

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN EPIDEMIOLOGIYA,  
MIKROBIOLOGIYA, YUQUMLI VA PARAZITAR KASALLIKLAR  
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C KLINIKASI,  
TASHXISOTI, DAVOSI VA PROFILAKTIKASI»  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

**TOSHKENT-2025**

**"TASDIQLANGAN"**  
RIEMYuPKaEning Virusologiya ilmiy-  
tadqiqot instituti direktori  
E.I.Musabaev



2025 yil

**«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C»  
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLLARI**

TOSHKENT-2025

## **MUNDARIJA**

«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI.....	3
«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI .....	45
«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C» NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	57

## 1. Kirish qismi

### 1) KXT-10 ga muvofiq kodlar:

V18.2	Surunkali virusli gepatit C
-------	-----------------------------

### KXT-11 ga muvofiq kodlar:

1E50.2	Surunkali virusli gepatit C
--------	-----------------------------

2) **Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** 2025 yil, tahrir sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

**Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa:**  
**Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti.**

### Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga o‘z hissalarini qo‘shganlar:

Jarayonni tashkil etish uchun yuqumli kasalliklar bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

- |                  |   |             |
|------------------|---|-------------|
| 1. Tadjiev B.M.  | Markaz direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor                           | RIEMYuPKIAM |
| 2. Tadjieva N.U. | Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor | RIEMYuPKIAM |

### 3. Asosiy mualliflar ro‘yxati:

1.	Musabaev E.I.	Institut direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor, O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYuPKIAMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
2.	Tuychiev L.N.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Davlat tibbiyot universiteti
3.	Abduqodirova M.A.	Bosh ilmiy xodim, t.f.d., katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIAMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
4.	Xikmatullaeva A. S.	Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIEMYuPKIAMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti

5.	Bayjanov A.K.	Loyiha rahbari, tibbiyot fanlari doktori, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
6.	Raximova V. Sh.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.n.	Tibbiyot xodimlarining kasbiy tayyorgarligini rivojlantirish markazi
7.	Egamova I. N.	Bosh shifokorning tashkiliy-uslubiy ishlar bo'yicha o'rinbosari, t.f.n, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
8.	Brigida K.S.	Bo'lim mudiri, PhD	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi
9.	Ismoilov U.Yu	Gepatologiya markazi rahbari, t.f.n.	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi
10.	Dolimov T.K.	Yuqumli kasalliklar shifokori, MD	RIEMYuPKIATMning klinikasi
11.	Mirraximova N.M.	Mustaqqil izlanuvchi, PhD, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ITI
12.	Abduraximova D.R.	Yuqumli kasalliklar shifokori	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi

#### 4) Taqrizchilar

##### **Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrası tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

##### **Kosherova Baxit Nurgalievna**

Qozog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo'yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, "Ostona tibbiyot universiteti" NAJ professori

## 5) Muhokama o'tkazilgan sana

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston yuqumli kasalliklar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIEMYuPKIATM filiallari direktorlari va o'rinbosarlari), yuqumli kasalliklar xizmati tizimining hududiy muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda 2025 yil 20 may kuni 6-sonli bayonnoma bilan onlayn formatda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d., professor, O'zR FA akademigi, RIEMYuPKIATMning Virusologiya ITI direktori E.I.Musabaev.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

## 6) Qisqartmalar ro'yxati

Anti-HCV	gepatit C virusiga qarshi antitanalar
HBsAg	hepatitis B surface antigen, gepatit V virusining yuzaki antigeni
HCV	Hepatitis C virus , gepatit C virusi
NS 3/4A ingibitorlar	gepatit S ni uchun virusga qarshi dorilar, gepatit S virusining NS 3 va NS 4A nostrukturaviy oqsillarni bloklaydi (J05AE proteaza ingibitorlari)
NS 5A ingibitorlar	gepatit S ni uchun virusga qarshi dorilar, gepatit S virusining NS 5A nostrukturaviy oqsilini bloklaydi (J05AX proteaza ingibitorlari)
ALT	Alaninaminotransferaza
AST	Aspartataminotransferaza
AFP	alfa fetoprotein
VN	virus yuklamasi
OIV	Odamning immunitet tanqisligi virusi
VVK	venalarning varikoz kengayishi
GGT	gamma- glutamiltransferaza
GT	Genotip
GCK	gepatotsellyulyar karsinoma
RNK	deoksiribonuklein kislotasi

XB	xalqaro birlik
KXT 10	Kasalliklarning xalqaro tasnifi, 10-tasvir
BTQVQD	bevosita ta'sir qiluvchi virusga qarshi dorilar
VQD	Virusga qarshi davo
RNK	ribonuklein kislotasi
RKT	randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar
m/k	marta kuniga
sKFT	koptokchalar filtratsiya tezligi
tab.	Tabletka
UTT	ultratovush tekshiruvi
BVJ	barqaror virusologik javob
SBK	Surunkali buyrak kasalligi
BSX	Birlamchi sklerozlovchi xolangit
SVGC	surunkali virusli gepatit C
JS	jigar sirrozi

#### 7) Protokoldan foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, infeksiyonistlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, doktorantlar.

Ushbu protokol barcha joylarda sog'liqni saqlash amaliyotiga parenteral virusli hepatitlarning tashxisoti va davolashning zamonaviy usullarini joriy qilish uchun asos hisoblanadi.

#### 8) Ushbu nozologiyadagi bemorlarning toifasi:

Bolalar, kattalar, homilador ayollar.

#### 9) Dalillarga asoslangan tibbiyot asosida ishonchlilik darajasi shkalasi.

##### Dalillarning haqqoniylik darajalarini baholash shkalasi

DHD	Tafsili
1	Referens usullarida nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari
2	Referens usullarida nazorat qilingan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalanlgan klinik tadqiqotlar va istalgan dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Referens usulining izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usulga bog'liq bo'lmagan referens usulli tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, jumladan, kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisaning bayoni
5	Faqat ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlar fikrining mavjudligi

### Tavsiyalarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

TID	Tafsili
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning oqibatlari bo'yicha xulosalar muvofiqlashtirilgan)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning oqibatlari bo'yicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning oqibatlari bo'yicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)

## SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C

### 1. Asosiy qism

#### 1.1. Kirish

Gepatit C virusi (HCV) global miqyosda sezilarli ta'sir ko'rsatadi, hozirgi vaqtga kelib 58 million odam surunkali infeksiyaga chalingan bo'lib har yili 1,5 millionga yangi kasallik yuqtirish holatlari qayd qilinadi.

JSST ma'lumotlariga ko'ra, 2019 yilda hepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan, sirroz va gepatotsellyulyar karsinomadan vafot etgan. 2015 yilda dunyo bo'ylab surunkali hepatit C tashxislanganlar soni 71 millionga yaqin bo'lib, ularning aksariyati o'zlarining infeksiyalari haqida bilishmagan. Dunyo bo'ylab har yili 1,5 millionga yaqin infeksiya yuqtirish holatlari ko'zatiladi. HCV infeksiyasi dunyo bo'ylab surunkali jigar kasalliklarining asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. HCV infeksiyasining tabiiy uzoq muddatli kechishi turlichadir: jigarning shikastlanishi minimal nekrotik yallig'lanish bilan kechuvchi o'zgarishlardan boshlab tarqalgan fibroz va jigar sirrozi bilan yoki gepatosellyulyar karsinoma (GSK) bilan namoyon bo'lishi mumkin. So'nggi ikki o'n yillikda HCV bilan bog'liq jigar kasalligi bilan og'rigan bemorlarga klinik yordam ko'rsatish, kasallikning patofiziologiyasini chuqur tushunish, shuningdek, diagnostika jarayonlaridagi yutuqlar va terapiya hamda oldini olishning keskin yaxshilanishi tufayli sezilarli darajada rivojlandi.

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

SVGC qo'zg'atuvchisi HCV bo'lib, Flaviviridae oilasiga mansub kichik gepatotrop RNK virusidir. Virus yadro oqsili (HCVcorAg) va bir zanjirli (+) RNKdan tashkil topgan nukleokapsiddan iborat. Virusli genomi 10 xil oqsilni, shu jumladan, 3 ta strukturaviy va 7 ta nostrukturaviy (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4D, NS5A va NS5B) ni kodlaydi.

1 dan 8 gacha arab raqamlari bilan belgilanadigan 8 ta genotip va lotin harflari bilan belgilanadigan bir necha o'nlab HCV subtiplari mavjud. 1a va 1v genotiplarining kichik tiplari eng katta klinik ahamiyatga ega. Genotip va subtiplar ketma-ketligi mos ravishda taxminan 30% va 20% ketma-ketlikda farqlanadi. Virus genomining o'zgaruvchanligi o'ziga xos antitanachalarning ishlab chiqarilishini aniqlaydigan antigen determinantlarning

tuzilishida o'zgarishlarga olib keladi. Bu organizmdan virusni yo'q qilish va HCV ga qarshi samarali vaktsina yaratishga to'sqinlik qiladi.

Ko'pgina hollarda (55-85%) HCV infeksiyasi kasallikning surunkali turiga olib keladi va bemorlarning taxminan to'rt dan birida keyingi o'n yilliklarda sirroz rivojlanishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida GSK shakllanishi uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin. Ko'pincha, infeksiyaning simptomsiz kechishi tufayli kasallik birinchi navbatda sirrozning asorati belgilari bilan namoyon bo'ladi. Jigar sirrozi, odatda, surunkali gepatit C bilan og'riq bemorlarning 25-35% da rivojlanadi. Uning rivojlanish ehtimoli yiliga 7,3% ni (5,1-9,5%) tashkil qiladi. Ko'pgina bemorlarda surunkali gepatit C dan keyingi jigar sirrozi birinchi navbatda jigar biopsiyasining gistologik tekshiruvi asosida aniqlanadi. JSning dekompensatsiyalanish darajasi yiliga 5,5% ni tashkil qiladi. Kompensatsiyalangan sirrozi bo'lgan bemorlarda bir yil ichida portal gipertenziya sindromining rivojlanish ehtimoli 3,6%, jigar ensefalopatiyasi - 0,4%, GSK - 1,5% ni tashkil qiladi.

Surunkali gepatit C da virusning ta'siri va u keltirib chiqaradigan immunologik reaksiyalar nafaqat jigarga, balki boshqa a'zolar va to'qimalarga ham zarar yetkazadi. Surunkali gepatit C da tizimli shikastlanishlar konsepsiyasi virusning jigardan tashqarida, aynan kelib chiqishi limfoid va limfoid bo'lmagan to'qimalarda ko'payish imkoniyatidir. Virusning immunokompetent hujayralarda (limfotsitlarda) ko'payishi ularning immunologik funksiyasini buzilishiga olib keladi. Monotsitlarda HCV ning saqlanishi surunkali HCV ning og'ir shakllari bo'lgan bemorlarda jigar transplantatsiyasidan keyin infeksiya qaytalanishining asosiy sababidir.

[https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh_14028/)

HCV terapiyasining asosiy maqsadi infeksiyani davolash, ya'ni barqaror virusologik javobga (BVJ) erishishdir. BVJ bu davolash tugagandan so'ng HCV RNKning aniqlanmasligi. BVJ HCV infeksiyasidan to'liq davolanishdir, chunki kech residiv 6 oylik kuzatuvdan keyin 0,2% dan kam hollarda sodir bo'ladi. BVJ odatda jigar fermentlarining me'yorga kelishi, jigar nekroyallig'lanish va fibrozining yaxshilanishi yoki regressiyasi, jigar faoliyatining yaxshilanishi bilan bog'liq.

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

## **1.2. Ta'rif:**

Surunkali virusli gepatit C (SVGC) 6 oydan ortiq davom etadigan surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, gepatit C virusini (GSV yoki HCV – Hepatitis C virus) yuqtirganligi sababli asosan jigar to'qimasining shikastlanishi bilan og'ir oqibatlariga - sirroz (JS), jigar saratoni (gepatotsellyulyar karsinoma) va o'limga olib kelishi mumkin.

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

## **1.3. Tasnifi:**

### **XKT-10 ga muvofiq**

#### **Surunkali virusli gepatit C**

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

### **XKT-11 ga muvofiq**

#### **Surunkali virusli gepatit C**

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

### **SVGC tashxisoti quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:**

- shikoyatlarni aniqlash va anamnezni yig'ish;
- xolisona tekshirish;

- laborator va instrumental tekshiruv usullari: birinchi bosqichda muntazam va tekshiruvning ikkinchi bosqichida o'ziga xos (ko'rsatmalarga muvofiq);
- jigardan tashqari belgilarni istisno qilish;
- jigar holatini baholash.

## 2. Tashxsot usullari, yondoshuvlari va muolajalari

### 2.1. Tashxisot mezonlari

#### Shikoyatlar

Surunkali virusli gepatit C kam belgili yoki belgisiz kechishi mumkin.

Surunkali gepatit C klinik belgilersiz yoki minimal belgilar bilan quyidagi o'ziga xos bo'lmagan alomatlar bilan kechadi:

- charchoq;
- grippga o'xshash simptomlar;
- bo'g'imlarda og'riqlar;
- qichishish;
- uyqu va ishtahaning buzilishi;
- ko'ngil aynishi;
- depressiya (Bek shkalasidan foydalanib barcha bemorlarda tekshiruv o'tkazish).

