

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

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

«ҚРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ» КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИЕМЮШКИ АТМ Вирусология илмий-
тадқиқот институти директори
Е.А. Мусабаев
2025 йил _____»

«ҚРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ» КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Қрим-конго геморрагик иситмасини ташхислаш ва даволашнинг миллий клиник протоколи.....	5
«Қрим-конго геморрагик иситмаси» нозологияси бўйича тиббий аралашувларнинг миллий клиник протоколи.....	52
«Қрим-конго геморрагик иситмаси» нозологияси бўйича профилактика ва реабилитация миллий клиник протоколи.....	58

**ҚРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК
ИСИТМАСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ.**

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш қисми

Касалликларнинг халқаро таснифи - ХКТ-10/11 коди(лари):

ХКТ-10 /11	
A 98 A 98.0	Бошқа рукнларда таснифланмаган бошқа вирусли геморрагик иситмалар Крим-Конго геморрагик иситмаси (Конго вируси туфайли келиб чиққан) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Конго - Қрим геморрагик иситмаси вируси Крим-Конго геморрагик иситмаси Бошқа бўлимларда таснифланмаган вирусли геморрагик иситма Бўғимоёқлилар орқали юқадиган, келиб чиқиши аниқланмаган вирусли иситмалар https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025, ёки янги ва асосли далиллар мавжуд бўлганда 2028 санада кўриб чиқилади. Такдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМВирусология ИТИ
2.	Туйчиев Л.Н.	Тошкент тиббиёт академияси инфекцион ва болалар инфекцион касалликлари кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Тиббиёт Академияси
3.	Хайдаров А.В.	Эпидемиолог шифокор	Бухоро вилоят СЕО ва ЖСБ хавли юқумли касалликлар бўлимимудири
4.	Сайдалиев С.С.	Юқумли касалликлар кафедраси ходими	Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти
5.	Файзуллаев Х.Н.	Тиббиёт фанлари доктори, реанимация бўлими мудири	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ

6.	Миркасимова Х.Х.	ТЎЎХВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
7.	Рахимов Р.Р.	PhD, к.и.х., катта илмий ходим, эпидемиология кафедраси ассистенти	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ Тошкент Тиббиёт Академияси
8.	Камолходжаев Д.А.	ТЎЎЧВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
9.	Раджапбаева Г.П.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги СЕОЖС кўмитаси

Такризлар:

Касимова Рано Ибрагимовна

**т.ф.д.,РИЭМЮПКИАТМ вирусология
ИТИ бўлим раҳбари**

Норбоев Холмамат Нуралиевич

Ўлат профилактикаси маркази директори

Муҳокама санаси.

Клиник баённома олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон инфекционистлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, вилоят шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари -Маджидова Й.Н. – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, Институт директори РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ.

Клиник баённома Вирусология ИТИ Илмий кенгаши томонидан 2025-йил 20-майда кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий кенгаш раиси – Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, академик Э.И. Мусабаев

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1. Рахимова В.Ш.

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

Қисқартмалар рўйхати

ҚКГИ	Крим-Конго геморрагик иситмаси
анти-ҚКГИВ IgM	ҚКГИ вирусига қарши М синфи антитаналари
анти-ҚКГИВ IgG	ҚКГИ вирусига қарши G синфи антитаналари
ҚКГИВАg	ҚКГИвирусиантигени
ҚКГИRNK	ҚКГИвируси RNKси
N	норма
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ҚИВ	қоннинг Ли-Уайт бўйича ивиш вақти
ДТИҚИ	диссеминирланган томир ичи қон ивиши
ИФТ	иммунофермент таҳлил
ЮКХ	юкумли касалликлар хонаси
ХБ	халқаро бирлик
Мл	миллилитр
ХММ	халқаро меъёрлаштирилган муносабат
УҚТ	умумий қон таҳлили
УПТ	умумий пешоб таҳлили
ҚБА	қорин бўшлиғи аъзолари
ЎЖЭ	ўткир жигар энцефалопатияси
ПВ	протромбин вақти
ВҚД	вирусга қарши даво
ФДХ	фибрин деградацияси ҳосилалари (маҳсулотлари)
ПОЕ	полиорган етишмовчилик
ПЗР	полимераз занжир реакция
ЎзР	Ўзбекистон Республикаси
МФЕК	мономер фибриннинг эрувчан комплекслари
РНК	рибонуклеин кислота
ЭЧТ	Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ПТА	плазминогеннинг тўқима активатори
ТВ	тромбин вақти
ДД	далиллар даражаси
ИФ	ишқорий фосфатаза

Фойдаланувчилар:

Умумий амалиётшифокорлари, вирусологлар, тезтиббий ёрдамшифокорлари/фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, жарроҳлар, гастроэнтерологлар, клиникординаторлар, магистрлар, тиббиёт олийгоҳлари докторантлари. Ушбу баённома барчасоғлиқни сақлаш амалиётида ҚКГИ ниташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

Далиллар шкаласи

(ташхискўйишамалиётлари учун)

Далилланганлик даражаси	
1	Эталон усулидан фойдаланилган назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил қўлланилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли кўриб чиқишлари.
2	Референт усуллар назорати остида ўтказилган тадқиқотлар ёки баъзи тасодифий клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно.
3	Доимий назорат қилинмаган ҳолда ёки тадқиқот услубидан қатъи назар эталон усулдан фойдаланиб ўтказилган тадқиқотлар, шунингдек тасодифий танланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар ва клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Даволаш таъсир механизмининг асосланиши ёки эксперт хулосаси

**Далиллар шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитация чора-тадбирлари учун)**

Далилланганлик даражаси	
1	Метатаҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Метатаҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган рандомлаштирилган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно бўлган, алоҳида рандомлаштирилган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай турдаги бошқа тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар туркумланининг тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари.
5	Даволаш таъсир механизмининг асоси (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассис фикри

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси рейтинг шкаласи

Тавсияларга ишонч даражаси	
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга бўлиб, қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқдир)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган самарадорликнинг баъзи мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, айрим тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли даражада ва/ёки қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ эмас)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли далиллар, кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари ва натижалар мавжуд эмаслиги туфайли) муҳим аҳамиятга эга эмас. Барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст бўлиб, қизиқтирадиган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ келмайди.

2.1 КИРИШ

Геморрагикситмалар (ГИ) — табиийўчоқли, зоонозли, юкумликасалликларгуруҳибўлиб, уларюқорихавфливирусларбиланбоғлиқ. Букасалликлардамуҳим, лекинмажбурийбўлмаганбелгиларданбиригеморрагиксиндромбўлиб, умултиорганетишмовчилиги, оғиршоқваўлимбилантугашимумкин. ГИнинг 30 данортиқвирусларима'лумбўлиб, улартўрттатурлиоиоилагамансуб.

Уларкенггеографиктарқалишга эга. Асосан, инфекцияўчокларидаяшовчиодамларвашуергакелгансайёҳларкасалланади(ХаканЛеблебис иоглу, Озарас, Флетчер, Бечинг, & ЭССМИДСтудийГроупфорИнфестионсинТравеллерсандМигрантс (ЕСГИТМ), 2016), касалхонадаюқишвабуинфекцияларнибиологикқуролсифатидақўллаштахдидихаммавжуд. Буинфекцияларнингўпчилигиучунсамаралипрофилактикавадаволашусулларийўқ.

ГИгурухиданфақатКрим-Конгогеморрагикситмаси (ҚКГИ) ЎзбекистонРеспубликасидақайдэтилган [(МелиевА., МаксумовС. С., КаримовЗ. К., АмбарсумовС. М., ВафакуловБ. Х., 1972). Камиллов, 2007] вамамлакатучунэндемикҳисобланади. Ҳарйилияккаҳолатларучрайди.

Бирэхтимолийҳолатэпидемиологларнингтезкорреакциясиниталабқилади, биртасдиқланганҳолатфавкулоддаҳолатҳисобланади.

Чункибуинфекциянингўлимкўрсаткичидунёда 5-30% ниташкилэтади, баъзимаълумотларгақўра 60% гача (Бентеэтал., 2013).

РеспубликадаҚКГИнингкамучрашитуфайликўпчиликтиббийтходимлариунданихшихабардорэмас, аҳолиэсабукасалликҳақидадеярлибилмайди.

Буҳолатинфекциянингхаттояккаҳолатларинихамжудахавфлиқилади, чункиуодамгачақекикасалодамнингқонибиланконтактормқалиюқишимумкин.

Жаҳонсоғлиқнисақлашташкилоти (ЖССТ, 2018) яқинкелажакдаэпидемияларгаолибкелишимумкинбўлган, лекинуларгақаршикурашишвоситаларикамёкимавжудбўлмаганхавфлиинфекционкасалликларгақаршикурашишважавобберишпрежасинишлабчиққан. ЖССТ томонидан хавфли инфекциялар сифатида белгиланган 10 касаллик орасида ҚКГИ ҳам бор. ЖССТнинг ҚКГИга қарши тадқиқотлар ва маҳсулотлар яратиш бўйича йўл харитаси ҳар бир эндемик мамлакатнинг маҳаллий шароитларни ҳисобга олган ҳолда ўз кураш режасини ишлаб чиқишини ва халқаро ҳамкорликни кучайтиришни назарда тутди.

Манба:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>

2.2. Таъриф:

Крим-Конгогеморрагикситмаси (ҚКГИ) кенгтарқалганкасалликбўлиб, кўзгатувчисиканаорқалиюқувчи *Bunyaviridae* оиласи *Nairovirus* авлодигамансубвирусдир. ҚКГИвирусиоғирвируслигеморрагикситмаларникелтирибчиқаради, ўлимкоэффициенти 10-40%.

ҚКГИ Африкада, Болқонда,
Яқин Шарқда ва Осиё мамлакатларида шимолий кенгликнинг 50-параллелидан жанубда -
асосий ташувчи бўлган канатарқалишининг географик чегараси даэндемик ҳисобланади.

Манба:

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/crimean-congo-haemorrhagic-fever>

<https://diseases.medelement.com/disease>

2.3. таснифи:

I. ҚКГИ геморрагик синдром билан:

Оғир шакли:

бўшлиқ қон кетишларсиз;

бўшлиқ қон кетишлар билан.

Ўрта оғирликдаги шакли:

бўшлиқ қон кетишларсиз;

бўшлиқ қон кетишлар билан.

Енгил шакли

II. ҚКГИ геморрагик синдромсиз:

ўрта оғирликдаги шакли;

енгил шакли

Қуйидаги клиник даврлар ажратилади:

- геморрагик олди ёки бошланғич давр;
- геморрагик давр касалликнинг авжига тўғри келади;
- реконвалесценция (соғайиш даври);
- ҚКГИнинг узоқ муддатли оқибатлари.

Натижалар (Оқибатлар):

- - соғайиш;
- - ўткир геморрагия ривожланганда ўлим ҳолати.

Манба:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177>

2.4 Диагностик мезонлар

Тахминий ҳолат

Юқори иситма билан бирга кечувчи ўткир касаллик
камида қуйидаги белгилардан иккитасида:

- бош оғриғи,
- танадаги синик,

- артралгия,
- заифлик,
- қусиш / диарея
- қон кетиш

эндемик минтақада яшовчи ёки бўлган одамда

ёки кана чақиши/ кана қони билан контакт ёки қон/суюқлик билан контакт юқтирилган ҳайвон ёки беморнинг олдинги 14 кундаги таналари.

Эҳтимолий ҳолат

Қуйидаги эҳтимолий ҳолатдан олинган барча маълумотлар:

- тромбоцитопения, лейкопения,
- қуйидаги симптомлардан ҳеч бўлмаганда биттаси (петехиялар, бурундан қон кетиши, қон билан қусиш, ахлатда қон, экхимоз, милклардан қон кетиши, қон кетишининг номаълум сабаблари,
- беморнинг номаълум сабабга кўра тўсатдан вафот этиши, унда тахминий ва эҳтимолий ҳолатга мос келадиган ҳолат кузатилиши.

Тасдиқланган ҳолат

Қуйидагилардан камида биттаси:

- ПЗР (RT-PCR) усули билан беморнинг қони (бутун қон, зардоб ёки плазма), тана суюқликлари ёки тўқималарида ҚКГИ вирусининг РНКсини аниқлаш.
- Ўткир даврда ва да олинган иккита қон намунасида ҚКГИ вирусига нисбатан ИгМ синфига мансуб антитаналарнинг аниқланиши ёки ИгГ титрининг 4 марта ошиши реконвалесценция даври
- Қонда вирус антигенини аниқлаш.
- Патологоанатомик материалдан антигенни иммуногистохимёвий усулда аниқлаш.
- Вирус изоляцияси

Манба: М.Б.Шараповидр. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка // Клиническое практическое руководство. -2019. -С.242.

3. Ташхисот усуллари, ёндашувлар ва муолажалар

3.1. Шикоятлар ва анамнез, шу жумладан эпидемиологик:

- -Кана чақиши
- - Касбий фаолият
- -Ҳарорат кўтарилиши
- - ҳолсизлик
- - кўнгил айниши
- - бош оғриғи
- - қусиш
- - миалгия
- - юз ва бўйин-ёқа зонаси гиперемияси
- - Геморрагик синдром (бурундан қон кетиши, ошқозон-ичак қон кетишлари, дегтесимон нажас (мелена), геморрагик тошма (терида, шиллик қаватларда)
- - тахикардия
- Қон босимининг пасайиши
- Нафас қисиши

Манба: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2015 йил 23 январдаги “Республикада аҳоли ўртасида ўта хавфли зооантропоноз юқумли

касалликларга қарши олиб борилаётган чора-тадбирларни такомиллаштириши тўғрисида”
ги 37-сон буйруғи.

3.2. Эпидемиологик анамнез:

В	<p>Асосий манбалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уй ҳайвонлари (йирик шохли қорамол, майда шохли қорамол, отлар, эҳтимол туялар); • ёввойи ҳайвонлар (қўйлар, кирпи, каламушлар, туяқушлар); • қушлар инфекцияланган чақаларни катта ҳудудларга тарқатадилар (Спенглер эт ал., 2016). <p>ҚКГИ эпидемиологиясининг асосий хусусиятлари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ҚКГИ зооноз, табиий-ўчоқли инфекция бўлиб, трансмиссив йўл билан юқади. Табиий ўчоқлар ярим чўл, дашт ва ўрмон-дашт ҳудудларида жойлашган. Ташувчилар асосан Ҳяломма турига мансуб каналар (Ҳ. маргинатум, Ҳ. анатолисум, Ҳ. тунсатум, Ҳ. импелтатум, ва Ҳ. импрессум) (Ҳоогстраал, 1979) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/113533/
В	<p>Баҳор-ёз мавсуми (апрель-август) ва касалланганларнинг муайян касбий таркиби (чўпонлар, сут соғувчилар, қорамолчилар, шахсий қорамол эгалари, қорамол сўйишда, дала ишларида ва бошқа қишлоқ хўжалик ишларида банд шахслар) хосдир. https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf</p>
С	<p>ҚКГИ учун хос бўлган умумий эпидемиологик белгилар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одамлар ўртасида касалликнинг кўтарилиши баҳор-ёз даврида кузатилади. 2. Инфекция ўчоқлари дашт ва ярим чўл ландшафтига эга қишлоқ жойларда жойлашган. 3. Касалланганлар орасида касбий хавф гуруҳлари (чўпонлар, сутчилар, қорамолчилар, шахсий қорамол эгалари, дала ишларида банд шахслар) устунлик қилади. 4. Одамларнинг асосий юқиш механизми чақалар чақиши орқали трансмиссивдир. 5. ҚКГИ вирусининг одамга гемоконтакт йўли билан юқиши касалларга парвариш ёки тиббий ёрдам кўрсатишда касалхона ичидаги инфекция ўчоқларининг ривожланиш эҳтимолини белгилайди. https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf

3.3. Касаллик анамнези:

В	<ul style="list-style-type: none"> • ҚКГИнинг бошланиши юқори ҳарорат ва умумий инфекцион синдромнинг намоён бўлиши билан кескин бошланади. Продром характерли эмас. • Беморлар касалликнинг санаси ва кўпинча соатини аниқ кўрсатадилар. • Иситма 1 кундан 12 кунгача, ўртача 7-8 кун давом этади. • Кўп ҳолларда ҳароратнинг кескин пасайиши (температура қисмининг
---	---

«кесилиши») касалликнинг 3-5 кунда нормал ёки субфебрил даражаларгача бўлиб, кейинчалик иккинчи иситма тўлқини фебрил ёки субфебрил даражаларда ривожланади.

- Иккинчи иситма тўлқини қисқа муддатли, 3-5 кунгача давом этади.
- Касалликнинг бошланғич даврида геморрагик намоеън бўлишидан олдин беморлар кучли бош оғриғи, кескин заифлик, қусиш, қусиш, иштаҳанинг йўқолиши, уйқунинг бузилиши, танада оғриқлар ва мушак оғриқларини сезадилар.

- 2-3

кундавомидапатологикқўшимчаларсизсуоқахлатвақориноғриғибўлишимумкин.

<https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%D1%83%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf>

3.4 ҚКГИ касаллигининг клиник кўриниши ўткир касаллик бўлиб, у симптомсиз, ўз-ўзидан тузалишдан тортиб, турли даражадаги оғирликда ва баъзида жуда оғир кечиши, ДВС-синдроми, шок, кўп аъзолар етишмовчилиги каби оғир асоратлар ёки ўлим билан яқунланиши мумкин. Касалликнинг сурункали кечиши кузатилмайди.

Касалликнинг классик кечишида куйидаги даврлар фарқланади: инкубацион давр, геморрагик олди даври, геморрагик давр ва соғайиш даври.

