	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	Анамнез, психоактив моддаларга қон, генетик текширувлар, мураккаб ҳолатларда LBx	Сабаб бўлувчи дори воситасини қабул қилиш билан боғлиқ эмас, аллергия тестлари ва генетик текширувларнинг манфий натижалари
АИГ	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатор белгилари	ANA, ASMA, AAA, LKM-1, SLA/LP, anti-LC, IgG, гамма-глобулинлар	Аутоантитаначаларнинг йўқлигининг, гипергаммаглобулинемия, характерли гистологик манзара, ҳамроҳ аутоиммун касалликлар
Жигар циррози	Гепатитнинг умумий клиник ва лаборатория белгилари	УТТ, альбумин, тромбоцитлар даражаси, билирубин, ЭГДФС	Жигар циррозининг клиник ва лаборатория белгиларининг йўқлиги (портал гипертензия, асцит, варикоз томирлар кенгайиши, гипоалбуминемия)

Амбулатор даволаш тактикаси:

СВГС нинг дори воситаларисиз даволаш

- Чекишдан воз кечиш;
- спиртли ичимликлар ва бошқа зарарли одатлардан воз кечиш;
- рационал овқатланиш;
- жисмоний фаоллик, ҳаракатсиз турмуш тарзидан кечиш;
- рационал овқатланиш тамойилларига риоя қилиш; ортиқча вазн ёки семизлик бўлса - паст каллорияли парҳез;
- етарли миқдорда суюқлик истеъмол қилиш (қунига 2-3 литргача);
- хавф омилларининг эҳрайишини минималлаштириш (спиртли ичимликлар, гепатотоксик дорилар, шу жумладан биологик фаол моддалар қабул қилмаслик).

Амбулатор бўғинда

1) Дори воситалари билан даволаш

Этиотроп даволашнинг мақсади

- HCV инфекциясини даволаш (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Давонинг якуний нуқтаси қон зардобида ёки плазмасида HCV РНК ни аниқлашнинг пастки чегараси <15 ХБ/мл 12 ҳафта (БВЖ12) ёки 24 ҳафта (БВЖ24) давомида даволаш тугаганидан кейин аниқланмаслиги ҳисобланади (A1). Даволаш тугаганидан кейин 12 ҳафта (БВЖ12) ёки 24 ҳафта (БВЖ24) ўтгач қон зардобида ёки плазмасида аниқланмайдиган HCV РНК (A1).

Этиотроп даволаш учун кўрсатмалар.

Сурункали HCV инфекцияси билан даволанмаган ва даволанган барча беморларга зудлик билан даволаш таклиф қилиниши керак (A), жумладан:

- жигардан ташқари клиник кўринишлари бўлган беморлар (масалан, HCV билан боғлиқ аралаш криоглобулинемия билан кечадиган симптоматик васкулит, HCV иммун комплекси билан боғлиқ нефропатия ва Ҳоджкин бўлмаган В хужайрали лимфома);
- жигар трансплантациясидан кейин HCV рецидиви билан оғриган беморлар;
- ҳамроҳ касалликлар (жигардан ташқари паренхиматоз аъзолар ёки илдиз хужайралари трансплантациясини қабул қилувчилар, СВГВ ва ОИВ коинфекцияси, қандли диабет) туфайли жигар касаллигининг тез ривожланиш хавфи бўлган беморлар;

Этиотропик даволашнинг чекловлари

-Замонавий ВҚД асосланган муолажалар учун бир неча ҳолатлар бор (синф/ишончлилик даражаси I A).

-жигар билан боғлиқ бўлмаган ҳамроҳ касалликлар туфайли умр кўриш давомийлиги чекланган беморлар (синф/ишончлилик даражаси I A).

-Баъзи цитохром Р450/Р-гр кўзғатувчи дориларни (карбамазепин, фенитоин ва фенобарбитал каби) қўллаш ВГС БТҚВҚД концентрациясининг сезиларли даражада пасайиши хавфи туфайли барча ВГС БТҚВҚД схемалари учун қарши кўрсатмадир (синф/ишончлилик даражаси I A).

Даволашни бошлашдан олдин мониторинг

Барча беморлар ВКД бошлашдан олдин ҳамроҳ касалликларни, жигар касалликларининг ривожланиш кўрсаткичларини баҳолашлари ва тегишли даволаш чораларини кўришлари керак (синф/ишончлилик даражаси I A).

- HCV инфекциясининг жигардан ташқари кўринишларини аниқлаш керак (синф/ишончлилик даражаси I A).
- ҳКФТ ни аниқлаган ҳолда буйрак функцияси текширилиши лозим (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Барча беморлар ВГВ инфекцияси, ОИВ инфекцияси билан аввал касалланганлик ёки ҳозирда инфекциянинг мавжудлиги ва иммунитетни аниқлаш учун текширувдан ўтиши керак (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Фибрознинг босқичини дастлаб жигарнинг зичлик даражасини аниқлаш ёки APRI ва FIB-4 биомаркёрларини ўрганиш орқали ноинвазив усуллар ёрдамида баҳолаш зарур (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Биринчи гуруҳ дори воситалари билан даражали даволашни бошлашдан олдин HCVга чидамлиликини текшириш тавсия этилмайди (синф/ишончлилик даражаси I A).
- ВГС давосини бошлашдан олдин ва даволаниш пайтида бошқа дори-дармонларни қабул қилишдан олдин дориларнинг ўзаро таъсири хавфини ҳар бир БТҚВҚДни тайинлаш тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, БТҚВҚД билан даволанаётган барча беморлар учун тўлиқ баҳолаш зарур (асосий фикрларнинг қисқача мазмуни). Druginteractions.org интернет ресурс бўлиб ҳисобланади, тавсиялар мунтазам янгиланади (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Дори воситаларининг ўзаро таъсири ОИВ/ВГС коинфекцияси мавжуд беморларни даволашда муҳим ҳисобланади ва шунинг учун қарши кўрсатма бўлган, тавсия этилмайдиган ёки маълум БТҚВҚД режимларида дозани ўзгартиришни талаб қиладиган вирусга қарши дориларга (синф/ишончлилик даражаси I A) диққат билан эътибор қаратиш лозим.
- Беморларга даволаш режими, дозалар бўйича тавсиялар ва дори миқдорини белгилаш риоя қилиш ҳамда буюрилган бошқа дориларни қўллаш ҳақида хабар қилишнинг муҳимлиги ҳақида маълумот бериш керак (синф/ишончлилик даражаси I A).
- Бевосита таъсирга қилувчи вирусга қарши дорилар таркибига киритилган компонентлар ва таъсир қилувчи дори воситалари

NS3/4A ни ингибирловчи	NS A ни ингибирловчи	NS5B ни ингибирловчи
Глекапревир (ГЛЕ) Гразопревир (ГРА) Нарлапревир (НРВ) Паритапревир (ПТВ)	Велпатасвир (ВЕЛ) Даклатасвир (ДАК) Лэдипасвир (ЛЕД) Омбитасвир (ОБВ) Пибрентасвир (ПИБ) Элбасвир (ЭЛБ)	Дасабувир (ДСВ) Софосбувир (СОФ)

Сурункали гепатит С билан оғриган циррозсиз, ВКТ дан фойдаланмаган ва жигар трансплантацияси бўлмаган беморларни даволаш муқобил режимлардан бирига мувофиқ амалга оширилиши тавсия этилади:

Дори воситаларининг номи	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси

Велпатасвир + Софосбувир	A
Глекапревир + Пибрентасвир	A
Даклатасвир + Софосбувир	A
Гразопревир + Елбасвир	A
Даклатасвир + Нарлапревир + Ритонавир	A
Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир 1b генотипда	C
Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир + Рибавирин 1a генотипда	A
Ледипасвир + Софосбувир	A
Нарлапревир + Софосбувир + Ритонавир	B.

ВГС моноинфекцияли ёки ВГС/ОИВ инфекцияли, жигар циррози бўлмаган сурункали гепатит С, илгари даволанмаган ва пегилирланган ИФН-а ва рибавирин асосида даволаш самарасиз бўлган (олдин даволанган, лекин БТҚВҚД дорилари олмаган), беморларни даволаш бўйича тавсиялар

Беморлар	Даволанмаган ёки илгари даволанган	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир ва дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ элбасвир	Софосбувир ва Даклатасвир	Софосбувир ва симепревир
Генотип 1a	Даволанмаган	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 недель рибавирин билан	Йўқ	12 ҳафта, рибавиринсиз, агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, агар РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл ^b	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	
Генотип 1b	Даволанмаган	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавиринсиз		12 недель рибавиринсиз				

Генотип 2	Барча беморлар	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
Генотип 3	Даволанмаган	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга		12 ҳафта рибавирин билан ^c ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта рибавирин билан ^c ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	
Генотип 4	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта, рибавиринсиз, агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, ёки РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз
Генотипы 5 или 6	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ

	Илгари даволанган	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	
--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--

а PАС тести мавжуд бўлса, фақат NS5A ингибиторларига резистентликнинг юқори даражасини таъминлайдиган қаршилик ўрнини босувчи беморларга рибавирин қўшинг.

б 16 ҳафтагача узайтиринг ва рибавиринни фақат резистентлик билан боғлиқ алмаштиришлари бўлган беморларга қўшинг, бу эса қаршилик билан боғлиқ алмаштиришлар учун тест мавжуд бўлса, дастлабки босқичда элбасвирга қаршилик кўрсатади.

с рибавиринни фақат NS5A резистентлиги билан боғлиқ бўлган Y93H алмашиши бўлган беморларга қўшинг, агар резистентлик билан боғлиқ алмаштиришларни текшириш мавжуд бўлса.