Surunkali gepatit C jigardan tashqari ko'rinishlar bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan:

Endokrin	Gipertireoz Gipotireoz Xashimoto tiroiditi Qandli diabet
Gematologik	Aralash krioglobulinemiya Idiopatik trombositopeniya No-Xodjkin V limfomasi Valdenstryom makroglobulinemiyasi Aplastik kamqonlik
So'lak bezlari va ko'zlarning shikastlanishi	Limfotsitar sialadenit Shox pardaning yarasi Uveit
Teri	Teri nekrotik vaskuliti Kechki teri porfiriya Qizil yassi temiratki Multiform eritema Tugunli eritema

	Malakoplakiya Eshak yemi
Nerv-mushak va bo‘g‘imlar	Miopatik sindrom, periferik polineyropatiya, Giena-Barre sindromi, artrit, artralgiyalar
Buyrak	Glomerulonefrit
Autoimmun va boshqalar	Interstitsial o‘pka fibrozi, o‘pka vaskuliti, gipertrofik kardiomiopatiya, CRST sindromi, antifosfolipid sindromi, autoimmun gepatit 1 va 2 tip, Bexchet sindromi, dermatomiozit

### 3.1.2. Kasallik anamnezi:

C1	<p>Anamnezni yig‘ishda qon quyish, a‘zolar va to‘qimalarni transplantatsiya qilish, xavfli invaziv (tibbiy bo‘lmagan) muolajalar, xavf guruhlariga mansublik (psixik faol moddalarni iste‘mol qiluvchilar, surunkali gemodializdagi bemorlar, onkogematologik kasalliklar bilan kasallangan bemorlar, OIV va boshqa parenteral infeksiyalar bilan yashovchi shaxslar, HCV bilan kasallangan shaxslarning jinsiy sheriklari, tibbiyot xodimlari, HCV bilan kasallangan onalardan tug‘ilgan bolalar, jigar funksiyasi testlari o‘zgargan shaxslar).</p> <p><b>Manba:</b> O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi “O‘zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to‘g‘risida” gi 542-son buyrug‘i <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p> <p><a href="https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-su-detej_14150/">https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-su-detej_14150/</a></p> <p><a href="https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskij-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf">https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskij-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf</a></p>
----	--

### 3.1.3. Epidemiologik anamnez:

C	<p>Eng ahamiyatlisi parenteral yuqish yo‘lidir (vena ichiga psixik faol moddalarni qo‘llash, tibbiy muolajalar, jarohatli kosmetik muolajalar, shu jumladan manikyur va pedikyur, tatuaj va pirsing), kamroq - jinsiy va vertikal yuqish yo‘llaridir.</p> <p>Qon bilan zararlangan igna orqali tibbiyot xodimlarining muolajalar bajarish jarayonida infeksiyani yuqtirish xavfi taxminan 1,8% ni tashkil qiladi. Bemorning qoni, shikastlangan terisi orqali tibbiy xodimning shikastlangan terisi yoki shikastlanmagan shilliq pardalariga tushsa, infeksiya yuqish xavfi ancha past bo‘ladi. Bemor qonini butunligi buzilmagan teriga tushishi xavfsizdir. Shu sababli tibbiyot xodimlariga infeksiya yuqish xavfi past.</p>
---	---

	<p>Infeksiyaning perinatal yuqish xavfi 5-10% ni tashkil qiladi va tug‘ilish usuliga kam bog‘liq, lekin onada OIV infeksiyasi mavjud bo‘lganda yuqish xavfi 14-16% gacha ortadi.</p> <p>Virusning jinsiy bezlar va a‘zolaridagi past konsentratsiyasi uning jinsiy yo‘l bilan o‘tish xavfining past ekanligiga olib keladi: himoyalangan jinsiy aloqada yuqish yiliga 0,5%ni tashkil qiladi.</p> <p><a href="http://disuria.ru/ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf">http://disuria.ru/ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf</a></p>
--	---

### 3.1.4. Fizikal tekshiruvlar

C	<p>Umumiy ko‘rikda odatda hech qanday o‘zgarishlar aniqlanmaydi. Jigar sirrozi belgilari bo‘lishi mumkin (astit, "jigarga xos palmar eritema", qorinda venalarning varikoz kengayishi, shish, splenomegaliya). Immunologik sabab bo‘lgan jigardan tashqari ko‘rinishlarning rivojlanishi orqali o‘zgarishlar sodir bo‘ladi.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>
C	<p>Umumiy ko‘rikda teri va shilliq pardalarning ikterik bo‘yalganligini aniqlash.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>
C	<p>Jigar va taloqning hajmini (kattalishishi yoki kichrayishi) va konsistensiyasini aniqlash bilan qorinni paypaslash.</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>
C	<p>Jigar funksiyasining dekompensatsiyasi belgilarini aniqlash (ensefalopatiya, periferik shishlar, gemorragik sindrom)</p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a></p>

### 3.1.5. Laborator tekshiruvlar

#### Asosiy laborator tashxisoti:

#### Qonning immunoferment tahlili:

A1	<p>HCV infeksiyasini skrining qilish IFT usuli yordamida zardobda yoki plazmada HCV ga qarshi antitanalarni aniqlashga asoslangan bo‘lishi kerak.</p> <p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a></p>
A1	<p>HCV antitanalariga skriningni osonlashtirish va tibbiy yordam olish imkoniyatini yaxshilash uchun IFT o‘rniga tibbiy yordam ko‘rsatish joyida zardob, plazma, barmoqdan olingan qon yoki so‘lakda tezkor diagnostika testlaridan foydalanish mumkin. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a></p>

#### Real vaqt rejimida polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR):

A1	Surunkali HCV infeksiyasida HCV RNK aniqlanishi kerak. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a>
A1	Gepatit C virusining genotipini aniqlash faqat surunkali HCV infeksiyasi bo‘lgan bemorlarga genotipga xos virusga qarshi davo rejimini rejalashtirish uchun tavsiya etiladi.
A1	HCVga musbat antitanachalar, HCV RNK-manfiy, yaqinda orttirilgan HCV infeksiyasiga shubha qilingan bemorlar yakuniy klirensni tasdiqlash uchun 12 va 24-haftalarda takroriy HCV RNK tekshiruvidan o‘tishlari kerak. <i><b>Izohlar:</b> HCV RNK bilan birgalikda anti-HCV mavjudligi surunkali hepatit C bilan kasallangan bemorlar uchun ham, o‘tkir hepatit C bilan kasallangan bemorlar uchun ham xosdir. O‘tkir hepatit C bilan kasallangan bemorlarda HCV RNK konsentratsiyasi aniqlanmaydigan darajaga qadar o‘zgarishi mumkin. Shunday qilib, aniqlanmaydigan HCV RNKsi bo‘lgan bemorlar HCV klirensiga ishonch hosil qilish (o‘tkir hepatit C dan o‘z-o‘zidan tuzalishi) yoki HCV shakllanishini tasdiqlash uchun manfiy natijadan 12 va 24 hafta o‘tgach, HCV RNKni qayta tekshirish kerak.</i> <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a> <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a>

### Laboratoriya parametrlarini talqin qilish

anti-HCV	HCV RNK	Natijani talqin qilish
+	+	O‘tkir hepatit C.
+	+	Surunkali hepatit C
+	-	O‘tkir hepatit C ning rekonvalessenti (tuzalgan) Yolg‘on musbat IFT natijasi Qon quyish paytida passiv ravishda olingan antitanalar Bolaning onadan o‘tgan passiv antitanalari Intemittirlangan viremiya Kam virus yuklamasi
-	+	Laborator xatolik

		<p>O'GC (birinchi haftalarda)</p> <p>kasallikning o'tkir namoyon bo'lish vaqtida 50% IFT (+) bo'lishi sababli, O'GC shubhali barcha holatlarda PZR amalga oshiriladi, shu jumladan IFA (-) holatlarda ham</p> <p>Immunosupressiya kuzatilgan shaxslarda VGC</p> <p>Immunosupressiv dorilarni qabul qiladigan bemorlar</p> <p>Gemodializda bo'lganlar</p> <p>Transplantatsiyadan keyin</p> <p>OIV infeksiyasi bo'lgan bemorlar</p>
--	--	---

### Biokimyoviy qon tahlili:

	<p>Surunkali gepatit C bilan kasallangan barcha bemorlarga transaminazalarning (alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza) faolligini, gepatotsitlar shikastlanishining og'irligini aniqlash, jigar va buyraklar faoliyatini baholash uchun <b>biokimyoviy qon tahlilini</b> o'tkazish tavsiya qilinadi.</p>
<b>A1</b>	<p><i><b>Izohlar:</b> jigar sirrozi belgilari bo'lmasa, transaminazalar faolligi va jigar funksiyasining boshqa ko'rsatkichlarining (bilirubin, albumin) klinik ahamiyati yuqori emas. Bu jigar patologiyasi mavjud bo'lsagina katta ahamiyatga ega bo'ladi. Surunkali gepatit C natijasida jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda gepatotsitlar shikastlanishining og'irligi va dekompensatsiya belgilari bemorni olib borish taktikasini tanlashda VQD dorilarini va kasallik kechishini prognoz qilishda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bundan tashqari instrumental tekshiruv o'tkazish imkoni bo'lmaganda ALT va AST jigar fibrozining og'irligini mustaqil ravishda baholash uchun ishlatilishi mumkin (masalan, APRI, FIB-4 indeksleri). Sofosbuvirni o'z ichiga olgan VQD sxemalarini rejalashtirishda buyrak funksiyasini (kreatinin) baholash kerak.</i></p> <p><a href="https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/apri-index.html">https://medsoftpro.ru/kalkulyatory/apri-index.html</a></p> <p><a href="https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4">https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/fib-4</a></p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>

### 3.1.6. Qo'shimcha laborator tekshiruvlari:

#### Umumiy qon tahlil:

<b>C</b>	<p>Surunkali gepatit C va/yoki jigardan tashqari ko‘rinishlar belgilari (limfoproliferativ kasalliklar) bo‘lgan barcha bemorlarga <b>umumiy (klinik) qon tahlilini kengaytirilgan</b> o‘tkazish tavsiya etiladi.</p>
	<p><i><b>Izohlar:</b> surunkali gepatit C ning kechishi qonning hujayra tarkibiga ta'sir qilishi mumkin, ammo gepatit C tomonidan qo'zg'atilgan jigar sirrozi va limfoproliferativ kasalliklar bo'lmaganida bunday o'zgarishlarning ishonchli dalillari yo'q. Jigar sirrozi shakllanganda ko'pincha turli darajada trombositopeniya, kam hollarda sitopeniyaning boshqa variantlari kuzatiladi.</i></p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>

### **Alfa-fetoprotein (AFP) darajasini tekshirish**

<b>A</b>	<p>Surunkali gepatit C og‘ir jigar fibrozi (F3-F4) bilan kechganda GSKni o‘z vaqtida tashxislash uchun bemorlarning qon zardobidagi alfa-fetoprotein (AFP) darajasini aniqlash tavsiya aniqlanadi.</p>
	<p><i><b>Izohlar:</b> JS bosqichida GSK rivojlanishi <b>xavfi</b> yiliga taxminan 1-5% ni tashkil qiladi. GSK bilan og‘rigan bemorlarda tashhisdan keyingi birinchi yil ichida o‘lim ehtimoli 33% ni tashkil qiladi.</i></p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>

### **3.1.7. Instrumental tekshiruvlar:**

#### **Qorin bo‘shlig‘ining ultratovush tekshiruvi:**

<b>A1</b>	<p>Surunkali gepatit C bilan og‘rigan barcha bemorlarga jigar sirrozi va GSK belgilarini aniqlash uchun qorin bo‘shlig‘i (kompleks) va retroperitoneal bo‘shliqning ultratovush tekshiruidan o‘tish tavsiya etiladi.</p>
	<p><i><b>Izoh:</b> Qorin bo‘shlig‘i va retroperitoneal bo‘shliqning ultratovush tekshiruvi GSK, portal gipertenziya belgilari (taloqning kattalashishi, portal tizim venalarini kengayishi), astitni aniqlash, oshqozon-ichak yo‘llarining patologiyasini istisno qilish uchun amalga oshiriladi, bu ba’zi hollarda kasallik bosqichi va davolash taktikasi aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Surunkali gepatit C natijasidagi JS va GSK belgilersiz bo‘lishi mumkin va faqat ultratovush tekshiruvi yordamida aniqlanishi mumkin. Agar jigarda GSK uchun shubhali xosila aniqlansa, tekshiruvlar GSK ni tashxislash va davolash bo‘yicha klinik tavsiyanomalarga muvofiq davom ettirilishi kerak.</i></p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>

#### **Jigarning elastometriyasi (fibroskan tekshiruvi).**

<b>A1</b>	<p>Jigar fibrozi bosqichini tashxislash uchun tavsiya etiladi (jigar elastometriyasi, agar u mavjud bo'lmasa – zardob testlari APRI, FIB-4ni hisoblash).  <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a></p>
	<p><b>Izohlar:</b> <i>invaziv bo'lmagan tashxisot fibroz bosqichini yuqori aniqlikda baholash imkonini beradi. Buni jigarning elastometriyasi (fibroskan tekshiruvi) (tasdiqlangan uskunada bajarilishi kerak) yoki zardob testlari yordamida amalga oshirish mumkin. Agar elastometriya mavjud bo'lmasa, laborator tekshiruvlari natijalariga ko'ra hisoblangan ko'rsatkichlardan foydalanish mumkin (APRI, FIB-4 indekslarini hisoblash)</i></p> <p><a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/516_2#doc_b</a></p>

### **Jigar biopsiyasi**

<b>A</b>	<p>Noinvaziv tashxislashda ma'lumotlar bahsli bo'lganda jigar biopsiyasi o'tkazilishi kerak.  <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a></p>
----------	---

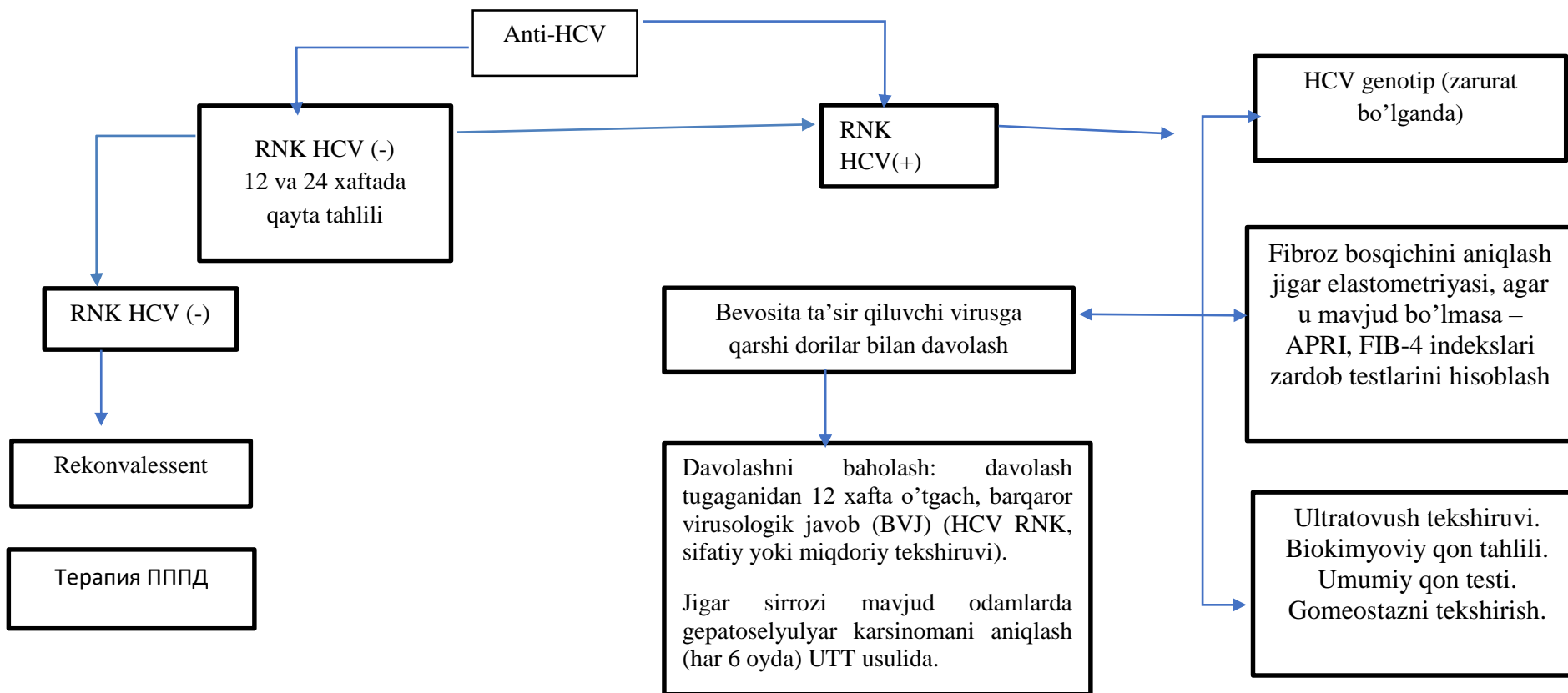
### **3.1.8. Mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar**