Инкубацион давр. Кана чаққанида 1-5 кун - максимал 9 кун; инфекцияланган қон/тўқималар билан контактда бўлганда - 5-7 кун, максимал - 13 кун.

Инкубацион даврининг давомийлиги бир қатор омилларга боғлиқ: вирус дозаси, макроорганизмнинг иммунитет хусусиятлари, инфекциянинг юқиш йўллари. Вируснинг юқори дозаси инкубацион даврнинг кескин қисқаришига ва ўлим эҳтимолининг юқори бўлишига олиб келиши мумкин.

Геморрагик олди даври. Касаллик тўсатдан бошланади, тана ҳароратининг кўтарилиши билан характерланади. Иситма бу касалликнинг энг типик белгисидир. Юқори ҳарорат фонида интоксикациянинг бошқа аломатлари пайдо бўлади: бош оғриғи, ҳолсизлик, мушаклар оғриғи, кўнгил айниши/қусиш, баъзан ич кетиши, юз ва бўйин соҳаси қизариши. ҚКГИнинг бу даври 3-5 кун давом этади. Касалликнинг эрта босқичида ташхис қўйишнинг энг катта қийинчилиги ҚКГИ га хос бўлган аломатларнинг йўқлигидир. Мавжуд белгилар ўРВИ ёки ичак инфекцияларини эслатади. Фақатгина эпидемиологик омилларнинг мавжудлиги тиббиёт ходимида юқорида кўрсатилган аломатлар билан касалланган беморда ҚКГИни тахмин қилиш, беморни ажратиш ва ушбу инфекцияга лаборатория текширувини тайинлаш имконини беради.

Геморрагик давр. Касаллик бошланганидан кейин ўртача 3-6 кундан сўнг геморрагик белгилар пайдо бўлади. Кучли заҳарланиш ва иситма фонида петехиал тошма, кўз шиллиқ пардасига қон куйилиши, милк, шиллиқ қават ва терида, кўпинча тананинг юқори қисмида, инъекция қилинган жойларда қон кетиши, тери остига қон куйилишлари пайдо бўлади.

Беморнинг аҳволи қанчалик оғир бўлса, геморрагик синдром шунчалик тез намоеън бўлади ва кучаяди. Беморларда қонли қусиш, қора қахва қуйқасига ўхшаш қусиш, бурундан қон кетиши, касалликнинг 4-5 кунларида қора ахлат, сийдикда қон пайдо бўлиши кузатилади. Аёлларда бачадондан қон кетиши мумкин,

айниқса, туғруқ пайтида ёки туғруқдан кейинги даврда, ва бу кўпинча диагностик хатоларга олиб келади.

Қон кетиши касаллик кечишида энг муҳим салбий прогноз омили ҳисобланади.

Ички, кўзга кўринмайдиган қон кетиши ҳам бўлиши мумкин: плевра бўшлиғига, қорин бўшлиғига, калла ичига. Геморрагиялар - майда қон қуйилишлар, катта қон қуйилишлар ва ҳаёт учун хавфли бўлган кучли қон кетиши бошқа геморрагик иситмаларга қараганда айнан ҚКГИда кўпроқ ифодаланган.

Ошқозон-ичакдан қон кетиши ва мияга қон қуйилиши ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабабларидир.

Юрак ва ўпка томонидан асоратлар кузатилиши мумкин. Бунда

ўткир нафас олиш етишмовчилиги синдроми ривожланиб, нам хириллашлар, йўтал ва қон аралаш балғам ажралиши, нафас қисилиши кузатилади.

ҚКГИнинг оғир ва ўлим ҳолатлари юрак фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ.

Жигар ва талоқ катталашуви 20-40% ҳолларда кузатилади.

Лекин сариқлик ва қонда билирубин миқдорининг ошиши хос эмас. Гепатит оқибатида қон ивиш омиллари, фибриноген, плазминоген синтези бузилади, албумин ва трансферрин миқдори камаяди. Марказий асаб тизими фаолиятининг бузилиш белгилари кучли бош оғриғи, уйқу тартибининг бузилиши, алаҳсираш, энцефалопатия кўринишида намоён бўлади. Мияга қон қуйилиши мумкин.

Геморрагик белгиларсиз ҚКГИ. Инфекциянинг бу тури асосан енгил, баъзан ўртача оғир шаклда кечади. Унга унча юқори бўлмаган ва узоқ давом этмайдиган ҳарорат, интоксикациянинг нисбатан енгил симптомлари хос. Фақат ошқозон-ичак симптомлари устунлик қилиши мумкин. Умумклиник лаборатория текширувларида ҚКГИ учун хос бўлган белгилар аниқланмайди.

Ташхис қўйиш мураккаб вазифа ҳисобланади, чунки касал болалар касалликни оёқда юриб ўткази оладилар ва шифокорга мурожаат қилмайдилар. Бундай беморларни фақат ҚКГИ тарқалишини текширишда, контактда бўлганларни лаборатория текширувидан ўтказишдагина аниқлаш мумкин.

Субклиник шакли. ҚКГИнинг геморрагик белгиларсиз шакли енгил, баъзан ўртача оғир шаклда кечади. Унга унча юқори бўлмаган ва қисқа муддатли ҳарорат, интоксикациянинг нисбатан енгил симптомлари, ошқозон-ичак бузилишлари хос.

80% ҳолларда ҚКГИ симптомсиз кечиши мумкин.

Аҳолида ҚКГЛ га қарши антитаналар мавжуд бўлган, аммо илгари бу касалликни ўтказганини инкор қиладиган одамлар борлиги бу фактни кўрсатиши мумкин.

Болаларда ҚКГЛ. Болаларда ҚКГИ ҳақидаги илмий мақолалар кам учрайди. Болаларда ҚКГИ клиникаси ва оқибатларини ўрганиш бўйича таҳлил қилинган ишлар шуни кўрсатдики, ушбу инфекциянинг клиникаси болаларда катталарникига ўхшаш, аммо болалар орасида ўлим кўрсаткичи Эронда Туркиядагига қараганда сезиларли даражада юқори бўлган.

Ҳомиладор аёлларда ҚКГИ. Адабиётларда ҳомиладор аёлларда ҚКГИ ҳақидаги мақолалар сони чекланган. Уларда касаллик ҳомиладор аёллар учун жуда хавфли эканлиги, ҳомила ичидаги ва чақалоқ ўлими 58% гача, она ўлими эса 34% гача етиши қайд этилган. Инфекциянинг вертикал ўтиши аниқланмаган. Бу оғир преэклампциянинг бир тури бўлиб, унда гипертония ва буйрак дисфункциясидан ташқари гемолиз белгилари, трансаминазалар фаоллиги ошиши, жигар шикастланиши ва тромбоцитопения кузатилади. Бу синдромнинг сабаби номаълум. У ҳомиладорликнинг 28-36 ҳафтасида оғир преэклампция ёки ҳомиладорлик охирида ёхуд туғруқдан сўнг тез орада

эклампция бўлган аёлларнинг тахминан 4-10 фоизида ривожланади. Бу синдромнинг белгилари: ҳолсизлик, суюқликнинг ушланиб қолиши, шишлар, бош оғриғи, кўнгил айнаши, қорин оғриғи, қусиш, кўришнинг ёмонлашуви, бурундан қон кетиши, талвасалар. Шунингдек, ДВИ, йўлдошнинг кўчиши ва етишмовчилиги ҳам кузатилиши мумкин. Бу аломатларнинг барчаси ҚКГИни эслатади. ҚКГИда гемолитик анемия бўлмайди, иситма, геморрагик синдром мавжуд бўлиб, анамнезда кана чақиши, чорва моллари билан алоқа, қонда вирус РНКси ёки вирусга қарши антитаначалар аниқланади.

Ҳомиладор аёлларда Е гепатитнинг танлаб оғир кечишини ва мамлакатимизнинг ушбу гепатит тури бўйича эндемиклигини ҳисобга олган ҳолда уни ҚКГИдан фарқлаш зарур. Трансаминазалар фаоллигининг ошиши, жигарнинг катталашуви, кўнгил айнаши, қусиш, энцефалопатия, қон кетишлар, тромбоцитопения, ПТИ пасайиши ҳомиладор аёлларда Е гепатитнинг оғир кечиши учун хос бўлиб, у 20-40 фоиз ҳолларда ўлимга олиб келиши мумкин. Е гепатити асосан ифлосланган сув орқали юқади, қишлоқ жойлардаги аёллар кўпроқ касалланади, тери ва кўз оқларининг сарғайиши, ҳазм тизими бузилишлари тез кучайиб боради. ҚКГИдан фарқли ўлароқ, Е гепатитида анамнезда кана чақиши бўлмайди ва ҚКГИда иситма фониди геморрагик кўринишлар тез ривожланади, бу Е гепатити учун хос эмас. Е гепатитида қонда anti-HEV IgM ва Е гепатити вирусининг РНКси аниқланади.

Эндемик ҳудудлардаги акушерлик ва гинекология бўлимларининг тиббиёт ходимлари ҚКГИ ҳақида хабардор бўлишлари ва ҚКГИ билан касалланган аёллар билан ишлашда стандарт эҳтиёт чораларини кўришлари лозим.

Манба:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971207001993><https://journals.tubitak.gov.tr/medical/vol44/iss1/28/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166354213001939>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166354204001639?via%3Dihub>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jdv.12145>

<https://link.springer.com/article/10.1186/s13256-018-1665-4>

[https://journals.lww.com/pidj/FullText/2008/06000/Clinical and Epidemiologic Features of.18.aspx](https://journals.lww.com/pidj/FullText/2008/06000/Clinical_and_Epidemiologic_Features_of.18.aspx)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00705-016-3162-7>

<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/vbz.2013.1297>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971206000324>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971207001993>

<https://journals.tubitak.gov.tr/cgi/viewcontent.cgi?article=3101&context=medical>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971208014926>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166354204001639?via%3Dihub>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2094967/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0166354204001639?via%3Dihub>

https://journals.lww.com/pidj/FullText/2008/06000/Clinical_and_Epidemiologic_Features_of.18.aspx
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00705-016-3162-7>
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/vbz.2013.1297>
<https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372330/>
<https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2334-9-35>

3.5 Физикал текширувлар

С	<ul style="list-style-type: none"> - Юзнинг гиперемияси ва шишиши; - Бўйин ва елка камарининг юқори қисмининг гиперемияси (симптом «капюшон»); - Склера томирларининг инъекцияси; - Томоқнинг ўртача гиперемияси; - Позитив «чимчилаш» ва «жгут» симптомлари; - Инъекциядан кейинги гематомаларнинг шаклланиши; - Терининг ва шиллиқ қаватларнинг геморрагик тошмаси, кўпроқ юқори ва қуйи қўл-оёқларда, қўлтиқ ости худудларида, кийим босими бўлган жойларда петехиялар кўринишида; - Милк ёки оғиз бўшлиғининг шиллиқ қаватларининг қон кетиши; - Қон кетишлар (бурндан, бачадондан, ошқозон-ичакдан, буйракдан, ўпкадан); - Касалликнинг 3-5 кунда жигарнинг катталашishi; - Касаллик авжи даврида: минутига 40 гача брадикардия, гипотония, юрак тонларининг пасайishi. <p>https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf</p>
----------	--

3.6 ҚКГИ оғирлик даражаси мезонлари (интоксикация белгиларининг ифодаланиши ва геморрагик синдромнинг ифодаланиши бўйича баҳоланади):

Белги	Енгил оғирлик даражаси	Ўртача оғирлик даражаси	Оғирлик даражаси
Яққол захарланиш	Енгил ёки мўътадил ифодаланганлик	Ўртача ёки анчагина ифодаланган	Анча ифодаланган

Яққол безгак	Ҳароратнинг 38-38,5°C гача кўтарилиши ёки нормал бўлиши	Ўсиш ҳароратдан юқори 38,5-39,5°C	Ўсиш ҳароратдан юқори 39,5°C
Яққол геморрагик синдром	Йўқ	Йўқ ёки ўртачаифодаланган қонқетиш, теридаги геморрагиялар ва шиллиқ микрогематурия	Массивқонқетишлар, ДВС синдромиривожланиши билан, теривашилликқардалардая ққолгеморрагиялар, микрогематуриякузатилади
https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf			

3.7. Лаборатор текширувлари

Касалликни ўз вақтида ташхислаш, геморрагик синдромларни башоратлаш ва адекват даволаш кўп жиҳатдан касалликнинг ижобий натижасини белгилайди. ҚКГИнинг клиник кўринишларини лаборатор баҳолаш гематологик, биокимёвий, гемостазиологик лаборатория тестлари билан амалга оширилади. Ташхисни тасдиқлаш вирусологик, серологик ва молекуляр-генетик усуллар билан амалга оширилади.

Стационар даражада ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностик текширувлар:

- қон гуруҳини аниқлаш;
- резус-омилни аниқлаш;
- умумий қон таҳлили;
- сийдикнинг умумий таҳлили;
- коагулограмма;
- қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, албумин, билирубин, АЛТ, АСТ, ЛДГ);
- ичакдан қон кетишини аниқлаш мақсадида ахлатни яширин қон таҳлили;
- ИФТ усулида вирус антигени (Ag), IgM, IgG антигенларини аниқлаш;
- ПЗР усули билан ҚКГИ вирусининг РНКсини аниқлаш;
- вирус антигенини патологоанатомик аниқлаш

Асосий лаборатория ташхиси:

Махсус лаборатория усуллари (исботлар даражаси: А)

ҚКГИнинг лаборатор диагностикаси ҚКГИ кўзғатувчиси ёки унга антитаналарнинг махсус индикациясига асосланган. ҚКГИ беморлардан олинган материални текширишда қуйидаги усуллардан фойдаланилади:

1. серологик - ELISA (қаттиқ фазали иммунофермент таҳлил);
2. Молекуляр-генетик - ТТ-ПЗР (тесқари транскрипцияли полимераза занжир реакцияси);
3. вирусологик усул.

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

В	<p>ҚКГИ шубҳа қилинган барча беморларга касалликнинг этиологик омилини тасдиқлаш учун иммунофермент таҳлил усули билан ҚКГИ антитаналари ва антигенларини аниқлаш учун серологик тадқиқотлар ўтказиш тавсия этилади.</p>
	<p>Изоҳлар: авж олиш даврида: ИФТ усулида вирус антигени ёки IgM антитаначаларини аниқлаш; - реконвалесценция босқичида ёки яқинда ўтказган касаллигида, ўтган бир неча ой давомида содир бўлган: антитаначалар (IgM + IgG); - охириги икки йил давомида ўтказилган инфекцияда: юқори титрларда IgG (манфий IgM да); - икки йилдан ортиқ вақт олдин ўтказилган узоқ муддатли инфекцияда: паст титрларда IgG (манфий IgM да).</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177</p>

ҚКГИнинг лаборатор диагностикаси қуйидагиларни ўтказишни ўз ичига олади:

- ҚКГИ касаллигига гумон қилинган ва ҚКГИ бўйича эндемик ҳудудларда ноаниқ генезли иситмадан вафот этган одамлардан олинган клиник материалнинг диагностик тадқиқотлари;

- ҚКГИ табиий биотопларидан тўпланган дала материалларини (каналар, сичқонсимон кемирувчилар, жониворлар оиласига мансуб қушлар, қишлоқ хўжалиги ҳайвонларининг қон зардобини) ушбу ҳудудда ҚКГИ вирусининг циркуляциясини ўрганиш учун лаборатория тадқиқотлари.

<https://docs.cntd.ru/document/1200096192>

Реал вақт режимида полимер занжир реакцияси (ПЗР):

А	<p>Қондаги ҚКГИ вирусининг РНКсини ПЗР усулида аниқлаш, ҚКГИ га шубҳа қилинган беморларнинг қон намуналарини эрта ташхислаш мезони сифатида сифатли текшириш тавсия этилади.</p>
	<p>Изоҳ: ПЗР қон зардобини вирус РНКсини аниқлаш имконини беради. ҚКГИ РНКси қонда касаллик бошланганидан 5-7 кун ўтгач пайдо бўла бошлайди.</p> <p>https://docs.cntd.ru/document/1200096192</p>

Тадқиқот учун материаллар: бутун қон, қон зардобини ва плазмасини намуналарини, қон қуюқлиги, секцион материал (жигар, ўпка, талок, буйрақлар, бош миёна).

ПЗР тадқиқотлари учун беморлардан олинган намуналар (қон) касаллик бошланганидан кейин эрта муддатларда (7 кунгача) вирусемия даврида олинади. серологик тадқиқотлар учун қон икки марта олинади – касаллик бошланишидан 5-7 кун ва 10-14 кун ўтгач, зарурат бўлса, кейинги муддатларда ҳам олиш мумкин.

лаборатор текшируви учун клиник намуналарини олиш, қадоқлаш (ўраш) ишлари ҚКГИга профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларни ташкил қилиш ва ўтказиш бўйича амалга ошириладиган услубий кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади.

[D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(06)70435-2/fulltext)
[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(06\)70435-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(06)70435-2/fulltext)
<https://doi.org/10.1586/14787210.2015.1021782>

Вирусологик усул.

В	Вируснинг ажратиб олинган штаммининг хусусиятларини ўрганиш учун асосан тадқиқот мақсадларида қўлланилиши тавсия этилади.
	<i>Изоҳлар: вирусни ажратиб олиш ишлари максимал хавфсизлик шароитида олиб борилиши керак. (ЖССТ 2004)</i>

Қоннинг умумий таҳлили:

С	Умумий қон таҳлили (лейкоцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар даражаси) ни бажариш тавсия этилди
	<i>Изоҳлар: кучли лейкопения, тромбоцитопения, ЭЧТ ва гематокритнинг ошиши характерлидир</i>

Гомеостаз тизимини текшириш.