НСV моноинфекцияси ёки сурункали гепатит С билан НCV/ОИВ коинфекцияси бўлган, компенсацияланган жигар циррози (ЧАЙлд-Пью А) бўлган беморларни, шу жумладан илгари даволанмаган беморларни ва пегилирланган интерферон-а ва рибавирин билан даволанган беморларни даволаш бўйича тавсиялар натижа бермаганда (даволаш тажрибаси), илгари БТҚВҚДларни қабул қилмаган беморлар)

Беморлар	Даволанмаган ёки илгари даволанган	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир ва дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ элбасвир	Софосбувир ва Даклатасвир	Софосбувир ва симепревир
Генотип 1a	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	24 недели с рибавирином	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, агар РНК ВГС > 800 000 (5,9 log) ХБ/мл ^b	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				
Генотип 1b	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга							
Генотип 2	Все пациенты	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ

Генотип 3	Даволанмаган	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	24 ҳафта рибавирин билан	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга		12 ҳафта рибавирин билан ^с ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					
Генотип 4	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 недель с рибавирином	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта рибавиринсиз, если РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) МЕ/мл или 16 недель с рибавирином, если РНК ВГС > 800 000 (5,9 log) МЕ/мл		
Генотипы 5 или 6	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Илгари даволанган	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24					12 ҳафта рибавирин билан ёки 24	

		ҳафта рибавиринсиз					ҳафта рибавиринсиз	
--	--	-----------------------	--	--	--	--	-----------------------	--

а РАС тести мавжуд бўлса, фақат NS5A ингибиторларига резистентликнинг юқори даражасини таъминлайдиган қаршилик ўрнини босувчи беморларга рибавирин қўшинг.

б 16 ҳафтагача узайтиринг ва рибавиринни фақат резистентлик билан боғлиқ алмаштиришлари бўлган беморларга қўшинг, бу эса қаршилик билан боғлиқ алмаштиришлар учун тест мавжуд бўлса, дастлабки босқичда елбасвирга қаршилик кўрсатади.

с рибавиринни фақат NS5A резистентлиги билан боғлиқ бўлган Y93H алмашиши бўлган беморларга қўшинг, агар резистентлик билан боғлиқ алмаштиришларни текшириш мавжуд бўлса.

ВГС моноинфекцияси ёки ВГС/ОИВ коинфекцияси ва сурункали гепатит С билан оғриган, бир ёки бир нечта БТҚВҚДларни ўз ичига олган олдинги вирусга қарши давода БВЖга эриша олмаган беморларни қайта даволаш бўйича тавсиялар. Аини пайтда ВГС генотипи, илгари буюрилган дориларнинг маълум резистентлик профиллари, қўлланиладиган дорилар сони, рибавиринни қўллаш ва даволаш давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, қайта даволаш бўйича ушбу тавсияларни қўллаб-қувватлаш учун чекланган далиллар мавжуд

Муваффақиётсиз даволаш	Генотиплар	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир и дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ Элбасвир	Софосбувир и даклатасвир	Софосбувир и симепревир	Софосбувир плюс омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир и дасабувир	Софосбувир плюс омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Софосбувир плюс гразопревир/ элбасвир	Софосбувир плюс даклатасвир плюс симепревир
RegIFN-α рибавирин билан ва телепревир билан, ёки боцепревир билан, ёки симепревир билан	1 a	12 ҳафта рибавирин билан	12 ҳафта рибавирин билан	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Софосбувир алоҳида, ёки софосбувир плюс рибавирин,	1 b	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта РНК ВГС ≤800 000	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

ёки софосбувир плюс PegIFN- α ва рибавирин		хафта рибавирин билан (F3-F4)	ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)	билан (F3-F4)		(5,9 log) ХБ/мл) ёки 24 хафта рибавирин билан (F0-F2 РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл ва F3-F4)	билан (F3-F4)	ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)				
	2	Йўқ	12 хафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 хафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
	3	Йўқ	12 хафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 хафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

			билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)				ҳафта рибавирин билан (F3-F4)					
4	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) с РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) с РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл и F3-F4)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	

	5 или 6	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибави рин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибави рин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан (F0- F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3- F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
--	------------------------	---	--	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----	-----	-----

ГЦК билан оғриган беморларда этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

- Жигар циррози бўлмаган ёки компенсацияланган (Чайлд Пью бўйича А синфи) ГЦКли циррози бўлган, жигар резекцияси ёки трансплантацияси билан потенциал даволашга кўрсатма бўлган беморлар ГЦК даволаш тугагунга қадар БТҚВҚ давони кечиктиришлари керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ВГС инфекцияси билан жигар трансплантациясини кутаётган ГЦК мавжуд беморларда вирусга қарши даволаш вақти (трансплантациядан олдин ёки кейин) кутиш рўйхатида беморни олиб бориш халақит бермаслиги керак ва ҳар бир ҳолатда мультидисциплинар муҳокама орқали аниқланиши керак (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- HCV инфекцияси билан жигар трансплантациясини кутаётган HCV беморларда трансплантациясидан олдин HCV даволашни бошлаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- Жигар трансплантациясини кутаётган циррозсиз ГЦК ёки компенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича А синфи) бўлган беморлар умумий кўрсатмаларга мувофиқ жигар трансплантациясидан олдин ёки кейин HCV инфекциясини даволаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ГЦК давосига тўлиқ жавоб берадиган беморлар ГЦК бўлмаган беморлар учун умумий тавсияларга мувофиқ HCV инфекциясини даволаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- БВЖ га эришган ГЦК терапиясига тўлиқ жавоб берган беморларда ГЦК такрорланиш хавфи доимий бўлиб, БВЖдан кейин ГЦК учун ҳар 6 ойда ультратовуш текшируви билан доимий кузатувни талаб қилади (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ГЦК бўйича паллиатив ёрдам олаётган беморлар умумий прогноз ва потенциал фойдага қараб HCV билан даволашлари мумкин (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- Циррозни аниқлаш керак, чунки баъзи даволаш схемаларни коррекция қилиш ва ГЦК учун даволанишдан кейинги кузатув шарт (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Трансплантациядан кейинги даврда беморларга этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

- HCV инфекциясининг трансплантациядан кейин қайталаниши бўлган барча беморлар даволаниши керак (A).
- Даволашни жигар трансплантациясидан сўнг имкон қадар тезроқ бошлаш керак, идеал ҳолатда беморнинг аҳволи барқарорлашганда (одатда трансплантациядан кейинги дастлабки 3 ойдан кейин), чунки трансплантациядан кейинги ривожланган жигар касаллигининг сўнги (кечки) боскичларида бўлган беморларда БВЖ12 даражаси пасаяди. (A).
- Трансплантациядан кейинги даврда фиброзли холестатик гепатит ёки ўртача ва кенг тарқалган фиброз ёки портал гипертензия мавжудлиги шошилишга қарши даволанишни талаб қилади (A).
- Трансплантациядан кейинги HCV циррозсиз ёки компенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича А синфи) бўлган беморларни қуйидаги усуллардан бири билан даволаш керак: 12 ҳафта давомида софосбувир ва велпатасвирнинг қатъий дозали комбинацияси (иммунодепрессантларга эҳтиёж сезмасдан) дозани коррекция қилиш ёки 12 ҳафта давомида глекапревир ва пибрентасвирнинг қатъий дозали комбинацияси (иммунодепрессив даражасини назорат қилиш ва даволаниш пайтида ва ундан кейин керак бўлганда уларни коррекция қилиш) (B).

- Трансплантациядан кейинги HCV рецидиви ва декомпенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича В ёки С синфи) бўлган беморлар софосбувир ва велпатасвирнинг белгиланган дозадаги комбинациясини суткалик вазнга боғлиқ ҳолда суткалик рибавирин билан (<75 кг ёки> -75кгда бўлган беморларда 1000 ёки 1200 мг) 12 ҳафта давомида олишлари керак (В).
- Жигардан ташқари қаттиқ аъзолар трансплантантлари, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беши ёки ингичка ичак трансплантантларни қабул қилувчилар трансплантациядан олдин ёки кейин HCV инфекциясига қарши даволаниши керак (А).
- Трансплантациядан сўнг, паренхиматоз аъзолар трансплантантларни, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беши ёки ингичка ичак реципиентлари 12 ҳафта давомида иммуносупрессант дозасини ўзгартиришга зарурат бўлмаган ҳолда БТҚВҚДларнинг қатъий дозали комбинацияси билан даволаниши керак (В).
- Трансплантациядан сўнг, паренхиматоз аъзолар, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беши ёки ингичка ичак реципиентлари 12 ҳафта давомида глекапревир ва пибрентасвирнинг қатъий дозали комбинацияси билан даволаниши мумкин, аммо даволанишдан олдин ва даволаниш жараёнида иммуносупрессив дори даражасини назорат қилиш ва зарурат бўлганда коррекция қилиш зарур (В).
- Ижобий HCV антитаналари ва HCV РНКга эга бўлган донорларнинг органлари HCV РНК бўлган қабул қилувчиларга қўчирилиши мумкин. (В)

Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида сурункали гепатит Снинг кечиши