<b>C</b>	<p>Surunkali gepatit C ning jigardan tashqari ko'rinishlari mavjud bo'lganda ixtisoslashgan mutaxassislar bilan maslahatlashish</p>
----------	---

<https://diseases.medelement.com/> <https://diseases.medelement.com/disease/xronicheskiy-gepatit-s-u-vzroslyx-2020/16503>

### 3.2. Tashxislash algoritmi

#### Surunkali gepatit Cning tashxisoti va davolash algoritmi





### 3.3. Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tadqiqotlarni asoslash:

<b>C</b>	O‘tkir gepatit C ning qiyosiy tashxisoti	<a href="https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%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">https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9-%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</a>
----------	---	---

Diagnostika	Qiyosiy tashxislash uchun	Tekshiruv	Tashxisni istisno qilish mezonlari
VG	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	anti-HAV IgM, HBsAg, HBeAg, anti-HBcIgM, anti-HDV IgM, anti-HCV, anti-HEV IgM, PZR (HBVDNK), PZR (HCV RNK)	Virusli hepatit markyorlarini yo‘qligi, PZR natijalari manfiy yoki infeksiya davomiyligi 6 oydan kam bo‘lgan serologik va / yoki molekular testlarning musbat natijalari
SGV/SGD	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	HBsAg, anti-HDV, PZR (HBV DNK, HDV RNK)	Virusli hepatit V va D markyorlarining yo‘qligi, molekular testlarning musbat natijalari
SBK	Gepatitning umumiy klinik va laboratoriya belgilari	IF, GGTP, AMA, AMA2, IgM, lipidogramma, og‘ir holatlarda jigar biopsiyasi	Xolestaz sindromining yo‘qligi, dislipidemiya, PBC gistologik belgilari, salbiy AMA, AMA2ning manfiy natijalari, IgMning me‘yoriy darajasi
BSX	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	IF, GGTP, rANCA, ERXPG, MR-xolangiografiya, og‘ir holatlarda LBx	Xolestaz sindromining yo‘qligi, xolangiogrammalarda o‘t yo‘llarida o‘zgarishlarning yo‘qligi
NASG	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	Umumiy ko‘rik, FPP, lipidogramma, qonda glyukoza, insulin, HbA1c, UTT qorin bo‘shlig‘i	Metabolik sindrom belgilarining yo‘qligi (shu jumladan semizlik, gipertenziya, insulinga chidamlik qarshiligi, QD2, dislipidemiya),

		a'zolari, og'ir holatlarda LBx	ultratovush tekshiruvda va jigar steatozi belgilari
Gemoxromatoz va temirning ortiqcha yuklanishi belgilari	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	Temir, ferritin qon zardobida, genetik tekshiruvlar, og'ir xolatlarda LBx	Temirning ortiqcha yuklanishining klinik va laboratoriya belgilarining yo'qligi, genetik tekshiruvlarning manfiy natijalari, jigar siderozining yo'qligi
Dorilar bilan bog'liq jigar shikastlanishi	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	Anamnez, psixoaktiv moddalar uchun qon, genetik tekshiruvlar, murakkab xolatlarda LBx	Sabab bo'luvchi dori vositasini qabul qilish bilan bog'liq emas, allergiya testlari va genetik tekshiruvlarning manfiy natijalari
AIG	Gepatitning umumiy klinik va laborator belgilari	ANA, ASMA, AAA, LKM-1, SLA/LP, anti-LC, IgG, gamma-globulinlar	Autoantitanachalarning yo'qligining, gipergammaglobulinemiya, xarakterli gistologik manzara, hamroh autoimmun kasalliklar
Jigar sirrozi	Gepatitning umumiy klinik va laboratoriya belgilari	UTT, albumin, trombositlar darajasi, bilirubin, EGDFS	Jigar sirrozining klinik va laboratoriya belgilarining yo'qligi (portal gipertenziya, astit, varikoz tomirlar kengayishi, gipoalbuminemiya)

### *Ambulator davolash taktikasi:*

#### **SVGC ning dori vositalarisiz davolash**

- Chekishdan voz kechish;
- spirtli ichimliklar va boshqa zararli odatlardan voz kechish;
- ratsional ovqatlanish;
- jismoniy faollik, harakatsiz turmush tarzidan kechish;
- ratsional ovqatlanish tamoyillariga rioya qilish; ortiqcha vazn yoki semizlik bo'lsa - past kalloriyali parhez;
- yetarli miqdorda suyuqlik iste'mol qilish (kuniga 2-3 litrgacha);
- xavf omillarining zurrayishini minimallashtirish (spirtli ichimliklar, gepatotoksik dorilar, shu jumladan biologik faol moddalar qabul qilmaslik).

#### **Ambulator bo'g'inda**

##### **1) Dori vositalari bilan davolash**

#### **Etiotrop davolashning maqsadi**

- HCV infeksiyasini davolash (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- Davoning yakuniy nuqtasi qon zardobida yoki plazmasida HCV RNK ni aniqlashning pastki chegarasi <15 XB/ml 12 hafta (BVJ12) yoki 24 hafta (BVJ24) davomida davolash tugaganidan keyin aniqlanmasligi hisoblanadi (A1). Davolash tugaganidan keyin 12 hafta (BVJ12) yoki 24 hafta (BVJ24) o'tgach qon zardobida yoki plazmasida aniqlanmaydigan HCV RNK (A1).

#### **Etiotrop davolash uchun ko'rsatmalar.**

Surunkali HCV infeksiyasi bilan davolanmagan va davolangan barcha bemorlarga zudlik bilan davolash taklif qilinishi kerak (A), jumladan:

- jigardan tashqari klinik ko'rinishlari bo'lgan bemorlar (masalan, HCV bilan bog'liq aralash krioglobulinemiya bilan kechadigan simptomatik vaskulit, HCV immun kompleksi bilan bog'liq nefropatiya va Hodjkin bo'lmagan V hujayrali limfoma);
- jigar transplantatsiyasidan keyin HCV residivi bilan og'rigan bemorlar;
- hamrox kasalliklar (jigardan tashkari parenximatoz a'zolar yoki ildiz hujayralari transplantatsiyasini qabul qiluvchilar, SVGB va OIV koinfeksiyasi, qandli diabet) tufayli jigar kasalligining tez rivojlanish xavfi bo'lgan bemorlar;

#### **Etiotropik davolashning cheklolari**

-Zamonaviy VQD asoslangan muolajalar uchun bir necha holatlar bor (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

-jigar bilan bog'liq bo'lmagan hamrox kasalliklar tufayli umr ko'rish davomiyligi cheklangan bemorlar (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

-Ba'zi sitoxrom P450/P-gp qo'zg'atuvchi dorilarni (karbamazepin, fenitoin va fenobarbital kabi) qo'llash VGC BTQVQD konsentratsiyasining sezilarli darajada pasayishi xavfi tufayli barcha VGC BTQVQD sxemalari uchun qarshi ko'rsatmadir (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

#### **Davolashni boshlashdan oldin monitoring**

Barcha bemorlar VQD boshlashdan oldin hamroh kasalliklarni, jigar kasalliklarining rivojlanish ko'rsatkichlarini baholashlari va tegishli davolash choralari ko'rishlari kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

- HCV infeksiyasining jigardan tashqari ko'rinishlarini aniqlash kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

- hKFT ni aniqlagan holda buyrak funksiyasi tekshirilishi lozim (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- Barcha bemorlar VGB infeksiyasi, OIV infeksiyasi bilan avval kasallanganlik yoki hozirda infeksiyaning mavjudligi va immunitetni aniqlash uchun tekshiruvdan o'tishi kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- Fibrozning bosqichini dastlab jigarning zichlik darajasini aniqlash yoki APRI va FIB-4 biomarkyorlarini o'rganish orqali noinvaziv usullar yordamida baholash zarur (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- Birinchi guruh dori vositalari bilan darajali davolashni boshlashdan oldin HCVga chidamlilikni tekshirish tavsiya etilmaydi (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- VGC davosini boshlashdan oldin va davolanish paytida boshqa dori-darmonlarni qabul qilishdan oldin dorilarning o'zaro ta'siri xavfini har bir BTQVQDni tayinlash to'g'risidagi ma'lumotlarga asoslanib, BTQVQD bilan davolanayotgan barcha bemorlar uchun to'liq baholash zarur (asosiy fikrlarning qisqacha mazmuni). Druginteractions.org internet resurs bo'lib hisoblanadi, tavsiyalar muntazam yangilanadi (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- Dori vositalarining o'zaro ta'siri OIV/VGC koinfektsiyasi mavjud bemorlarni davolashda muhim hisoblanadi va shuning uchun qarshi ko'rsatma bo'lgan, tavsiya etilmaydigan yoki ma'lum BTQVQD rejimlarida dozani o'zgartirishni talab qiladigan virusga qarshi dorilarga (sinf/ishonchlilik darajasi I A) diqqat bilan e'tibor qaratish lozim.
  - Bemorlarga davolash rejimi, dozalar bo'yicha tavsiyalar va dori miqdorini belgilash rioya qilish hamda buyurilgan boshqa dorilarni qo'llash haqida xabar qilishning muhimligi haqida ma'lumot berish kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
  - Bevosita ta'sirga qiluvchi virusga qarshi dorilar tarkibiga kiritilgan komponentlar va ta'sir qiluvchi dori vositalari

NS3/4A ni ingibirlovchi	NS A ni ingibirlovchi	NS5B ni ingibirlovchi
Glekaprevir (GLE) Grazoprevir (GRA) Narlaprevir (NRV) Paritaprevir (PTV)	Velpatasvir (VEL) Daklatasvir (DAK) Ledipasvir (LED) Ombitasvir (OBV) Pibrentasvir (PIB) Elbasvir (ELB)	Dasabuvir (DSV) Sofosbuvir (SOF)

**Surunkali gepatit C bilan og'rikan sirrozsiz, VQT dan foydalanmagan va jigar transplantatsiyasi bo'lmagan bemorlarni davolash muqobil rejimlardan biriga muvofiq amalga oshirilishi tavsiya etiladi:**

Dori vositalarining nomi	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
Velpatasvir + Sofosbuvir	A
Glekaprevir + Pibrentasvir	A
Daklatasvir + Sofosbuvir	A
Grazoprevir + Yelbasvir	A
Daklatasvir + Narlaprevir + Ritonavir	A
Dasabuvir; Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 1b genotipda	C
Dasabuvir; Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir + Ribavirin 1a genotipda	A
Ledipasvir + Sofosbuvir	A
Narlaprevir + Sofosbuvir + Ritonavir	B.



**VGC monoinfeksiyali yoki VGC/OIV infeksiyali, jigar sirrozi bo‘lmagan surunkali gepatit C, ilgari davolanmagan va pegilirlangan IFN-a va ribavirin asosida davolash samarasiz bo‘lgan (oldin davolangan, lekin BTQVQD dorilari olmagan), bemorlarni davolash bo‘yicha tavsiyalar**

<b>Bemorlar</b>	<b>Davolanmagan yoki ilgari davolangan</b>	<b>Sofosbuvir/ ledipasvir</b>	<b>Sofosbuvir/ velpatasvir</b>	<b>Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir va dasabuvir</b>	<b>Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir</b>	<b>Grazoprevir/ elbasvir</b>	<b>Sofosbuvir va Daklatasvir</b>	<b>Sofosbuvir va simeprevir</b>
Genotip 1a	Davolanmagan	8-12 hafta, ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirin bilan	Yo‘q	12 hafta, ribavirinsiz, agar RNK VGC $\leq 800\,000$ (5,9 log) XB/ml yoki 16 hafta ribavirin bilan, agar RNK VGC $> 800\,000$ (5,9 log) XB/ml <sup>b</sup>	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q
	Davolash tajribasiga ega	12 hafta ribavirin bilan <sup>a</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz					12 hafta ribavirin bilan <sup>a</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz	
Genotip 1b	Davolanmagan	8-12 hafta, ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	8-12 hafta, ribavirinsiz	Yo‘q	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q
	Davolash tajribasiga ega	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz				
Genotip 2	Barcha bemorlar	Yo‘q	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q

Genotip 3	Davolanmagan	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	
	Davolash tajribasiga ega		12 hafta ribavirin bilan <sup>c</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz				12 hafta ribavirin bilan <sup>c</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz		
Genotip 4	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz
	Davolash tajribasiga ega	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz					12 hafta, ribavirinsiz, agar RNK VGC ≤800 000 (5,9 log) XB/ml yoki 16 hafta ribavirin bilan, yoki RNK VGC >800 000 (5,9 log) XB/ml		12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz
Genotip 5 yoki 6	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz
	Ilgari davolangan	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz					12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz		

a RAS testi mavjud bo'lsa, faqat NS5A ingibitorlariga rezistentlikning yuqori darajasini ta'minlaydigan qarshilik o'rnini bosuvchi bemorlarga ribavirin qo'shing.

b 16 haftagacha uzaytiring va ribavirinni faqat rezistentlik bilan bog'liq almashtirishlari bo'lgan bemorlarga qo'shing, bu esa qarshilik bilan bog'liq almashtirishlar uchun test mavjud bo'lsa, dastlabki bosqichda elbasvirga qarshilik ko'rsatadi.

c ribavirinni faqat NS5A rezistentligi bilan bog'liq bo'lgan Y93H almashishi bo'lgan bemorlarga qo'shing, agar rezistentlik bilan bog'liq almashtirishlarni tekshirish mavjud bo'lsa.