В	Касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун индексни (ССИ) ҳисоблаш тавсия этилади. Бунинг учун қуйидагиларни аниқлаш зарур: 1) тромбоцитлар сони, 2) фибриноген даражаси, 3) тромбобластин вақти, 4) қон кетишининг мавжудлиги, 5) сомноленциялар. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946218/
	<i>Изоҳлар: Ушбу бешта белгининг ҳар бирининг ифодаланиши уч балли тизим бўйича баҳоланади. Йиғинди индекс қанчалик юқори бўлса, ўлим даражаси шунчалик кўп қайд этилади.</i> https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946218/

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

С	Қоннинг биокимёвий таҳлилини (умумий билирубин, эркин ва боғланган билирубин даражасини ўрганиш, аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансфераза (АлАТ, АсАТ) фаоллигини аниқлаш) ўтказиш тавсия этилди.
	<i>Изоҳ: қоннинг биокимёвий таҳлили кўрсаткичларидан нафақат жигар шикастланишининг белгиси сифатида, балки гипокоагуляциянинг қўшимча кўрсаткичи сифатида ҳам фойдаланиши таклиф этилади.</i>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X24000056>

Умумий сийдик таҳлили:

ҚКГИга гумон қилинган барча беморларга микро ва макрогематурияни аниқлаш учун умумий сийдик таҳлилини ўтказиш тавсия этилади.

Изоҳлар: Сийдик таҳлилидаги характерли ўзгаришлар:

- бошланғич даврда: энгил албуминурия, микрогематурия, цилиндруря;

С - авж олиш даврида — гематурия

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177>

Яширин қон таҳлили:

ҚКГИ га гумон қилинган барча беморларга тавсия этилади

Изоҳлар: ичак ичи қон кетишида ижобий натижа

С <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177>

ҚКГИ учун хос лаборатория ўзгаришлар

1. Лейкопения, тромбоцитопения, нейтрофил гранулоцитлар сонининг ошиши, нисбий лимфоцитоз, СЕО кўрсаткичларининг секинлашиши.

2. Билирубин даражасининг энгил ошиши; АЛТ ва АСТ фаоллигининг 2-5 мартагача ошиши.

3. Гомеостаз ҳолатининг ўзгаришлари аввало тромбоцит васкулар тизими бузилишлари (тромбоцитопения, Тр агрегацион қобилятининг сусайиши) ва кейинчалик ДВС-синдром ривожланишининг лаборатория белгиларидан иборат.

Юқоридаги ўзгаришлар касаллик оғирлиги, ГС мавжудлиги ва кўп аъзоларнинг зарарланишига боғлиқдир.

Манба:

http://pgssmp.ru/img/docs/28_KGL_metodichka.pdf

3.8. Инструменталтекширувлар:

ЭКГ:

	Тавсия этилади: юрак-қонтомиртизиминингҳарқандайбузилишлари (юракритми, юракчегаралариватонлариўзгариши, шовқинаниқланиши) бўлганбеморларда электрокардиография (ЕКГ) ўтказиш, ҳамроҳпатологиянингдекомпенсатсиясиниолдиниолишмақсадида.
С	Изоҳ: ҚКГИбиланкасалланганбеморлардабрадикардиягамойилликхарактерлидир, ҳолатнингёмонлашиши, интоксикатсиянингкучайишивапрекомаривожланишхавфибиланюракритмларинингўзгариши, юрактонларинингпасайишипрогнозжиҳатиданноқулайбелгиларҳисобланади https://snipchi.ru/updoc/2019/KGL_2019_.pdf

ҚоринбўшлиғиғаъзоларинингУТТ:

	Ўткирпарентералвируслигепатитбиланоғриганбарчабеморларгажигарнингкатталашииваструктурасинингўзгариши, талоқнингкатталашии, ошқозон-ичактрактинингёндошпатологиясиниистисноқилишучунқоринбўшлиғивақоринортибўшлиғиғаъзоларинингултратовуштектирувини (УТТ) ўтказиштавсия этилади.
С	Изоҳ: жигартузилишинио‘згартирмаганҳолдагепатомегалияхарактерлидир, спленомегалябо‘лишимумкин. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

ФГДС:

	Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) қорин оғриғи, "қаҳва қуйқаси" қусиши бўлган беморларда ошқозон-ичак тракти томонидан ўткир юзага келган патологияни аниқлаш учун тавсия этилади.
С	Изоҳ: қизилўнғач, ошқозон, ўниккибармоқличкакишликқаватинингзарарланишхарактеринианиқлашучунамалгаоширилади. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

Кўкракқафасиғаъзоларинингрентгенографияси:

	Бурун ва ко‘злардан қон кетганда бажариш тавсия этилади.
С	Изоҳ: гемоторакс, пневмонияни ташхислаш мақсадида ўтказилади https://crb.velizh.ru

Бошмиакомпьютертомографияси:

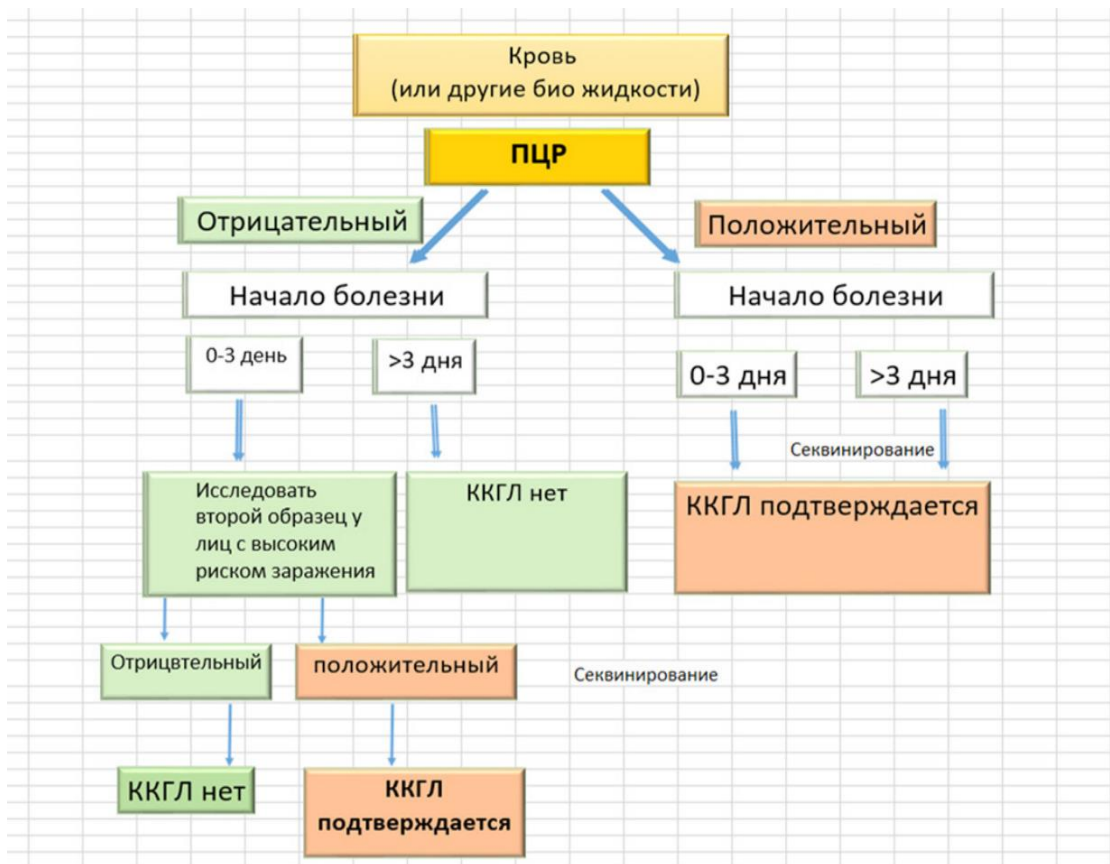
	Геморрагиктипбо‘йичамияқонайланишининго‘ткирбузилишигашубҳақилинганда бошмиаКТси.
С	Изоҳ: қон қуйлиши о‘чоқларининг мавжудлиги https://crb.velizh.ru

3. 9. Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

С	<p>Касалликнинг оғир ва мураккаб кечиши ва ёндош патологияси боʻлган беморларга шопилинч ҳолатлар мавжуд бўлганда қуйидаги маслаҳатлар тавсия этилади:</p> <p>анестезиолог-реаниматолог (РИТБ боʻлимига оʻтказиш учун кўрсатмаларни аниқлаш учун);</p> <p>гематолог (оғир гематологик оʻзгаришлар ва геморрагик синдромда);</p> <p>кардиолог (миокардит, оʻткир юрак-қон томир етишмовчилиги аломатлари қўшилганда);</p> <p>пулмонолог (пневмония белгилари мавжуд бўлганда);</p> <p>гинеколог маслаҳати (ҳомиладорлик пайтида: метроррагия).</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/1617</p>
----------	--

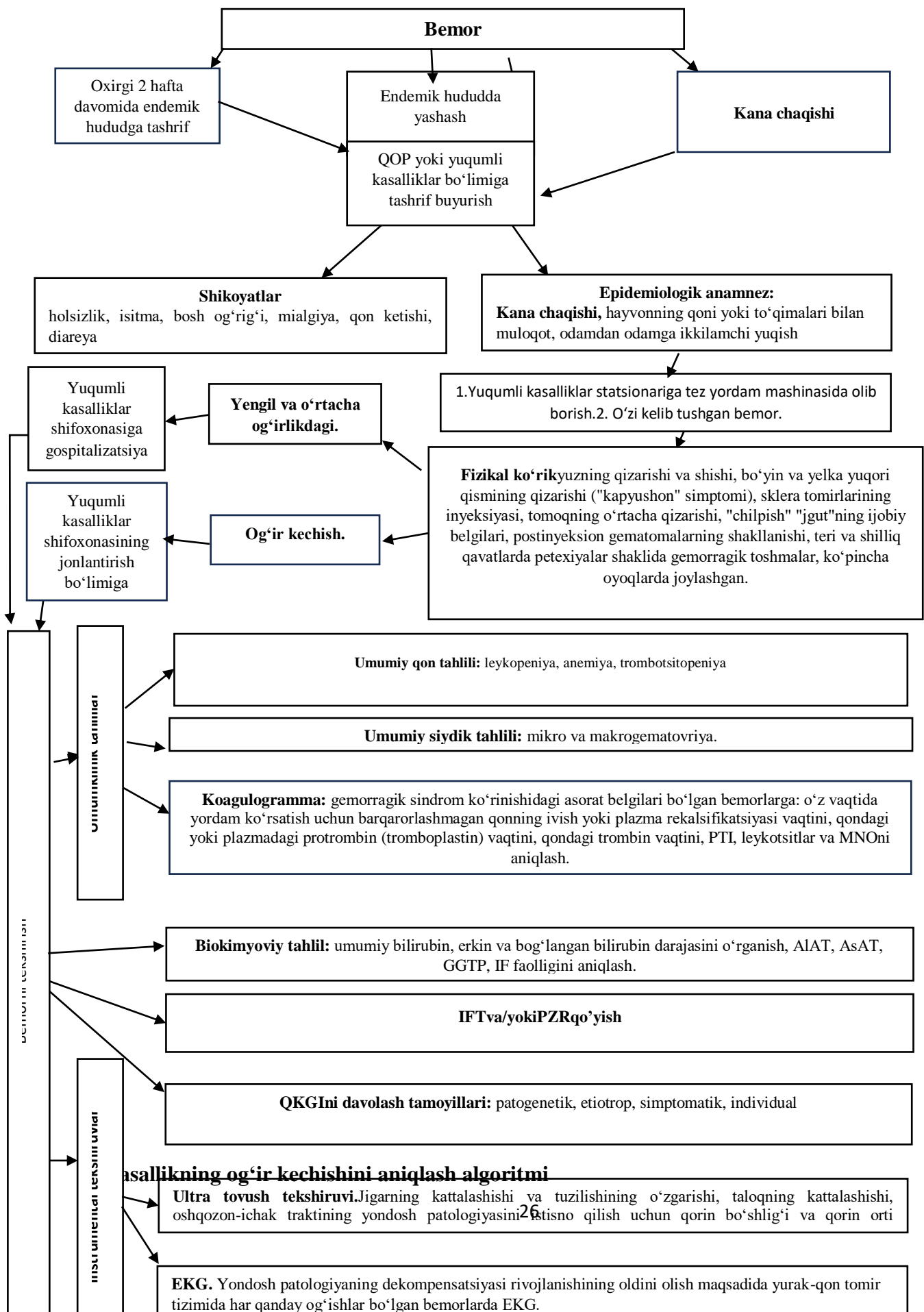
4. Ташхислаш алгоритмлари, даволашга ёндашув алгоритмлари, беморларни йўналтириш алгоритмлари

ПЗР усули билан ҚКГИни таъхислаш



(18 Европа экспертларининг шарҳлари асосида Бартолини Б ва б. 2019 йил)

ҚКҒИ билан og'rigan bemorlarni tashxislash va davolash algoritmi



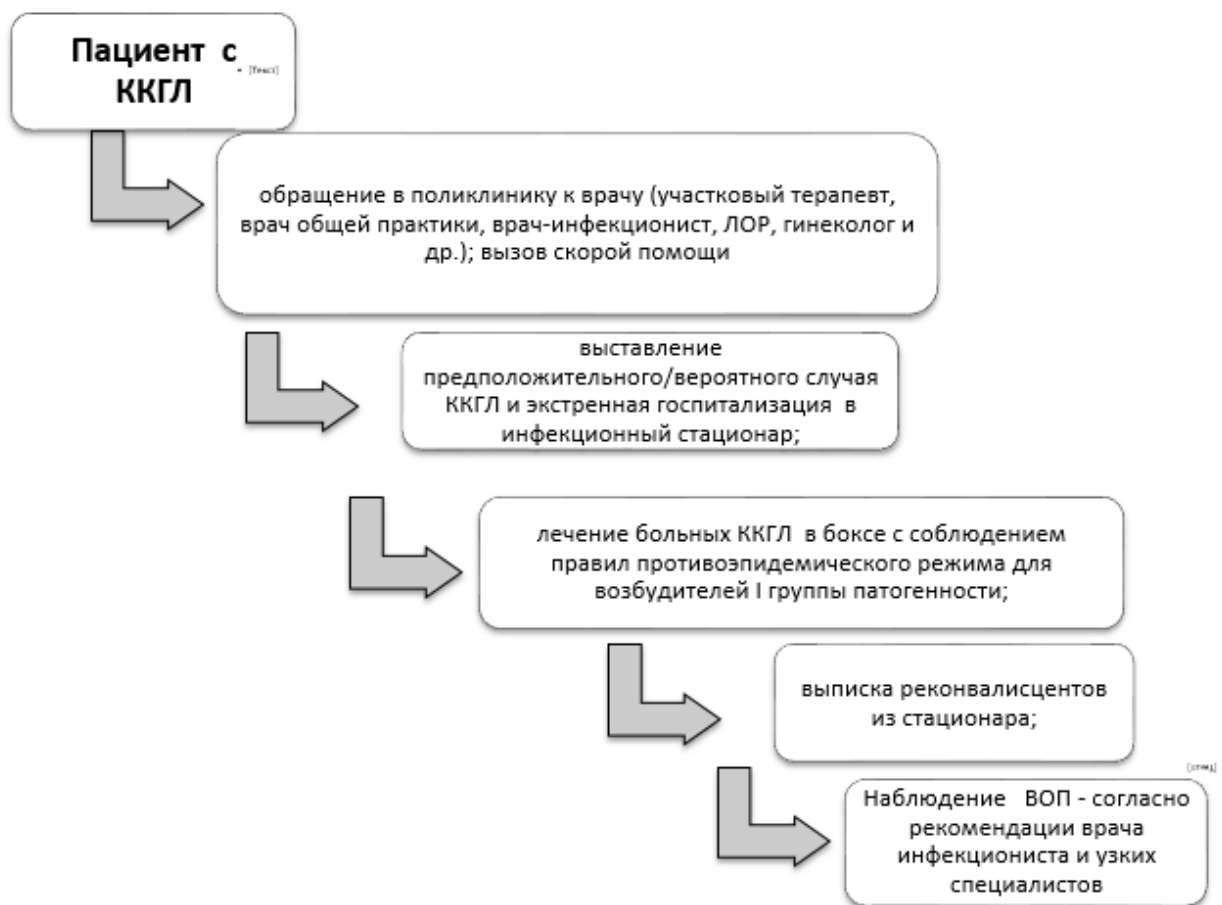


**3-расм
Манба**

https://snipchi.ru/updoc/2019/KGL_2019_.pdf

<https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf>

Стационар даволаш тактикаси алгоритми



Манба

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177>

5. ҚКГИ асоратлари

ҚКГИ асоратлари: ошқозон-ичак трактининг оғир қон кетиши, септик шок, ДВС, тромбофлебит, пневмония, ўткир буйрак етишмовчилиги, ўпка шиши, ўткир респиратор дистресс синдроми.

Ўлим даражаси 5% дан 60% гача ўзгариб туради.

Қуйида ҚКГИ да энг кўп ўлимга олиб келадиган шок ва ДВС-синдромининг асосий клиник хусусиятлари ва клиник ташхис мезонлари келтирилган.

Шу сабабли, беморнинг танасида қайтарилмас ўзгаришлар ривожланишининг олдини олиш учун ўз вақтида аниқлаш ва реанимацион чораларни бошлаш ниҳоятда муҳимдир.

ДВС СИНДРОМИ.Шу муносабат билан, бемор организмида қайтмас ўзгаришлар ривожланишининг олдини олиш учун ўз вақтида ташхис қўйиш ва реанимация чораларини бошлаш жуда муҳимдир.