- Ҳомиладорлик сурункали гепатит С нинг кечишига салбий таъсир кўрсатмайди. Туғруқ кейин қонда АЛТ фаоллиги ошиши мумкин. HCV РНК даражаси биринчи ва учинчи триместрда ошади, учинчи триместрда энг юқори даражага етади ва туғруқдан кейин камаяди. Бу ҳолат, эҳтимол, ҳомиладорликнинг иммуносупрессив самараси ва она плазмаси ҳажмининг ошиши билан боғлиқ.
- HCV нинг онадан болага юқиши 5% дан 15% гача бўлган ҳолатда кузатилади. HCV нинг ҳомила ривожланиши ва ҳомиладорлик натижасига салбий таъсири ҳақида ишончли маълумотлар йўқ.
- ЖЦ нинг ҳомиладорлик жараёни ва унинг натижасига таъсири ҳақида айрим маълумотлар мавжуд. Шундай қилиб, жигар циррози бўлган ҳомиладор аёлларда она учун нохуш оқибатлар (масалан, преэклампсия, геморрагик асоратлар ва ўлим) ва ҳомила учун (масалан, эрта туғилиш, кам вазн ва неонатал ўлим) хавфи мавжуд. Сурункали гепатит С натижасида жигар циррози бўлган аёллар мумкин бўлган асоратлар ҳақида хабардор бўлишлари керак. Репродуктив ёшдаги аёллар учун HCV ВҚД ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин туғилмаган болага HCV юқиш хавфини камайтириш учун тавсия этилади (С).
- Сурункали гепатит С ни аниқлаш учун ҳомиладор аёлларни ҳомиладорликнинг биринчи (ҳомиладорлик бўйича рўйхатда кўйилганда) ва учинчи триместрларида HCVга қарши антитаначага текшириш тавсия этилади (С).
- HCV ВҚД ни оладиган туғиш ёшидаги аёлларга ВҚДни қабул қилиш пайтида ва тўхтатилгандан кейин камида 6 ой давомида ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди (С).
- HCV ВҚД ни олаётган эркалар учун жинсий шерикларига ВҚДни қабул қилиш пайтида ва ВҚДни тўхтатгандан кейин камида 6 ой давомида ҳомиладор бўлишлари тавсия этилмайди (С).
- Хавфсизлик ва самарадорлик маълумотларининг етишмаслиги туфайли ҳомиладорлик даврида гепатит С ни даволаш тавсия этилмайди (С).

- HCV билан касалланган аёлларда кўкрак сути билан боқишга монелик йўқ, қон кетиши ёки кўкрак қафасининг ёрилиши ҳоллари бундан мустасно, бу ҳолда мутахассис маслаҳатига муурожаат қилиш керак (B).

Болалар ва ўсмирлар учун этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

HCV билан касалланган аёллардан туғилган барча болалар 18 ойликдан бошлаб HCV инфекциясига текширилиши керак (A);

Ўсмирлар ва болаларда HCV ни даволаш

Болалик ва ўсмирлик даврида эрта даволанишнинг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

Касаллик ривожланишидан олдин даволанишга эришиш HCV билан боғлиқ жигар шикастланиши ва жигардан ташқари кўринишлар намоён бўлишининг олдини олади. Болалар ва ўсмирларда ривожланган жигар касаллиги кам учрасада, жигар фибрози вақт ўтиши билан ривожланиб боради ва кеч ўсмирлик ва / ёки эрта вояга этганида асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Эрта даволанишнинг бошқа потенциал афзалликлари орасида инфекция юқтирган болаларни стигматизация қилишнинг олдини олиш ва вирусни бошқаларга, айниқса хавфли хатти-ҳаракатлари бўлган ўсмирларга юқишининг олдини олиш киради.

Жиддий нохуш ҳодисалар ва даволанишни тўхтатиш камдан-кам учрайди. Ҳар қандай нохуш ҳодисанинг учраши ёш гуруҳларда юқори бўлсада (3-5 ёшли болалар учун 72%, 6-11 ёшдаги болалар учун 53% ва ўсмирлар учун 50%), жиддий нохуш ҳолатлар ва даволанишни тўхтатиш кам учрайди. Шунинг учун ўсмирлар ва катта ёшдаги болаларда фойда ва зарар нисбати жуда юқори.

35 та тадқиқотдан 1891 ўсмирда (12-17 ёш) ва 13 та тадқиқотдан 472 катта ёшдаги болаларда (6-11 ёш) ушбу БТҚВҚД схемалар фойдаланишга асосланган тизимли шархлаш чиқиш ва мета-таҳлилнинг тўғридан-тўғри далиллари юқори самарадорлик, хавфсизлик ва бардошлиликни тасдиқлади ва барча БТҚВҚД схемалари учун катталарни даволаш бўйича тадқиқотларнинг билвосита маълумотлар билан тасдиқланади.

БТҚВҚД ДАВОЛАШНИНГ ДАВОМИЙЛИГИ

Ёш бўйича гуруҳлари	Тавсия этилган пангенотипик БТҚВҚД схемалари			Пангенотипик бўлмаган БТҚВҚД (минимал GT3 инфекцияси шароитида) ²
	SOF/DCV ¹	SOF/VEL ²	G/P	
Катталар (18 ёш ва ундан катта)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта
Ўсмирлар (12-17 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта

Каттароқ ёшдаги болалар (6-11 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта
Кичик ёшдаги болалар (3-5 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта

1 Жигар циррози бўлмаган одамларда. 24-ҳафта давомида даволаниш даволанган ёки компенсацияланган жигар циррозига эга бўлганлар учун тавсия этилади. 3-генотип кенг тарқалганлиги маълум бўлган шароитларда (>10%) кўриб чиқилиши мумкин.

1, 4, 5 ёки 6 генотипли инфекцияси бўлган беморларда фойдаланиш учун.

БТҚВҚД СХЕМАЛАРИНИ ТАНА ВАЗНИГА МУВОФИҚ ДОЗАЛАШ

(<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciad319/7179952>)

Тавсия этилган пангенотип БТҚВҚД схемалари			Пангенотип бўлмаган БТҚВҚД режими (минимал инфекция шароитларида GT3) ¹
SOF/DCV ²	SOF/VEL	G/P глекапревир ва пибрентасвир	SOF/LED
> 26 кг 400/60 мг дан кунига 1 марта (плёнка билан қопланган таблеткалар)	> 30 кг Кунига 1 марта 400/100 мг (FDC таблетка)	> 45 кг 300/120 мг дан кунига 1 марта (FDC таблетка ёки 6 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари)	≥35 кг Кунига бир марта 90/400 мг (FDC таблетка)
14-25 кг 200 мг/30 мг ² (алоҳида таблеткалар шаклида, SOF афзалроқ кичик ўлчамли таблетка 100 мг)	17-29 кг Кунига 1 марта 200/50 мг (FDC таблетка ёки гранулалар)	30-45 кг 250/100 мг дан кунига 1 марта (5 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари) 20-30 кг 200/80 мг дан кунига 1 марта (4 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари)	17-35 кг 45/200 мг (таблетка)

	<17 кг Кунига бир марта 150/37,5 мг (копланган гранулалар)	<20 кг 150/60 мг дан кунига 1 марта (3 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари) <20 кг	<17 кг 33,75/150 мг (FDC гранулалари пакетлари)
--	--	--	--

- FDC - қатъий дозали комбинацияси
- ¹1 Генотип 1, 4, 5 ёки 6 инфекцияси бўлган ёки генотип 3 инфекцияси кам учрайдиган шахсларда фойдаланиш учун. SHARED синовида (катталар) SOF/LED (400/90 мг) ни қўллаганда БВЖ жами 261 та (87%), лекин HCV генотиби 4р билан касалланганларнинг атиги 56% билан касалланганларнинг 93% билан солиштириганда кузатилган. 4р дан бошқа генотип субтиплари билан. Ушбу натижалар Африканинг Сахрои Кабирдан жанубидаги баъзи минтақалар ва мамлакатларда генотип субтипларисиз) SOF/LEDни бошланғич терапия сифатида қўллашни қўллаб-қувватламайди.
- ²Дозалаш популяцияси фармакокинетик моделлаштириш тадқиқотларига асосланган.
- ³100/40 мг таблеткалар (FDC) ва 50/20 мг оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари шаклида мавжуд бўлиб, маҳаллий маълумотларга мувофиқ маҳсулот ҳақида маълумот берилади

Этиотроп даволанишга жавоб бермайдиган беморларни даволаш хусусиятлари

- БТҚВҚДларни ўз ичига олган ҳар қандай даволаш схемасидан сўнг натижага эриша олмаган беморлар Республика гепатология марказида қайта даволаниши керак;
- БТҚВҚД ўз ичига олган ҳар қандай режим муваффақияtsizликка учраган беморларда қайта даволашдан олдин HCV резистентлигини текшириш жавоб эҳтимоли билан қайта даволанишни бошқариш учун фойдалидир (B);
- Жигар циррози бўлмаган ёки компенсацияланган жигар циррози (Чайлд-Пью бўйича А синфи) бўлган беморларда БТҚВҚД (протеаза ингибитори ва/ёки NS5A ингибитори) ўз ичига олган схема билан даволанмаган бўлса, софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг белгиланган дозали комбинациясини қайта бошлаш керак 12 ҳафта (A);
- Даволаниши жуда қийин бўлган беморларда (протеаза ва/ёки NS5A ингибитори бўлган комбинацияланган режимдан сўнг икки ёки ундан ортиқ БВЖга эриша олмаган NS5A СРАли беморлар), софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг учлик комбинацияси тавсия этилади. Софосбувир, глекапревир ва пибрентасвирнинг рибавирин билан 12 ҳафта давомида комбинацияси тана вазнига қараб (мос равишда <75 кг ёки >75 кг беморларда 1000 ёки 1200 мг) ва/ёки даволаш давомийлиги, кўп тармоқли жамоанинг индивидуал қарорига кўра 24 ҳафтагача узайтирилиши мумкин (B).
- Софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг учлик комбинацияси билан қайта даволашдан кейин БВЖга эриша олмаган беморларда софосбувир, глекапревир ва пибрентасвирнинг учлик комбинацияси рибавирин билан 24 ҳафта давомида тана вазнига боғлиқ ҳолда (беморлар учун 1000 ёки 1200 мг мос равишда 75 кг ёки >75 кг) қўлланилиши мумкин (B).