**HCV monoinfeksiyasi yoki surunkali gepatit C bilan HCV/OIV koinfeksiyasi bo'lgan, kompensatsiyalangan jigar sirrozi (Chayld-Pyu A) bo'lgan bemorlarni, shu jumladan ilgari davolanmagan bemorlarni va pegilirlangan interferon-a va ribavirin bilan davolanagan bemorlarni davolash bo'yicha tavsiyalar natija bermaganda (davolash tajribasi), ilgari BTQVQDlarni qabul qilmagan bemorlar)**

<b>Bemorlar</b>	<b>Davolanmagan yoki ilgari davolanagan</b>	<b>Sofosbuvir/ ledipasvir</b>	<b>Sofosbuvir/ velpatasvir</b>	<b>Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir va dasabuvir</b>	<b>Ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir</b>	<b>Grazoprevir/ elbasvir</b>	<b>Sofosbuvir va Daklatasvir</b>	<b>Sofosbuvir va simeprevir</b>
Genotip 1a	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	24 nedeli s ribavirinom	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz agar RNK VGC $\leq$ 800 000 (5,9 log) XB/ml yoki 16 hafta ribavirin bilan, agar RNK VGC $>$ 800 000 (5,9 log) XB/ml <sup>b</sup>	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q
	Davolash tajribasiga ega	12 hafta ribavirin bilan <sup>a</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz					12 hafta ribavirin bilan <sup>a</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz	
Genotip 1b	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q
	Davolash tajribasiga ega							
Genotip 2	Vse patsienty	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q
Genotip 3	Davolanmagan	Yo'q	12 hafta ribavirinsiz	Yo'q	Yo'q	Yo'q	24 hafta ribavirin bilan	Yo'q

	Davolash tajribasiga ega		12 hafta ribavirin bilan <sup>c</sup> yoki 24 hafta ribavirinsiz					
Genotip 4	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q	12 hafta ribavirin bilan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz
	Davolash tajribasiga ega	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz				12 hafta ribavirinsiz, agar RNK VGC $\leq$ 800 000 (5,9 log) ME/ml yoki 16 hafta ribavirin bilan, agar RNK VGC > 800 000 (5,9 log) ME/ml	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz
Genotip 5 yoki 6	Davolanmagan	12 hafta ribavirinsiz	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	12 hafta ribavirinsiz	Yo‘q
	Ilgari davolangan	12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz					12 hafta ribavirin bilan yoki 24 hafta ribavirinsiz	

a RAS testi mavjud bo‘lsa, faqat NS5A ingibitorlariga rezistentlikning yuqori darajasini ta’minlaydigan qarshilik o‘rnini bosuvchi bemorlarga ribavirin qo‘shing.

b 16 haftagacha uzaytiring va ribavirinni faqat rezistentlik bilan bog'liq almashtirishlari bo'lgan bemorlarga qo'shing, bu esa qarshilik bilan bog'liq almashtirishlar uchun test mavjud bo'lsa, dastlabki bosqichda yelbasvirga qarshilik ko'rsatadi.

c ribavirinni faqat NS5A rezistentligi bilan bog'liq bo'lgan Y93H almashishi bo'lgan bemorlarga qo'shing, agar rezistentlik bilan bog'liq almashtirishlarni tekshirish mavjud bo'lsa.

VGC monoinfeksiyasi yoki VGC/OIV koinfeksiyasi va surunkali gepatit C bilan og‘rigan, bir yoki bir nechta BTQVQDlarni o‘z ichiga olgan oldingi virusga qarshi davoda BVJga erisha olmagan bemorlarni qayta davolash bo‘yicha tavsiyalar. Ayni paytda VGC genotipi, ilgari buyurilgan dorilarning ma‘lum rezistentlik profillari, qo‘llaniladigan dorilar soni, ribavirinni qo‘llash va davolash davomiyligini hisobga olgan holda, qayta davolash bo‘yicha ushbu tavsiyalarni qo‘llab-quvvatlash uchun cheklangan dalillar mavjud

Muvaffaqiyat siz davolash	Genotiplar	Sofosbuvir/ledipasvir	Sofosbuvir/velpatasvir	Ombitasvir / paritaprevir/ritonavir i dasabuvir	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir	Grazoprevir/Elbasvir	Sofosbuvir i daklatasvir	Sofosbuvir i simeprevir	Sofosbuvir plyus ombitasvir / paritaprevir/ritonavir i dasabuvir	Sofosbuvir plyus ombitasvir/paritaprevir/ritonavir	Sofosbuvir plyus grazoprevir/elbasvir	Sofosbuvir plyus daklatasvir plyus simeprevir
<b>PegIFN-<math>\alpha</math> ribavirin bilan va telaprevir bilan, yoki botseprevir bilan, yoki simeprevir bilan</b>	<b>1 a</b>	12 hafta ribavirin bilan	12 hafta ribavirin bilan	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	12 hafta ribavirin bilan	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q
<b>Sofosbuvir alohida, yoki sofosbuvir + ribavirin, yoki sofosbuvir + PegIFN-<math>\alpha</math> va ribavirin</b>	<b>1 b</b>	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo‘q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2 RNK VGC $\leq$ 800 000 (5,9 log) XB/ml) yoki 24 hafta	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q	Yo‘q

						ribavirin bilan (F0-F2 RNK VGC >800 000 (5,9 log) XB/ml va F3-F4)						
<b>2</b>	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	
<b>3</b>	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	
<b>4</b>	12 hafta ribavirin	12 hafta ribaviri	Yo'q	12 hafta ribavirin	12 hafta ribavirin	12 hafta ribavirin	12 hafta ribaviri	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	

		bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	n bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)		bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	bilan (F0-F2) s RNK VGC ≤800 000 (5,9 log) XB/ml yoki 24 hafta ribavirin bilan (F0-F2) s RNK VGC >800 000 (5,9 log) XB/ml i (F3-F4)	bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	n bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)				
<b>5 ili</b> <b>6</b>	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	12 hafta ribavirin bilan (F0-F2) yoki 24 hafta ribavirin bilan (F3-F4)	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q	Yo'q

## **GSK bilan og‘rigan bemorlarda etiotrop davolashni buyurish xususiyatlari**

- Jigar sirrozi bo‘lmagan yoki kompensatsiyalangan (Chayld Pyu bo‘yicha A sinfi) GSKli sirrozi bo‘lgan, jigar rezeksiyasi yoki transplantatsiyasi bilan potensial davolashga ko‘rsatma bo‘lgan bemorlar GSK davolash tugagunga qadar BTQVQ davoni kechiktirishlari kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- VGC infeksiyasi bilan jigar transplantatsiyasini kutayotgan GSK mavjud bemorlarda virusga qarshi davolash vaqti (transplantatsiyadan oldin yoki keyin) kutish ro‘yxatida bemorni olib borish xalaqit bermasligi kerak va har bir holatda multidisiplinar muhokama orqali aniqlanishi kerak (sinf/ishonchlilik darajasi B).
- HCV infeksiyasi bilan jigar transplantatsiyasini kutayotgan HCV bemorlarda transplantatsiyasidan oldin HCV davolashni boshlash kerak (sinf/ishonchlilik darajasi B).
- Jigar transplantatsiyasini kutayotgan sirrozsiz GSK yoki kompensatsiyalangan sirrozi (Chayld Pyu bo‘yicha A sinfi) bo‘lgan bemorlar umumiy ko‘rsatmalarga muvofiq jigar transplantatsiyasidan oldin yoki keyin HCV infeksiyasini davolash kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- GSK davosiga to‘liq javob beradigan bemorlar GSK bo‘lmagan bemorlar uchun umumiy tavsiyalarga muvofiq HCV infeksiyasini davolash kerak (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- BVJ ga erishgan GSK terapiyasiga to‘liq javob bergan bemorlarda GSK takrorlanish xavfi doimiy bo‘lib, BVJdan keyin GSK uchun har 6 oyda ultratovush tekshiruvi bilan doimiy kuzatuvni talab qiladi (sinf/ishonchlilik darajasi I A).
- GSK bo‘yicha palliativ yordam olayotgan bemorlar umumiy prognoz va potensial foydaga qarab HCV bilan davolashlari mumkin (sinf/ishonchlilik darajasi B).
- Sirrozni aniqlash kerak, chunki ba’zi davolash sxemalarni korreksiya qilish va GSK uchun davolanishdan keyingi kuzatuv shart (sinf/ishonchlilik darajasi I A).

## **Transplantatsiyadan keyingi davrda bemorlarga etiotrop davolashni**

### **buyurish xususiyatlari**

- HCV infeksiyasining transplantatsiyadan keyin qaytalanishi bo‘lgan barcha bemorlar davolanishi kerak (A).
- Davolashni jigar transplantatsiyasidan so‘ng imkon qadar tezroq boshlash kerak, ideal holatda bemorning ahvoli barqarorlashganda (odatda transplantatsiyadan keyingi dastlabki 3 oydan keyin), chunki transplantatsiyadan keyingi rivojlangan jigar kasalligining so‘ngi (kechki) bosqichlarida bo‘lgan bemorlarda BVJ12 darajasi pasayadi. (A).
- Transplantatsiyadan keyingi davrda fibrozli xolestatik hepatit yoki o‘rtacha va keng tarqalgan fibroz yoki portal gipertenziya mavjudligi shoshilinch virusga qarshi davolanishni talab qiladi (A).
- Transplantatsiyadan keyingi HCV sirrozsiz yoki kompensatsiyalangan sirrozi (Chayld Pyu bo‘yicha A sinfi) bo‘lgan bemorlarni quyidagi usullardan biri bilan davolash kerak: 12 hafta davomida sofosbuvir va velpatasvirning qat‘iy dozali kombinatsiyasi (immunodepressantlarga ehtiyoj sezmasdan) dozani korreksiya qilish yoki 12 hafta davomida glekaprevir va pibrentasvirning qat‘iy dozali kombinatsiyasi (immunodepressiv darajasini nazorat qilish va davolanish paytida va undan keyin kerak bo‘lganda ularni korreksiya qilish) (B).
- Transplantatsiyadan keyingi HCV retsidivi va dekompensatsiyalangan sirrozi (Chayld Pyu bo‘yicha B yoki C sinfi) bo‘lgan bemorlar sofosbuvir va velpatasvirning belgilangan dozadagi

kombinatsiyasini sutkalik vaznga bog'liq holda sutkalik ribavirin bilan (<75 kg yoki> -75kgda bo'lgan bemorlarda 1000 yoki 1200 mg) 12 hafta davomida olishlari kerak (B).

- Jigardan tashqari qattiq a'zolar transplantantlari, shu jumladan buyraklar, yurak, o'pkalar, oshqozon osti bezi yoki ingichka ichak transplantantlarni qabul qiluvchilar transplantatsiyadan oldin yoki keyin HCV infeksiyasiga qarshi davolanishi kerak (A).
- Transplantatsiyadan so'ng, parenximatoz a'zolar transplantantlarni, shu jumladan buyraklar, yurak, o'pkalar, oshqozon osti bezi yoki ingichka ichak resipientlari 12 hafta davomida immunosupressant dozasini o'zgartirishga zarurat bo'lmagan holda BTQVQDlarning qat'iy dozali kombinatsiyasi bilan davolanishi kerak (B).
- Transplantatsiyadan so'ng, parenximatoz a'zolar, shu jumladan buyraklar, yurak, o'pkalar, oshqozon osti bezi yoki ingichka ichak resipientlari 12 hafta davomida glekaprevir va pibrentasvirning qat'iy dozali kombinatsiyasi bilan davolanishi mumkin, ammo davolanishdan oldin va davolanish jarayonida immunosupressiv dori darajasini nazorat qilish va zarurat bo'lganda korreksiya qilish zarur (B).
- Ijobiy HCV antitanalari va HCV RNKga ega bo'lgan donorlarning organlari HCV RNK bo'lgan qabul qiluvchilarga ko'chirilishi mumkin. (B)

### **Homiladorlik va emizish davrida surunkali gepatit Cning kechishi**

- Homiladorlik surunkali gepatit C ning kechishiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi. Tug'ruqdan keyin qonda ALT faolligi oshishi mumkin. HCV RNK darajasi birinchi va uchinchi trimestrda oshadi, uchinchi trimestrda eng yuqori darajaga yetadi va tug'ruqdan keyin kamayadi. Bu holat, ehtimol, homiladorlikning immunosupressiv samarasi va ona plazmasi hajmining oshishi bilan bog'liq.
- HCV ning onadan bolaga yuqishi 5% dan 15% gacha bo'lgan holatda kuzatiladi. HCV ning homila rivojlanishi va homiladorlik natijasiga salbiy ta'siri haqida ishonchli ma'lumotlar yo'q.
- JS ning homiladorlik jarayoni va uning natijasiga ta'siri haqida ayrim ma'lumotlar mavjud. Shunday qilib, jigar sirrozi bo'lgan homilador ayollarda ona uchun noxush oqibatlar (masalan, preeklampsiya, gemorragik asoratlar va o'lim) va homila uchun (masalan, erta tug'ilish, kam vazn va neonatal o'lim) xavfi mavjud. Surunkali gepatit C natijasida jigar sirrozi bo'lgan ayollar mumkin bo'lgan asoratlar haqida xabardor bo'lishlari kerak. Reproktiv yoshdagi ayollar uchun HCV VQD homiladorlikni rejalashtirishdan oldin tug'ilmagan bolaga HCV yuqish xavfini kamaytirish uchun tavsiya etiladi (C).
- Surunkali gepatit C ni aniqlash uchun homilador ayollarni homiladorlikning birinchi (homiladorlik bo'yicha ro'yxatdga ko'yilganda) va uchinchi trimestrlarida HCVga qarshi antitanachaga tekshirish tavsiya etiladi (C).
- HCV VQD ni oladigan tug'ish yoshidagi ayollarga VQDni qabul qilish paytida va to'xtatilgandan keyin kamida 6 oy davomida homilador bo'lish tavsiya etilmaydi (C).
- HCV VQD ni olayotgan erkaklar uchun jinsiy sheriklariga VQDni qabul qilish paytida va VQDni to'xtatgandan keyin kamida 6 oy davomida homilador bo'lishlari tavsiya etilmaydi (C).
- Xavfsizlik va samaradorlik ma'lumotlarining yetishmasligi tufayli homiladorlik davrida gepatit C ni davolash tavsiya etilmaydi (C).
- HCV bilan kasallangan ayollarda ko'krak suti bilan boqishga monelik yo'q, qon ketishi yoki ko'krak qafasining yorilishi hollari bundan mustasno, bu holda mutaxassis maslahatiga murojaat qilish kerak (B).

## Bolalar va o'smirlar uchun etiotrop davolashni buyurish xususiyatlari

HCV bilan kasallangan ayollardan tug'ilgan barcha bolalar 18 oylikdan boshlab HCV infeksiyasiga tekshirilishi kerak (A);

### O'smirlar va bolalarda HCV ni davolash

#### **Bolalik va o'smirlilik davrida erta davolanishning afzalliklari quyidagilardan iborat:**

Kasallik rivojlanishidan oldin davolanishga erishish HCV bilan bog'liq jigar shikastlanishi va jigardan tashqari ko'rinishlar namoyon bo'lishining oldini oladi. Bolalar va o'smirlarda rivojlangan jigar kasalligi kam uchrasada, jigar fibrozi vaqt o'tishi bilan rivojlanib boradi va kech o'smirlilik va / yoki erta voyaga etganida asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Erta davolanishning boshqa potensial afzalliklari orasida infeksiya yuqtirgan bolalarni stigmatizatsiya qilishning oldini olish va virusni boshqalarga, ayniqsa xavfli xatti-harakatlari bo'lgan o'smirlarga yuqishining oldini olish kiradi.

**Jiddiy noxush hodisalar va davolanishni to'xtatish kamdan-kam uchraydi.** Har qanday noxush hodisaning uchrashi yosh guruhlarda yuqori bo'lsada (3-5 yoshli bolalar uchun 72%, 6-11 yoshdagi bolalar uchun 53% va o'smirlar uchun 50%), jiddiy noxush holatlar va davolanishni to'xtatish kam uchraydi. Shuning uchun o'smirlar va katta yoshdagi bolalarda foyda va zarar nisbati juda yuqori.