Гемостаз даражаси бузилишларини баҳолаш учун клиник ва лаборатория тестлари тўпламидан фойдаланилади:

1. Гемостазнинг қон томир компонентини тавсифловчи тестлар. Аниқланишича, ҚКГИ учун, биринчи навбатда, гемостазнинг қон томир-тромбоцитар бўғинининг бузилиши хосдир. ҚКГИ да қон томирлар ҳолатини баҳолаш учун тиббий ҳамшира одатий клиник амалиётда қуйидаги синовларни ўтказиши мумкин:

- чимчилаб кўриш синамаси; чимчиланган жойда петехия ёки қонталаш пайдо бўлганда синама ижобий ҳисобланади; ҚКГИда томирлар ҳолатини баҳолаш учун тиббий ҳамширанинг одатий клиник амалиётида бажарилиши мумкин бўлган қуйидаги намуналардан фойдаланиш мумкин:

- жгут синамаси: тирсак венаси чуқурчасидан 1,5-2 см пастда чизилган доира ичида 10 тадан ортиқ петехиялар пайдо бўлганда, елкага 80 мм симоб устуни босимли манжет қўйилгандан сўнг, синама ижобий ҳисобланади.

ДВС синдромини ташхислаш учун лаборатория тестлари

1-гурух лаборатория тестлари кўпол гемокоагуляцион бузилишларни скрининг қилиш ёки аниқлашга йўналтирилган:

1. Тромбоситлар миқдори.
2. Ли-Уайт бўйича қон ивиш вақти.
3. Фаоллашган қисман тромбопластин вақти (ФҚТВ).
4. Протромбин вақти (ПВ) ва протромбин индекси (ПИ).
5. Фибриноген даражаси (Фг).
6. Тромбин вақти (ТВ).
7. Д-димер.
8. Мономер фибриннинг эрувчан комплекслари (МФЕК).

2-гурух тадқиқотлари гемокоагуляция ва фибринолиз тизими бузилишларининг турли клиник кўринишлари учун қўшимча тестлар тўпламидан иборат.

Тромбоситлар сони $<150 \cdot 10^9/\text{л}$ ва ГС нинг клиник кўринишлари мавжуд бўлганда, суткалик мониторинг режимида қўшимча лаборатория тестларини ўтказиш кўрсатилган.

Бу тестлар гемокоагуляцион бузилишлар ва ДВС-синдромининг оғирлигини акс эттиради:

1. АнтитромбинIII.
2. Протеин С.
3. ПротеинS.
4. Плазминоген ва ТАП.
5. Эуглобулин лахталари лизис вақти / XIIа га боғлиқ фибринолиз
6. Фибриноген/фибриннинг парчаланиш маҳсулотлари (ФПМ)

Давр	Диагностик мезонлар
I гиперкоагуляция ва хужайраларнинг томир ичи агрегациясининг бошланғич босқичи	<p>- гиперкоагуляция ва тромб ҳосил бўлиши. Қоннинг шаклли элементларининг томир ичида тўпланиб бориши, қоннинг тарқок ивиб, турли орган ва тўқималарнинг микротомирларида кўплаб тромблар ҳосил бўлиши билан ажралиб туради. Фаза қисқа муддатли: 8-10 дақиқагача. Барча лаборатория белгилари ифодаланган</p> <p>гиперкоагуляция: ТҚК камайиши, АТФТВ қисқариши, протромбин даражасининг пасайиши, Тр фаоллашиши. Шу билан бир вақтда ивиш омиллари истеъмолининг дастлабки белгилари пайдо бўлади: Тгмикдори, антитромбин III, протеинСконцентрациясининг пасайиши. Пробиркада қуюқлик етарлича тез ҳосил бўлади, лекин у юмшоқ ва беқарор. Муҳим белги - вена ичига пункция қилишда игна ёки катетернинг тез-тез тромбланиши. Микротсиркуляция бузилишининг оқибати тўқима ва органларда ишемия пайдо бўлишидир.</p>
II - жадаллашувчи истеъмол коагулопатияси босқичи	<p>истеъмол коагулопатияси Гиперкоагуляция ва бошланадиган коагулопатия комбинацияси натижасида коагулограммада гиперкоагуляциянинг кейинчалик гипокоагуляцияга айланиши билан гемостаз бузилишларининг қийин талқин қилинадиган турли йўналишдаги силжишлари қайд этилиши мумкин. Клиник жиҳатдан олганда бу даврда геморрагик диатезнинг кўринишлари: петехиал-эхимоз типдаги қон кетиш ҳодисалари кузатилади. Лаборатор ДВС-синдромининг ушбу фазасининг маркерлари: Ли-Уайт бўйича ТҚКнинг узайиши, АҚТВ, ПВ, Тр миқдорининг сезиларли пасайиши ва уларнинг дисфункцияси, Fg, VIIIмил даражасининг пасайиши, Д-димерларнинг пайдо бўлиши, паракоагуляциянинг кескин ижобий тестлари.</p>
III - иккиламчи фибринолизнинг критик босқичи ва яққол ифодаланган гипокоагуляция ҳолати	<p>чуқур гипокоагуляция ва фибринолиз фаоллашуви. Ўткир ДВС-синдромнинг клиник босқичи сезиларли полиорган дисфункцияси, диффуз қон кетиш белгилари билан қоннинг тўлиқ ивмаслиги билан таърифланади. Пробиркада қон қуйқаси ҳосил бўлмайди. АЧТВ кескин узаяди, ПВ ортади, ПТИ ва АТ-IIIдаражасининг пасайиши, ПДФ ва Д-димерлар даражасининг ошиши, Тр агрегация қобилятининг йўқолиши билан ифодаланган тромбоцитопения кузатилади.</p>
IV - тикланиш босқичи	<p>Тикловчи касаллик орган ва тўқималарнинг дистрофик, некротик ва геморрагик зарарланиши билан ажралиб туради. Натижа ижобий бўлганда асосий ҳаётий функциялар ва гемостаз кўрсаткичлари аста-секин нормаллашади.</p> <p>Шуни таъкидлаш керакки, диссеминирланган томир ичи қон ивишининг лаборатория белгиларининг пайдо бўлиши ривожланган ДВС-синдроми клиник кўринишининг ривожланишидан 10-15 соат ва ҳатто 1-2 кун олдин пайдо бўлади.</p>

Манба:

<https://cyberleninka.ru/article/n/disseminirovannoe-vnutrisosudistoe-svertyvanie-krovi-obzor-literatury>

<https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/41707/978-985-584-887-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://diseases.medelement.com/disease>
<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

Септик шок ташхиси

Оғирлик даражасига қараб шокнинг клиник белгилари. Септик шок ташхисоти (септик шок) ВЗО, 2016

Тахминий ташхис – «геморрагик иситма» ва плюс:

- А/Д < 90 мм сим. уст. ва қуйидаги симптомлардан бирининг ёки бир нечтасининг мавжудлиги:
- 1 дақиқада пульс > 100;
- 1 дақиқада ЧД > 24
- аномал тана ҳарорати (< 36°C ёки > 38°C).

Сепсиснинг мажбурий диагностик мезонлари:

- 38°C дан юқори ҳарорат ёки 36°C дан паст гипотермия;
- тахикардия (ЮҚС > 90 дақ.);
- тахипноэ (ЧД > 20 в мин. или рСО₂ < 32 мм сим. уст.);
- лейкоцитлар > 12 X 10⁹/л ёки < 4 X 10⁹/л ёки етилмаган шакллари 10% дан ортиқ.

Сепсиснинг факультатив диагностик мезонлари:

- бактериемия / вирусемия (> 40% ҳолларда);
- эндотоксемия (60-80% ҳолларда);
- тромбоцитопения (< 100 X 10⁹/л) 10% ҳолларда;
 - АТ-III < 70% pasayishi (80% hollarda).

Оғирсепсис

Сепсис органларнинг дисфункцияси, перфузиянинг бузилиши ёки гипотония билан:

- рухий ҳолатнинг бузилиши (психоз, делирий, карахтлик, сопор);
- гипокция: раО₂ < 75 мм симоб устуни;
- олигурия (диурез < 30 мл/соат);
- тромбоцитопения ёки ДВС-синдром;
- жигар функциясининг бузилиши.

Гипотония систолик А/Д < 90 мм симоб устуни ёки бошқа гипотония сабаблари бўлмаганда систолик А/Д 40 мм симоб устундан ортиқ пасайиши сифатида аниқланади.

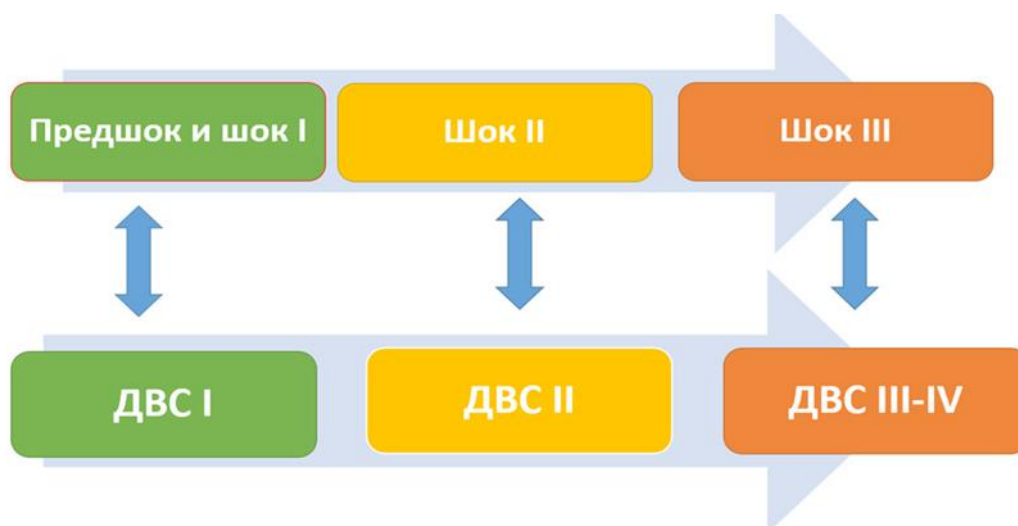
Беморларни эрта аниқлаш ва даволашни ўз вақтида бошлаш мумкин ўлимни сезиларли даражада камайтириш. Шокни норадреналин билан кеч даволаш ўлим эҳтимолини оширади 5% ҳар соатда.

Давр	Диагностик мезонлар	
1-даражали шок	Иситма; Интоксикация; Қўзғалиш; Тахикардия; Қусиш;	

	Қон босимининг ошиши.	
2-даражали шок	Гипотония (АД - 60-70 мм сим. уст.); Тахикардия; Гипотермик; Олигоурия; Тормозланиш.	
3-даражали шок	Гипотония (АД <60 мм симоб устуни); Кескин тормозланиш; Тахикардия; Гипотермик; Цианоз; Олигоанурия; Ўпка шиши; Талвасалар.	
Термал шок	АБ ва пульс аниқланмайди; Онгнинг йўқлиги; Кучли цианоз; Ўпка шиши; Анурия; Геморрагик синдром.	

6-расм.

ҚКГИ геморрагик даврида шок босқичларининг ДВС босқичларига мослиги



Манба:

<https://cyberleninka.ru/article/n/septicheskiy-shok>

<https://journals.eco-vector.com/0026-9050/article/view/81892/ru> RU

<https://iimmun.ru/iimm/article/view/1811>

ЎРДС ташхисоти

Давр	Ташхисот мезонлари
1. Этиологик омилнинг яширин ёки таъсир даври (тахминан 24 соат давом этади)	Клиник ва рентгенологик белгилар йўқ. Тахипноэ кузатилиши мумкин (нафас олиш сони минутига 20 тадан ортик)
2. Бошланғич ўзгаришлар (1-2 кун)	Ўртача ифодаланган ҳансираш, тахикардия. Ўпка аускултациясида қаттиқ везикуляр нафас ва тарқоқ қуруқ хириллаш эшитилади. Ўпка рентгенограммасида асосан периферик бўлимларда томирлар тасвирининг кучайиши қайд этилади. Қоннинг газ таркиби нормадан четга чиқмайди.
3. Яққол клиник белгилар (3-10 кун)	Нафас олиш жараёнида ёрдамчи мушакларнинг иштироки билан кучли нафас қисилиши, кучли диффуз цианоз. Юрак аускултациясида тахикардия ва юрак тонларининг бўғиқлиги кузатилади, артериал босим анча пасаяди. Ўпка перкуссиясида перкутор товушнинг ўтмаслашуви, аускултацияда қаттиқ нафас олиш аниқланади. Нам хириллашлар ва крепитациянинг пайдо бўлиши алвеолаларда суюқлик пайдо бўлганлигини (ўпкада алвеоляр шиш пайдо бўлганлигини) кўрсатади. Ўпка рентгенограммасида ўпканинг сезиларли интерстициал шиши, шунингдек, ўпка илдизи ва бир-бири билан қўшилиб кетган нотўғри булутсимон шаклдаги икки томонлама инфилтратив соялар аниқланади. Кўпинча ўрта ва пастки бўлақларнинг чекка қисмларида кучайган томирлар сурати фонида ўчокқа ўхшаш соялар пайдо бўлади. Қоннинг газ таркибини таҳлил қилишда кислород парциал босимининг сезиларли даражада пасайиши қайд этилади (кислород ингаляциясига қарамай, 50 mm.sim.ust. дан кам).
4. Терминал (7-10 сутка ва ундан ортик)	Кўрик: сезиларли ҳансираш ва цианоз; кучли терлаш. Юрак-қон томир тизими: ЮҚТТ томонидан ўзгаришлар ўткир ўпка юрак синдроми ривожланиши, артериал босимнинг кескин пасайиши ва коллапсгача бўлиши билан тавсифланади. Юрак аускултациясида - тахикардия, юрак тонларининг карлиги (кўпинча аритмия), бўлиниш ва ўпка артерияси устида 2 тон акценти. ЭКГ белгилари - 2, 3, aVL, V1-2 йўналишларда юқори R шпил тишлари, юрак электр ўқининг ўнгга сезиларли оғиши. Ўпка артериясида босим кўтарилиб, унинг конуслари бўртиб чиққанлигининг рентгенологик белгилари. Нафас олиш тизими: НОТ томонидан ўзгаришлар ўсиб борувчи ўпка гипертензияси ва нафас етишмовчилиги белгилари ривожланиши билан тавсифланади. Йўтал бошланиб, пушти рангдаги кўпикли балғам чиқади. Ўпка аускултациясида - кўп миқдорда турли калибрдаги нам хириллашлар, кўп крепитация. Қоннинг газ таркибини текшириш чуқур артериал гипоксемия, гиперкапнияни аниқлайди.

	<p>Кислота-ишқор мувозанатини (КИМ) ўрганиш - метабolik атсидоз. Кўп аъзолар этишмовчилиги: буйрак функциясининг бузилиши (олигоанурия, протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, қонда карбамид ва креатинин даражасининг ошиши), жигар функциясининг бузилиши (терининг ва кўринадиган шиллиқ пардаларнинг сарғайиши, қон контсентрациясининг сезиларли даражада ошиши). АЛТ, фруктоза-1-фосфат алдолаза, лактат дехидрогеназа), мия фаолиятининг бузилиши (летаргия, бош оғриғи, бош айланиши, мия қон томирлари авариясининг клиник белгилари ва мия шиши)</p>
--	--

Манба:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436002/>
- [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(22\)01439-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(22)01439-8/fulltext)
- <https://www.mdpi.com/2075-4418/13/9/1528>

3.2.1 Дифференциал диагностика

ҚКГИни бошқа геморрагик иситмалардан дифференциал ташхислаш мураккаб вазифа дур, чунки улар кўплаб ўхшаш хусусиятларга эга.

Вирусли геморрагик иситмаларнинг умумий клиник тавсифи:

ЎЗРда фақат ҚКГИ қайд этилади, иситманинг қолган турлари бизнинг худудда учрамайди. Аммо улар бизга эндемик мамлакатлардан олиб келиниши мумкин.

ҚКГИни геморрагик синдром қайд этиладиган инфекциялар ва соматик касалликлардан фарқлаш зарур.

Геморрагик синдром қайд этиладиган инфекциялардан (тромбоцитопеник синдромли оғир иситма, кана риккециози, боррелиоз, сариқ иситма, денге иситмаси ва бошқа ГИ) фарқлаш зарур. Шунингдек, геморрагик синдром билан кечиши мумкин бўлган инфекциялар - лептоспироз, менингококк инфекцияси, ҳомиладор аёлларда гепатит Э ва бошқалар мавжуд. Кўрсатилган инфекциялар клиникаси тегишли адабиёт манбаларида етарлича батафсил тасвирланган.

Манба: https://books.google.co.uz/books?hl=ru&lr=&id=g-LLEAAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PA212&dq=blumberg+l+enria+d+2014&ots=oG0Y7ylrig&sig=xLTqPuCSzp01q4_T4iMQ4UKssL0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

6. ҚКГИни дифференциал ташхислаш фақат лаборатория текширув усуллари ёрдамида амалга оширилиши мумкин.