- Декомпенсацияланган жигар циррози (Чайлд-Пью бўйича В ёки С синфлари) бўлган БТҚВҚД (протеаза ингибитори ва/ёки NS5А ингибитори) ни ўз ичига олган режим билан даволаш муваффақиятсизликка учраган беморлар протеаза ингибиторларини қўллашга қарши кўрсатмаларга эга ва шунинг учун уларни қатъий даволаш режими - индивидуал мультидисциплинар қарор асосида 24 ҳафта давомида тана вазнига қараб софосбувир ва велпатасвирни рибавирин билан бирлаштириш (мос равишда <75 кг ёки >75 кг беморларда 1000 ёки 1200 мг қайта даволаш керак). (В)

Этиотроп терапия пайтида мониторинг

Сурункали HCV инфекцияси билан боғлиқ аралаш криоглобулинемия ва буйрак касалликларини даволашда салбий ҳолатларни диққат билан кузатиш зарур (В);

HCV билан боғлиқ буйрак касаллиги учун ритуксимабни қўллаш бўйича кўрсатмалар нефролог билан муҳокама қилиниши керак (В);

HCV билан боғлиқ лимфомаларни умумий тавсияларга кўра, мумкин бўлган дорилар ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда, махсус кимётерапия билан биргаликда пангенотипик БТҚВҚД схемалари билан даволаш керак (В);

HCV билан боғлиқ лимфомаларни умумий тавсияларга кўра, мумкин бўлган дорилар ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда, махсус кимётерапия билан биргаликда пангенотип БТҚВҚД схемалари билан даволаш керак (В);

Енгил ва ўртача даражадаги буйрак шикастланиши (хКФТ <30 мл/дак/1,73 м²) ёки буйракнинг оғир шикастланиши (хСКФ <30 мл/дак/1,73 м²) бўлган HCV инфекцияси бўлган беморлар, шу жумладан гемодиализда бўлган буйрак етишмовчилигининг охириги босқичи бўлган беморлар HCV БТҚВҚД дозасини коррекциялаш талаб қилинмасдан, умумий тавсияларга мувофиқ HCV инфекциясини даволаш тавсиялари бўйича даволанадилар (А);

Даволаниш вақтида бир вақтда қабул қилинган дориларнинг самарадорлиги ва токсиклигини бирга келадиган касалликлар ва дори воситаларининг потенциал ўзаро таъсирда назорат қилиш керак (А);

Иложи бўлса, HCV билан даволаш пайтида ўзаро таъсир қилувчи бир вақтнинг ўзида қўлланиладиган дори воситаларини тўхтатиш ёки ўзаро таъсир етувчи дори воситаларини ўзаро таъсир қилиш эҳтимоли камроқ бўлган муқобил дори билан алмаштириш керак (В).

АЛТ даражаси камида бошланғич босқичда ва даволанишдан кейин 12 (ёки 24) ҳафта ўтгач баҳоланиши керак (В).

хКФТ пасайган беморларда буйрак функцияси ҳар ойда текширилиши керак (А).

Жиддий нохуш ҳолатлар юзага келса ёки АЛТ даражаси меъёрдан юқори чегарасидан 10 баравар ошса даволанишни тўхтатиш керак (В).

Даволаш муваффақиятли ёки муваффақиятсизлигини баҳолаш учун даволашдан сўнг 12 (БВЖ12) ёки 24 (БВЖ24) ҳафта ўтгач HCV РНК аниқлаш зарур (А).

Сурункали гепатит С билан касалланган беморлар учун симптоматик даволаш

Мухим дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам бўлган).

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситанинг ИНН	Қўллаш усули	ИД	Хаволалар
Гепатопротектор восита	Адеметионин	500 мг дозада дорининг суткалик дозаси кунига 1-2 таблетка (кунига 500-1000 мг адеметионин) ва уни кунига 3 таблеткага (кунига 1500 мг адеметионин) ошириш мумкин.	С	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Гепатопротектор восита	Глициризин кислотаси	оғиз орқали қабул қилиш 80-120 мг/сут овқат вақтида Болаларга ёшига қараб дозаси белгиланади.	С	Oldingi interferon alfa terapiyasi muvaffaqiyatsiz bo'lgan bemorlarda glitsirizin: 52 haftadan keyin biokimyoviy va gistologik ta'sir - PubMed (nih.gov) O'tkir boshlangan otoimmün gepatitning dastlabki bosqichida vena ichiga glycyrrhizinning samaradorligi - PubMed (nih.gov)
Гепатопротектор восита	Глициризин кислотаси + Фосфолипидлар	Оғиз орқали, 2 та капсула. (таб)дан Кунига 3-4 марта, овқат пайтида, оз миқдорда сув билан.	С	https://www.vidal.ru/drugs/essentigliv
Гепатопротектор восита	Фосфолипидлар	Оғиз орқали юбориш учун, ишлатиладиган дозалаш шаклига қараб.	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827

Гепатопротектор восита	Селимарин (силибилин сифатида ҳисобланади) 140 мг	Доза, қўллаш усули ва режими, терапия давомийлиги индивидуал равишда белгиланади	С	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/
Антифибротик дори	Оксиматрин	Оғиз орқали 0,2 г.дан кунига уч марта. Зарурат бўлса, суткалик дозани 0,3 г гача ошириш мумкин.	С	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733326/
Гепатопротектив таъсирга эга парҳез кўшимчаси	Қушқунмас меваси	Оғиз орқали қабул қилинади. Қўллашнинг дозаси, частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва қулланиладиган дори шаклига боғлиқ.	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/178
Миётроп антиспазмодик восита	Мебеверин гидрохлориди	200 мг дан кунига 2 марта, эрталаб ва кечкурун, овқатдан олдин.	С	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1 Irritabiy ichak sindromida mebeverinning samaradorligi va bardoshliligini tizimli ko'rib chiqish - PMC (nih.gov)
Холеретик ва холелитолитик таъсирга эга гепатопротектор	УДХК, 250 мг капсулалар, 500 мг таблеткалар	Ўртача суткалик доза 10 мг / кг (12-15 мг / кг гача).	С	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1 https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(03)00192-2/fulltext

Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Шифохонага режали ётқизиш учун кўрсатмалар: йўқ

2. Шифохонага шошилиш ётқизиш учун кўрсатмалар: йўқ

1. Стационар даражасида даволаш тактикаси: Йўқ

4) жарроҳлик ёндошуви: Йўқ

5) кейинги бошқарув:

Диспансер кузатуви

- БВЖ 12 га эришгандан сўнг жигар фибрози бўлмаган, енгил ва ўртача оғирликдаги жигар фибрози бўлган беморларга (МЕТАВИР бўйича F0-F2) диспансер кузатуви тавсия этилмайди - ВҚТ ни олгандан кейин ташхис: СВГС реконвалесцент, ВҚТ дан кейинги ҳолат (ВҚТ 24 ҳафтадан кейин барқарор вирусологик жавобдан кейин қўйилади).
- БВЖ кузатилган фиброз бўлмаган ёки ўртача даражада фиброз (МЕТАВИР кўрсаткичи F0-F2) бўлган ва давом этаётган хавфли хатти-ҳаракатлари бўлмаган беморлар юқумли касалликлар бўйича мутахассис рўйхатидан чиқарилиши керак. Агар уларда ҳамроҳ касалликлар бўлса, улар тегишли мутахассис томонидан рўйхатга олинади (А);
- БВЖ билан ривожланган фиброз (F3) ёки цирроз (F4) билан оғриган беморлар ультратовуш ёрдамида ҳар 6 ойда бир марта ГЦК учун кузатилиши керак, чунки ГЦК ривожланиши ёки ГЦК ривожланиш хавфи камаяди, аммо БВЖ билан бартараф этилмайди; Фиброз босқичини аниқлаш учун инвазив бўлмаган усуллар ҳар 12 ойда бир марта амалга оширилади (А).
- БВЖ билан ривожланган фиброз (F3) ёки цирроз (F4) билан оғриган беморлар ҳар 6 ойда доимий равишда ГЦК мониторинги учун АФП ва ПИВКА скринингидан ўтишлари керак (А).
- Сурункали гепатит С билан оғриган, даволанмаган беморлар ва олдинги бир неча даволаш курслари муваффақиятсиз бўлганлар (даволаб бўлмайдиган беморлар) юқумли касалликлар бўйича мутахассис томонидан мунтазам равишда кузатилиши керак (А).

б) протоколда тавсифланган даволаш самарадорлиги ва ташхислаш усуллари ва хавфсизлиги кўрсаткичлари

Гепатит С ни бартараф этиш.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: Йўқ

Такризчилар:

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юқумли, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошеров Бахыт Нурғалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори,

3) баённомани кўриб чиқиш шартлари: Нашр қилинганидан сўнг 3 йил ўтгач ёки самарадорлиги тасдиқланган янги ташхисот ва даволаш усуллари мавжуд бўлганда.

4) фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series☆." *Journal of hepatology* 73.5 (2020): 1170-1218
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>
2. European Association for The Study of The Liver. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2016." *Journal of hepatology* 66.1 (2017): 153-194.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827816304895>
3. Информационный бюллетень ВОЗ по вирусному гепатиту С от 18 июля 2023 года.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
4. Хронический вирусный гепатит С (2021) . Клинические рекомендации (РФ).
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/
5. Клинические рекомендации – Хронический вирусный гепатит С – 2021-2022-2023 (14.02.2022) – Утверждены Минздравом РФ
http://disuria.ru/_ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf
6. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи.

**«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

Кириш қисми

1) КХТ-10 га мувофиқ кодлар:

B18.2 Сурункали вирусли гепатит С

КХТ-11 га мувофиқ кодлар:

1E51.1 Сурункали вирусли гепатит С

2) Протоколни ишлаб чиқиши ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт марказининг Вирусология илмий-тадқиқот институти.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

Жараёни ташкил этиш бўйича юқумли касалликлар йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

- | | | |
|-----------------|---|-------------|
| 1.Таджиев Б.М. | Марказ директори, т.ф.д., профессор | РИЭМЮПКИАТМ |
| 2.Таджиева Н.У. | Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., профессор | РИЭМЮПКИАТМ |

3) Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти
2.	Туйчиев Л.Н.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Давлат тиббиёт университети
3.	Абдуқодирова М.А.	Бош илмий ходим, т.ф.д., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти
4.	Хикматуллаева А. С.	Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти

5.	Байжанов А.К.	Лойиха раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
6.	Рахимова В. Ш.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.	Тиббиёт ходимларининг касбий тайёргарлигини ривожлантириш маркази
7.	Эгамова И. Н.	Бош шифокорнинг ташкилий-услубий ишлар бўйича ўринбосари, т.ф.н., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
8.	Бригида К.С.	Бўлим мудири, PhD	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
9.	Исмоилов У.Ю	Гепатология маркази раҳбари, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси
10.	Долимов Т.К.	Юқумли касалликлар шифокори, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМн инг клиникаси
11.	Миррахимова Н.М.	Мустақил изланувчи, PhD, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
12.	Абдурахимова Д.Р.	Юқумли касалликлар шифокори	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юқумли, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва

пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошерова Бахыт Нургалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори, “Остона тиббиёт университети” НАЖ профессори

5) Муҳокама ўтказилган сана

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон юқумли касалликлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИЭМЮПКИАТМ филиаллари директорлари ва ўринбосарлари), юқумли касалликлар хизмати тизимининг худудий муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришилган ҳолда 2025 йил 20 май куни 6-сонли баённома билан онлайн форматда муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - т.ф.д., профессор, ЎзР ФА академиги, РИЭМЮПКИАТМнинг Вирусология ИТИ директори Э.И.Мусабаев.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

- 1.
- 2.

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

- 1.
- 2.

Мазкур миллий клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари т.ф.д. Ф.Шарипов, клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи т.ф.д. С.Убайдуллаева, бош мутахассислари Ш.Нуримов, С.Усманов ва Г.Джумаевалар услубий бошчилигида ишлаб чиқилган.

Қисқартмалар рўйхати

Anti-HCV	гепатит С вирусига қарши антитаналар
HBsAg	hepatitis B surface antigen, гепатит В вирусининг юзаки антигени
ВГВ	гепатит В вируси
ВГВ ДНК	гепатит В вирусининг ДНК си
ВГС	гепатит С вируси
ВГС РНК	гепатит С вирусининг РНК си
ВГД	гепатит Д вируси
ВГД РНК	гепатит Д вирусининг РНК си
IgG	иммуноглобулин G синфи
М	меъёр

АИГ	аутоиммун гепатит
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
МЮЧ	меъёрнинг юқори чегараси
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ГГТ	гамма- глутамилтрансфераза
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ТТҚИ	томирда тарқоқ қон ивиши
ДНК	дезоксирибонуклеин кислотаси
ЎСНО	Ўпкани сунъий нафас олдириш
ЖЙБЮК	жинсий йўл билан юқадиган касалликлар
ИФТ	иммунофермент таҳлил
ИКТ	иммунокимёвий таҳлил
ЮКХ	юқумли касалликлар хонаси
КТ	компьютер томографияси
МЕ	халқаро бирлик
Мл	миллилитр
МНО	халқаро меъёрланган нисбат
МРТ	магнит-резонанс томографияси
УҚТ	умумий қон таҳлили
УСТ	умумий сийдик таҳлили
ҚБА	қорин бўшлиғи аъзолари
ЎВГ	ўткир вирусли гепатит
ЎЖЭ	ўткир жигар энцефалопатияси
ББЖЦ	бирламчи билиар жигар циррози
ПВ	протромбин вақти
ВҚТ	вирусга қарши терапия
ИНФ	пегилированный интерферон
БСХ	бирламчи склеротик холангит
ПЗР	полимераз занжирли реакция
ЎзР	Ўзбекистон Республикаси
РНК	рибонуклеин кислотаси
ЭЧТ	эритроцитларни чўкиш тезлиги
ЖТ	жигар трансплантацияси
ДХ	далилларнинг ҳаққонийлиги
УТТ	ультратовуш текшируви
СГС	сурункали вирусли гепатит С
ЖЦ	жигар циррози
ИФ	ишкорий фосфатаза

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, инфекционистлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, гастроэнтерологлар, клиник ординаторлар, магистрлар, докторантлар.

Ушбу протокол барча жойларда соғлиқни сақлаш амалиётига парентерал вирусли

гепатитларнинг ташхисоти ва даволашнинг замонавий усулларини жорий қилиш учун асос ҳисобланади.

8) Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларга асосланган тиббиёт асосида ишончлилик даражаси шкаласи.

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДХД	Тафсили
1	Референс усулларида назорат қилинган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
2	Референс усулларида назорат қилинган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва исталган дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно
3	Референс усулининг изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулга боғлиқ бўлмаган референс усулли тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган таққосланмайдиган тадқиқотлар, жумладан, когорт тадқиқотлар
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳодисанинг баёни
5	Фақат таъсир механизмининг асосланиши ёки экспертлар фикрининг мавжудлиги

Тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ТИД	Тафсили
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилган)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

Гепатит С вируси (HCV) глобал миқёсда тарқалган бўлиб, ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда гепатит С дан 290 мингга яқин одам, асосан цирроз ва гепатоцеллюляр карциномадан вафот этган. 2015 йилда дунё бўйлаб сурункали гепатит С ташхисланганлар 71 миллионга яқин бўлган, уларнинг аксарияти ўзларининг касалланганликлари ҳақида билишмаган. Ҳар йили 1,5 миллионга яқин инфекция юктириш ҳолатлари кўзатилади. Бу рақамлар ҳар сафар сезиларли фарқлар билан қайд қилинади (1 жадвалга қаранг). HCV инфекцияси дунё бўйлаб сурункали жигар касалликларининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. HCV инфекциясининг узоқ муддатли табиий кечиши турличадир: жигарнинг шикастланиши минимал некрозланганиши ўзгаришлардан кенг фиброз ва жигар циррози ёки гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) билан намоён бўлиши мумкин. Сўнгги икки ўн йилликда HCV билан боғлиқ жигар касаллиги билан оғриган беморларга клиник ёрдам кўрсатиш касалликнинг патофизиологиясини чуқур тушуниш, шунингдек, ташхисот жараёнларидаги ютуқлар, терапия ва олдини олишнинг тубдан яхшиланиши туфайли сезиларли даражада ривожланди <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481> (Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

СВГС кўзгатувчиси HCV бўлиб, Флавивиридае оиласига мансуб таркибида РНК сақловчи кичик гепатотроп вирусдир. Вирус ядро оксиди (HCVсopAг) ва бир занжирли (+) РНКдан ташкил топган нуклеокапсиддан иборат. Вирусли геном 10 хил оксилни, шу жумладан 3 та структуравий ва 7 та структуравий бўлмаган (п7, HС2, HС3, HС4А, HС4Б, HС5А ва HС5Б) ни кодлайди.

1 дан 8 гача араб рақамлари билан белгиладиган 8 та генотип ва лотин ҳарфлари билан белгиладиган бир неча ўнлаб HCV субтиплари мавжуд. 1а ва 1в генотипларининг кичик типлари катта клиник аҳамиятга эга. Генотип ва субтиплар кетма-кетлиги мос равишда тахминан 30% ва 20% фарқланади. Вирус геномининг ўзгарувчанлиги ўзига хос антитаначаларнинг ишлаб чиқарилишини аниқлайдиган антиген детерминантларнинг тузилишида ўзгаришларга олиб келади. Бу организмдан вирусни йўқ қилиш ва HCV га қарши самарали вакцина яратишга тўсқинлик қилади https://medi.ru/klinicheskirekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/

HCV терапиясининг асосий мақсади инфекцияни даволаш, яъни барқарор вирусологик жавобга (БВЖ) эришишдир. БВЖ бу даволаш тугагандан сўнг HCV РНКнинг аниқланмаслиги. БВЖ HCV инфекциясидан тўлиқ даволанишдир, чунки кеч рецидив 6 ойлик кузатувдан кейин 0,2% дан кам ҳолларда содир бўлади. БВЖ одатда жигар ферментларининг меъёрга келиши, жигар некротик яллиғланиш ва фиброзининг яхшиланиши ёки регрессияси, жигар фаолиятининг яхшиланиши билан боғлиқ (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481> Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

2.2. Таъриф:

Сурункали вирусли гепатит С (СВГС) 6 ойдан ортиқ давом этадиган жигарнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, гепатит С вирусини (ГСВ ёки HCV – Hepatitis C virus) юктирганлиги сабабли асосан жигар тўқимасининг шикастланиши билан боғлиқ оғир оқибатларга - цирроз (ЖЦ), жигар саратони (гепатоцеллюляр карцинома) ва ўлимга олиб келиши мумкин (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>)Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

2.3. Таснифи:

ХКТ-10 га мувофиқ

Сурункали вирусли гепатит С

<https://classinform.ru/mkb-10/b18.2.html>

ХКТ-11 га мувофиқ

Сурункали вирусли гепатит С

<https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872>

3. Таъхислаш усуллари, ёндашувлари ва тартиблари

Физикал текширувлар

1) Муолажалар ёки аралашувларни ўтказишдан мақсад: касаллик оғирлигини аниқлаш.