35 ta tadqiqotdan 1891 o'smirda (12-17 yosh) va 13 ta tadqiqotdan 472 katta yoshdagi bolalarda (6-11 yosh) ushbu BTQVQD sxemalar foydalanishga asoslangan tizimli sharxlash chiqish va meta-tahlilning to'g'ridan-to'g'ri dalillari yuqori samaradorlik, xavfsizlik va bardoshlilikni tasdiqladi va barcha BTQVQD sxemalari uchun kattalarni davolash bo'yicha tadqiqotlarning bilvosita ma'lumotlar bilan tasdiqlanadi.

### BTQVQD DAVOLASHNING DAVOMIYLIGI

Yosh bo'yicha guruhlari	Tavsiya etilgan pangenotipik BTQVQD sxemalari			Pangenotipik bo'lmagan BTQVQD (minimal GT3 infeksiyasi sharoitida) <sup>2</sup>
	SOF/DCV <sup>1</sup>	SOF/VEL <sup>2</sup>	G/P	
Kattalar (18 yosh va undan katta)	12 hafta	12 hafta	8 hafta	12 hafta
O'smirlar (12-17 yosh)	12 hafta	12 hafta	8 hafta	12 hafta
Kattaroq yoshdagi bolalar (6-11 yosh)	12 hafta	12 hafta	8 hafta	12 hafta
Kichik yoshdagi bolalar (3-5 yosh)	12 hafta	12 hafta	8 hafta	12 hafta

Ijgar sirrozi bo'lmagan odamlarda. 24-hafta davomida davolanish davolangan yoki kompensatsiyalangan jigar sirroziga ega bo'lganlar uchun tavsiya etiladi. 3-genotip keng tarqalganligi ma'lum bo'lgan sharoitlarda (>10%) ko'rib chiqilishi mumkin. 1, 4, 5 yoki 6 genotipli infeksiyasi bo'lgan bemorlarda foydalanish uchun.

### BTQVQD SXEMALARINI TANA VAZNIGA MUVOFIQ DOZALASH

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

Tavsiya etilgan pangenotip BTQVQD sxemalari			Pangenotip bo'lmagan BTQVQD rejimi (minimal infeksiya sharoitlarida GT3) <sup>1</sup>
<b>SOF/DCV<sup>2</sup></b>	<b>SOF/VEL</b>	<b>G/P</b> glekaprevir va pibrentasvir	<b>SOF/LED</b>
> 26 kg 400/60 mg dan kuniga 1 marta (plyonka bilan qoplangan tabletkalar)	> 30 kg Kuniga 1 marta 400/100 mg (FDC tabletkai)	> 45 kg 300/120 mg dan kuniga 1 marta (FDC tabletkai yoki 6 paket og'iz orqali qabul qilish uchun granulari)	≥35 kg Kuniga bir marta 90/400 mg (FDC tabletkai)
14-25 kg 200 mg/30 mg <sup>2</sup> (alohida tabletkalar shaklida, SOF afzalroq kichik o'lchamli tabletkai 100 mg)	17–29 kg Kuniga 1 marta 200/50 mg (FDC tabletkai yoki granulari)	30–<45 kg 250/100 mg dan kuniga 1 marta (5 paket og'iz orqali qabul qilish uchun granulari) 20–<30 kg 200/80 mg dan kuniga 1 marta (4 paket og'iz orqali qabul qilish uchun granulari)	17-35 kg 45/200 mg (tabletkai)
	<17 kg Kuniga bir marta 150/37,5 mg (qoplangan granulari)	<20 kg 150/60 mg dan kuniga 1 marta (3 paket og'iz orqali qabul qilish uchun granulari) <20 kg	<17 kg 33,75/150 mg (FDC granulari paketlari)

• FDC - qat'iy dozali kombinatsiyasi

• <sup>1</sup> Genotip 1, 4, 5 yoki 6 infeksiyasi bo'lgan yoki genotip 3 infeksiyasi kam uchraydigan shaxslarda foydalanish uchun. SHARED sinovida (kattalar) SOF/LED (400/90 mg) ni qo'llaganda BVJ jami 261 ta (87%), lekin HCV genotipi 4r bilan kasallanganlarning atigi 56% bilan kasallanganlarning 93% bilan solishtirganda kuzatilgan. 4r dan boshqa genotip subtiplari bilan. Ushbu natijalar Afrikaning Sahroi Kabirdan janubidagi ba'zi mintaqalar va

mamlakatlarda genotip subtiparisiz) SOF/LEDni boshlang'ich terapiya sifatida qo'llashni qo'llab-quvvatlamaydi.

- <sup>2</sup>Dozlash populyatsiyasi farmakokinetik modellashtirish tadqiqotlariga asoslangan.
- <sup>3</sup>100/40 mg tabletkalar (FDC) va 50/20 mg og'iz orqali qabul qilish uchun granulari shaklida mavjud bo'lib, mahalliy ma'lumotlarga muvofiq mahsulot haqida ma'lumot beriladi

### **Etiotrop davolanishga javob bermaydigan bemorlarni davolash xususiyatlari**

- BTQVQDlarni o'z ichiga olgan har qanday davolash sxemasidan so'ng natijaga erisha olmagan bemorlar Respublika gepatologiya markazida qayta davolanishi kerak;
- BTQVQD o'z ichiga olgan har qanday rejim muvaffaqiyatsizlikka uchragan bemorlarda qayta davolashdan oldin HCV rezistentligini tekshirish javob ehtimoli bilan qayta davolanishni boshqarish uchun foydalidir (B);
- Jigar sirrozi bo'lmagan yoki kompensatsiyalangan jigar sirrozi (Chayld-Pyu bo'yicha A sinfi) bo'lgan bemorlarda BTQVQD (proteaza ingibitori va/yoki NS5A ingibitori) o'z ichiga olgan sxema bilan davolanmagan bo'lsa, sofosbuvir, velpatasvir va voksilaprevirning belgilangan dozali kombinatsiyasini qayta boshlash kerak 12 hafta (A);
- Davolanishi juda qiyin bo'lgan bemorlarda (proteaza va/yoki NS5A ingibitori bo'lgan kompensatsiyalangan rejimdan so'ng ikki yoki undan ortiq BVJga erisha olmagan NS5A SRAlI bemorlar), sofosbuvir, velpatasvir va voksilaprevirning uchlik kombinatsiyasi tavsiya etiladi. Sofosbuvir, glekaprevir va pibrentasvirning ribavirin bilan 12 hafta davomida kombinatsiyasi tana vazniga qarab (mos ravishda <75 kg yoki >75 kg bemorlarda 1000 yoki 1200 mg) va/yoki davolash davomiyligi, ko'p tarmoqli jamoaning individual qaroriga ko'ra 24 haftagacha uzaytirilishi mumkin (B).
- Sofosbuvir, velpatasvir va voksilaprevirning uchlik kombinatsiyasi bilan qayta davolashdan keyin BVJga erisha olmagan bemorlarda sofosbuvir, glekaprevir va pibrentasvirning uchlik kombinatsiyasi ribavirin bilan 24 hafta davomida tana vazniga bog'liq holda (bemorlar uchun 1000 yoki 1200 mg mos ravishda 75 kg yoki >75 kg) qo'llanilishi mumkin (B).
- Dekompensatsiyalangan jigar sirrozi (Chayld-Pyu bo'yicha B yoki C sinflari) bo'lgan BTQVQD (proteaza ingibitori va/yoki NS5A ingibitori) ni o'z ichiga olgan rejim bilan davolash muvaffaqiyatsizlikka uchragan bemorlar proteaza ingibitorlarini qo'llashga qarshi ko'rsatmalarga ega va shuning uchun ularni qat'iy davolash rejimi - individual multidisiplinar qaror asosida 24 hafta davomida tana vazniga qarab sofosbuvir va velpatasvirni ribavirin bilan birlashtirish (mos ravishda <75 kg yoki >75 kg bemorlarda 1000 yoki 1200 mg qayta davolash kerak). (B)

### **Etiotrop terapiya paytida monitoring**

Surunkali HCV infeksiyasi bilan bog'liq aralash krioglobulinemiya va buyrak kasalliklarini davolashda salbiy holatlarni diqqat bilan kuzatish zarur (B);

HCV bilan bog'liq buyrak kasalligi uchun rituksimabni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar nefrolog bilan muhokama qilinishi kerak (B);

HCV bilan bog'liq limfomalarni umumiy tavsiyalarga ko'ra, mumkin bo'lgan dorilar o'zaro ta'sirini hisobga olgan holda, maxsus kimyoterapiya bilan birgalikda pangenotipik BTQVQD sxemalari bilan davolash kerak (B);

HCV bilan bog'liq limfomalarni umumiy tavsiyalarga ko'ra, mumkin bo'lgan dorilar o'zaro ta'sirini hisobga olgan holda, maxsus kimyoterapiya bilan birgalikda pangenotip BTQVQD sxemalari bilan davolash kerak (B);

Yengil va o'rtacha darajadagi buyrak shikastlanishi (hKFT <30 ml/daq/1,73 m<sup>2</sup>) yoki buyrakning og'ir shikastlanishi (hSKF <30 ml/daq/1,73 m<sup>2</sup>) bo'lgan HCV infeksiyasi bo'lgan bemorlar, shu jumladan gemodializda bo'lgan buyrak yetishmovchiligining oxirgi bosqichi bo'lgan bemorlar HCV BTQVQD dozasini korreksiyalash talab qilinmasdan, umumiy tavsiyalarga muvofiq HCV infeksiyasini davolash tavsiyalari bo'yicha davolanadilar (A);

Davolanish vaqtida bir vaqtda qabul qilingan dorilarning samaradorligi va toksikligini birga keladigan kasalliklar va dori vositalarining potensial o'zaro ta'sirda nazorat qilish kerak (A);

Iloji bo'lsa, HCV bilan davolash paytida o'zaro ta'sir qiluvchi bir vaqtning o'zida qo'llaniladigan dori vositalarini to'xtatish yoki o'zaro ta'sir yetuvchi dori vositalarini o'zaro ta'sir qilish ehtimoli kamroq bo'lgan muqobil dori bilan almashtirish kerak (B).

ALT darajasi kamida boshlang'ich bosqichda va davolanishdan keyin 12 (yoki 24) hafta o'tgach baholanishi kerak (B).

hKFT pasaygan bemorlarda buyrak funksiyasi har oyda tekshirilishi kerak (A).

Jiddiy noxush holatlar yuzaga kelsa yoki ALT darajasi me'yordan yuqori chegarasidan 10 baravar oshsa davolanishni to'xtatish kerak (B).

Davolash muvaffaqiyatli yoki muvaffaqiyatsizligini baholash uchun davolashdan so'ng 12 (BVJ12) yoki 24 (BVJ24) hafta o'tgach HCV RNK aniqlash zarur (A).

### Surunkali gepatit C bilan kasallangan bemorlar uchun simptomatik davolash

Jadval

**Muhim dori-darmonlar ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam bo'lgan).**

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositaning INN	Qo'llash usuli	ID	Xavolar
Gepatoprotektor vosita	Ademetionin	500 mg dozada dorining sutkalik dozasi kuniga 1-2 tabletka (kuniga 500-1000 mg ademetionin) va uni kuniga 3 tabletkaga (kuniga 1500 mg ademetionin) oshirish mumkin.	C	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
Gepatoprotektor vosita	Glitsirizin kislotasi	og'iz orqali qabul qilish 80-120 mg/sut ovqat vaqtida	C	<a href="#">Oldingi interferon alfa terapiyasi muvaffaqiyatsiz bo'lgan bemorlarda glitsirizin: 52</a>

		Bolalarga yoshiga qarab dozasi belgilanadi.		<a href="#">haftadan keyin biokimyoviy va gistologik ta'sir - PubMed (nih.gov)</a>  <a href="#">O'tkir boshlangan otoimmün gepatitning dastlabki bosqichida vena ichiga glycyrrhizinning samaradorligi - PubMed (nih.gov)</a>
Gepatoprotektor vosita	Glitsirrizin kislotasi + Fosfolipidlar	Og'iz orqali, 2 ta kapsula. (tab)dan Kuniga 3-4 marta, ovqat paytida, oz miqdorda suv bilan.	C	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/essentigliv">https://www.vidal.ru/drugs/essentigliv</a>
Gepatoprotektor vosita	Fosfolipidlar	Og'iz orqali yuborish uchun, ishlatiladigan dozalash shakliga qarab.	C	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827</a>
Gepatoprotektor vosita	Selimarin (silibilin sifatida hisoblanadi) 140 mg	Doza, qo'llash usuli va rejimi, terapiya davomiyligi individual ravishda belgilanadi	C	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/</a>
Antifibrotik dori	Oksimatin	Og'iz orqali 0,2 g.dan kuniga uch marta. Zarurat bo'lsa, sutkalik dozani 0,3 g gacha oshirish mumkin.	C	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733326/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733326/</a>
Gepatoprotektiv ta'sirga ega parhez qo'shimchasi	Qushqunmas mevasi	Og'iz orqali qabul qilinadi. Qo'llashning dozasi, chastotasi va davomiyligi ko'rsatmalarga, bemorning yoshiga va qullaniladigan dori shakliga bog'liq.	C	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/178">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/178</a>
Miyotrop antispazmodik vosita	Mebeverin gidroxloridi	200 mg dan kuniga 2 marta, ertalab va kechqurun, ovqatdan oldin.	C	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>  <a href="#">Irritabiy ichak sindromida</a>

				<a href="#">mebeverinning samaradorligi va bardoshlilikini tizimli ko'rib chiqish - PMC (nih.gov)</a>
Xoleretik va xolelitolitik ta'sirga ega gepatoprotektor	UDXK, 250 mg kapsulalar, 500 mg tabletkalar	O'rtacha sutkalik doza 10 mg / kg (12-15 mg / kg gacha).	C	<a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a> <a href="https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(03)00192-2/fulltext">https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(03)00192-2/fulltext</a>

***Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:***

1. Shifoxonaga rejali yotqizish uchun ko'rsatmalar: yo'q
2. Shifoxonaga shoshilinch yotqizish uchun ko'rsatmalar: yo'q
1. Statsionar darajasida davolash taktikasi: Yo'q

4) jarrohlik yondoshuvi: Yo'q

5) keyingi boshqaruv:

**Dispanser kuzatuvi**

- BVJ 12 ga erishgandan so'ng jigar fibrozi bo'lmagan, yengil va o'rtacha og'irlikdagi jigar fibrozi bo'lgan bemorlarga (METAVIR bo'yicha F0-F2) dispanser kuzatuvi tavsiya etilmaydi - VQT ni olgandan keyin tashxis: SVGC rekonvalessent, VQT dan keyingi holat (VQT 24 haftadan keyin barqaror virusologik javobdan keyin qo'yiladi).
- BVJ kuzatilgan fibroz bo'lmagan yoki o'rtacha darajada fibroz (METAVIR ko'rsatkichi F0-F2) bo'lgan va davom etayotgan xavfli xatti-harakatlari bo'lmagan bemorlar yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis ro'yxatidan chiqarilishi kerak. Agar ularda hamroh kasalliklar bo'lsa, ular tegishli mutaxassis tomonidan ro'yxatga olinadi (A);
- BVJ bilan rivojlangan fibroz (F3) yoki sirroz (F4) bilan og'rigan bemorlar ultratovush yordamida har 6 oyda bir marta GSK uchun kuzatilishi kerak, chunki GSK rivojlanishi yoki GSK rivojlanish xavfi kamayadi, ammo BVJ bilan bartaraf etilmaydi; Fibroz bosqichini aniqlash uchun invaziv bo'lmagan usullar har 12 oyda bir marta amalga oshiriladi (A).
- BVJ bilan rivojlangan fibroz (F3) yoki sirroz (F4) bilan og'rigan bemorlar har 6 oyda doimiy ravishda GSK monitoringi uchun AFP va PIVKA skrinigidan o'tishlari kerak (A).
- Surunkali gepatit C bilan og'rigan, davolanmagan bemorlar va oldingi bir necha davolash kurslari muvaffaqiyatsiz bo'lganlar (davolab bo'lmaydigan bemorlar) yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis tomonidan muntazam ravishda kuzatilishi kerak (A).

6) protokolda tavsiflangan davolash samaradorligi va tashhishlash usullarining va xavfsizligi ko'rsatkichlari

Gepatit Cni bartaraf etish.

**7. Protokolning tashkiliy jihatlari:**

## 1) manfaatlar to‘qnashuvi yo‘qligi to‘g‘risidagi ma’lumotlar:Yo‘q

### Taqrizchilar:

**Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

**Kosherova Bahyt Nurgalievna**

Qozog‘iston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo‘yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, “Ostona tibbiyot universiteti” NAJ professori

3) **bayonnomani ko‘rib chiqish shartlari:** Nashr qilinganidan shu 3 yil o‘tgach yoki samaradorligi tasdiqlangan yangi tashhisot va davolash usullari mavjud bo‘lganda.

### 4) foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

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 бюллетен ВОЗ по вирусному гепатиту S от 18 июля 2023 года.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
4. Хронический вирусный гепатит С (2021) . Клинические рекомендации (RF).  
[https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-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](http://disuria.ru/_ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf)
6. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi “O‘zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to‘g‘risida” gi 542-son buyrug‘i.



# «SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent – 2025

## *Kirish qismi*

### 1) KXT-10 ga muvofiq kodlar:

B18.2	Surunkali virusli gepatit C
-------	-----------------------------

### KXT-11 ga muvofiq kodlar:

1E51.1	Surunkali virusli gepatit C
--------	-----------------------------

2) Protokolni ishlab chiqilish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi

2027 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

**Klinik protokol va standartni ishlab chiqish bo'yicha mas'ul muassasa:**

**Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti.**

**Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo'shganlar:**

Jarayonni tashkil etish bo'yicha yuqumli kasalliklar yo'nalishi bo'yicha ishchi guruh a'zolari:

- |                  |   |              |
|------------------|---|--------------|
| 1. Tadjiev B.M.  | Markaz direktori, t.f.d., professor                   | RIEMYuPKIATM |
| 2. Tadjieva N.U. | Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, professor | RIEMYuPKIATM |

**3) Asosiy mualliflar ro'yxati:**

**1. Asosiy mualliflar ro'yxati:**

1.	Musabaev E.I.	Institut direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor, O'zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
2.	Tuychiev L.N.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Davlat tibbiyot universiteti
3.	Abduqodirova M.A.	Bosh ilmiy xodim, t.f.d., katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
4.	Xikmatullaeva A. S.	Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
5.	Bayjanov A.K.	Loyiha rahbari, tibbiyot fanlari doktori, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
6.	Raximova V. Sh.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklar kafedrasini dotsenti, t.f.n.	Tibbiyot xodimlarining kasbiy tayyorgarligini rivojlantirish markazi
7.	Egamova I. N.	Bosh shifokorning tashkiliy-uslubiy ishlar bo'yicha o'rinbosari, t.f.n, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti

8.	Brigida K.S.	Bo'lim mudiri, PhD	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
9.	Ismoilov U.Yu	Gepatologiya markazi rahbari, t.f.n.	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi
10.	Dolimov T.K.	Yuqumli kasalliklar shifokori, MD	RIEMYuPKIATMning klinikasi
11.	Mirraximova N.M.	Mustaqqil izlanuvchi, PhD, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
12.	Abduraximova D.R.	Yuqumli kasalliklar shifokori	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi

#### 4) Taqrizchilar

##### **Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasi tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

##### **Kosherova Bahyt Nurgalieвна**

Qozog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo'yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, "Ostona tibbiyot universiteti" NAJ professori

#### 5) Muhokama o'tkazilgan sana

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston yuqumli kasalliklar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIEMYuPKIATM filiallari direktorlari va o'rinbosarlari), yuqumli kasalliklar xizmati tizimining hududiy muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda 2025 yil 20 may kuni 6-sonli bayonnoma bilan onlayn formatda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d., professor, O'zR FA akademigi, RIEMYuPKIATMning Virusologiya ITI direktori E.I.Musabaev.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo'yicha ekspert xulosasi va tahrirlash:

- 1.
- 2.

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog'liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o'tkazilgan baholash bo'yicha ekspert xulosasi:

- 1.
- 2.

Mazkur milliy klinik protokol va standart Sog'liqni saqlash vazirining o'rinbosari t.f.d. F.Sharipov, klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish bo'limi boshlig'i t.f.d. S.Ubaydullaeva, bosh mutaxassislari Sh.Nurimov, S.Usmanov va G.Djumaevalar uslubiy boshchiligida ishlab chiqilgan.

### Qisqartmalar ro'yxati

Anti-HCV	gepatit C virusiga qarshi antitanalar
HBsAg	hepatitis B surface antigen, hepatit B virusining yuzaki antigeni
VGB	gepatit B virusi
VGB DNK	gepatit B virusining DNK si
VGC	gepatit C virusi
VGC RNK	gepatit C virusining RNK si
VGD	gepatit D virusi
VGD RNK	gepatit D virusining RNK si
IgG	immunoglobulin G sinfi
M	me'yor
AIG	autoimmun hepatit
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
MYuCh	me'yorning yuqori chegarasi
OIV	Odamning immunitet tanqisligi virusi
GGT	gamma- glutamiltransferaza
GSK	gepatosellyulyar karsinoma
TTQI	tomirda tarqoq qon ivishi
DNK	dezoksiribonuklein kislotasi
O'SNO	O'pkani sun'iy nafas oldirish
JYBYuK	jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar
IFT	immunoferment tahlil
IKT	immunokimyoviy tahlil
YuKX	yuqumli kasalliklar xonasi
KT	kompyuter tomografiyasi
ME	xalqaro birlik
MI	millilitr
MNO	xalqaro me'yorlangan nisbat
MRT	magnit-rezonans tomografiyasi
UQT	umumiy qon tahlili
UST	umumiy siydik tahlili
QBA	qorin bo'shlig'i a'zolari

O'VG	o'tkir virusli gepatit
O'JE	o'tkir jigar ensefalopatiyasi
BBJS	birlamchi biliar jigar sirrozi
PV	protrombin vaqti
VQT	virusga qarshi terapiya
INF	pegilirlangan interferon
BSX	birlamchi sklerotik xolangit
PZR	polimeraz zanjirli reaksiya
O'zR	O'zbekiston Respublikasi
RNK	ribonuklein kislotasi
EChT	eritrotsitlarni cho'kish tezligi
JT	jigar transplantatsiyasi
DH	dalillarning haqqoniyligi
UTT	ultratovush tekshiruv
SGS	surunkali virusli gepatit C
JS	jigar sirrozi
IF	ishqoriy fosfataza

#### 7) Protokoldan foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, infeksiyonistlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, doktorantlar.

Ushbu protokol barcha joylarda sog'liqni saqlash amaliyotiga parenteral virusli gepatitlarning tashxisoti va davolashning zamonaviy usullarini joriy qilish uchun asos hisoblanadi.

#### 8) Ushbu nozologiyadagi bemorlarning toifasi:

Bolalar, kattalar, homilador ayollar.

#### 9) Dalillarga asoslangan tibbiyot asosida ishonchlik darajasi shkalasi.

##### Dalillarning haqqoniylig darajalarini baholash shkalasi

DHD	Tafsili
1	Referens usullarida nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari
2	Referens usullarida nazorat qilingan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalanlgan klinik tadqiqotlar va istalgan dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Referens usulining izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usulga bog'liq bo'lmagan referens usulli tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, jumladan, kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisaning bayoni
5	Faqat ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlar fikrining mavjudligi

## Tavsiyalarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

TID	Tafsili
A	Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning oqibatlari bo‘yicha xulosalar muvofiqlashtirilgan)
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning oqibatlari bo‘yicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning oqibatlari bo‘yicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)

### Asosiy qism

#### 1.1. Kirish

Gepatit C virusi (HCV) global miqyosda tarqalgan bo‘lib, JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, 2019 yilda hepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan sirroz va gepatotsellyulyar karsinomadan vafot etgan. 2015 yilda dunyo bo‘ylab surunkali hepatit C tashxislanganlar 71 millionga yaqin bo‘lgan, ularning aksariyati o‘zlarining kasallanganliklari haqida bilishmagan. Har yili 1,5 millionga yaqin infeksiya yuqtirish holatlari ko‘zatiladi. Bu raqamlar har safar sezilarli farqlar bilan qayd qilinadi (1 jadvalga qarang). HCV infeksiyasi dunyo bo‘ylab surunkali jigar kasalliklarining asosiy sabablaridan biri bo‘lib qolmoqda. HCV infeksiyasining uzoq muddatli tabiiy kechishi turlichadir: jigarning shikastlanishi minimal nekroyallig‘lanishi o‘zgarishlardan keng fibroz va jigar sirrozi yoki gepatosellyulyar karsinoma (GSK) bilan namoyon bo‘lishi mumkin. So‘nggi ikki o‘n yillikda HCV bilan bog‘liq jigar kasalligi bilan og‘rigan bemorlarga klinik yordam kursatish kasallikning patofiziologiyasini chuqur tushunish, shuningdek, tashxisot jarayonlaridagi yutuqlar, terapiya va oldini olishning tubdan yaxshilanishi tufayli sezilarli darajada rivojlandi <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.)

SVGC qo‘zg‘atuvchisi HCV bo‘lib, Flaviviridae oilasiga mansub tarkibida RNK saqllovchi kichik gepatotrop virusdir. Virus yadro oqsili (HCVcorAg) va bir zanjirli (+) RNKdan tashkil topgan nukleokapsiddan iborat. Virusli genom 10 xil oqsilni, shu jumladan 3 ta strukturaviy va 7 ta strukturaviy bo‘lmagan (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A va NS5B) ni kodlaydi.

1 dan 8 gacha arab raqamlari bilan belgilanadigan 8 ta genotip va lotin harflari bilan belgilanadigan bir necha o‘nlab HCV subtiplari mavjud. 1a va 1b genotiplarining kichik tiplari katta klinik ahamiyatga ega. Genotip va subtiplar ketma-ketligi mos ravishda taxminan 30% va 20% farqlanadi. Virus genomining o‘zgaruvchanligi o‘ziga xos antitanachalarning ishlab chiqarilishini aniqlaydigan antigen determinantlarning tuzilishida o‘zgarishlarga olib keladi. Bu organizmdan virusni yo‘q qilish va HCV ga qarshi samarali vaksina yaratishga to‘sqinlik qiladi [https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyi-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyi-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh_14028/)

HCV terapiyasining asosiy maqsadi infeksiyani davolash, ya‘ni barqaror virusologik javobga (BVJ) erishishdir. BVJ bu davolash tugagandan so‘ng HCV RNKning aniqlanmasligi. BVJ HCV infeksiyasidan to‘liq davolanishdir, chunki kech retsivid 6 oylik kuzatuvdan keyin 0,2% dan kam hollarda sodir bo‘ladi. BVJ odatda jigar fermentlarining me‘yorga kelishi, jigar nekrotik yallig‘lanish va fibrozining yaxshilanishi yoki regressiyasi, jigar faoliyatining yaxshilanishi bilan

bog'liq (<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.).

## 1.2. Ta'rif:

Surunkali virusli gepatit C (SVGC) 6 oydan ortiq davom etadigan jigarning surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, gepatit C virusini (GSV yoki HCV – Hepatitis C virus) yuqtirganligi sababli asosan jigar to'qimasining shikastlanishi bilan bog'liq og'ir oqibatlarga - sirroz (JS), jigar saratoni (gepatotsellyulyar karsinoma) va o'limga olib kelishi mumkin (<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. Tasnifi:

### XKT-10 ga muvofiq

#### Surunkali virusli gepatit C

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

### XKT-11 ga muvofiq

#### Surunkali virusli gepatit C

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

## 2. Tashxislash usullari, yondashuvlari va tartiblari

### Fizikal tekshiruvlar

#### 1) Muolajalar yoki aralashuvlarni o'tkazishdan maqsad: kasallik og'irligini aniqlash.

C	Umumiy ko'rikda teri va shilliq pardalarning ikterik bo'yalganligining aniqlanishi. <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
C	jigar va taloqning hajmini (kattalishishi yoki kichrayishi) va konsistensiyasini aniqlash bilan qorinni paypaslash. <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>
C	Jigar funksiyasining dekompensatsiyasi belgilarini aniqlash (ensefalopatiya, periferik shishlar, gemorragik sindrom) <a href="https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1">https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</a>

#### 2) Muolaja yoki aralashuvlarga qarshi ko'rsatmalar: yo'q;

#### 3) Muolaja yoki aralashuvlarga ko'rsatmalar: surunkali virusli gepatit C bo'lgan barcha bemorlar.

#### 4) Muolaja yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

- malakali tibbiy yordam yuqumli kasalliklar shifokorlari va boshqa tibbiyot mutaxassislari tomonidan ko'rsatiladi va maxsus usullar va murakkab tibbiy texnologiyalardan foydalanishni talab qiladigan kasalliklar va holatlarning tashxisoti, davosi va oldini olishni o'z ichiga oladi.

**5) Muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha tashxisot tadbirlari ro'yxati:** yo'q

**Tashxisot muolajalari**

**Instrumental tekshiruvlar:**

**Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTT:**

A-2	<p>Surunkali gepatit C bilan og'rikan barcha bemorlarga jigar sirrozi va GSK belgilarini aniqlash uchun qorin bo'shlig'i (kompleks) va retroperitoneal bo'shliqning ultratovush tekshiruvidan o'tish tavsiya etiladi.</p> <p><i>Izoh: Qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqning ultratovush tekshiruvi GSK, portal gipertenziya belgilari (taloqning kattalashishi, portal tizim venalarini kengayishi), astitni aniqlash, oshqozon-ichak yo'llarining patologiyasini istisno qilish uchun amalga oshiriladi, bu ba'zi hollarda kasallik bosqichi va davolash taktikasi aniqlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Surunkali gepatit C natijasidagi JS va GSK simptomsiz bo'lishi mumkin va faqat ultratovush tekshiruvi yordamida aniqlanishi mumkin. Agar jigarda GSK uchun shubhali xosila aniqlansa, tekshiruvlar GSK ni tashhislash va davolash bo'yicha klinik tavsiyanomalarga muvofiq davom ettirilishi kerak.</i></p> <p><a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a></p>
-----	---

**1) Muolajani o'tkazishdan maqsad:** Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi ichki a'zolarining holati haqida ma'lumot beradi: a'zoning shakli, hajmi, tuzilishi, joylashishini, kistalar, gemangiomalar, boshqa hosilalar, begona birikmalar (toshlar), bo'shliqdagi erkin suyuqlik mavjudligini aniqlash, o't pufagining qisqarishi, tomirlardagi oqim ko'rsatkichlarini baholash imkonini beradi.

**2) Muolaja yoki aralashuvlarga qarshi ko'rsatmalar:** yo'q.

**3) Muolaja yoki aralashuvlarga ko'rsatmalar:** surunkali virusli gepatit C bo'lgan barcha bemorlar.

**4) Muolaja yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:** tegishli malakaga ega shifokorlar.

**5) Muolajaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha tashxisot tadbirlari ro'yxati:** yo'q.

**6) Muolaja yoki aralashuvni o'tkazish uchun talablar:** – UTT uskunasi mavjudligi. dezinfeksiyalovchi eritma, qog'oz salftokalar, gel, bir marta ishlatiladigan choyshablar.

**7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar (bemorni muolaja yoki aralashuvga tayyorlash jarayonining tavsifi), shuningdek muolajani (aralashuvni) o'tkazishning bevosita usuli:**

- tekshiruv och qoringa, ko'proq ertalab amalga oshiriladi, ayniqsa o't pufagini tekshirish. 6-12 soat davomida ovqatlanmaslik kerak. Bundan tashqari, suyuqlik ichishdan (bolalar tekshiruvdan oldin 1 soat davomida, kattalar - 2 soat davomida ichmasligi kerak) va dori-darmonlarni qabul qilishdan voz kechishi kerak. Tekshiruvdan oldin chekmang, qattiq konfetlarni shimtang yoki saqich chaynamang, chunki bu oshqozon va o't pufagining qisqarishiga va natijada noto'g'ri xulosaga chiqarishga olib keladi. Agar UTT kunning ikkinchi yarmida o'tkazilsa, unda yengil nonushtaga ruxsat beriladi (tekshiruvdan 5-6 soat oldin).

**8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorlik indikatorlari** – muolajaning o'z vaqtida bajarilishi; tibbiy hujjatlarda tavsiyalarning bajarilishi to'g'risidagi yozuvning mavjudligi.

**Jigarning bilvosita elastometriyasi (fibroskanirlash)**

A1	Surunkali gepatit C bilan og‘rigan barcha bemorlarga virusga qarshi terapiya taktikasini aniqlash va bemorni keyingi davolash (sirroz holatida) uchun fibrozning invaziv bo‘lmagan tashxisini o‘tkazish tavsiya etiladi.
	<i>Izohlar:</i> invaziv bo‘lmagan tashxisot fibroz bosqichini yuqori aniqlikda baholash imkonini beradi. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a>

**1 Muolajani yoki aralashuvni o‘tkazishdan maqsad:** jigar fibrozi bosqichining tashxisoti.

**2) Muolaja yoki aralashuvlarga qarshi ko‘rsatmalar:** yo‘q.

**3) Muolaja yoki aralashuvlarga ko‘rsatmalar:** surunkali virusli gepatit C bo‘lgan barcha bemorlar.

**4) Muolaja yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar:** mutaxassislik bo‘yicha oliy tibbiy ma‘lumot.

**5) Muolajaga tayyorgarlik ko‘rishda asosiy va qo‘shimcha tashxisot tadbirlari ro‘yxati:** yo‘q.

**6) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazish uchun talablar:** – ko‘rsatmalarga muvofiq.

**7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:** yo‘q.

**8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorlik ko‘rsatkichlari:** fibroz darajasini yoki uning yo‘qligini aniqlash.

#### **EFGDS: ezofagogastroduodenoskopiya**

C	Oshqozon-ichak tizimining o‘tkir patologiyasini aniqlash uchun qorin og‘rig‘i va "kofe quyqalari" ko‘rinishidagi qusish kuzatilgan bemorlarda ezofagogastroduodenoskopiya (EFGDS) tekshiruvi tavsiya etiladi.
	<i>Izohlar:</i> qizilo‘ngach, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining shikastlanish xususiyatini aniqlash uchun amalga oshiriladi. <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827820305481</a>

**1) Muolajani yoki aralashuvni o‘tkazishdan maqsad:** ko‘rsatmalarga muvofiq qizilo‘ngachning varikoz kenaygan tomirlarini istisno qilish uchun qizilo‘ngach, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatini vizual tekshirish.

**2) Muolaja yoki aralashuvlarga qarshi ko‘rsatmalar:**

- infarkt, insult o‘tkir davrda;
- yurakning og‘ir kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi;
- gipertonik kriz;
- bronxial astma;
- qon ivishining buzilishi;
- ruhiy kasalliklarning har xil turlari;
- yuqori harorat, umumiy og‘ir ahvol, nafas olish tizimining kasalliklari;
- homiladorlik

**3) Muolaja yoki aralashuvlarga ko‘rsatmalar:** qon ketish.

**4) Muolaja yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar:** mutaxassislik bo‘yicha oliy tibbiy ma‘lumot.

**5) Muolajaga tayyorgarlik ko‘rishda asosiy va qo‘shimcha tashxisot tadbirlari ro‘yxati:** yo‘q.

**6) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazish uchun talablar:** – endoskop va talablarga muvofiq barcha tibbiy asboblarning mavjudligi.

**7) Bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:**

- barcha peroral qabul qilinadigan dori-darmonlarni 10-12 soat oldin bekor qilish kerak.

- gastrokopiyaning o‘tkazishidan 8 soat oldin ovqatlanishdan to‘liq voz kechish kerak.

Kechki ovqat yengil bo‘lishi kerak. Ertalab nonushta qilish taqiqlanadi, chunki EFGD qat‘iy ravishda och qoringa amalga oshiriladi.

- tekshiruvdan oldin siydik pufagini bo‘shatish kerak. Agar bemorda protezlar o‘rnatilgan bo‘lsa, muolajadan oldin ularni yechish kerak.

**8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorlik indikatorlari:**

- oshqozon-ichak traktining yondosh patologiyasini tashxislash.

- monitorga uzatilgan tasvirni qabul qilish.

- zaruriyat bo‘lganda qon ketishni to‘xtatish.

**Jigar biopsiyasi:**

C5	Jigar biopsiyasi bemorni davolash yoki jigar kasalligini baholash va darajalarini aniqlashda, klinik belgilar noaniq bo‘lgan holatlarda yordam berish uchun tavsiya etiladi.
	<i><b>Izohlar:</b> Jigar biopsiyasi asoratlar rivojlanish xavfi mavjud bo‘lgan invaziv muolaja hisoblanadi, shuning uchun faqat invaziv bo‘lmagan usullar samarasiz bo‘lgan taqdirda amalga oshirilishi kerak</i>

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

**1) Muolaja yoki aralashuvni o‘tkazishdan maqsad:** ultratovush, KT yoki MRT kabi noinvaziv tashxisot usullari kasallikning tabiati, uning faolligi, a‘zoning parenximasi va stromasidagi o‘zgarishlar darajasini mutlaqo aniq baholashga imkon bermasa, tashxisni aniqlashtirish.

**2) Muolaja yoki aralashuvlarga qarshi ko‘rsatmalar:**

- gemostazning og‘ir patologiyasi, gemorragik diatez;

- infeksiyaning disseminatsiya xavfi tufayli qorin bo‘shlig‘i, plevra va jigarning o‘zida yiringli-yallig‘lanish o‘zgarishlari;

- yiringli, ekzematoz jarayonlar, kesish mo‘ljallangan joyda dermatit;

- yuqori portal gipertenziya;

- qorin bo‘shlig‘ida ko‘p miqdorda suyuqlik bo‘lgan astit;

- ongning buzilishi, koma;

- bemor bilan muloqat qilish va uning harakatlarini nazorat qilish qiyin bo‘lgan ruhiy kasalliklar.

**3) Muolaja yoki aralashuvlarga ko‘rsatmalar:** JS yoki GSK shubha qilingan surunkali virusli gepatit C bilan kasallangan barcha bemorlar.

**4) Muolaja yoki aralashuvni amalga oshiruvchi mutaxassisga qo‘yiladigan talablar:**

mutaxassislik bo‘yicha oliy tibbiy ma‘lumot.

**5) Muolajaga tayyorgarlik ko‘rishda asosiy va qo‘shimcha tashxisot tadbirlari ro‘yxati:**

Biopsiyadan oldin yashash joyidagi poliklinikada kerakli tekshiruvlardan o‘tish kerak, shu jumladan tahlillar - koagulogramma, infeksiyalarni aniqlash uchun tahlillar, ko‘rsatmalarga

muvofiq ultratovush, EKG, flyurografiya. Ulardan ba'zilari - qon tahlili, koagulogramma va ultratovush - jigar to'qimasini olishdan oldin takrorlanadi.

#### **6) Muolaja yoki aralashuvni o'tkazish uchun talablar:**

Jigarning punktsion biopsiyasi kasalxonaga yotqizishni talab qilmaydi va ko'pincha ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi, ammo bemorning ahvoli tashvishlantirsa yoki asoratlari xavfi yuqori bo'lsa, u bir necha kunga shifoxonaga yotqiziladi. Jigar to'qimasini olish uchun punktsiya yetarli bo'lmasa, material olishning boshqa usullari talab qilinganda (masalan, laparoskopiya), bemor shifoxonaga yotqiziladi va muolaja jarrohlik xonasida amalga oshiriladi.

#### **7) Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:**

tekshiruvdan kamida bir hafta oldin antikoagulyantlar, antiagregantlar va doimiy ravishda qabul qilinadigan nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar bekor qilinadi;

- muolajadan 3 kun oldin, qorin dam bo'lishini keltirib chiqaradigan ovqatlarni (yangi sabzavot va mevalar, pishirilgan mahsulotlar, dukkaklilar, non) istisno qiluvchi ratsionga o'zgartirilishi kerak;
- tekshiruvdan bir kun oldin sauna va hammomga tashrif buyurishni, issiq vannalar va dush qabul qilish, og'irlik ko'tarish va og'ir jismoniy mehnatni bekor qilish;
- qorin dam bo'lishida ferment preparatlari va gaz hosil bo'lishini kamaytiradigan vositalarini qabul qilish (espumizan, pankreatin);
- oxirgi ovqatlanish biopsiyani o'tkazishdan kamida 10 soat oldin bo'lishi kerak;
- bir kun oldin kechqurun tozalovchi ho'qna qilinishi kerak.

#### **8) Muolaja yoki aralashuvning samaradorlik indikatorlari:**

- Knodel usuli yordamida jigar biopsiyasini baholashda a'zo parenximasidagi yallig'lanish og'irligini aks ettiruvchi gistologik faollik indeksi hisoblanadi va surunkali holatni ko'rsatadigan fibroz darajasi va jigarda sirroz xavfi aniqlanadi.
- Distrofiya belgilari bo'lgan hujayralar soniga, nekroz maydoni, yallig'lanish infiltratining tabiati va uning ifodalanganligi, fibroz o'zgarishlarga qarab, a'zoning gistologik faollikni va fibrozning bosqichini aniqlaydigan umumiy ballar soni hisoblanadi.

#### **Hisoblash formulasi**

$$\text{APRI} = (\text{AST} / (\text{AST yuqori chegarasi})) * 100 / \text{trombotsitlar} (10^9 / l)$$

Hisoblashning ma'nosi oddiy: mavjud AST ko'rsatkichining AST ning yuqori chegarasiga nisbati 100 ga ko'paytiriladi va trombotsitlar soniga bo'linadi.

#### **Natijani talqin qilish.**

Agar indeks qiymati 1,0 dan katta bo'lsa, unda sezilarli fibroz ehtimoli yuqori, agar 0,5 dan kam bo'lsa, unda yuqori ehtimollik bilan sezilarli fibroz va xatto sirroz yo'qligini aytish mumkin.

Uning ishonchliligi unchalik yuqori emas, ammo test jigar biopsiyasiga murojaat qilmasdan, kuchli jigar fibrozi va ayniqsa, sirroz mavjudligini dastlabki taxminiy bahoni berishga imkon beradi.

#### **APRI ni aniqlash uchun kalkulyatorga havola**

<https://www.bing.com/ck/a?!&p=df657f4cbaf5ad83JmltdHM9MTcxMjI3NTIwMCZpZ3VpZD0wMmVmNzFjYy01MmUxLTZmNTUtMDI1Mi02Mjk0NTM3MjZlYjcmaW5zaWQ9NTE4Mw&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. Protokolning tashkiliy jihatlari:**

- 1) Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risidagi ma'lumotlar:** yo'q
- 2) Taqrizchilar**

**Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatrya va pulmonologiya kafedrasida tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

**Kosherova Вахыт Nurgalievna**

Qozog‘iston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo‘yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, “Ostona tibbiyot universiteti” NAJ professori

**3) Protokolni qayta ko‘rib chiqish shartlari:** nashr etilganidan keyin 3 yil o‘tgach yoki samaradorligi tasdiqlangan yangi tashxisot va davolash usullari paydo bo‘lganda.

**4) Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:**

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 бюллетен ВОЗ по вирусному гепатиту C от 18 июля 2023 года.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
4. Хронический вирусный гепатит S (2021) . Клинические рекомендации (RF).  
[https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh_14028/)
5. Клинические рекомендации – Хронический вирусный гепатит C – 2021-2022-2023 (14.02.2022) – Утверждены Минздравом РФ  
[http://disuria.ru/Id/12/1211\\_kr21B18p2MZ.pdf](http://disuria.ru/Id/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf)
6. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi “O‘zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to‘g‘risida” gi 542-son buyrug‘i

**«SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C»  
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI VA  
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK  
PROTOKOLI**

## Toshkent 2025

### Kirish qismi

#### 1) Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10 kodlari:

V 18.2	Surunkali virusli gepatit C
--------	-----------------------------

#### Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-11 kodlari:

1E51.1	Surunkali virusli gepatit C
--------	-----------------------------

**2) Protokolni ishlab chiqilish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

#### Klinik protokol va standartni ishlab chiqish bo‘yicha mas‘ul muassasa:

**Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti.**

#### Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo‘shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha yuqumli kasalliklar yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

1. Tadjiev B.M.	Markaz direktori, t.f.d., professor	RIEMYuPKIATM
2. Tadjieva N.U.	Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, professor	RIEMYuPKIATM

#### 3) Asosiy mualliflar ro‘yxati:

##### 1. Asosiy mualliflar ro‘yxati:

1.	Musabaev E.I.	Institut direktori, tibbiyot fanlari doktori, professor, O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
2.	Tuychiev L.N.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Davlat tibbiyot universiteti
3.	Abduqodirova M.A.	Bosh ilmiy xodim, t.f.d., katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
4.	Xikmatullaeva A. S.	Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti

5.	Bayjanov A.K.	Loyiha rahbari, tibbiyot fanlari doktori, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
6.	Raximova V. Sh.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklar kafedrasida dotsenti, t.f.n.	Tibbiyot xodimlarining kasbiy tayyorgarligini rivojlantirish markazi
7.	Egamova I. N.	Bosh shifokorning tashkiliy-uslubiy ishlar bo'yicha o'rinbosari, t.f.n, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti
8.	Brigida K.S.	Bo'lim mudiri, PhD	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi
9.	Ismoilov U.Yu	Gepatologiya markazi rahbari, t.f.n.	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi
10.	Dolimov T.K.	Yuqumli kasalliklar shifokori, MD	RIEMYuPKIATMning klinikasi
11.	Mirraximova N.M.	Mustaqqil izlanuvchi, PhD, katta ilmiy xodim	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ITI
12.	Abduraximova D.R.	Yuqumli kasalliklar shifokori	RIEMYuPKIATMning Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti klinikasi

#### 4) Taqrizchilar

##### **Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

##### **Kosherova Bahyt Nurgalieva**

Qozog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo'yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, "Ostona tibbiyot universiteti" NAJ professori

#### 5) Muhokama o'tkazilgan sana

Klinik protokol oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston yuqumli kasalliklar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIEMYuPKIATM filiallari direktorlari va o'rinbosarlari), yuqumli kasalliklar xizmati tizimining hududiy muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishilgan holda 2025 yil 20 may kuni 6-sonli bayonnoma bilan onlayn formatda muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d., professor, O'zR FA akademigi, RIEMYuPKIATMning Virusologiya ITI direktori E.I.Musabaev.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo'yicha ekspert xulosasi va tahrirlash:

- 1.
- 2.

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog'liqni saqlash vazirligining Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan o'tkazilgan baholash bo'yicha ekspert xulosasi:

- 1.
- 2.

Mazkur milliy klinik protokol va standart Sog'liqni saqlash vazirining o'rinbosari t.f.d. F.Sharipov, klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish bo'limi boshlig'i t.f.d. S.Ubaydullaeva, bosh mutaxassislari Sh.Nurimov, S.Usmanov va G.Djumaevalar uslubiy boshchiligida ishlab chiqilgan.

#### 6) Qisqartmalar ro'yxati

anti-HCV	gepatit C virusiga qarshi antitanalar
HBsAg	hepatitis B surface antigen, hepatit V virusining yuzaki antigeni
VGB	gepatit V virusi
VGB DNK	gepatit V virusining DNK si
VGC	gepatit C virusi
VGC RNK	gepatit S virusining RNK si
IgG	immunoglobulin G sinfi
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
OIV	Odamning immunitet tanqisligi virusi
GSK	gepatotsellyulyar karsinoma
DNK	dezoksiribonuklein kislotsi
KT	kompyuter tomografiyasi
XB	xalqaro birlik
MNO	xalqaro me'yorlangan nisbat
UQT	umumiy qon tahlili
VQT	virusga qarshi terapiya
O'zRes	O'zbekiston Respublikasi
RNK	ribonuklein kislotasi
DH	dalillarning haqqoniyligi
UTT	ultratovush tekshiruvi
JS	jigar sirrozi

## 7) Protokoldan foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, infeksiyonistlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, doktorantlar.

Ushbu protokol barcha joylarda sogʻliqni saqlash amaliyotiga parenteral virusli gepatitlarning tashxisoti va davolashning zamonaviy usullarini joriy qilish uchun asos hisoblanadi.

## 8) Ushbu nozologiyadagi bemorlarning toifasi:

Bolalar, kattalar, homilador ayollar.

## 9) Dalillarning haqqoniylik darajalarini baholash shkalasi

DHD	Tafsili
1	Referens usullarida nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlilni qoʻllagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari
2	Referens usullarida nazorat qilingan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va istalgan dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, meta-tahlilni qoʻllagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Referens usulining izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usulga bogʻliq boʻlmagan referens usulli tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, jumladan, kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik hodisaning bayoni
5	Faqat taʼsir mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlar fikrining mavjudligi

## Tavsiyalarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

TID	Tafsili
A	Kuchli tavsiya (koʻrib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning oqibatlari boʻyicha xulosalar muvofiqlashtirilgan)
B	Shartli tavsiya (koʻrib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (oqibatlar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning oqibatlari boʻyicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yoʻqligi (koʻrib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning oqibatlari boʻyicha xulosalar muvofiqlashtirilmagan)

## 7. Asosiy qism.

### 7.1. Kirish

Gepatit C virusi (HCV) global miqyosda tarqalgan boʻlib, JSST maʼlumotlariga koʻra, 2019 yilda hepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan sirroz va gepatotsellyulyar karsinomadan vafot

etgan. 2015 yilda dunyo bo'ylab surunkali gepatit C tashxislanganlar 71 millionga yaqin bo'lgan, ularning aksariyati o'zlarining kasallanganliklari haqida bilishmagan. Har yili 1,5 millionga yaqin infeksiya yuqtirish holatlari ko'zatiladi. Bu raqamlar har safar sezilarli farqlar bilan qayd qilinadi (1 jadvalga qarang). HCV infeksiyasi dunyo bo'ylab surunkali jigar kasalliklarining asosiy sabablaridan biri bo'lib qolmoqda. HCV infeksiyasining uzoq muddatli tabiiy kechishi turlichadir: jigarining shikastlanishi minimal nekroyallig'lanishi o'zgarishlardan keng fibroz va jigar sirrozi yoki gepatotsellyulyar karsinoma (GSK) bilan namoyon bo'lishi mumkin. So'nggi ikki o'n yillikda HCV bilan bog'liq jigar kasalligi bilan og'rigan bemorlarga klinik yordam kursatish kasallikning patofiziologiyasini chuqur tushunish, shuningdek, tashxisot jarayonlaridagi yutuqlar, terapiya va oldini olishning tubdan yaxshilanishi tufayli sezilarli darajada rivojlandi <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.)

SVGC qo'zg'atuvchisi HCV bo'lib, Flaviviridae oilasiga mansub tarkibida RNK saqlovchi kichik gepatotrop virusdir. Virus yadro oqsili (HCVcorAg) va bir zanjirli (+) RNKdan tashkil topgan nukleokapsiddan iborat. Virusli genom 10 xil oqsilni, shu jumladan 3 ta strukturaviy va 7 ta strukturaviy bo'lmagan (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4B, NS5A va NS5B) ni kodlaydi.

1 dan 8 gacha arab raqamlari bilan belgilanadigan 8 ta genotip va lotin harflari bilan belgilanadigan bir necha o'nlab HCV subtiplari mavjud. 1a va 1v genotiplarining kichik tiplari katta klinik ahamiyatga ega. Genotip va subtiplar ketma-ketligi mos ravishda taxminan 30% va 20% farqlanadi. Virus genomining o'zgaruvchanligi o'ziga xos antitanachalarning ishlab chiqarilishini aniqlaydigan antigen determinantlarning tuzilishida o'zgarishlarga olib keladi. Bu organizmdan virusni yo'q qilish va HCV ga qarshi samarali vaktsina yaratishga to'sqinlik qiladi [https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh_14028/)

HCV terapiyasining asosiy maqsadi infeksiyani davolash, ya'ni barqaror virusologik javobga (BVJ) erishishdir. BVJ bu davolash tugagandan so'ng HCV RNKning aniqlanmasligi. BVJ HCV infeksiyasidan to'liq davolanishdir, chunki kech retsidiv 6 oylik kuzatuvdan keyin 0,2% dan kam hollarda sodir bo'ladi. BVJ odatda jigar fermentlarining me'yorga kelishi, jigar nekrotik yallig'lanish va fibrozining yaxshilanishi yoki regressiyasi, jigar faoliyatining yaxshilanishi bilan bog'liq (<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. Ta'rif:**

Surunkali virusli gepatit C (SVGC) 6 oydan ortiq davom etadigan jigarining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, gepatit C virusini (GSV yoki HCV – Hepatitis C virus) yuqtirganligi sababli asosan jigar to'qimasining shikastlanishi bilan bog'liq og'ir oqibatlariga - sirroz (JS), jigar saratoni (gepatotsellyulyar karsinoma) va o'limga olib kelishi mumkin (<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) Profilaktika va reabilitatsii turlari:**

- nospesifik

### **4) Jamoat profilaktika tadbirlari va shaxsiy profilaktikani o'tkazish tamoyillari:**

Surunkali gepatit C ning profilaktika tadbirlari uning epidemiologiyasining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda epidemiyaga qarshi ommaviy tadbirlarga qaratilgan. Profilaktika choralari infeksiya yuqtirishning oldini olishga, shuningdek kasallikning yuqish mexanizmini uzishga

qaratilgan. Epidemiologik jihatdan noxush sharoitdagi va infeksiya yuqtirish xavfi mavjud bo'lgan kishilar muntazam ravishda tekshiruvdan o'tishlari zarur.

### 3.1. Profilaktika usullari va muolajalari:

#### 1) Profilaktika maqsadi (profilaktika maqsadi ko'rsatiladi):

-kasalliklarning qayta rivojlanishi uchun xavf omillarining vujudga kelishi va ular ta'sirining oldini olish.

#### 2) SVGCning spesifik profilaktikasi

C4	Bugungi kunda SVGC ning spesifik profilaktikasi ishlab chiqilmagan. - SVGC aniqlangan bemorlarga A va B gepatit viruslarini yuqtirib olishning oldini olish maqsadida ushbu viruslarga qarshi vaksinatsiya tavsiya qilinadi.
----	---

#### 3) Nospesifik profilaktikasi

C5	Virusga qarshi terapiyani o'z vaqtida o'tkazish uchun infeksiya manbalarini faol aniqlash (infeksiya yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan va/yoki alohida epidemiologik ahamiyatga ega bo'lgan shaxslarni tekshirish) tavsiya etiladi.
A1	SVGC bilan bog'liq bo'lgan infeksiyaning tarqalish xavfini kamaytirish uchun sun'iy yuqish mexanizmining oldini olish (faqat hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra qon quyish, invaziv tekshirish usullarining asoslanganligi, bir martalik asboblardan foydalanish, tibbiy asboblardan va jihozlarni zararsizlantirish rejimlariga qat'iy rioya qilish, tibbiyot xodimlari tomonidan himoya vositalaridan foydalanish) tavsiya qilinadi
C5	SVGC bilan kasallangan bemorlarga infeksiya tarqalishini oldini olish uchun qo'zg'atuvchini to'liq eradikatsiyasiga yo'naltirilgan virusga qarshi terapiya tavsiya qilinadi

### 3.2. Reabilitatsiya usullari va muolajalari: Reabilitatsiya choralari ishlab chiqilmagan.

#### DISPANSER KUZATUV

C4	Virusga qarshi terapiya qoldirilgan surunkali C virusli gepatit bilan og'rikan bemorlarga dinamikada monitoring uchun har yili bir marta keng qamrovli klinik, laborator va instrumental tekshiruvdan o'tish tavsiya qilinadi
C4	Surunkali gepatit C bilan og'rikan barcha bemorlar uchun – umumklinik, biokimyoviy tahlil, qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi (kompleks) va jigar elastometriyasi (agar u mavjud bo'lmasa, laboratoriya tekshiruvlari natijalariga asoslangan hisoblash ko'rsatkichlari, masalan, APRI, FIB-4 indekslarini hisoblashdan foydalanish mumkin); Surunkali gepatit C oqibatida jigar sirrozi rivojlangan barcha bemorlarda yuqorida sanab o'tilgan tekshiruvlarga qo'shimcha ravishda – umumiy (klinik) qon tahlili (batafsil), protrombin (tromboplastin) vaqtini aniqlash, EFGD (endoskopiya) tavsiya qilinadi
C5	Surunkali gepatit C bilan og'rikan bemorlarga virusga qarshi terapiyani darhol boshlashga ko'rsatma bo'lgan hollarda bemorlarga dispanser kuzatuvi tavsiya qilinmaydi
C5	Barqaror virusologik javob (12 oy) kuzatilgan jigar fibrozi bo'lmagan, yengil va o'rta darajada jigar fibrozi (METAVIR bo'yicha F0-F2) aniqlangan bemorlarga dispanser kuzatuvi tavsiya etilmaydi <i>Izohlar: SVGC bilan virusga qarshi terapiya o'tkazilgandan keyin 12 hafta davomida gepatit S virusining RNKsi aniqlanmagan anti-HCV musbat bo'lgan bemorlar SVGC dan to'liq davolangan hisoblanadi va dispanser kuzatuidan chiqariladi</i>
A1	Surunkali VGC infeksiyasi uchun virusga qarshi terapiya o'tkazilgan bemorlarda hatto barqaror virusologik javob (12 oy) kuzatilganda ham kuchli va og'ir darajada jigar fibrozi (METAVIR bo'yicha F3-F4) aniqlangan bemorlarga GSK rivojlanish xavfi

mavjudligi bois (qonda AFPni nazorat qilish va har 6 oyda qorin bo'shlig'ini ultratovush tekshiruvini o'tkazgan holda) umrbod dispanser kuzatuvi tavsiya etiladi

6. *Profilaktik va reabilitatsiya tadbirlari samaradorligining ko'rsatkichlari – kasallanishni kamaytirish*

**Protokolning tashkiliy jihatlari:**

**1) Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risidagi ma'lumotlar:** yo'q

**Taqrizchilar:**

**Kamilov Farxod Xaydarovich**

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida tibbiyot fanlari doktori, dotsenti

**Kosherova Bahyt Nurgalieвна**

Qozog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining yuqumli kasalliklar bo'yicha bosh mutaxassisi, tibbiyot fanlari doktori, "Ostona tibbiyot universiteti" NAJ professori

**3) Protokolni qayta ko'rib chiqish shartlari:** nashr etilganidan keyin 3 yil o'tgach yoki samaradorligi tasdiqlangan yangi tashxisot va davolash usullari paydo bo'lganda.

**4) Foydalaningan adabiyotlar ro'yxati:**

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 бюллетен ВОЗ по вирусному гепатиту S от 18 июля 2023 года. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
4. Хронический вирусный гепатит S (2021) . Клинические рекомендации (RF). [https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh\\_14028/](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khVGC-u-vzroslykh_14028/)
5. Клинические рекомендации – Хронический вирусный гепатит C – 2021-2022-2023 (14.02.2022) – Утверждены Минздравом РФ [http://disuria.ru/\\_ld/12/1211\\_kr21B18p2MZ.pdf](http://disuria.ru/_ld/12/1211_kr21B18p2MZ.pdf)
6. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i