Ташхисот	Қиёсий ташхисотнинг асоси	Инспекция	Диагностик истисно мезонлари
Грипп ва ЎРИ	Ўткир бошланиши юқори иситма, умумий интоксикация белгилари билан бошланадиган белгилари	-Специфик ИФА антитаначаларини аниқлаш; Вируснинг РНКси/ДНКси (бурундан суртма)	- бурун-ҳалқум қуруқлиги ва тиқилиб қолиши, бош оғриғи, қуруқ йўтал, бурун ва томоқ шиллиқ

	билан бошланади	ПЗРда	қаватининг гиперемияси -лабораторияда тасдиқланган ҳолат
Вирусли гепатит	Ўткир бошланиши юқори иситма, умумий интоксикация белгилари билан бошланади	-Махсус ИФТ антитаначаларини аниқлаш; ПЗРда вируснинг РНК/ДНКси (қон)	Иштаҳанинг пасайиши, кўнгили айниши, қусиш, ўнг қовурға остида ўирлик ҳисси, сийдикнинг қорайиши, ахлат аҳолияси -лабораторияда тасдиқланган ҳолат
Вирусли ёки бактериал менингит	Ўткир бошланиши юқори иситма, умумий интоксикация белгилари билан бошланади	Бурундан суртма - менингококкнинг бактериологик аниқланиши, ОАК - лейкоцитоз.	- каттиқ бош оғриғи, қусиш енгилликлар, гиперестезия, энса ригидлиги. мусбат мушаклар Керниг симптомлари, Брудзинский ва ҳ.к.; кўпинча йилнинг совуқ вақтида -лабораторияда тасдиқланган ҳолат
Лептоспироз	Ўткир бошланиши юқори иситма, умумий интоксикация белгилари билан бошланади	Лептоспирни микроскоп ёрдамида визуал аниқлаш, микроорганизмни махсус муҳитларда экиш усули билан изоляция қилиш, ДНКни лептоспирда аниқлаш, IgM ва IgG АТни ёки АГга йиғинди АТни лептоспирда аниқлаш.	- болдир мушакларида кучли оғриқ, капюшон симптоми склера томирларини инъекция қилиш ва конъюнктивалар, олигоурия, протеинурия жигарнинг шикастланиши --лабораторияда тасдиқланган ҳолат

Менингококсемия	Юқори иситма, умумий интоксикация белгилари	Орқа мия суюқлиги - микроскопик текширув, културал текширув, ДНКни аниқлаш, АГни аниқлаш; оғиз-ҳалқум ва бурундан суртмалар - културал тадқиқот; қон зардоби - АГни аниқлаш, специфик АТни аниқлаш	юлдузсимон тошма йўналиш таракқий этиш некроз, гиперлейкоцитоз; кўпинча болалар ёши йилнинг совуқ фасли -лабораторияда тасдиқланган ҳолат
Буйрак синдроми бўлган геморрагик иситма	Юқори иситма, умумий симптомлар интоксикациялар. Петехиал тошма	Серологик усуллар (ИФА, РНИФ, РИА); Қўзғатувчининг РНКси ПЗР диагностикаси; қорин бўшлиғи аъзолари ва буйракларнинг ультратовуш текшируви; электрокардиография	мўътадил интоксикация, арзимас бурун, меъда ичаклар қон кетиш, олигоурия протеинурия, азотемия - лаборатория томонидан тасдиқланган ҳолат
Омск геморрагик иситмаси	Юқори иситма, умумий захарланиш белгилари. Петехиал тошма	Флавивирусга қарши антитаналарни аниқлаш таҳлили ва қўзғатувчи РНКсини аниқлаш учун ПЗР-тест	майда ўчоқли пневмония ва бронхит, менингоэнцефалит
Сариқ геморрагик иситма	Юқори иситма, умумий захарланиш белгилари. Петехиал тошма	Умумий қон таҳлили, сийдик ва жигар кўрсаткичлари таҳлили, қон ивиш тести, қонни гемокултура учун экиш ва серологик текширувлар	сариклик, цианоз, ҳарорат эгрисидаги кескинликлар, лейкопения; тропик мамлакатларда бўлганлик
Тошмали терлама	Юқори иситма, умумий захарланиш белгилари. Розеолез-петехиал тошма	комплементни боғлаш реакцияси (РСК) ва билвосита гемагглютинация реакцияси (РНГА)	- касалликнинг 4-5 кунида пайдо бўлади, кўп миқдорда, бир вақтнинг ўзида; Розенберг, Киари-Автсин, Говоров-Годелье симптомларининг ижобий бўлиши; лаборатория текширувида

			тасдиқланган ҳолат
Шенлейн-Генох касаллиги	Геморрагик пурпура	Коагулограмма, периферик қонда антистрептолизин-О ва IgA миқдорини аниқлаш; зарарланган орган ёки тана қисми тўқималаридан биопсия олиш ва олинган намунани кейинчалик гистологик текширувдан ўтказиш.	-геморрагик пурпура, пайпасланадиган, симметрик босилганда йўқолмайди - лаборатория томонидан тасдиқланган ҳолат
HELLP синдроми (ҳомиладорларда)	Умумий интоксикация, геморрагия белгилари.	Қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлили, коладограмма	Эритроцитлар сонининг пасайиши ва уларнинг полихромазияси, қизил қон таначаларининг деформацияланган ёки бузилганлиги, тромбоцитопениянинг $100 \times 10^9/\text{л}$ дан камлиги, гемоглобин даражасининг пасайиши аниқланади. Аминотрансфераза фаоллиги (АСТ, АЛТ) 12-15 мартагача (500 Ед/л гача) ошган. Ишқорий фосфатаза фаоллиги 3 ва ундан ортиқ марта ортади. Қондаги билирубин миқдори 20 мкмол/л дан ошади. Протеинлар ва гаптоглобин концентрацияси пасайган. Гемостаз тизимини баҳолаш. Жигарда К витамини иштирокида синтезланадиган ивитувчи омиллар миқдори камади, антитромбин III даражаси пасаяди,

			тромбин вақти узаяди, фибриноген концентрацияси пасаяди.
--	--	--	---

Манба:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3162818/#:~:text=The%20important%20differential%20diagnoses%20for,such%20as%20meningococcal%20infections%2C%20Hantavirus>
<https://academic.oup.com/labmed/article/46/3/180/2657762>
<https://cyberleninka.ru/article/n/differentsialnaya-diagnostika-gemorragicheskoy-lihoradki-krym-kongo-na-sovremennom-etape>
https://snipchi.ru/updoc/2019/KGL_2019_.pdf

7. Кириш.

ҚКГИ жуда кам учрайдиган, лекин хавфли касалликдир. Шу муносабат билан эндемик ҳудудларда юқумли касалликлар шифохонаси ўз вақтида ташхис қўйиш, беморни изоляция қилиш ва унга зарур тиббий ва тиббий ёрдам кўрсатиш учун назарий жиҳатдан тайёрланган, ўқитилган тиббиёт ходимларига эга бўлиши керак. Касалхона бундай беморни касалхонага ётқизиш учун яхши жиҳозланган ва жиҳозланган изоляторга эга бўлиши керак. ҚКГИни даволашда қўллаб-қувватловчи терапия асосий бўлиб қолмоқда, чунки ҳозирги кунга қадар махсус терапия бўйича илмий асосланган тавсиялар мавжуд эмас, сертификатланган вакцина мавжуд эмас.

ҚКГИни даволаш принципи:

- патогенетик,
- этиотроп,
- симптоматик,
- индивидуаллаштирилган.

Беморни изоляция қилиш ва кейинчалик уни даволаш ва парваришлаш ҚКГИ ўлим даражаси юқори бўлган ўта хавфли касаллик эканлигини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак ва инфекция тиббиёт ходимларига ва беморнинг яқинларига юқмаслиги учун барча чораларни кўриш керак.

Патогенетик даволаш

Беморни тегишли тарзда жиҳозланган палатада изоляция қилиш керак, у ерда, агар керак бўлса, интенсив терапия ёки реанимация ёрдами кўрсатилиши мумкин.

8. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси: йўқ

Амбулатория шароитида бирламчи шифокоргача бўлган тиббий-санитария ёрдами фельдшерлик-акушерлик пунктларида ўрта тиббиёт ходимлари томонидан кўрсатилади. Ушбу муассасаларда шифокор мавжуд бўлган тақдирда, тиббий ёрдам бирламчи шифокорлик тиббий-санитария ёрдами шаклида амалга оширилади. Бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитария ёрдами амбулатория шароитида (поликлиникада) тиббий ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ташкилотининг юқумли касалликлар шифокори бажаради.

Амбулатория босқичида беморда ҚКГИ аниқланса ёки шубҳа туғилса, шифокор (участка терапевти, умумий амалиёт шифокори (оилавий шифокор), юқумли касалликлар шифокори) ва даволаш-профилактика муассасасининг ўрта тиббиёт ходимлари, мулкчилик шаклларида қатъи назар, беморга ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун уни шифохонага ётқизишга йўллайди

Манба:

<https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf>

Жарроҳлик муолажаси:

ҚКГИда ҳар қандай жарроҳлик аралашуви тақиқланади!

Манба:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0-2018/16177>

9. Касалхонага ётқизиш турини кўрсатган ҳолда даволаш муассасасига жойлаштириш кўрсатмалари

9.1 Режали госпитализация учун кўрсатмалар: йўқ

9.2 Шошилинич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

ҚКГИ эҳтимолий/тахминий ҳолати бўлган беморлар албатта юқумли касалликлар стационари ёки инфекция бўлимига ётқизилиши шарт.

Ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологияли тиббий ёрдам

ҚКГИ беморлари шифокор-инфекционистлар ва бошқа мутахассис шифокорлар томонидан стационар шароитда кўрсатилади. Бу ёрдам махсус усуллар ва мураккаб тиббий технологиялардан фойдаланишни талаб қиладиган касалликлар ва ҳолатларнинг олдини олиш, ташхис қўйиш, даволаш, шунингдек тиббий реабилитацияни ўз ичига олади.

Ушбу бемор билан алоқада бўлган барча тиббиёт ходимлари стандарт эҳтиёт чораларига риоя қилишлари ва 1-тоифали шахсий ҳимоя воситаларини кийиб юришлари шарт.

Агар беморда касалликнинг энгил ёки ўрта оғир шакли бўлса ва қон кетиш белгилари кузатилмаса, даволаш фаол парентерал аралашувларсиз симптоматик бўлиши керак. Иситма пайтида аналгетиклар, антипиретиклар ва яллиғланишга қарши воситаларни қўлламаслик керак (СДС, 2008). Тана ҳароратини пасайтириш учун паратсетамоил жисмоний совутиш билан биргаликда буюрилади. Агар беморда ич кетиш, қусиш натижасида сувсизланиш белгилари бўлса ва у суюқликни етарли ичмайдиган бўлса, даволаш сув-электролит мувозанатини сақлаш, заҳарланишни камайтириш ва

парвариш қилиш мақсадида амалга оширилади. Бунда ортикча инъекциялардан қочиш керак; йирик венага катетер қўйиш тавсия этилади.

Касаллик қон кетиш синдроми билан оғир кечганда янги музлатилган плазма, плазма, тромбоцитлар концентрати, криопретсипитат, эритроцитар масса (кўп қон йўқотишда), полиглокин, желатин, аминаокапрон кислотаси, кальций хлорид, рутин, викасол, аскорбин кислотаси ва бошқалар ишлатилади. Асоратлар юзага келганда гемодиализ, сунъий нафас олдириш, антибиотиклар қўлланилади. Умумий қон таҳлили, тромбоцитлар сони, қон ивиши, қон босими, қон биокимёси, қон электролитлари, сийдик ажралиши, тана ҳарорати ва бошқаларни доимий кузатиб бориш зарур. Даволаш самарадорлигининг клиник мезонлари ўз-ўзидан қон кетишнинг тўхташи, тери ва кўринадиган шиллик қаватларда янги қон куйилишларнинг йўқлиги, шунингдек, қондаги тромбоцитлар сонининг кўпайиши ва қон кетиш вақтининг қисқаришидан иборат.

Манба:

<https://crb.velizh.ru/cr.pdf>

9. 3. Тиббиёт ходимининг ҳаракатлари:

ҚКГИ касаллигига шубҳа қилинган шахс тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилганда, тиббиёт ходимлари касалликнинг оғирлигидан қатъи назар, дифференциал ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида уни зудлик билан касалхонага ётқизиш чораларини кўришлари лозим. ҚКГИга шубҳа қилинган беморларни энг яқин юқумли касалликлар бўлимига, алоҳида палата ёки боксга жойлаштириш зарур.

Қана чаққанлиги сабабли тиббий ёрдамга мурожаат қилган шахслар 14 кун давомида кунига икки марта тана ҳароратини ўлчаш орқали тиббий кузатув остида бўлиши керак.

ҚКГИни даволашда учта асосий вазифа мавжуд:

- 1) қон ивишини синчковлик билан назорат қилиш;
- 2) янги музлатилган плазма, тромбомасса ва эритроцитар масса ёрдамида қўллаб-қувватловчи терапия ўтказиш;
- 3) вирусга қарши даволашни эрта бошлаш

ҚКГИ билан касалланган беморларнинг клиник аҳволи ёмонлашувининг белгиларини (тез ривожланувчи ДВС, шок) ўз вақтида аниқлаш учун уларни диққат билан кузатиб бориш ва бундай белгилар пайдо бўлиши билан дарҳол интенсив терапияни бошлаш лозим.

Манба:

<https://docs.cntd.ru/document/499066529>

10. Номедикаментоз (дориларсиз) даволаш

Иситма даврида тўшак режими, кейинчалик захарланиш белгилари камайиши билан аста-секин кенгайтирилади

Парҳез: 4-стол

Эҳтиёткорона овқатланиш:

- қон кетиш даврида суюқ совуқ овқатлар (пюре-шўрва, кисель) истеъмол қилиниши лозим;
- гўштли қайнатмалар ва шарбатлар ман этилади (қон кетиши тўхтагандан сўнг рационга киритилади);
- соғайиш даврида оқсилга бой маҳсулотларни истеъмол қилиш тавсия этилади.

Режим: касаллик авжига чиққан пайтда қатъий тўшак режими.

Манба:

<https://diseases.medelement.com/disease>

11. Дори-дармон билан даволаш (препаратлар ёрдамида даволаш)

11.1 Этиотроп даволаш

ҚКГИ шубҳаси туғилганда - Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг тавсияларига кўра рибавирин билан даволашни зудлик билан бошлаш лозим;

-рибавирин билан даволаш касаллик бошланишининг дастлабки 5 кунда (максимал вирус юкламаси даврида) энг самарали ҳисобланади;

-даволаш муддати 10 суткадан ошмаслиги керак;

-препаратни тўхтатиш мезонлари клиник белгиларнинг камайиши, лаборатория кўрсаткичларининг меъёрга келиши ва тана ҳароратининг нормаллашиши ҳисобланади.

-рибавиринни ўз вақтида (касалликнинг дастлабки 5 кун) тайинлаш касалликнинг ижобий кечиши ва натижасини белгилайди.

Вирусга қарши даволаш билан бир вақтда 100-300 мл (1-2 даволаш дозаси) реконвалесцентларнинг иммунлаштирилган қон плазмасини, иложи борича эрта муддатларда - ҚКГИ эҳтимоли бўлган ва тасдиқланган беморларга юбориш лозим

Болаларда рибавиринни қўллаш баҳс-мунозараларга сабаб бўлмоқда, чунки баъзи ҳолларда рибавирин қўлланилмаган болалар ҳам соғайган, шунга қарамай, ЖССТ уни болаларда қўллашни тавсия этади.

ЖССТ (2006) рибавиринни ҚКГЛ ни даволаш учун қўллашни маъқуллади ва уни ин витро таъсири асосида асосий дори воситалари рўйхатига киритди.

Жадвал 1

ҚКГИ ни даволашда рибавиринни қўллаш. ТавсияларСДС

Беморлартои фаси	Спорадикҳолатлар	Чакнашҳолати
Взрослые	В/и рибавирин: бошланғич дозаси 30 мг/кг (максимал 2 г), сўнгра дастлабки 4 кун давомида ҳар 6 соатда 16 мг/кг (максимал бир марталик дозаси 1 г). Кейинги 6 кун давомида ҳар 8 соатда 8 мг/кг (максимал 500 мг). Даволаш курси 10 кун давом этади. Даволашкурси - 10 кун	Рибавириннингоғизорқалиқабулкилина диганшакли: бошланғичдозабирмарталик 2000 мг, сўнгра 10 кундавомидакунига 1200 мгкиқабул (агарбеморнингвазни 75 кгданортиқбўлса). Беморнингвазни 75 кгданкамбўлгандақуйидагитартибқўлланилади: кунига 1000 мгкиқабул (ерталаб 400 мгвакечкурун 600 мг). Даволашмуддати 10 кун.
Беременные женщины	Дозалархуддикатталаргаберила диганидек	Дозалархуддикатталаргабериладиганидек
Дети	Дозалар тана вазнини ҳисобга олган ҳолда катталарникидек	Зарба дозаси бир марта 30 мг/кг, кейин кунига 2 марта 15 мг/кг. Даволашдавомиийлиги - 10 кун

Жадвал2

ҚКГЛнидаволашдарибавиринниқўллаш. ЖССТ Тавсиялар (WҲО, 2016)

Путь введения	Доза	Частота введения
в/и*	30 мг\кг (максимал - 2 г)**	Кунига 4 марта (биринчи куни зарбали доза)
в/и *	15 мг\кг (максимал 1 г)**	4 кундавомидакунига 4 марта
в/и *	7,5 мг\кг (максимал 500 мг)**	6 кундавомидакунига 3 марта

*Рибавиринни 150 мл физиологик эритмада эритиб, томчилатиб юбориш керак.

**Буйрак етишмовчилиги бўлса - дозани камайтириш

Жадвал 3

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро номенклатура номи	Қўллашусули	ДА	Ҳаволалар
Вирусга қарши восита	Рибавирин	в/и	В	https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf

ЖССТ (2008) дори воситаларидан фойдаланиш бўйича экспертлар рўйхатида болаларда геморагик ситмаларни даволаш учун рибавирин тавсия этилади: дастлабки доза 30 мг/кг, сўнг 4 кундавомида ҳар 6 соатда 15 мг/кг, кейин 6 кундавомида ҳар 6 соатда 7 мг/кг.

Рибавириннинг самарадорлиги рандомизатсияланган платсебо назоратидаги клиник тадқиқотлар орқали исботланмаган. Тизимли таҳлил ва мета-таҳлиллар унинг КҚГК да юқори самарадорлигини тасдиқламайди. КҚГК да рибавиринни беморга касалликнинг дастлабки кунларида тайинлаш керак (исботларнинг ўртача даражаси - Б).

Ҳозирда амалда бўлган ЖССТ ва СДТ тавсияларини ҳисобга олган ҳолда, беморга касаллик бошланишининг дастлабки кунларида рибавирин тайинланиши лозим.

Рибавиринни қўллашга қарши кўрсатмалар.

- Оғир камқонлик.
- Юрак-қон томир касалликлари.
- Буйрак етишмовчилиги.
- Жигар етишмовчилиги.
- Эмизикли аёллар.
- Препаратга юқори сезувчанлик.
- Бу препаратни тайинлашда қоннинг доимий назорати зарур.

Рибавириннинг эҳтимолий нојўя таъсирлари: гемолитик камқонлик, гипокалсемия, гипомагнеземия, ўткир нафас олиш синдроми, синус брадикардияси, гепатит, буйрақларнинг шикастланиши.

Юқори хавфли алоқадан сўнг профилактика мақсадида рибавиринни қўллаш.

Бемор билан юқори хавфли алоқа нимани англатади?

• Инфекцияланган игна билан санчилиш ёки ўткир асбоб билан терининг шикастланиши.

• Беморнинг қони ёки бошқа биологик суюқлиги шиллик пардага ёки шикастланган териға тушиши (масалан, кўз ёки оғизга қон тушиши).

- Ҳимоя воситаларини киймасдан беморга шошилиш ёрдам кўрсатишда қатнашиш (юррак тўхтаганидан кейин реаниматсия қилиш, нафас йўлларини найчалар билан таъминлаш, аспиратни сўриб олиш ва ҳоказо).
- Ҳимоя воситаларисиз бемор билан узок вақт алоқада бўлиш ёки алоқани давом эттириш (масалан, беморни касалхонагача кузатиб бориш).

Рибовирин билан контактдан кейинги профилактика

Рибовириннинг профилактик, зарбдор дозаси биринчи куни оғиз орқали 35 мг/кг (кўпи билан 2,5 г), кейин қувватловчи дозаси 15 мг/кг (кўпи билан 1,0 г), ҳар 8 соатда 10 кун давомида қабул қилинади.

СДС контактдан кейинги профилактика учун рибовиринни кунига 500 мг дан 4 маҳал 7 кун давомида қабул қилишни тавсия этган.

Барча алоқада бўлганлар 2 ҳафта давомида кузатув остида бўлишлари керак, бунда тана ҳарорати ҳар куни икки марта ўлчаниши шарт

Манба:

<https://www.who.int/publications/i/item/9241563176https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-heatlh-statistics-2016.pdf>

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-heatlh-statistics-2016.pdf>

<https://crb.velizh.ru/cr/%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F/%D0%9A%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%B3%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B0%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85.pdf>

11.2 Реконвалесцентлардан олинган махсус иммуноглобулин, қон, плазма ва зардоб КҚГК (С) касаллигини даволашда самарадорлигининг исботланган даражаси наст ҳисобланади.

Жаҳон адабиётида КҚГЛни даволашда реконвалесцентлар плазмасининг самарадорлиги ҳақида ишончли маълумотлар йўқ.

2022-йил ҳолатига кўра, қон компонентларини ишлаб чиқариш учун Европа дори воситалари сифати ва соғлиқни сақлаш директоратининг кўрсатмаларида реконвалесцент плазма бўйича монография ҳали мавжуд эмас. Клиник синовлардан ташқари, реконвалесцент плазмани тайинлашнинг ягона усули ҳозирча раҳмдиллик билан фойдаланишдир. Бу жараён учун маҳаллий этика қўмитасининг рухсати талаб этилади. Қўшма Штатларда СОВИД-19ни даволаш учун реконвалесцент плазмадан фойдаланиш Озиқ-овқат ва дори-дармонлар сифатини назорат қилиш бошқармасининг фавқулудда фойдаланиш рухсатномаси доирасида қолмоқда.

Реконвалесцентлар плазмасини қўллаш бўйича тавсиялар (ФДА ахборот бюллетени)

1 бирлик реконвалесцент плазмани (тахминан 200 мл) 1-4 соат давомида секин-аста венага юбориш тавсия этилади. Болалар учун доза 1-4 соат давомида 10 мл/кг венага секин-аста юборилади. Такрорий қон қуйиш зарурати клиник кўрсаткичларга ва имкон бўлса, антитаналарнинг нейтралланиш даражасига қараб аниқланади

Касалликнинг дастлабки босқичларида шифохонага ётқизилган беморларга антителилар титри юқори бўлган реконвалесцент плазмани юбориш афзал (маъкули ташхис қўйилгандан кейин 3 кун ичида).

Плазмадаги антителилар титрини ишончли тарзда олдиндан айтиб бўлмайди, шунинг учун имкон қадар уни қўллашдан олдин ўлчаш лозим.

Юқори титрли реконвалесцент плазмадан фойдаланиш афзал бўлиб, бу БродИнституте нейтралловчи антитаналар таҳлилида ≥ 250 нейтралловчи антитаналар титри ёки ОртҗоВИТРОСИГГ таҳлилида $C/C \geq 12$ чегаравий қиймати билан аниқланади.

Антителилар титри паст бўлган реконвалесцент плазмадан фойдаланишга рухсат берилмайди.

Манба

<https://aacc.tums.ac.ir/index.php/aacc/article/view/367>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23018575/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34366235/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28669587/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7270944/>

<https://mjima.org/articles/crimean-congo-hemorrhagic-fever/doi/mjima.2017.12>

<https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-plazmennoy-terapii-pri-lechenii-kongo-krymskoy-gemorragicheskoy-lihoradki-literaturnyy-obzor>

<https://www.fda.gov/media/141478/download>

<https://docs.cntd.ru/document/1200076969>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B3%D0%BE-%D0%BA%D1%80%D1%8B%D0%BC%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0/13908>

6.1. 2 ККГЛ нинг геморрагик олди даврида даволаш тактикаси.

Айланувчи қон ҳажми (АҚҲ) ва сув-туз мувозанатини (СТМ) тузатиш: кристаллоидлар инфузияси (0,9% натрий хлорид эритмаси, Рингер эритмаси, Трисол ва бошқалар) ҳамда 5-10% ли глюкозали эритмалар 1:1 нисбатда калий препаратлари ва инсулин қўшилган ҳолда;

инфузион даволаш ҳажми ўртача суткасига 30-50 мл/кг ни ташкил этади;

инфузион даволаш самарадорлиги мезонлари - гематокритни 36-38% гача пасайтириш, гемодинамик кўрсаткичларни (томир уриши, қон босими, марказий вена босими) ва соатлик сийдик ажралишининг меъёрлашуви;

декстранлар қўлланилмайди.

Ўрнини тўлдирувчи даволаш:

гипопротеинемияда:

20% ли албумин - 200-300 мл, вена ичига.

гипокоагулятсияда:

янги музлатилган плазма (ЙМП) 15 мл/кг дозада вена ичига томчилатиб юборилади.

Қон тўхтатувчи даволаш:

етамзилат 0,25 г 12,5% ли эритмадан ҳар 6 соатда мушак орасига ёки вена ичига;

менадион натрий бисулфит 1% - 3 мл кунига 2 марта мушак орасига (доза протромбинли индекс ва протромбинли вақт кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади).

Овқатлантириш қўллаб-қувватлаш (ентерал овқатланиш имконияти бўлмаган ҳолда) -

парентерал овқатлантириш:

10% ли аминокислоталар комплекси кунига 20 мл/кг гача, соатига 1 мл/кг гача юбориш тезлиги билан;

парентерал овқатланиш учун аминокислоталар кунига 40 мл/кг, соатига 2,5 мл/кг гача тезликда

Ҳарорат туширувчи даволаш:

паратсетамоил 0,5 г, максимал бир марталик дозаси 1 г, максимал кунлик дозаси - 4 г.

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар ёки оғриқ қолдирувчи дорилар гуруҳидаги бошқа препаратлар қон кетишини келтириб чиқариши мумкин.

Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги тарихида - водород насоси ингибиторлари ёки H₂-гистамин ретсепторлари блокаторлари:

омепразол 40 мг бир марта ичиш учун ёки вена ичига;

фамотидин кунига 40 мг ичиш учун ёки вена ичига.

12. ҚКГИ геморрагик даврида даволаш тактикаси

Гемостатик терапия:

этамзилат 12,5% ли эритма, вена ичига 2-4 мл; суткалик дозаси 4-6 соат оралиғида 1,0 г.

Ўрин босувчи терапия:

Янги музлатилган плазма

(ЙМП): ЙМПнинг биринчи инфузияси 15-20 мл/кг ҳажмда оқимли тарзда;

такрорий қуйишлар - таъсир бўлмаса, худди шу ҳажмда, 6-8 соатдан сўнг.

ЙМП қуйишнинг самарадорлик мезони: қон кетишининг тўхташи.

Қон ҳажмини тиклаш (йўқотилган қон миқдориға қараб):

инсон қони компонентлари,

ҳажмни тўлдирувчи плазма ўрнини босувчилар (коллоидлар) билан, афзал равишда пентакрахмалларни суткасиға 15-20 мл/кг дозада юбориш,

кристаллоидлар (шу жумладан 10% ли натрий хлорид эритмаси 4 мл/кг тез оқимда);

декстроза ва декстран препаратлари (полиглюкин, реополиглюкин) қўллаш ман этилади.

Қон компонентлари:

тромбоситлар концентратини қуйиш:

- ҳаёт учун хавфли фаол қон кетиш, ички қон кетиш, бош ичига қон қуйилиши ҳолатларида тромбоситлар даражаси $100 \times 10^9/\text{л}$ дан пасайганда;

- тарқалган томир ичида қон ивиш синдроми (ТТИҚИС) шароитида қон кетиш белгилари бўлган беморларда тромбоситлар даражаси $50 \times 10^9/\text{л}$ дан пасайганда, умумий қон таҳлилида тромбоситлар даражаси тез пасайганда;

- клиник жиҳатдан барқарор беморда фаол қон кетиш бўлмаганда тромбоситлар даражаси $20 \times 10^9/\text{л}$ дан пасайганда.

Беморнинг ҳар 10 кг тана вазнига 1 доза тромбоситлар концентрати, қуйиш 10 мл/кг/соат тезликда вена ичига амалга оширилади. Тромбоситлар концентратини қуйишнинг самарадорлик мезонлари: ўз-ўзидан қон кетишнинг тўхташи, терида янги қон қуйилишлар ва кўринадиган шиллиқ пардаларда қон кетишнинг йўқлиги, қон кетиш вақтининг қисқариши.

криопретсипитат (ТТИҚИС синдромнинг ИИИ босқичида гипофибриногенемия 1,1 г/л дан паст даражада ривожланганда қон ивишининг ВИИИ омили ва фибриногенни тузатиш мақсадида): беморнинг ҳар 10 кг тана вазнига 1 доза криопретсипитат.

Антипротеаза терапияси (қон кетиш ҳажми 50% ва ундан юқори бўлганда, ТТИҚИС синдромининг III босқичи лаборатория томонидан тасдиқланганда):

апротинин 500 000 - 1000000 ХИБ/суткагача дозада, болус усулида.

Ерта инотроп қўллаб-қувватлаш:

добутамин билан дақиқасига 1-5 мкг/кг дозада.

Таъсир бўлмаса - юрак гликозидлари (дигоксин вена ичига 0,25-0,5 г)

Антибактериал терапия (бактериал асоратлар ривожланганда)

ярим синтетик пенитсиллинлар, ИИИ-ИВ авлод сефалоспоринлари (қўзғатувчининг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда):

оксатсиллин суткасига 4-12 г 4-6 марта юборишда

ампитсиллин суткасига 2-6 г 4 марта юборишда

сефотаксим суткасига 3-8 г 2-3 марта юборишда

сефтриаксон суткасига 1-2 г 1 марта юборишда

сефтазидим суткасига 2-4 г 2 марта юборишда

Тери ва шиллиқ қаватларнинг қўшимча жароҳатланишига, қон кетиш хавфининг кучайишига ва кенг гематомалар шаклланишига олиб келиши мумкин бўлган асоссиз тайинланган тиббий муолажаларни (ендоскопия, пунксия, бачадон бўшлигини қириш ва бошқалар) истисно қилиш зарур..

Жадвал 4.

**Шокда шошилич реаниматсия чоралари -
КҚГКасоратлари**

Реаниматсиячоралари	К уч
Реаниматсионтадбирларнибошлаш	1С
Кристаллоид эритмаларни>30 мл/кгхисобиданюборишнибошлашваалбуминнингзарурлигиникўрибчиқиш	1С
Гемодинамика яхшилангунга қадар суюқликни юборишни давом эттиринг	1С
Артериал босимни 65 мм сим. уст. дан юқори ушлаб турувчи биринчи препарат сифатида Норадреналинни қўллаш.	1В
АдреналинниадекватАБниқўллаб- қувватловчимумкинбўлганикинчидорисифатидаишлатиш	2В
Агар норадреналин кутилган самарани бермаса, вазопрессин (0,03 ед./мин) қўшинг	
Дофаминдан фойдаланишдан қочиш (аритмия хавфи, қоринча етишмовчилиги)	2С
Юракетишмовчилигида (қоринчаотилибчиқинингпасайиши), давом этаётгангипоперфузияваАБпасайишидавазопрессорсифатидаДо- путаминюборилишикерак	1С
Агарсуюқликвазопрессорларниқуйишбиланўтказилганреаниматсиячораларигемодин амиканингбарқарорлашишигаолибкелмаса, гидрокортизоннивенаичигаюборишданқочишкерак. АгарГидрокортизонишлатилса, қунига 200 мгданошмайди.	2С
Юрак- қонтомиретишмовчилигиёкиюракишемиясибўлмаслигиучунгемоглобиндаражасини 7-9 г/длгачакўтаришзарур	1В

Манба:

<https://cmk.med04.ru/upload/CMK/doc/dock/AG/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D1%88%D0%BE%D0%BA.doc>

https://www.arfpoint.ru/wp-content/uploads/2014/06/19_Glava_19.pdf

<https://volynka.ru/Articles/Text/1312>

13. Янгимузлатилганплазма (ЯМП)

- Унтайёрлашучунқонданқоннингшаклли элементларисентрифугалашёкибутунқонниплазмафареслашйўлибиланажратиболинадива плазмадасув, электролитлар, оксиллар, шужумладанглобулинваалбуминқолади.
- Плазмада тромботситлар, эритроцитлар ва лейкоцитлар бўлмайди, лекин коагулятсия омилларининг тўлиқ тўплами мавжуд. Ундафибриногенҳамбўлади.
- -18°С ёки ундан ҳам паст ҳароратда сақланади ва 12 ойгача сақланиши мумкин.
- ЯМП эритилгандан кейин 4-6 соат давомида ишлатилиши керак, чунки V ва VIII омиллар тез бузилади.

ЯМПниқуйишгақўрсатмалар:

- ✓ ДВС
- ✓ массивқонкетиши,
- ✓ коагулопатия,
- ✓ тромботситопеникпурпура,
- ✓ жигаретишмовчилиги,
- ✓ ПТИни камайиши.

Қандайқуйилади:

- Беморнинг қон гуруҳидаги ЯМП дан фойдаланиш керак.
- шошилиш ҳолатларда, агар беморнинг қон гуруҳи номаълум бўлса, 1-гуруҳдан фойдаланишга рухсат берилади.
- ЯМП да эритроцитлар бўлмагани учун қон резуси аҳамиятга эга эмас.
- Қуйиш учун ЯМП ҳажми - 10-15мл/кг/кун икки қабулга бўлиб

Тромботситармасса.:

- ✓ Қондозасидантиклангантромботситлар.
- ✓ Автоматик аферез усули билан олинган тромботситлар (тромботситлар концентрати).
- ✓ Лейкотситларбиланбириклангантромботситлар.
- ✓ Ювилгантромботситлар.
- ✓ Қайтарилган (универсал) тромбоконтрат.
- ✓ Тромботситларнинг 1 дозасиконсерваланганқоннинг 1 дозасисентрифугақилинганданкейнолинади.
- ✓ Қайтарилгантромботситлардебаталадигантромботситларнингбирнечадозасинибитт адозагабирлаштиришўлибиланолинади. 1 дозатромбомасса ≈ 50 млплазмада $45-95 \times 10^9$ ($\approx 70 \times 10^9$) тромботситларва $5-20 \times 10^7$ лейкоцитларниўзичигаолади.
- ✓ Тромбомасса $20-24^\circ\text{C}$ ҳароратда, 5 кун давомида доимий аралаштириб турилган ҳолда сақланиши керак

Тромбомассани қуйиш учун кўрсатмалар:

- 1) тромботситопения $<30\ 000/\text{мкл}$, (бурундан қон кетиши, теридан кўп қон кетиши, қонли қусиш, қорамойсимон ахлат);
- 2) Тромботситопения $<50\ 000/\text{мкл}$, кучли қон кетиши ёки тана бўшлиғида кучли қон кетиши, бу эса аъзонинг симптоматик дисфункциясини чақиради;
- 3) тромботситопения $<100\ 000/\text{мкл}$, айниқса хавфли бўлиши мумкин бўлган органлардан қон кетганда (МАТ, кўз олмаси) ва эритроцитларни қуйишни талаб қиладиган доимий қон кетишлар.