С	Умумий қўриқда тери ва шиллиқ пардаларнинг иктерик бўялганлигининг аниқланиши. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
С	жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталишиши ёки кичрайиши) ва консистенциясини аниқлаш билан қоринни пайпаслаш. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
С	Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром) https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар: йўқ;

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: сурункали вирусли гепатит С бўлган барча беморлар.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- малакали тиббий ёрдам юқумли касалликлар шифокорлари ва бошқа тиббиёт мутахассислари томонидан кўрсатилади ва махсус усуллар ва мураккаб тиббий технологиялардан фойдаланишни талаб қиладиган касалликлар ва ҳолатларнинг ташхисоти, давоси ва олдини олишни ўз ичига олади.

5) Муолажа ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташхисот тадбирлари рўйхати: йўқ

Ташхисот муолажалари

Инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ:

А-2	Сурункали гепатит С билан оғриган барча беморларга жигар циррози ва ГЦК белгиларини аниқлаш учун қорин бўшлиғи (комплекс) ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текширувидан ўтиш тавсия этилади.
	<p><i>Изоҳ: Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текшируви ГЦК, портал гипертензия белгилари (талоқнинг катталашishi, портал тизим веналарини кенгайishi), асцитни аниқлаш, ошқозон-ичак йўлларининг патологиясини истисно қилиш учун амалга оширилади, бу баъзи ҳолларда касаллик босқичи ва даволаш тактикаси аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Сурункали гепатит С натижасидаги ЖЦ ва ГЦК симптомсиз бўлиши мумкин ва фақат ультратовуш текшируви ёрдамида аниқланиши мумкин. Агар жигарда ГЦК учун шубҳали ҳосила аниқланса, текширувлар ГЦК ни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияномаларга мувофиқ давом эттирилиши керак.</i></p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</p>

1) Муолажани ўтказишдан мақсад: Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви ички аъзоларнинг ҳолати ҳақида маълумот беради: аъзонинг шакли, ҳажми, тузилиши, жойлашишини, кисталар, гемангиомалар, бошқа ҳосилалар, бегона бирикмалар (тошлар), бўшлиқдаги эркин суюқлик мавжудлигини аниқлаш, ўт пуфагининг қисқариши, томирлардаги оқим кўрсаткичларини баҳолаш имконини беради.

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар: йўқ.

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: сурункали вирусли гепатит С бўлган барча беморлар.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: тегишли малакага эга шифокорлар.

5) Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташхисот тадбирлари рўйхати: йўқ.

6) Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар: – УТТ ускунасининг мавжудлиги. дезинфекцияловчи эритма, қоғоз салфеткалар, гель, бир марта ишлатиладиган чойшаблар.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар (беморни муолажа ёки аралашувга тайёрлаш жараёнининг тавсифи), шунингдек муолажани (аралашувни) ўтказишнинг бевосита усули:

- текширув оч қоринга, кўпроқ эрталаб амалга оширилади, айниқса ўт пуфагини текшириш. 6-12 соат давомида овқатланмаслик керак. Бундан ташқари, суюқлик ичишдан (болалар текширувдан олдин 1 соат давомида, катталар - 2 соат давомида ичмаслиги керак) ва доридармонларни қабул қилишдан воз кечиши керак. Текширувдан олдин чекманг, қаттиқ конфетларни шимманг ёки сақич чайнаманг, чунки бу ошқозон ва ўт пуфагининг қисқаришига ва натижада нотўғри хулосага чиқаришга олиб келади. Агар УТТ куннинг иккинчи ярмида ўтказилса, унда енгил нонуштага рухсат берилади (текширувдан 5-6 соат олдин).

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари – муолажанинг ўз вақтида бажарилиши; тиббий хужжатларда тавсияларнинг бажарилиши тўғрисидаги ёзувнинг мавжудлиги.

Жигарнинг билвосита эластометрияси (фибросканирлаш)

А1	Сурункали гепатит С билан оғриган барча беморларга вирусга қарши терапия тактикасини аниқлаш ва беморни кейинги даволаш (цирроз ҳолатида) учун фибрознинг инвазив бўлмаган ташхисини ўтказиш тавсия этилади.
----	--

Изоҳлар: инвазив бўлмаган ташиҳот фиброз босқичини юқори аниқликда баҳолаш имконини беради.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>

1) Муолажани ёки аралашувни ўтказишдан мақсад: жигар фибрози босқичининг ташҳисоти.

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар: йўқ.

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: сурункали вирусли гепатит С бўлган барча беморлар.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: мутахассислик бўйича олий тиббий маълумот.

5) Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташҳисот тадбирлари рўйхати: йўқ.

6) Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар: – кўрсатмаларга мувофиқ.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар: йўқ.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик кўрсаткичлари: фиброз даражасини ёки унинг йўқлигини аниқлаш.

ЭФГДС: эзофагогастроуденоскопия

Ошқозон-ичак тизимининг ўткир патологиясини аниқлаш учун қорин оғриғи ва "кофе қуйқалари" кўринишидаги қусиш кузатилган беморларда эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС) текшируви тавсия этилади.

С

Изоҳлар: қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун амалга оширилади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>

1) Муолажани ёки аралашувни ўтказишдан мақсад: кўрсатмаларга мувофиқ қизилўнгачнинг варикоз кенайган томирларини истисно қилиш учун қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватини визуал текшириш.

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:

- инфаркт, инсульт ўткир даврда;
- юракнинг оғир касалликлари, юрак-қон томир етишмовчилиги;
- гипертоник криз;
- бронхиал астма;
- қон ивишининг бузилиши;
- руҳий касалликларнинг ҳар хил турлари;
- юқори ҳарорат, умумий оғир аҳвол, нафас олиш тизимининг касалликлари;
- ҳомиладорлик

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: қон кетиш.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: мутахассислик бўйича олий тиббий маълумот.

5) Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташҳисот тадбирлари рўйхати: йўқ.

6) Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар: – эндоскоп ва талабларга мувофиқ барча тиббий асбоблар мавжудлиги.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

- барча перорал қабул қилинадиган дори-дармонларни 10-12 соат олдин бекор қилиш керак.

- гастроскопияни ўтказишдан 8 соат олдин овқатланишдан тўлиқ воз кечиш керак. Кечки овқат енгил бўлиши керак. Эрталаб нонушта қилиш тақиқланади, чунки ЭФГД қатъий равишда оч қоринга амалга оширилади.
- текширувдан олдин сийдик пуфагини бўшатиш керак. Агар беморда протезлар ўрнатилган бўлса, муолажадан олдин уларни ечиш керак.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари:

- ошқозон-ичак трактининг ёндош патологиясини ташхислаш.
- мониторингга узатилган тасвирни қабул қилиш.
- зарурият бўлганда қон кетишни тўхтатиш.

Жигар биопсияси:

	Жигар биопсияси беморни даволаш ёки жигар касаллигини баҳолаш ва даражаларини аниқлашда, клиник белгилар ноаниқ бўлган ҳолатларда ёрдам бериш учун тавсия этилади.
C5	<p><i>Изоҳлар: Жигар биопсияси асоратлар ривожланиши хавфи мавжуд бўлган инвазив муолажа ҳисобланади, шунинг учун фақат инвазив бўлмаган усуллар самарасиз бўлган тақдирда амалга оширилиши керак</i></p> <p>https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</p>

1) Муолажа ёки аралашувни ўтказишдан мақсад: ультратовуш, КТ ёки МРТ каби ноинвазив ташхисот усуллари касалликнинг табиати, унинг фаоллиги, аъзонинг паренхимаси ва стромасидаги ўзгаришлар даражасини мутлақо аниқ баҳолашга имкон бермаса, ташхисни аниқлаштириш.

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:

- гемостазнинг оғир патологияси, геморрагик диатез;
- инфекциянинг диссеминация хавфи туфайли қорин бўшлиғи, плевра ва жигарнинг ўзида йирингли-яллиғланиш ўзгаришлари;
- йирингли, экзематоз жараёнлар, кесиш мўлжалланган жойда дерматит;
- юқори портал гипертензия;
- қорин бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик бўлган асцит;
- онгнинг бузилиши, кома;
- бемор билан мулоқат қилиш ва унинг ҳаракатларини назорат қилиш қийин бўлган руҳий касалликлар.

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: ЖЦ ёки ГЦК шубҳа қилинган сурункали вирусли гепатит С билан касалланган барча беморлар.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: мутахассислик бўйича олий тиббий маълумот.

5) Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташхисот тадбирлари рўйхати:

Биопсиядан олдин яшаш жойидаги поликлиникада керакли текширувлардан ўтиш керак, шу жумладан таҳлиллар - коагулограмма, инфекцияларни аниқлаш учун таҳлиллар,

кўрсатмаларга мувофиқ ультратовуш, ЭКГ, флюорография. Улардан баъзилари - қон таҳлили, коагулограмма ва ультратовуш - жигар тўқимасини олишдан олдин такрорланади.

6) Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар:

Жигарнинг пункцион биопсиясин касалхонага ётқизишни талаб қилмайди ва кўпинча амбулатория шароитида амалга оширилади, аммо беморнинг аҳволи ташвишлангирса ёки асоратлар хавфи юқори бўлса, у бир неча кунга шифохонага ётқизилади. Жигар тўқимасини олиш учун пункция етарли бўлмаса, материал олишнинг бошқа усуллари талаб қилинганда (масалан, лапароскопия), бемор шифохонага ётқизилади ва муолажа жарроҳлик хонасида амалга оширилади.

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

текширувдан камида бир ҳафта олдин антикоагулянтлар, антиагрегантлар ва доимий равишда қабул қилинадиган ностероид яллиғланишга қарши дорилар бекор қилинади;

- муолажадан 3 кун олдин, қорин дам бўлишини келтириб чиқарадиган овқатларни (янги сабзавот ва мевалар, пиширилган маҳсулотлар, дуккакдилар, нон) истисно қилувчи рационга ўзгартирилиши керак;

- текширувдан бир кун олдин сауна ва ҳаммомга ташриф буюришни, иссиқ ванналар ва душ қабул қилиш, оғирлик кўтариш ва оғир жисмоний меҳнатни бекор қилиш;

- қорин дам бўлишида фермент препаратлари ва газ ҳосил бўлишини камайтирадиган воситаларини қабул қилиш (эспумизан, панкреатин);

- охириги овқатланиш биопсияни ўтказишдан камида 10 соат олдин бўлиши керак;

- бир кун олдин кечкурун тозаловчи ҳўкна қилиниши керак.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари:

- Кнодел усули ёрдамида жигар биопсиясини баҳолашда аъзо паренхимасидаги яллиғланиш оғирлигини акс эттирувчи гистологик фаоллик индекси ҳисобланади ва сурункали ҳолатни кўрсатадиган фиброз даражаси ва жигарда цирроз хавфи аниқланади.

- Дистрофия белгилари бўлган ҳужайралар сонига, некроз майдони, яллиғланиш инфилтратининг табиати ва унинг ифодаланганлиги, фиброз ўзгаришларга қараб, аъзонинг гистологик фаолликни ва фибрознинг босқичини аниқлайдиган умумий баллар сони ҳисобланади.

Ҳисоблаш формуласи

APRI = (АСТ / (АСТ юқори чегараси)) * 100 / тромбоцитлар (10^9 /л)

Ҳисоблашнинг маъноси оддий: мавжуд АСТ кўрсаткичининг АСТ нинг юқори чегарасига нисбати 100 га кўпайтирилади ва тромбоцитлар сонига бўлинади.

Натижани талқин қилиш.

Агар индекс қиймати 1,0 дан катта бўлса, унда сезиларли фиброз эҳтимоли юқори, агар 0,5 дан кам бўлса, унда юқори эҳтимоллик билан сезиларли фиброз ва хатто цирроз йўқлигини айтиш мумкин.

Унинг ишончлилиги унчалик юқори эмас, аммо тест жигар биопсиясига мурожаат қилмасдан, кучли жигар фибрози ва айниқса, цирроз мавжудлигини дастлабки тахминий баҳони беришга имкон беради.

APRI ни аниқлаш учун калькуляторга ҳавола

<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=df657f4cbaf5ad83JmltdHM9MTexMjI3NTIwMCZpZ3VpZD0wMmVmNzFjYy01MmUxLTZmNTUtMDI1Mi02Mjk0NTM3MjZlYjcmaW5zaWQ9NTE4Mw&ptn=3&ver=2&hsh=3&fclid=02ef71cc-52e1-6f55-0252-629453726eb7&psq=%d1%80%d0%b0%d1%81%d1%87%d0%b5%d1%82+%d0%b0%d0%bf%d1%80%d0%b8&u=a1aHR0cHM6Ly9tZGNhbGMucnUvYXByaS9jYWxjLnBocA&ntb=1>

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: йўқ

2) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юкумли, болалар юкумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошерава Бахыт Нурғалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юкумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори, “Остона тиббиёт университети” НАЖ профессори

3) Протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари: нашр этилганидан кейин 3 йил ўтгач ёки самарадорлиги тасдиқланган янги ташхисот ва даволаш усуллари пайдо бўлганда.

4) Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

7. Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series☆." *Journal of hepatology* 73.5 (2020): 1170-1218 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>
8. European Association for The Study of The Liver. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2016." *Journal of hepatology* 66.1 (2017): 153-194. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827816304895>
9. Информационный бюллетень ВОЗ по вирусному гепатиту С от 18 июля 2023 года. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
10. Хронический вирусный гепатит С (2021) . Клинические рекомендации (РФ). https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/
11. Клинические рекомендации – Хронический вирусный гепатит С – 2021-2022-2023 (14.02.2022) – Утверждены Минздравом РФ
http://disuria.ru/ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf
12. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи

**«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

Кириш қисми

1) Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10 кодлари:

B 18.2	Сурункали вирусли гепатит С
--------	-----------------------------

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-11 кодлари:

1E51.1	Сурункали вирусли гепатит С
--------	-----------------------------

2) **Протоколни ишлаб чиқишиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт марказининг Вирусология илмий-тадқиқот институти.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

Жараёни ташкил этиш бўйича юқумли касалликлар йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Таджиев Б.М. Марказ директори, т.ф.д., профессор РИЭМЮПКИАТМ
2. Таджиева Н.У. Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., профессор РИЭМЮПКИАТМ

3) Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти
2.	Туйчиев Л.Н.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Давлат тиббиёт университети
3.	Абдукодирова М.А.	Бош илмий ходим, т.ф.д., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти
4.	Хикматуллаева А. С.	Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти
5.	Байжанов А.К.	Лойиҳа раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМнинг вирусология илмий-тадқиқот институти

6.	Рахимова В. Ш.	Юқумли ва болалар юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.	Тиббиёт ходимларининг касбий тайёргарлигини ривожлантириш маркази
7.	Эгамова И. Н.	Бош шифокорнинг ташкилий-услубий ишлар бўйича ўринбосари, т.ф.н., катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
8.	Бригида К.С.	Бўлим мудири, PhD	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
9.	Исмоилов У.Ю	Гепатология маркази раҳбари, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси
10.	Долимов Т.К.	Юқумли касалликлар шифокори, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМн инг клиникаси
11.	Миррахимова Н.М.	Мустақил изланувчи, PhD, катта илмий ходим	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти
12.	Абдурахимова Д.Р.	Юқумли касалликлар шифокори	РИЭМЮПКИАТМн инг вирусология илмий-тадқиқот институти клиникаси

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юқумли, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошерава Бахыт Нурғалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори, “Остона тиббиёт университети” НАЖ профессори

5) Муҳокама ўтказилган сана

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон юқумли касалликлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИЭМЮПКИАТМ филиаллари директорлари ва ўринбосарлари), юқумли касалликлар хизмати тизимининг худудий муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришилган ҳолда 2025 йил 20 май куни 6-сонли баённома билан онлайн форматда муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари - т.ф.д., профессор, ЎзР ФА академиги, РИЭМЮПКИАТМнинг Вирусология ИТИ директори Э.И.Мусабаев.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

- 1.
- 2.

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

- 1.
- 2.

Мазкур миллий клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари т.ф.д. Ф.Шарипов, клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи т.ф.д. С.Убайдуллаева, бош мутахассислари Ш.Нуримов, С.Усманов ва Г.Джумаевалар услубий бошчилигида ишлаб чиқилган.

6) Қисқартмалар рўйхати

anti-HCV	гепатит С вирусига қарши антитаналар
HBsAg	hepatitis B surface antigen, гепатит В вирусининг юзаки антигени
ВГВ	гепатит В вируси
ВГВ ДНК	гепатит В вирусининг ДНК си
ВГС	гепатит С вируси
ВГС РНК	гепатит С вирусининг РНК си
IgG	иммуноглобулин G синфи
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	дезоксирибонуклеин кислотси
КТ	компьютер томографияси
ХБ	халқаро бирлик
МНО	халқаро меъёрланган нисбат
УҚТ	умумий қон таҳлили
ВҚТ	вирусга қарши терапия
ЎзРес	Ўзбекистон Республикаси
РНК	рибонуклеин кислотси

ДХ	далилларнинг ҳаққонийлиги
УТТ	ультратовуш текшируви
ЖЦ	жигар циррози

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, инфекционистлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, гастроэнтерологлар, клиник ординаторлар, магистрлар, докторантлар.

Ушбу протокол барча жойларда соғлиқни сақлаш амалиётига парентерал вирусли гепатитларнинг ташхисоти ва даволашнинг замонавий усулларини жорий қилиш учун асос ҳисобланади.

8) Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДХД	Тафсили
1	Референс усулларида назорат қилинган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
2	Референс усулларида назорат қилинган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва исталган дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно
3	Референс усулининг изчил назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулга боғлиқ бўлмаган референс усулли тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган таққосланмайдиган тадқиқотлар, жумладан, когорт тадқиқотлар
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ходисанинг баёни
5	Фақат таъсир механизмининг асосланиши ёки экспертлар фикрининг мавжудлиги

Тавсияларнинг ишонччилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ТИД	Тафсили
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилган)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилмаган)

4. Асосий қисм.