Қуйиштехникаси:

1. Тромбомассани ретсипиент қони билан АВ0-мувофиқлигига мувофиқ қуйиб олинади. РН (+) тромбомасинибеморгафақатистисноҳоллардагинақуйишмумкин.
2. Биологик синама ўтказиш керак, чунки тромботситар масса олишда донор қонининг эритроцитлари қўшилиши мумкин.
3. Тромбомасса касалхонага етказилгандан кейин иложи борича тезроқ қуйиш керак.
4. Бир марталик доза: одатда 4-6 доза тромбомасса (≈ 1 доза/10 кг тана вазни).

Тромбомасса самарадорлиги:

- Трансфузиядан кейин 18-24 соат ўтгач текширилади.
- Беморда тромботситлар сони 30 000-50 000 тага ортиши керак.
Аналгетиклар, антипиретиклар ва яллиғланишга қарши воситаларни қўлламаслик керак (СДС, 2008).

Гипертермияни камайтириш учун паратсетамол танани жисмоний совутиш билан биргалликда буюрилади.

Жадвал 5.

Йўқотилган суюқликни тўлдириш учун кўрсатмалар (кристаллоидлар ва синтетик коллоидлар) ва қон кетишда КҚГ Лда эритроциттар массани тайинлаш зарурати

В/иқуйиш

Қонйўқотиш

Йўқотилган суюқлик ва эр. массанинг тезда қопланиши	>40 % (>2 л)
Йўқотилган суюқлик ва эр. массанинг тезда қопланиши	30–40 % (1,5 л-2 л)
Йўқотилган суюқлик ва эр. массанинг ўрнини қоплаш (анемия ва давом этаётган қон йўқотишда)	15 %–30 % (0,75-1,5 л)
Ер. массага кўрсатмай ўқ (кам қонлик ва икки ламчисуюқлик кўқотилиши мавжудлигида, ўпка ва юрак томонидан соратлар ривожланиши дакўрсатилган)	<15 % (<0,75 л)

Таблица 6

Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Д Д
Инфузия учун эритмалар	0,9% натрий хлорид эритмаси 100, 200, 250 ва 400 мл; 10% ли натрий хлорид эритмаси 200 мл ва 400 мл	в/и	С
	Мураккаб натрий хлорид эритмаси инфузия, 200 мл ва 400 мл	в/и	С
	Мураккаб натрий хлорид эритмаси инфузия, 200 мл ва 400 мл	в/и	С
Протоннасосларнинг ингибиторлари	Омепразол капсулалари 10 мг, 20 мг, инъекцион эритмалар учун кукун 0,04 г дан флаконларда	в/и	С
Плазма ўрнини босувчи	Албумин 20%-200 мл	в/и	С
	Гидроксиетилкрахмал 6% ва 10% инфузия учун флаконлардаги эритмалар 250 ва 500 мл	в/и	С
Қон препаратлари	Янгимузлатилган плазма	в/и	С
	Соғайган беморларнинг иммунлаштирилган плазмаси	в/и	С
	Тромбоцитлар концентрати	в/и	С
	Криопреципитат	в/и	С
	Этамзилат 1 мл дан 5% ли ва 2 мл дан 12,5% ли инъекция учун эритма ампулаларда	в/и, м/и	С

	Менадион натрий бисульфит 1% 1 мл ли ампулалардаги эритма	в/и, м/и	С
	Эритувчи билан комплектда 10000 бирлик ли флакон ва ампулаларда инексия учун эритма тайёрлаш учун Апротинин кукуни	в/и	С
	Добутамин 5% эритмаси - 5,0 мл ампулаларда ва 0,5% - 20 мл флаконларда	в/и	С
Протоннасослар ингибитори	Фамотидин таблеткалар 10 мг, 20 мг, 40 мг; инексион эритмалар учун лиофиллашган кукун ампулаларда 0,02 г дан эритувчи билан комплектда	в/и	С
НСЯД (Ностероид яллиғланишга қарши дорилар)	Паратсетамол таблеткалар 0,2 ва 0,5 г, ректал суппозиторийлар 0,25; 0,3 ва 0,5 г	Ичга, ректал	С
	Парентерал овқатланиш учун 10% аминокислоталар 500 мл флаконларда	в/и	С
	Парентерал овқатланиш учун аминокислоталар - 1,2 литрли пластик идишларда эмулсия кўринишида	в/и	С
Антибактериал препаратлар	Инекция учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,25 г ва 0,5 г кукун солинган Оксатсиллин флаконлари	м/и	С
	Инекция учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,25 г ва 0,5 г кукун солинган ампитсиллин флаконлари	м/и	С
	Инекция учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,25 г, 0,5 г, 1,0 г ва 2,0 г кукун солинган сефотаксим флаконлари	в/и, м/и	С
	Инекция учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,25 г, 0,5 г, 1,0 г ва 2,0 г кукун солинган сефтриаксон флаконлари	в/и, м/и	С
	Инекция учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,25 г, 0,5 г, 1,0 г ва 2,0 г кукун шаклидаги Сефтазидим флаконлар и	в/и, м/и	С

14. Касалхонадан чиқариш қоидалари:

Беморларни касалхонадан чиқариш касаллик бошланганидан сўнг камида 21 кун ўтгач, беморнинг аҳоли қолиқарили бўлганда, тана ҳарорати ва лаборатория кўрсаткичлари (гемограмма, коагулограмма, тромботситлар сони) меърига келганда ҳамда асоратлар кузатилмаганда амалга оширилади.

Касалхонадан чиққандан сўнг меҳнат талаё қатсизликнинг тахминий муддатлари:

енгил шаклида - 7-10 кун; ўрта оғир шаклида - 10-14 кун; оғир шаклида - 15-30 кун.

Беморнинг яқинларини юктириш
эҳтимолини истисно қилиш учун ВКҚГ ЛРНК сини ПЗР усулида текшириш натижаси салбий бўл
иши керак.

Бироқ марказдан узокда жойлашган тиббиёт муассасаларида РНК нитекшириш ҳардоим ҳамим
конияти бўлавермайди.

Илмий адабиётларда беморлар касалхонадан чиққандан сўнг КҚГК кучайиши ҳолатлари қайд
этилмаган.

15. КҚГЛ касаллигидан соғайган барча беморлар диспансер назоратига олиниши лозим:

КҚГКнинг енгил шакли билан касалланган беморлар учун кузатув муддати 3 ой,
ўрта оғир ва оғир шакли билан касалланганлар учун эса 12 ой давом этади;
кузатувни инфекционист шифокор, у бўлмаган тақдирда эса маҳаллий терапевт олиб
боради;

биринчи назорат текшируви шифохонадан чиқарилгандан сўнг 1 ой ўтгач ўтказилади,
бунда гемограмма, сийдикчил, креатинин, билирубин, умумий оқсил ва албумин
даражаси, АлТ ва АсТ фаоллиги клиник жиҳатдан аниқланади; кейинги текширувлар 3, 6,
9 ва 12 ойдан сўнг амалга оширилади.

16. Тавсиялар:

- Ўткир таомлар ва спиртли ичимликларни истисно қилган ҳолда тўлақонли
овқатланиш;
- кўп суюқлик ичиш (наъматак дамламаси, ишқорли минерал сувлар, сийдик
ҳайдовчи хусусиятли ўтлар қайнатмаси);
- оғир жисмоний меҳнат, ҳаддан ташқари совуқ қотиш, ҳаммом ва саунага бориш,
спорт билан шуғулланишни истисно этган ҳолда жисмоний тартибга риоя қилиш
(6-12 ой давомида);
- умумий қувватлантирувчи дори воситалари, адаптогенлар, поливитаминлар (Аевит,
Дуовит, Мулти-Табс) қабул қилиш;
- рибавирин билан даволанишдан сўнг камида 7 ой давомида соғайиш давридаги
беморларга (еркак ва аёлларга) контратсептив воситалардан фойдаланиш.

**"ҚРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК
ИСИТМАСИ" КАСАЛЛИГИГА ОИД
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

Касалликларнинг халқаро таснифи - ХКТ-10/11 коди(лари):

ХКТ-10 /11	
A 98 A 98.0	Бошқа рукнларда таснифланмаган бошқа вирусли геморрагик иситмалар Крим-Конго геморрагик иситмаси (Конго вируси туфайли келиб чиққан) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Конго - Қрим геморрагик иситмаси вируси Крим-Конго геморрагик иситмаси Бошқа бўлимларда таснифланмаган вирусли геморрагик иситма Бўғимоёқлилар орқали юқадиган, келиб чиқиши аниқланмаган вирусли иситмалар https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025, ёки янги ва асосли далиллар мавжуд бўлганда 2028 санада кўриб чиқилади. Такдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ
2.	Туйчиев Л.Н.	Тошкент тиббиёт академияси инфекцион ва болалар инфекцион касалликлари кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Тиббиёт Академияси
3.	Хайдаров А.В.	Эпидемиолог шифокор	Бухоро вилоят СЕО ва ЖСБ хавли юқумли касалликлар бўлимимудири
4.	Сайдалиев С.С.	Юқумли касалликлар кафедраси ходими	Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти
5	Файзуллаев Х.Н.	Тиббиёт фанлари доктори, реанимация бўлими мудири	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ

6.	Миркасимова Х.Х.	ТЎЎХВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
7.	Рахимов Р.Р.	PhD, к.и.х., катта илмий ходим, эпидемиология кафедраси ассистенти	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ Тошкент Тиббиёт Академияси
8.	Камолходжаев Д.А.	ТЎЎЧВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
9.	Раджапбаева Г.П.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги СЕОЖС кўмитаси

Такризлар:

Касимова Рано Ибрагимовна

**т.ф.д.,РИЭМЮПКИАТМ вирусология
ИТИ бўлим раҳбари**

Норбоев Холмамат Нуралиевич

Ўлат профилактикаси маркази директори

Муҳокама санаси.

Клиник баённома олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон инфекционистлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, вилоят шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари -Маджидова Й.Н. – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, Институт директори РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ.

Клиник баённома Вирусология ИТИ Илмий кенгаши томонидан 2025-йил 20-майда кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий кенгаш раиси – Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, академик Э.И. Мусабаев

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1. Рахимова В.Ш.

Мазкур клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Ф.Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Алмарданов, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи бошчилигида ташкилий-услубий ёрдам кўрсатиб ишлаб чиқилди, тиббиёт фанлари доктори. С.Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш.Нуримов, С.Усмонов ва Г.Джумаева

Қисқартмалар рўйхати

ҚКГИ	Қрим-Конго геморрагик иситмаси
анти-ҚКГИВ IgM	ҚКГИ вирусига қарши М синфи антитаналари
анти-ҚКГИВ IgG	ҚКГИ вирусига қарши G синфи антитаналари
ҚКГИВА _g	ҚКГИвирусиантигени
ҚКГИРНК	ҚКГИ вируси РНКси
N	норма
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ҚИВ	қоннинг Ли-Уайт бўйича ивиш вақти
ДТИҚИ	диссеминирланган томир ичи қон ивиши
ИФТ	иммунофермент таҳлил
ЮКХ	юқумли касалликлар хонаси
ХБ	халқаро бирлик
Мл	миллилитр
ХММ	халқаро меъёрлаштирилган муносабат
УҚТ	умумий қон таҳлили
УПТ	умумий пешоб таҳлили
ҚБА	қорин бўшлиғи аъзолари
ЎЖЭ	ўткир жигар энцефалопатияси
ПВ	протромбин вақти
ВҚД	вирусга қарши даво
ФДХ	фибрин деградацияси ҳосилалари (маҳсулотлари)
ПОЕ	полиорган етишмовчилик
ПЗР	полимераз занжир реакция
ЎЗР	Ўзбекистон Республикаси
МФЕК	мономер фибриннинг эрувчан комплекслари
РНК	рибонуклеин кислота
ЭЧТ	Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ПТА	плазминогеннинг тўқима активатори
ТВ	тромбин вақти
ДД	далиллар даражаси
ИФ	ишқорий фосфатаза

Фойдаланувчилар:

Умумий амалиётшифокорлари, вирусологлар, тезтиббий ёрдамшифокорлари/фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, жарроҳлар, гастроэнтерологлар, клиникординаторлар, магистрлар, тиббиёт олийгоҳлари докторантлари. Ушбу баённома барчасоғлиқни сақлашда амалиётда ҚКГИ ниташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:
болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

Далилларшкаласи
(ташхисқўйишамалиётлари учун)

Далилланганлик даражаси	
1	Эталон усулидан фойдаланилган назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил қўлланилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли кўриб чиқишлари.
2	Референт усуллар назорати остида ўтказилган тадқиқотлар ёки баъзи тасодифий клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно.
3	Доимий назорат қилинмаган ҳолда ёки тадқиқот услубидан қатъи назар эталон усулдан фойдаланиб ўтказилган тадқиқотлар, шунингдек тасодифий танланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар ва клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Даволаш таъсир механизмининг асосланиши ёки эксперт хулосаси

Далиллар шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитация чора-тадбирлари учун)

Далилланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган рандомлаштирилган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно бўлган, алоҳида рандомлаштирилган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай турдаги бошқа тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар туркумларининг тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари.
5	Даволаш таъсир механизмининг асоси (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассис фикри

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси рейтинг шкаласи

Тавсияларга ишонч даражаси	
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга бўлиб, қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқдир)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган самарадорликнинг баъзи мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, айрим тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли даражада ва/ёки қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ эмас)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли далиллар, кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари ва натижалар мавжуд эмаслиги туфайли) муҳим аҳамиятга эга эмас. Барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст бўлиб, қизиқтирадиган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ келмайди.

17. Жарроҳликамалиёти:

ККГЛда ҳар қандай жарроҳликамалиёти ўтказиш қатъиянман этилади!

**"ҚРИМ-
КОНГОГЕМОМОРРАГИКИСИТМАСИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТ
ИКАВА РЕАБИЛИТАТСИЯГА ОИД МИЛ
ЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент 2025

Касалликларнинг халқаро таснифи - ХКТ-10/11 коди(лари):

ХКТ-10 /11	
A 98 A 98.0	Бошқа рукнларда таснифланмаган бошқа вирусли геморрагик иситмалар Крим-Конго геморрагик иситмаси (Конго вируси туфайли келиб чиққан) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Конго - Қрим геморрагик иситмаси вируси Крим-Конго геморрагик иситмаси Бошқа бўлимларда таснифланмаган вирусли геморрагик иситма Бўғимоёқлилар орқали юқадиган, келиб чиқиши аниқланмаган вирусли иситмалар https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025, ёки янги ва асосли далиллар мавжуд бўлганда 2028 санада кўриб чиқилади. Такдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Э.И.	Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ
2.	Туйчиев Л.Н.	Тошкент тиббиёт академияси инфекция ва болалар инфекция касалликлари кафедра мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент Тиббиёт Академияси
3.	Хайдаров А.В.	Эпидемиолог шифокор	Бухоро вилоят СЕО ва ЖСБ хавли юқумли касалликлар бўлимимудир
4.	Сайдалиев С.С.	Юқумли касалликлар кафедраси ходими	Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти
5	Файзуллаев Х.Н.	Тиббиёт фанлари доктори, реанимация бўлими мудир	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ

6.	Миркасимова Х.Х.	ТЎЎХВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
7.	Рахимов Р.Р.	PhD, катта илмий ходим	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
8.	Камолходжаев Д.А.	ТЎЎЧВИ лабораторияси вирусолог шифокори	РИЭМЮКИАТМ Вирусология ИТИ
9.	Раджапбаева Г.П.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги СЕОЖС қўмитаси

Тақризлар:

Касимова Рано Ибрагимовна

**т.ф.д.,РИЭМЮПКИАТМ вирусология
ИТИ бўлим раҳбари**

Норбоев Холмамат Нуралиевич

Ўлат профилактикаси маркази директори

Муҳокама санаси.

Клиник баённома олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон инфекционистлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, вилоят шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари -Маджидова Й.Н. – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, Институт директори РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ.

Клиник баённома Вирусология ИТИ Илмий кенгаши томонидан 2025-йил 12-майда кўриб чиқилган ва тасдиқланган.

Илмий кенгаш раиси – Институт директори, академик, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси академиги, академик Э.И. Мусабаев

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:

1. Рахимова В.Ш.

Мазкур клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, тиббиёт фанлари доктори Ф.Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Алмарданов, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи бошчилигида ташкилий-услубий ёрдам кўрсатиб ишлаб чиқилди, тиббиёт фанлари доктори. С.Убайдуллаева, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш бўлими бош мутахассислари Ш.Нуримов, С.Усмонов ва Г.Джумаева

Қисқартмалар рўйхати

ҚКГИ	Қрим-Конго геморрагик иситмаси
анти-ҚКГИВ IgM	ҚКГИ вирусига қарши М синфи антитаналари
анти-ҚКГИВ IgG	ҚКГИ вирусига қарши G синфи антитаналари
ҚКГИВАg	ҚКГИвирусиантигени
ҚКГИРНК	ҚКГИ вируси РНКси
N	норма
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
ҚИВ	қоннинг Ли-Уайт бўйича ивиш вақти
ДТИҚИ	диссеминирланган томир ичи қон ивиши
ИФТ	иммунофермент таҳлил
ЮКХ	юқумли касалликлар хонаси
ХБ	халқаро бирлик
Мл	миллилитр
ХММ	халқаро меъёрлаштирилган муносабат
УҚТ	умумий қон таҳлили
УПТ	умумий пешоб таҳлили
ҚБА	қорин бўшлиғи аъзолари
ЎЖЭ	ўткир жигар энцефалопатияси
ПВ	протромбин вақти
ВҚД	вирусга қарши даво
ФДХ	фибрин деградацияси ҳосилалари (маҳсулотлари)
ПОЕ	полиорган етишмовчилик
ПЗР	полимераз занжир реакция
ЎзР	Ўзбекистон Республикаси
МФЕК	мономер фибриннинг эрувчан комплекслари
РНК	рибонуклеин кислота
ЭЧТ	Эритроцитлар чўкиш тезлиги
ПТА	плазминогеннинг тўқима активатори
ТВ	тромбин вақти
ДД	далиллар даражаси
ИФ	ишқорий фосфатаза

Фойдаланувчилар:

Умумий амалиётшифокорлари, вирусологлар, тезтиббий ёрдамшифокорлари/фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, акушер-гинекологлар, жарроҳлар, гастроэнтерологлар, клиникординаторлар, магистрлар, тиббиёт олийгоҳлари докторантлари. Ушбу баённома барчасоғлиқни сақлашда амалиётда ҚКГИ нитахислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

**Далилларшкаласи
(ташхисқўйишамалиётлари учун)**

Далилланганлик даражаси	
1	Эталон усулидан фойдаланилган назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил қўлланилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли кўриб чиқишлари.
2	Референт усуллар назорати остида ўтказилган тадқиқотлар ёки баъзи тасодифий клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотлар, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган тасодифий клиник синовларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно.
3	Доимий назорат қилинмаган ҳолда ёки тадқиқот услубидан қатъи назар эталон усулдан фойдаланиб ўтказилган тадқиқотлар, шунингдек тасодифий танланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар ва клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Даволаш таъсир механизмининг асосланиши ёки эксперт хулосаси

**Далиллар шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитация чора-тадбирлари учун)**

Далилланганлик даражаси	
1	Метатаҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Метатаҳлилдан фойдаланган ҳолда ўтказилган рандомлаштирилган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно бўлган, алоҳида рандомлаштирилган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай турдаги бошқа тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар туркумларининг тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари.
5	Даволаш таъсир механизмининг асоси (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассис фикри

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси рейтинг шкаласи

Тавсияларга ишонч даражаси	
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга бўлиб, қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқдир)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган самарадорликнинг баъзи мезонлари (натижалар) муҳим аҳамиятга эга, айрим тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли даражада ва/ёки қизиқиш уйғотган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ эмас)
C	Кучсиз тавсия (юқори сифатли далиллар, кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари ва натижалар мавжуд эмаслиги туфайли) муҳим аҳамиятга эга эмас. Барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст бўлиб, қизиқтирадиган натижалар бўйича хулосалар ўзаро мувофиқ келмайди.

18. Реабилитация

Реабилитациянинг асосий тамойиллари:

- Реабилитация чора-тадбирлари касалликнинг авж олиш даврида ёки эрта тикланиш босқичида бошланиши лозим;
- Реабилитация ва диспансеризатсиянинг турли босқичларида узлуксизликни таъминлайдиган чора-тадбирларнинг изчиллиги ва давомийлигига риоя қилиш;

- Турли мутахассислар иштирокида ва хилма-хил таъсир усуллари қўллаган ҳолда тиклов чора-тадбирларининг комплекс хусусияти;
- Реабилитация ва тиклов чора-тадбирлари ҳамда таъсирларнинг бемор тикланаётган шахснинг мослашув ва захира имкониятларига мувофиқлиги. Белгиланган жисмоний ва ақлий юктамаларни аста-секин ошириш, шунингдек, турли хил таъсир усуллари табақалаштирилган тарзда қўллаш муҳим аҳамиятга эга;
- Ўтказилаётган чора-тадбирлар самарадорлигини доимий назорат қилиб бориш. Бунда касалликни бошдан кечирганларнинг функционал ҳолати ва касбий аҳамиятга эга функцияларини тиклаш тезлиги ҳамда даражаси (билвосита ва бевосита усуллар орқали) инобатга олинади.

19. Шифохона ичида КҚГЛнинг юқиши ва унинг олдини олиш

Тиббиёт ходимлари қуйидаги ҳолатларда зарарланиши мумкин:

- 1) беморга турли муолажалар ўтказилганда;
- 2) лаборатория текшируви учун олинган юкумли материал билан алоқада бўлганда;
- 3) лабораторияда инфекцияланган намунани ўрганаётганда.

Аерозоллар ҳосил бўлиш хавфи билан боғлиқ муолажаларни бажаришда (нафас йўллари таркибини очиқ дренажлаш, интубатсия, бронхоскопия, юрак-ўпка реаниматсияси орқали аспиратсия қилиш ёки сўриб олиш) инфекциянинг ҳаво-томчи орқали тарқалишидан ҳимояланиш чораларига риоя қилиш лозим.

Рибавиринни профилактик кимёвий восита ва тиббиёт ходимларини эрта даволаш (А) сифатида тайинлаш керак.

20. Тиббиёт ходимларининг стандарт эҳтиёткорлик чоралари.

- ✓ Қўл тозалиги қоидаларига риоя қилиш.
- ✓ Шахсий ҳимоя воситаларини тўғри кийиш ва ечиш.
- ✓ Нафасйўлларини ҳимоя қилиш.
- ✓ Беморнинг қони билан зарарланиши мумкин бўлганигнасанчилиши ва ўткирасбоблар билан касилишдан эҳтиёт бўлиш.
- ✓ Чикиндиларни тўғрийўқ қилиш.
- ✓ Хонани тоза сақлаш ва дезинфекция қилиш.
- ✓ Беморни ўраб турган нарсаларга фақат махсус ҳимоя воситаларида тегиш.
- ✓ Барча тиббий асбоб-ускуналарни тозалаш ва дезинфекция қилиш.

21. Тиббиёт ходимларини КҚГЛ вирусидан ҳимоя қилиш чоралари.

Тиббиёт муассасаси ходими доимо шахсий хавфсизлигини эътиборга олиши ва даволаш ишларини бажараётганда касалхона ичидаги инфекцияларнинг тарқалишини олдини олиши лозим. Ходимнинг асосий шахсий ҳимояси беморни алоҳидалаш ва барча юкумли касалликлардан ҳимояланиш қоидаларига синчковлик билан амал қилишдан иборат.

<https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jgv/10.1099/jgv.0.000610>

Беморларни инфекция назоратнинг белгиланган қоидаларига мувофиқ парвариш қилиш лозим. Агар беморда КҚГК юқиш эҳтимоли ҳақида тегишли кўрсатмалар ва касаллик белгилари мавжуд бўлса, қуйидаги чора-тадбирларни амалга ошириш зарур:

- Беморни иложи борида алоҳида ҳожатхона ва душга эга бўлган изоляторга жойлаштириш.
- Бемор билан тўғридан-тўғри ёки билвосита алоқада бўлган тиббиёт ходимларининг касалланишининг олдини олиш учун барча чораларни кўриш.
- Агар бемор шифохонага "Тез ёрдам" машинаси билан келтирилган бўлса, бундай беморни қабул қилиш учун алоҳида хона ажратиш ва беморни барча хавфсизлик қоидаларига риоя қилган ҳолда (ҳамма шахсий ҳимоя воситаларида бўлиши шарт) ҳамда бошқа шахслар (шахсий ҳимоя воситаларисиз) билан алоқасини истисно қилган ҳолда изоляторга ўтказиш лозим.

- Фақат махсус тайинланган ва шахсий ҳимоя воситаларини кийган тиббиёт ходимлари беморга хизмат кўрсатишлари керак.
- Беморга хизмат кўрсатишга жалб қилинган барча тиббиёт ходимларининг рўйхати тузилиши ва уларнинг барчаси шахсий ҳимоя воситаларини кийишлари шарт.
- КҚГК шубҳаси бўлган бемор касалхонага ётқизилган ҳар бир ҳолатда шифохона раҳбариятини хабардор қилиш ва ДСЕНМга шошилиш хабар бериш зарур.
- Беморни изоляторда кўриқдан ўтказишда шахсий ҳимоя воситаларини кийган шифокор эпидемиологик анамнезни тўлдиради, янада синчковлик билан текширувдан ўтказди. Ахволининг оғирлигини баҳолайди, даволаш муолажаларини амалга оширади.
- Шифокор ўта хавfli инфекциялар бўйича мутахассисни таклиф қилади ва биргаликда КҚГКга текшириш усулини белгилайди.

21. 1 Шахсий ҳимоя воситаларини кийиш

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

ШХВ тўғривақатий кетма-кетликда кийилиши лозим, тиббиёт ходими бемор жойлашган ҳудудда экан, ШХВнинг бирор қисмини ечиш мумкин эмас. Тиббиёт ходими ШХВни кийганда, назоратчи-мураббий бужараённи кузатиб туриши керак, токи тиббиёт ходимига тоғай ўлқўймасин.

Тиббиёт ходими қўлқопларни тез-тез дезинфекция қилиши лозим, айниқса беморнинг танасу юқликларига теккандан сўнг.

Агар тўсатдан ШХВнинг хлитлиги бузилса (қўлқоп йиртилиши, игна санчилиши, халатенглири қўлқоп тидан чиқиб қолиб, тери очилиши), шифокор дарҳол палатадан чиқиб, зарарланиш эҳтимолини баҳолаши керак. Агар инфекция таъсири аниқланса, тавсияларда кўрсатилган барча чораларни қўллаш зарур.

Бемор билан мулоқотдан сўнг ШХВ ни ечиш кўрсатмаларни сўзсиз бажаришни, мураббий назоратини ва ШХВ ни ечиш учун махсус ҳимоя ҳудудида бўлишни талаб этади. МИБни шохилмасдан, КҚГЛ вирусининг ШХВ юзасидан ўз-ўзини зарарлаш хавфини бартараф этиш учун тавсияларда кўрсатилган қатъий кетма-кетликда ечиш лозим. Ечиш усулини тўғри бажариш дастлабки кўп марталик машғулотлар давомида ўзлаштирилиши керак.

Икки қават қўлқоп кийиш беморни кўриқдан ўтказиш ва муолажаларни хавфсиз олиб боришни таъминлайди ҳамда ШХВ ни ечиш жараёнида муҳим аҳамият касб этади. Икки қатламли қўлқоплар беморда муолажаларни бажаришни бироз қийинлаштиради-да, улар тиббиёт ходимини тасодифий игна санчилишидан сақлайди ва ўз-ўзини юқтиришининг олдини олиш учун МИБни хавфсиз ечишда муҳим рол ўйнайди.

21.2 Шахсий ҳимоя воситаларини (ШХВ) текшириш

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

Шахсий ҳимоя воситаларини (ШХВ) кийишдан олдин, барчатаркибий қисмлар мавжудлигини ва улар кийиш учун тўғри тартибда жойлашганлигини текшириб, ишонч ҳосил қилиш лозим. Бунга қуйидагилар кирилади: қўлқоплар, ботинкалар, ҳаракатни чекамай диган тегишли ўлчамдаги халат, имкон қадар сув ўтказмай диган 95-рақамли респиратор, соч, кулоқ ва бўйинни ёпа диган жарроҳлик капюшони, чўзилган манжети борташқи қўлқоп, ҳамда юз, кўзлар ва терини қўшимча ҳимоя қила диган шаффоф юзқалқони.

21. 3 ШХВ кийиш босқичлари (7-расм)

1. Кузатувчини жалб этиш.
2. Барча шахсий кийим-кечак ва буюмларни (узук, соат ва бошқалар) ечиб қўйиш.
3. Шахсий ҳимоя воситаларининг барча элементлари мавжудлигини текшириш.

4. Қўлларни ювиш.
5. Қўлқопнинг биринчи қатламини кийиш.
6. Махсус поябзал ёки бахилаларни кийиш.
7. Халат ёки комбинезон кийиш.
8. Н95 респираторни тақиш.
9. Жарроҳлик бошқийими кийиш.
10. Зарур бўлса, фартук кийиш.
11. Қўлқопнинг иккинчи қатламини кийиш.
12. Юз қалқонини тақиш.
13. Тўғри кийинганингизни назорат қилиш.



ШХВ кийиш босқичлари (7-расм). (WHO, 2016)

<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

21. 4 Шахсий химоя воситаларини ечишга тайёргарлик

Барча кўзга кўринган ифлосланишларни шахсий химоя воситаларида текширинг ва зарарсизлантиринг. Кейин қўлқопларни тасдиқланган дезинфекцияловчи модда ёки спирт билан зарарсизлантириб, қуришига имкон беринг. Кузатувчи ҳозир ва назорат қилишга тайёр эканлигига ишонч ҳосил қилинг, сўнгра зонага кириб, шахсий химоя воситаларини босқичма-босқич ечиш жараёнини бошланг.

Аерозоллар қусиш, кучли ич кетиш, йўтал, беморни интубатсия қилиш, балғам ажралиши ёки бронхоскопия пайтида ҳосил бўлиши мумкин. Шу сабабли, ККМ (Атланта) ва ЖССТ тиббиёт ходимларига Н95 респираторидан ёки ҳавони тозалашга имкон берадиган респиратордан фойдаланишни тавсия этади.

21. 5 Кузатувчи

Кузатувчи (шахсий ҳимоя воситаларини (ШХВ) тўғри қийиш ва ечишни назорат қилувчи шахс) тиббиёт ходимига ШХВни ечишда ёрдам бермаслиги лозим. У тиббиёт ходими ШВни ечиш пайтида хато қилмаслигини диққат билан кузатиб бориши, назорат қилиши ва зарур бўлганда, ШХВни ечиш жараёнида нималарни қилмаслик кераклигини эслатиб туриши керак.

Манба: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

Адабиётлар рўйхати

1. Всемирная организация здравоохранения. (2017). WHO Guidelines for the Prevention and Control of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Женева: ВОЗ.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) Fact Sheet. Атланта: CDC. [Электронный ресурс]. Доступно на сайте CDC. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2019). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever – Annual Epidemiological Report for 2019. Стокгольм: ECDC.
3. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). (2018). Integrated Management of Tick-Borne Diseases Including Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Рим: FAO.
4. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2020). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Surveillance Protocol and Control Guidelines. Каир: ВОЗ.
5. Минздрав России. (2020). Клинические рекомендации по диагностике и лечению Крым-Конго геморрагической лихорадки. Москва.
6. Роспотребнадзор. (2019). Методические рекомендации по профилактике Крым-Конго геморрагической лихорадки. Москва.
7. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). (2018). Региональные рекомендации по контролю распространения КГЛ. Москва.
8. Public Health England (PHE). (2018). Guidance on the Management of Viral Hemorrhagic Fevers, including Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. Лондон: PHE.
9. Южно-Африканское Министерство Здравоохранения. (2019). Guidelines for the Diagnosis and Management of Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in South Africa. Претория.
10. Турецкое министерство здравоохранения. (2020). Протоколы диагностики и лечения КГЛ. Анкара.
11. Казахстанский Научный Центр Инфекционных Заболеваний (2018). Инструкции по борьбе и профилактике Крым-Конго геморрагической лихорадки. Нур-Султан

12. Papa, A., Tsergouli, K., Tsioka, K., & Mirazimi, A. (2020). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Tick–Host–Virus Interactions. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 10, 34.
13. Deyde, V. M., Khristova, M. L., Rollin, P. E., Ksiazek, T. G., & Nichol, S. T. (2012). Crimean-Congo hemorrhagic fever virus genomics and global diversity. *Journal of Virology*, 80(17), 8834-8842.
14. Whitehouse, C. A. (2004). Crimean-Congo hemorrhagic fever. *Antiviral Research*, 64(3), 145-160.
15. Spengler, J. R., Bergeron, É., & Rollin, P. E. (2019). Crimean-Congo hemorrhagic fever and expansion from endemic regions. *Current Opinion in Virology*, 34, 70-78.
16. Yilmaz, G. R., Buzgan, T., Irmak, H., et al. (2009). The epidemiology of Crimean-Congo hemorrhagic fever in Turkey, 2002-2007. *International Journal of Infectious Diseases*, 13(3), 380-386.
17. Vorou, R. (2009). Crimean-Congo hemorrhagic fever in southeastern Europe. *International Journal of Infectious Diseases*, 13(6), 659-662.
18. Al-Abri, S. S., Al Abaidani, I., Fazlalipour, M., et al. (2017). Current status of Crimean-Congo haemorrhagic fever in the World Health Organization Eastern Mediterranean Region: issues, challenges, and future directions. *International Journal of Infectious Diseases*, 58, 82-89.
19. Gargili, A., Estrada-Peña, A., Spengler, J. R., et al. (2017). The role of ticks in the maintenance and transmission of Crimean-Congo hemorrhagic fever virus: A review of published field and laboratory studies. *Antiviral Research*, 144, 93-119.
20. Swanepoel, R., Shepherd, A. J., Leman, P. A., et al. (1987). Epidemiologic and clinical features of Crimean-Congo hemorrhagic fever in southern Africa. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 36(1), 120-132.
21. Maltezou, H. C., & Papa, A. (2011). Crimean-Congo hemorrhagic fever: risk for emergence of new endemic foci in Europe? *Travel Medicine and Infectious Disease*, 9(3), 139-143. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. (2019). Клинические рекомендации по диагностике и лечению Крым-Конго геморрагической лихорадки. Ташкент. Санитарно-эпидемиологическая служба Узбекистана. (2020). Методические указания по профилактике Крым-Конго геморрагической лихорадки. Ташкент.
22. Национальный центр по контролю за инфекционными заболеваниями Республики Узбекистан. (2021). Протоколы лечения вирусных геморрагических лихорадок, включая Крым-Конго. Ташкент.