4.1. Кириш

Гепатит С вируси (HCV) глобал микёсда тарқалган бўлиб, ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда гепатит С дан 290 мингга яқин одам, асосан цирроз ва гепатоцеллюляр карциномадан вафот этган. 2015 йилда дунё бўйлаб сурункали гепатит С ташхисланганлар 71 миллионга яқин бўлган, уларнинг аксарияти ўзларининг касалланганликлари ҳақида билишмаган. Ҳар йили 1,5 миллионга яқин инфекция юктириш ҳолатлари кўзатилади. Бу рақамлар ҳар сафар сезиларли фарқлар билан қайд қилинади (1 жадвалга қаранг). HCV инфекцияси дунё бўйлаб сурункали жигар касалликларининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. HCV инфекциясининг узоқ муддатли табиий кечиши турличадир: жигарнинг шикастланиши минимал некрозга олиб келиши ўзгаришлардан кенг фиброз ва жигар циррози ёки гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) билан намоён бўлиши мумкин. Сўнгги икки ўн йилликда HCV билан боғлиқ жигар касаллиги билан оғриган беморларга клиник ёрдам кўрсатиш касалликнинг патофизиологиясини чуқур тушуниш, шунингдек, ташхисот жараёнларидаги ютуқлар, терапия ва олдини олишнинг тубдан яхшиланиши туфайли сезиларли даражада ривожланди <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481> (Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

СВГС кўзгатувчиси HCV бўлиб, Флавивиридае оиласига мансуб таркибида РНК сақловчи кичик гепатотроп вирусдир. Вирус ядро оксиди (HCVcoreAg) ва бир занжирли (+) РНКдан ташкил топган нуклеокапсиддан иборат. Вирусли геном 10 хил оксилни, шу жумладан 3 та структуравий ва 7 та структуравий бўлмаган (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A ва NS5B) ни кодлайди.

1 дан 8 гача араб рақамлари билан белгиланадиган 8 та генотип ва латин ҳарфлари билан белгиланадиган бир неча ўнлаб HCV субтиплари мавжуд. 1a ва 1b генотипларининг кичик типлари катта клиник аҳамиятга эга. Генотип ва субтиплар кетма-кетлиги мос равишда тахминан 30% ва 20% фарқланади. Вирус геномининг ўзгарувчанлиги ўзига хос антитаначаларнинг ишлаб чиқарилишини аниқлайдиган антиген детерминантларнинг тузилишида ўзгаришларга олиб келади. Бу организмдан вирусни йўқ қилиш ва HCV га қарши самарали вакцина яратишга тўсқинлик қилади https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/

HCV терапиясининг асосий мақсади инфекцияни даволаш, яъни барқарор вирусологик жавобга (БВЖ) эришишдир. БВЖ бу даволаш тугагандан сўнг HCV РНКнинг аниқланмаслиги. БВЖ HCV инфекциясидан тўлиқ даволанишдир, чунки кеч рецидив 6 ойлик кузатувдан кейин 0,2% дан кам ҳолларда содир бўлади. БВЖ одатда жигар ферментларининг меъёрга келиши, жигар некротик яллиғланиш ва фиброзининг яхшиланиши ёки регрессияси, жигар фаолиятининг яхшиланиши билан боғлиқ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481> Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

1.1. Таъриф:

Сурункали вирусли гепатит С (СВГС) 6 ойдан ортиқ давом этадиган жигарнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, гепатит С вирусини (ГСВ ёки HCV – Hepatitis C virus) юктирганлиги сабабли асосан жигар тўқимасининг шикастланиши билан боғлиқ оғир оқибатларга - цирроз (ЖЦ), жигар саратони (гепатоцеллюляр карцинома) ва ўлимга олиб келиши мумкин <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>)Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series ☆." Journal of hepatology 73.5 (2020): 1170-1218.)

3) Профилактика ва реабилитация турлари:

- носпецифик

4) Жамоат профилактика тадбирлари ва шахсий профилактикани ўтказиш тамойиллари:

Сурункали гепатит С нинг профилактика тадбирлари унинг эпидемиологиясининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда эпидемияга қарши оммавий тадбирларга қаратилган. Профилактика чоралари инфекция юқтиришнинг олдини олишга, шунингдек касалликнинг юқиш механизмини узишга қаратилган. Эпидемиологик жиҳатдан нохуш шароитдаги ва инфекция юқтириш хавфи мавжуд бўлган кишилар мунтазам равишда текширувдан ўтишлари зарур.

3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:

1) Профилактика мақсади (профилактика мақсади кўрсатилади):

-касалликларнинг қайта ривожланиши учун хавф омилларининг вужудга келиши ва улар таъсирининг олдини олиш.

2) СВГСнинг специфик профилактикаси

C4	Бугунги кунда СВГС нинг специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган. - СВГС аниқланган беморларга А ва В гепатит вирусларини юқтириб олишнинг олдини олиш мақсадида ушбу вирусларга қарши вакцинация тавсия қилинади.
----	---

3) Носпецифик профилактикаси

C5	Вирусга қарши терапияни ўз вақтида ўтказиш учун инфекция манбаларини фаол аниқлаш (инфекция юқтириш хавфи юқори бўлган ва/ёки алоҳида эпидемиологик аҳамиятга эга бўлган шахсларни текшириш) тавсия этилади.
A1	СВГС билан боғлиқ бўлган инфекциянинг тарқалиш хавфини камайтириш учун сунъий юқиш механизмининг олдини олиш (фақат ҳаётий кўрсатмаларга кўра қон қуйиш, инвазив текшириш усуллари асосланганлиги, бир марталик асбоблардан фойдаланиш, тиббий асбоблар ва жиҳозларни зарарсизлантириш режимларига қатъий риоя қилиш, тиббиёт ходимлари томонидан ҳимоя воситаларидан фойдаланиш) тавсия қилинади
C5	СВГС билан касалланган беморларга инфекция тарқалишини олдини олиш учун кўзғатувчини тўлиқ эрадикациясига йўналтирилган вирусга қарши терапия тавсия қилинади

3.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари: Реабилитация чоралари ишлаб чиқилмаган. ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ

C4	Вирусга қарши терапия қолдирилган сурункали С вирусли гепатит билан оғриган беморларга динамикада мониторинг учун ҳар йили бир марта кенг қамровли клиник, лаборатор ва инструментал текширувдан ўтиш тавсия қилинади
	Сурункали гепатит С билан оғриган барча беморлар учун – умумклиник, биокимёвий таҳлил, қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви (комплекс) ва жигар эластометрияси (агар у мавжуд бўлмаса, лаборатория текширувлари натижаларига асосланган ҳисоблаш кўрсаткичлари, масалан, APRI, FIB-4 индексларини ҳисоблашдан фойдаланиш мумкин); Сурункали гепатит С оқибатида жигар циррози ривожланган барча беморларда юқорида санаб ўтилган текширувларга қўшимча равишда – умумий (клиник) қон таҳлили (батафсил), протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, ЭФГД (эндоскопия) тавсия қилинади
C5	Сурункали гепатит С билан оғриган беморларга вирусга қарши терапияни дарҳол бошлашга кўрсатма бўлган ҳолларда беморларга диспансер кузатуви тавсия қилинмайди

C5	<p>Барқарор вирусологик жавоб (12 ой) кузатилган жигар фибрози бўлмаган, енгил ва ўрта даражада жигар фибрози (METAVIR бўйича F0-F2) аниқланган беморларга диспансер кузатуви тавсия этилмайди</p> <p>Изоҳлар: СВГС билан вирусга қарши терапия ўтказилгандан кейин 12 ҳафта давомида гепатит С вирусининг РНКси аниқланмаган anti-HCV мусбат бўлган беморлар СВГС дан тўлиқ даволанган ҳисобланади ва диспансер кузатуvidан чиқарилади</p>
A1	<p>Сурункали ВГС инфекцияси учун вирусга қарши терапия ўтказилган беморларда ҳатто барқарор вирусологик жавоб (12 ой) кузатилганда ҳам кучли ва оғир даражада жигар фибрози (METAVIR бўйича F3-F4) аниқланган беморларга ГЦК ривожланиш хавфи мавжудлиги боис (қонда АФПни назорат қилиш ва ҳар 6 ойда қорин бўшлиғини ультратовуш текширувини ўтказган ҳолда) умрбод диспансер кузатуви тавсия этилади</p>

6. *Профилактик ва реабилитация тадбирлари самарадорлигининг кўрсаткичлари – касалланишни камайтириши*

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: йўқ

Такризчилар:

Камилов Фарход Хайдарович

Тошкент педиатрия тиббиёт институти юқумли, болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, доценти

Кошерава Бахыт Нургалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори, “Остона тиббиёт университети” НАЖ профессори

3) Протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари: нашр этилганидан кейин 3 йил ўтгач ёки самарадорлиги тасдиқланган янги ташхисот ва даволаш усуллари пайдо бўлганда.

4) Фойдаланинган адабиётлар рўйхати:

1. Pawlotsky, Jean-Michel, et al. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series☆." *Journal of hepatology* 73.5 (2020): 1170-1218 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481>
2. European Association for The Study of The Liver. "EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2016." *Journal of hepatology* 66.1 (2017): 153-194. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827816304895>
3. Информационный бюллетень ВОЗ по вирусному гепатиту С от 18 июля 2023 года. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
4. Хронический вирусный гепатит С (2021) . Клинические рекомендации (РФ). https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/

5. Клинические рекомендации – Хронический вирусный гепатит С – 2021-2022-2023 (14.02.2022) – Утверждены Минздравом РФ
http://disuria.ru/ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf
6. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи