

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

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

"QRIM-KONGO GEMORRAGIK ISITMASI" KASALLIGI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»
RIEMYUPKIATM Virusologiya ilmiy-tadqiqot
instituti direktori
E.I. Musabayev



2025 yil

"QRIM-KONGO GEMORRAGIK ISITMASI" KASALLIGI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.

TOSHIKENT 2025

Mundarija

Qrim-kongo gemorragik isitmasini tashxislash va davolashning milliy klinik protokoli.....	5
"Qrim-kongo gemorragik isitmasi" nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvlarning milliy klinik protokoli.....	49
"Qrim-kongo gemorragik isitmasi" nozologiyasi bo'yicha profilaktika va reabilitatsiya milliy klinik protokoli	54

**QRIM-KONGO GEMORRAGIK
ISITMASINI TASHXISLASH VA
DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI.**

TOSHKENT 2025

1. Kirish qismi

Kasalliklarning xalqaro tasnifi - XKT-10/11 kodi(lari):

XKT-10 /11	
A 98	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan boshqa virusli gemorragik isitmalar
A 98.0	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi (Kongo virusi tufayli kelib chiqqan) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Kongo - Qrim gemorragik isitmasi virusi Qrim-Kongo gemorragik isitmasi Boshqa bo‘limlarda tasniflanmagan virusli gemorragik isitma Bo‘g‘imoyoqlilar orqali yuqadigan, kelib chiqishi aniqlanmagan virusli isitmalar https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025, yoki yangi va asosli dalillar mavjud bo‘lganda 2028 sanada ko‘rib chiqiladi. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul bo‘lgan muassasa:

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar o‘z hissalarini qo‘shdilar:

Yuqumli kasalliklar yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolarining jarayonni tashkil etish bo‘yicha:

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| 1. Таджиев Б.М. | Markaz direktori, t.f.d., professor | RIEMYUPKIATM |
| 2. Таджиева Н.У. | Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.d. | RIEMYUPKIATM |

Список основных авторов:

1.	Musabayev E.I.	Institut direktori, akademik, tibbiyot fanlari doktori, O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
2.	Tuychiyev L.N.	Toshkent tibbiyot akademiyasi infeksiyon va bolalar infeksiyon kasalliklari kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
3.	Xaydarov A.B.	Epidemiolog shifokor	Buxoro viloyat SEO va JSB xavli yuqumli kasalliklar bo‘limi mudiri
4.	Saydaliyev S.S.	Infeksiyon kasalliklar kafedrasini xodimi	Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti

5	Fayzullayev X.N.	Tibbiyot fanlari doktori, reanimatsiya bo'limi mudiri	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
6.	Mirkasimova X.X.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
7.	Raximov R.R.	PhD, k.i.x., katta ilmiy xodim, epidemiologiya kafedrasida assistenti	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
8.	Kamolxodjayev D.A.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
9.	Radjabbayeva G.P.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни saqlash vazirligi СЕОЖС қўмитаси

Taqrizlar:

Kasimova Rano Ibragimovna

t.f.d., **RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI bo'lim rahbari**

Xolmamat Nuraliyevich

O'lat profilaktikasi markazi direktori

Muhokama sanasi.

Klinik bayonnoma oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston infecionistlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

Klinik bayonnoma RIEMYUPKIATM Virusologiya instituti Ilmiy kengashi tomonidan 2025-yil 20-mayda ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

Ilmiy kengash raisi – t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

1. Raximova V.Sh.

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

Qisqartmalar ro'yxati

QKGI	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi
anti-QKGIV IgM	QKGI virusiga qarshi M sinfi antitanalari
anti-QKGIV IgG	QKGI virusiga qarshi G sinfi antitanalari
QKGIVAg	QKGI virus antigeni
QKGIRNK	QKGI virusi RNKsi
N	norma
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
FQTV	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
QIV	qonning Li-Uayt bo'yicha ivish vaqti
DTIQI	disseminirlangan tomir ichi qon ivishi
IFT	immunoferment taxlil
YuKX	yuqumli kasalliklar xonasi
XB	xalqaro birlik
MI	millilitr
XMM	xalqaro me'yorlashtirilgan munosabat
UQT	umumiy qon tahlili
UPT	umumiy peshob tahlili
QBA	qorin bo'shlig'i a'zolari
O'JE	o'tkir jigar ensefalopatiyasi
PV	protrombin vaqti
VQD	virusga qarshi davo
Φ/Χ	fibrin degradatsiyasi hosilalari (mahsulotlari)
POYe	poliorgan yetishmovchilik
PZR	polimeraz zanjir reaksiya
O'zR	O'zbekiston Respublikasi
MFEK	monomer fibrinning eruvchan komplekslari
RNK	ribonuklein kislota
ECHT	Eritrotsitlar cho'kish tezligi
PTA	plazminogenning to'qima aktivatori
TV	trombin vaqti
DD	dalillar darajasi
IF	ishqoriy fosfataza

Foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, virusologlar, tez tibbiy yordam shifokorlari/feldsherlari, infeksiyalar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, jarrohlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, tibbiyot oliygohlari doktorantlari.

Ushbu bayonnoma barcha sog'liqni saqlash amaliyotida QKGI tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

bolalar, kattalar, homilador ayollar.

Dalillar shkalasi

(tashxis qo'yish amaliyotlari uchun)

Dalillanganlik darajasi	
1	Etalon usulidan foydalanilgan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil qo'llanilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli ko'rib chiqishlari.
2	Referent usullar nazorati ostida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki ba'zi tasodifiy klinik sinovlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar, meta-tahlildan foydalangan holda o'tkazilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli sharhlari bundan mustasno.
3	Doimiy nazorat qilinmagan holda yoki tadqiqot uslubidan qat'i nazar etalon usuldan foydalanib o'tkazilgan tadqiqotlar, shuningdek tasodifiy tanlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar va klinik holatning tavsifi
5	Davolash ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspert xulosasi

**Dalillar shkalasi
(profilaktika, davolash va reabilitatsiya chora-tadbirlari uchun)**

Dalillanganlik darajasi	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа
2	Metatahlildan foydalangan holda o'tkazilgan randomlashtirilgan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari bundan mustasno bo'lgan, alohida randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar va har qanday turdagi boshqa tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki holatlar turkumlarining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Davolash ta'sir mexanizmining asosi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassis fikri

Tavsiyalarning ishonchlik darajasi reytingi shkalasi

Tavsiyalarga ishonch darajasi	
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega bo'lib, qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiqdir)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan samaradorlikning ba'zi mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, ayrim tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli darajada va/yoki qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (yuqori sifatli dalillar, ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari va natijalar mavjud emasligi tufayli) muhim ahamiyatga ega emas. Barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past bo'lib, qiziqtiradigan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq kelmaydi.

2.1 KIRISH

Gemorragik isitmalar (GI) — tabiiy o'choqli, zoonozli, yuqumli kasalliklar guruhi bo'lib, ular yuqori xavfli viruslar bilan bog'liq. Bu kasalliklarda muhim, lekin majburiy bo'lmagan belgilardan biri gemorragik sindrom bo'lib, u multiorgan yetishmovchiligi, og'ir shok va o'lim bilan tugashi mumkin. GIning 30 dan ortiq viruslari ma'lum bo'lib, ular to'rtta turli oilaga mansub. Ular keng geografik tarqalishga ega. Asosan, infeksiya o'choqlarida yashovchi odamlar va shu yerga kelgan sayyohlar kasallanadi (Hakan Leblebicioglu, Ozaras, Fletcher, Beeching, & ESCMID Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM), 2016), kasalxonada

yuqish va bu infeksiyalarni biologik qurol sifatida qo'llash tahdidi ham mavjud. Bu infeksiyalarning ko'pchiligi uchun samarali profilaktika va davolash usullari yo'q.

GI guruhidan faqat Qrim-Kongo gemorragik isitmasi (QKGI) O'zbekiston Respublikasida qayd etilgan [(Meliyev A., Maksumov S. S., Karimov Z. K., Ambarsumov S. M., Vafakulov B. X., 1972). Kamilov, 2007] va mamlakat uchun endemik hisoblanadi. Har yili yakka holatlar uchraydi. Bir ehtimoliy holat epidemiologlarning tezkor reaksiyasini talab qiladi, bir tasdiqlangan holat favqulodda holat hisoblanadi. Chunki bu infeksiyaning o'lim ko'rsatkichi dunyoda 5-30% ni tashkil etadi, ba'zi ma'lumotlarga ko'ra 60% gacha (Bente et al., 2013). Respublikada QKGIning kam uchrashi tufayli ko'pchilik tibbiyot xodimlari undan yaxshi xabardor emas, aholi esa bu kasallik haqida deyarli bilmaydi. Bu holat infeksiyaning hatto yakka holatlarini ham juda xavfli qiladi, chunki u odamga chaqa yoki kasal odamning qoni bilan kontakt orqali yuqishi mumkin.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST, 2018) yaqin kelajakda epidemiyalarga olib kelishi mumkin bo'lgan, lekin ularga qarshi kurashish vositalari kam yoki mavjud bo'lmagan xavfli infeksiyon kasalliklarga qarshi kurashish va javob berish rejasini ishlab chiqqan. JSST tomonidan xavfli infeksiyalar sifatida belgilangan 10 kasallik orasida QKGI ham bor. JSSTning QKGIga qarshi tadqiqotlar va mahsulotlar yaratish bo'yicha yo'l xaritasi har bir endemik mamlakatning mahalliy sharoitlarni hisobga olgan holda o'z kurash rejasini ishlab chiqishini va xalqaro hamkorlikni kuchaytirishni nazarda tutadi.

Manbaa:

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

2.2. Ta'rif:

Qrim-Kongo gemorragik isitmasi (QKGI) keng tarqalgan kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi kana orqali yuquvchi *Bunyaviridae* oilasi *Nairovirus* avlodiga mansub virusdir. QKGI virusi og'ir virusli gemorragik isitmalarini keltirib chiqaradi, o'lim koeffitsiyenti 10-40%.

QKGI Afrikada, Bolqonda, Yaqin Sharqda va Osiyo mamlakatlarida shimoliy kenglikning 50-parallelidan janubda - asosiy tashuvchi bo'lgan kana tarqalishining geografik chegarasida endemik hisoblanadi.

Manbaa:

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

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

2.3. Tasnifi:

I. QKGI gemorragik sindrom bilan:

Og'ir shakli:

bo'shliq qon ketishlarsiz;

bo'shliq qon ketishlar bilan.

O'rta og'irlikdagi shakli:

bo'shliq qon ketishlarsiz;

bo'shliq qon ketishlar bilan.

Yengil shakli

II. QKGI gemorragik sindromsiz:

o'rta og'irlikdagi shakli;

yengil shakli

Quyidagi klinik davrlar ajratiladi:

- gemorragik oldi yoki boshlang'ich davr;
- gemorragik davr kasallikning avjiga to'g'ri keladi;
- rekonvalesensiya (sog'ayish davri);
- QKGIning uzoq muddatli oqibatlari..

Natijalar (Oqibatlar):

- - sog'ayish;
- - o'tkir gemorragiya rivojlanganda o'lim holati.

Manbaa:

<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 Diagnostik mezonlar

Taxminiy holat

Yuqori isitma bilan birga kechuvchi o'tkir kasallik kamida quyidagi belgilardan ikkitasida:

- bosh og'rig'i,
- tanadagi siniq,
- artralgiya,
- zaiflik,
- qusish / diareya
- qon ketish

endemik mintaqada yashovchi yoki bo'lgan odamda

yoki kana chaqishi/ kana qoni bilan kontakt yoki qon/suyuqlik bilan kontakt yuqtirilgan hayvon yoki bemorning oldingi 14 kundagi tanalari.

Ehtimoliy holat

Quyidagi ehtimoliy holatdan olingan barcha ma'lumotlar:

- trombositopeniya, leykopeniya,
- quyidagi simptomlardan hech bo'lmaganda bittasi (petexiyalar, burundan qon ketishi, qon bilan qusish, axlatda qon, ekximoz, milkardan qon ketishi, qon ketishining noma'lum sabablari,
- bemorning noma'lum sababga ko'ra to'satdan vafot etishi, unda taxminiy va ehtimoliy holatga mos keladigan holat kuzatilishi.

Tasdiqlangan holat

Quyidagilardan kamida bittasi:

- PZR (RT-PCR) usuli bilan bemorning qoni (butun qon, zardob yoki plazma), tana suyuqliklari yoki to'qimalarida QKGI virusining RNKsini aniqlash.
- O'tkir davrda va da olingan ikkita qon namunasida QKGI virusiga nisbatan IgM sinfiga mansub antitanalarning aniqlanishi yoki IgG titrining 4 marta oshishi rekonvalessensiya davri
- Qonda virus antigenini aniqlash.
- Patologoanatomik materialdan antigenni immunogistokimyoviy usulda aniqlash.
- Virus izolyatsiyasi (garchi ushbu met

Manbaa: *M.B.Шараповидр. Крымская-Конго геморрагическая лихорадка // Клиническое практическое руководство. -2019. -С.242.*

3. Tashxisot usullari, yondashuvlar va muolajalar

3.1. Shikoyatlar va anamnez, shu jumladan epidemiologik:

- Kana chaqishi
- Kasbiy faoliyat
- Harorat ko'tarilishi
- holsizlik
- ko'ngil aynishi
- bosh og'rig'i
- qusish
- mialgiya
- yuz va bo'yin-yoqa zonasi giperemiyasi
- Gemorragik sindrom (burndan qon ketishi, oshqozon-ichak qon ketishlari, degtesimon najas (melena), gemorragik toshma (terida, shilliq qavatlarda))
- taxikardiya
- Qon bosimining pasayishi
- Nafas qisishi

Manba: *O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2015 yil 23 yanvardagi "Respublikada aholi o'rtasida o'ta xavfli zooantroponoz yuqumli kasalliklarga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida" gi 37-son buyrug'i.*

3.2. Epidemiologik anamnez:

Asosiymanbalar:

- uyhayvonlari (yirikshoxliqoramol, maydashoxliqoramol, otlar, ehtimoltuyalar);
 - yovvoyihayvonlar (qo'ylar, kirpi, kalamushlar, tuyaqushlar);
 - qushlar infeksiyalangan chaqalarni katta hududlarga tarqatadilar (Spengler et al., 2016).
- B** QKGI epidemiologiyasining asosiy xususiyatlari:
- QKGIzoonoz, tabiiy-o'choqliinfeksiyabo'lib, transmissiv yo'lbilanyuqadi. Tabiiy o'choqlaryarimcho'l, dasht va o'rmon-dasht hududlaridajoylashgan. Tashuvchilarasosan

	<p>Hyalomma turiga mansub kanalar (H. marginatum, H. anatolicum, H. truncatum, H. impeltatum, va H. impressum) (Hoogstraal, 1979) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/113533/</p>
B	<p>Bahor-yoz mavsumi (aprel-avgust) va kasallanganlarning muayyan kasbiy tarkibi (cho‘ponlar, sut sog‘uvchilar, qoramolchilar, shaxsiy qoramol egalari, qoramol so‘yishda, dala ishlarida va boshqa qishloq xo‘jalik ishlarida band shaxslar) xosdir. 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>
C	<p>QKGI uchun xos bo‘lgan umumiy epidemiologik belgilar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Odamlar o‘rtasida kasallikning ko‘tarilishi bahor-yoz davrida kuzatiladi. 2. Infeksiya o‘choqlari dasht va yarim cho‘l landshaftiga ega qishloq joylarda joylashgan. 3. Kasallanganlar orasida kasbiy xavf guruhlari (cho‘ponlar, sutchilar, qoramolchilar, shaxsiy qoramol egalari, dala ishlarida band shaxslar) ustunlik qiladi. 4. Odamlarning asosiy yuqish mexanizmi chaqalar chaqishi orqali transmissivdir. 5. QKGI virusining odamgagemo kontaktyo‘libilanyuqishikasallargaparvarishyokitibbiy yordam ko‘rsatishda kasalxona ichidagi infeksiya o‘choqlarining rivojlanish ehtimolini belgilaydi. <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>

3.3. Kasallik anamnezi:

B	<ul style="list-style-type: none"> • QKGIning boshlanishi yuqori harorat va umumiy infeksiyon sindromning namoyon bo‘lishi bilan keskin boshlanadi. Prodrom xarakterli emas. • Bemorlar kasallikning sanasi va ko‘pincha soatini aniq ko‘rsatadilar. • Лихорадка продолжается от 1 до 12 дней, в среднем 7-8 дней. • Ko‘p hollarda haroratning keskin pasayishi (temperatura qismining “kesilishi”) kasallikning 3-5 kunida normal yoki subfebril darajalargacha bo‘lib, keyinchalik ikkinchi isitma to‘lqini febril yoki subfebril darajalarda rivojlanadi. • Ikkinchi isitma to‘lqini qisqa muddatli, 3-5 kungacha davom etadi. • Kasallikning boshlang‘ich davrida gemorragik namoyon bo‘lishidan oldin bemorlar kuchli bosh og‘rig‘i, keskin zaiflik, qusish, qusish, ishtahaning yo‘qolishi, uyquning buzilishi, tanada og‘riqlar va mushak og‘riqlarini sezadilar. • 2-3 kun davomida patologik qo‘shimchalarsiz suyuq axlat va qorin og‘rig‘i bo‘lishi mumkin. <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>
---	---

3.4 QKGI kasalligining klinik ko‘rinishi o‘tkir kasallik bo‘lib, u simptomsiz, o‘z-o‘zidan tuzalishdan tortib, turli darajadagi og‘irlikda va ba’zida juda og‘ir kechishi, DVS-sindromi, shok, ko‘p a’zolar yetishmovchiligi kabi og‘ir asoratlar yoki o‘lim bilan yakunlanishi mumkin. Kasallikning surunkali kechishi kuzatilmaydi.

Kasallikning klassik kechishida quyidagi davrlar farqlanadi: inkubatsion davr, gemorragik oldi davri, gemorragik davr va sog‘ayish davri.

Inkubatsion davr. Kana chaqqanida 1-5 kun - maksimal 9 kun; infeksiyalangan qon/to‘qimalar bilan kontaktda bo‘lganda - 5-7 kun, maksimal - 13 kun.

Inkubatsion davrining davomiyligi bir qator omillarga bog‘liq: virus dozasi, makroorganizmning immunitet xususiyatlari, infeksiyaning yuqish yo‘llari. Virusning yuqori dozasi inkubatsion davrning keskin qisqarishiga va o‘lim ehtimolining yuqori bo‘lishiga olib kelishi mumkin.

Gemorragik oldi davri. Kasallik to‘satdan boshlanadi, tana haroratining ko‘tarilishi bilan xarakterlanadi. Isitma bu kasallikning eng tipik belgisidir. Yuqori harorat fonida intoksikatsiyaning boshqa alomatlari paydo bo‘ladi: bosh og‘rig‘i, holsizlik, mushaklar og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi/qusish, ba’zan ich ketishi, yuz va bo‘yin sohasi qizarishi. QKGI ning bu davri 3-5 kun davom etadi. Kasallikning erta bosqichida tashxis qo‘yishning eng katta qiyinchiligi QKGI ga xos bo‘lgan alomatlarining yo‘qligidir. Mavjud belgilar O‘RVI yoki ichak infeksiyalarini eslatadi. Faqatgina epidemiologik omillarning mavjudligi tibbiyot xodimiga yuqorida ko‘rsatilgan alomatlar bilan kasallangan bemorda QKGI ni taxmin qilish, bemorni ajratish va ushbu infeksiyaga laboratoriya tekshiruvini tayinlash imkonini beradi.

Gemorragik davr. Kasallik boshlanganidan keyin o‘rtacha 3-6 kundan so‘ng gemorragik belgilar paydo bo‘ladi. Kuchli zaharlanish va isitma fonida petexial toshma, ko‘z shilliq pardasiga qon quyilishi, milk, shilliq qavat va terida, ko‘pincha tananing yuqori qismida, inyeksiya qilingan joylarda qon ketishi, teri ostiga qon quyilishlari paydo bo‘ladi.

Bemorning ahvoli qanchalik og‘ir bo‘lsa, gemorragik sindrom shunchalik tez namoyon bo‘ladi va kuchayadi. Bemorlarda qonli qusish, qora qahva quyqasiga o‘xshash qusish, burundan qon ketishi, kasallikning 4-5 kunlarida qora axlat, siydikda qon paydo bo‘lishi kuzatiladi. Ayollarda bachadondan qon ketishi mumkin,

ayniqsa, tug‘ruq paytida yoki tug‘ruqdan keyingi davrda, va bu ko‘pincha diagnostik xatolarga olib keladi.

Qon ketishi kasallik kechishida eng muhim salbiy prognoz omili hisoblanadi.

Ichki, ko‘zga ko‘rinmaydigan qon ketishi ham bo‘lishi mumkin: plevra bo‘shlig‘iga, qorin bo‘shlig‘iga, kalla ichiga. Gemorragiyalar - mayda qon quyilishlar, katta qon quyilishlar va hayot uchun xavfli bo‘lgan kuchli qon ketishi boshqa gemorragik isitmalarga qaraganda aynan KQGLda ko‘proq ifodalangan.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi va miyaga qon quyilishi o‘limning eng ko‘p uchraydigan sabablaridir.

Yurak va o‘pka tomonidan asoratlar kuzatilishi mumkin. Bunda

o‘tkir nafas olish yetishmovchiligi sindromi rivojlanib, nam xirillashlar, yo‘tal va qon aralash balg‘am ajralishi, nafas qisilishi kuzatiladi.

QKGI ning og‘ir va o‘lim holatlari yurak faoliyatining buzilishi bilan bog‘liq.

Jigar va taloq kattalashuvi 20-40% hollarda kuzatiladi.

Lekin sariqlik va qonda bilirubin miqdorining oshishi xos emas. Gepatit oqibatida qon ivish omillari, fibrinogen, plazminogen sintezi buziladi, albumin va transferrin miqdori kamayadi. Markaziy asab tizimi faoliyatining buzilish belgilari kuchli bosh og‘rig‘i, uyqu tartibining buzilishi, alahsirash, ensefalopatiya ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Miyaga qon quyilishi mumkin.

Gemorragik belgilersiz KQGL. Infeksiyaning bu turi asosan yengil, ba'zan o'rtacha og'ir shaklda kechadi. Unga uncha yuqori bo'lmagan va uzoq davom etmaydigan harorat, intoksikatsiyaning nisbatan yengil simptomlari xos. Faqat oshqozon-ichak simptomlari ustunlik qilishi mumkin. Umumklinik laboratoriya tekshiruvlarida QKGI uchun xos bo'lgan belgilar aniqlanmaydi.

Tashxis qo'yish murakkab vazifa hisoblanadi, chunki kasal bolalar kasallikni oyoqda yurib o'tkaza oladilar va shifokorga murojaat qilmaydilar. Bunday bemorlarni faqat QKGI tarqalishini tekshirishda, kontaktda bo'lganlarni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazishdagina aniqlash mumkin.

Subklinik shakli. QKGIning gemorragik belgilersiz shakli yengil, ba'zan o'rtacha og'ir shaklda kechadi. Unga uncha yuqori bo'lmagan va qisqa muddatli harorat, intoksikatsiyaning nisbatan yengil simptomlari, oshqozon-ichak buzilishlari xos.

80% hollarda QKGI simptomsiz kechishi mumkin.

Aholida KQGL ga qarshi antitanalar mavjud bo'lgan, ammo ilgari bu kasallikni o'tkazganini inkor qiladigan odamlar borligi bu fakti ko'rsatishi mumkin.

Bolalarda KQGL. Bolalarda QKGI haqidagi ilmiy maqolalar kam uchraydi. Bolalarda QKGI klinikasi va oqibatlarini o'rganish bo'yicha tahlil qilingan ishlar shuni ko'rsatdiki, ushbu infeksiyaning klinikasi bolalarda kattalarnikiga o'xshash, ammo bolalar orasida o'lim ko'rsatkichi Eronda Turkiyadagiga qaraganda sezilarli darajada yuqori bo'lgan.

Homilador ayollarda QKGI. Adabiyotlarda homilador ayollarda QKGI haqidagi maqolalar soni cheklangan. Ularda kasallik homilador ayollar uchun juda xavfli ekanligi, homila ichidagi va chaqaloq o'limi 58% gacha, ona o'limi esa 34% gacha yetishi qayd etilgan. Infeksiyaning vertikal o'tishi aniqlanmagan. Bu og'ir preeklampsianing bir turi bo'lib, unda gipertoniya va buyrak disfunktsiyasidan tashqari gemoliz belgilari, transaminazalar faolligi oshishi, jigar shikastlanishi va trombositopeniya kuzatiladi. Bu sindromning sababi noma'lum. U homiladorlikning 28-36 haftasida og'ir preeklampsiya yoki homiladorlik oxirida yoxud tug'ruqdan so'ng tez orada eklampsiya bo'lgan ayollarning taxminan 4-10 foizida rivojlanadi. Bu sindromning belgilari: holsizlik, suyuqlikning ushlanib qolishi, shishlar, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qorin og'rig'i, qusish, ko'rishning yomonlashuvi, burundan qon ketishi, talvasalar. Shuningdek, DVI, yo'ldoshning ko'chishi va yetishmovchiligi ham kuzatilishi mumkin. Bu alomatlarining barchasi QKGI ni eslatadi. QKGI da gemolitik anemiya bo'lmaydi, isitma, gemorragik sindrom mavjud bo'lib, anamnezda kana chaqishi, chorva mollari bilan aloqa, qonda virus RNKsi yoki virusga qarshi antitanachalar aniqlanadi.

Homilador ayollarda E gepatitning tanlab og'ir kechishini va mamlakatimizning ushbu gepatit turi bo'yicha endemikligini hisobga olgan holda uni QKGI dan farqlash zarur. Transaminazalar faolligining oshishi, jigarning kattalashuvi, ko'ngil aynishi, qusish, ensefalopatiya, qon ketishlar, trombositopeniya, PTI pasayishi homilador ayollarda E gepatitning og'ir kechishi uchun xos bo'lib, u 20-40 foiz hollarda o'limga olib kelishi mumkin. E gepatiti asosan ifloslanagan suv orqali yuqadi, qishloq joylardagi ayollar ko'proq kasallanadi, teri va ko'z oqlarining sarg'ayishi, hazm tizimi buzilishlari tez kuchayib boradi. QKGI dan farqli o'laroq, E gepatitida anamnezda kana chaqishi bo'lmaydi va QKGI da isitma fonida gemorragik ko'rinishlar tez rivojlanadi, bu E gepatiti uchun xos emas. E gepatitida qonda anti-HEV IgM va E gepatiti virusining RNKsi aniqlanadi.

Endemik hududlardagi akusherlik va ginekologiya bo'limlarining tibbiyot xodimlari QKGI haqida xabardor bo'lishlari va QKGI bilan kasallangan ayollar bilan ishlashda standart ehtiyot choralarini ko'rishlari lozim.

Manba:

<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://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 Fizikal tekshiruvlar

- C
- Yuzning giperemiyasi va shishishi;
 - Bo'yin va yelka kamarining yuqori qismining giperemiyasi (simptom "kapyushon");
 - Sklera tomirlarining inyeksiyasi;
 - Tomoqning o'rtacha giperemiyasi;
 - Pozitiv "chimchilash" va "jgut" simptomlari;
 - Inyeksiyadan keyingi gematomalarning shakllanishi;
 - Terining va shilliq qavatlarining gemorragik toshmasi, ko'proq yuqori va quyi qo'l-oyoqlarda, qo'litiq osti hududlarida, kiyim bosimi bo'lgan joylarda petexiyalar ko'rinishida;
 - Milk yoki og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatlarining qon ketishi;
 - Qon ketishlar (burndan, bachadondan, oshqozon-ichakdan, buyrakdan, o'pkadan);
 - Kasallikning 3-5 kunida jigarning kattalashishi;
 - Kasallik avji davrida: minutiga 40 gacha bradikardiya, gipotoniya, yurak tonlarining pasayishi.

<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%D>

<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>

3.6 QKGI og'irlik darajasi mezonlari (intoksikatsiya belgilarining ifodalanishi va gemorragik sindromning ifodalanishi bo'yicha baholanadi):

Belgi	Yengil og'irlik darajasi	O'rtacha og'irlik darajasi	Og'irlik darajasi
Yaqqollik zaharlanish	Yengil yoki mo'tadil ifodalanganlik	O'rtacha yoki anchagina ifodalangan	Ancha ifodalangan
Yaqqollik bezgak	Haroratning 38-38,5°C gacha ko'tarilishi yoki normal bo'lishi	O'sish haroratdan yuqori 38,5-39,5°C	O'sish haroratdan yuqori 39,5°C
Yaqqollik gemorragik sindrom	Yo'q	Yo'q yoki o'rtacha ifodalangan qon ketish, teridagi gemorragiyalar va shilliq mikrogematuriya	Massivqon ketishlar, DVS sindromi rivojlanishi bilan, teri va shilliq pardalarda yaqqol gemorragiyalar, mikrogematuriya kuzatiladi

<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. Laborator tekshiruvlari

Kasallikni o'z vaqtida tashxislash, gemorragik sindromlarni bashoratlash va adekvat davolash ko'p jihatdan kasallikning ijobiy natijasini belgilaydi. QKGIning klinik ko'rinishlarini laborator baholash gematologik, biokimyoviy, gemostaziologik laboratoriya testlari bilan amalga oshiriladi. Tashxisni tasdiqlash virusologik, serologik va molekulyar-genetik usullar bilan amalga oshiriladi.

Statsionar darajada o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostik tekshiruvlar:

- qon guruhini aniqlash;
- rezus-omilni aniqlash;
- umumiy qon tahlili;
- siydikning umumiy tahlili;
- koagulogramma;

- qonning biokimyoviy tahlili (umumiy oqsil, albumin, bilirubin, AIT, AsT, LDG);
- ichakdan qon ketishini aniqlash maqsadida axlatni yashirin qon tahlili;
- IFT usulida virus antigeni (Ag), IgM, IgG antitanachalarini aniqlash;
- PZR usuli bilan QKGI virusining RNKsini aniqlash;
- virus antigenini patologoanatomik aniqlash

Asosiy laboratoriya tashxisi:

Maxsus laboratoriya usullari (isbotlar darajasi: A)

KGLning laborator diagnostikasi QKGI qo'zg'atuvchisi yoki unga antitanalarning maxsus indikatsiyasiga asoslangan. QKGI bemorlardan olingan materialni tekshirishda quyidagi usullardan foydalaniladi:

1. serologik - ELISA (qattiq fazali immunoferment tahlil);
2. Molekulyar-genetik - TT-PZR (teskari transkripsiyali polimeraza zanjir reaksiyasi);
3. virusologik usul.

Qonning immunoferment tahlili:

B	<p>QKGI shubha qilingan barcha bemorlarga kasallikning etiologik omilini tasdiqlash uchun immunoferment tahlil usuli bilan QKGI antitanalari va antigenlarini aniqlash uchun serologik tadqiqotlar o'tkazish tavsiya etiladi.</p>
	<p>Izohlar: avj olish davrida: IFT usulida virus antigeni yoki IgM antitanachalarini aniqlash;</p> <p>- rekonvalessensiya bosqichida yoki yaqinda o'tkazgan kasalligida, o'tgan bir necha oy davomida sodir bo'lgan: antitanachalar (IgM + IgG);</p> <p>- oxirgi ikki yil davomida o'tkazilgan infeksiyada: yuqori titrlarda IgG (manfiy IgM da);</p> <p>- ikki yildan ortiq vaqt oldin o'tkazilgan uzoq muddatli infeksiyada: past titrlarda IgG (manfiy IgM da).</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>

QKGIning laborator diagnostikasi quyidagilarni o'tkazishni o'z ichiga oladi:

- QKGI kasalligiga gumon qilingan va QKGI bo'yicha endemik hududlarda noaniq genezli isitmadan vafot etgan odamlardan olingan klinik materialning diagnostik tadqiqotlari;
- QKGI tabiiy biotoplaridan to'plangan dala materiallarini (kanalar, sichqonsimon kemiruvchilar, jonivorlar oilasiga mansub qushlar, qishloq xo'jaligi hayvonlarining qon zardobi) ushbu hududda QKGI virusining sirkulyatsiyasini o'rganish uchun laboratoriya tadqiqotlari.

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

Real vaqt rejimida polimer zanjir reaksiyasi (PZR):

A	<p>Qondagi QKGI virusining RNKsini PZR usulida aniqlash, QKGI ga shubha qilingan bemorlarning qon namunalarini erta tashxislash mezonini sifatida sifatli tekshirish tavsiya etiladi.</p>
	<p>Izoh: PZR qon zardobida virus RNKsini aniqlash imkonini beradi. QKGI RNKsi qonda kasallik boshlanganidan 5-7 kun o'tgach paydo bo'la boshlaydi.</p> <p>https://docs.cntd.ru/document/1200096192</p>

Tadqiqot uchun materiallar: butun qon, qon zardobi va plazmasi namunalari, qon quyugligi, seksion material (jigar, o'pka, taloq, buyraklar, bosh miya).

PZR tadqiqotlari uchun bemorlardan olingan namunalar (qon) kasallik boshlangandan keyin erta muddatlarda (7 kungacha) virusemiya davrida olinadi. Serologik tadqiqotlar uchun qon ikki marta olinadi – kasallik boshlanishidan 5-7 kun va 10-14 kun o'tgach, zarurat bo'lsa, keyingi muddatlarda ham olish mumkin.

Laborator tekshiruvi uchun klinik namunalarni olish, qadoqlash (o'rash) ishlari QKGIga profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil qilish va o'tkazish bo'yicha amalga oshiriladigan uslubiy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

PZR tadqiqotlari uchun namunalarni olish, tashish va saqlash I-II guruh patogen mikroorganizmlar bilan ifloslangan materiallarni PSR usuli bilan tadqiq qilish bo'yicha amalga oshiriladigan metodik ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

Qon zardobini 2°S dan 8°C gacha bo'lgan haroratda 3 kundan ortiq saqlamaslik kerak; -16°S dan yuqori bo'lmagan haroratda 1 oygacha, -68°C dan yuqori bo'lmagan haroratda 1 yilgacha saqlash mumkin. Faqat bir marta muzlatish-eritishga ruxsat beriladi. Klinik materialni muzlatishda uni ham muzlatilgan holda tashish kerak.

Klinik materiallarni laborator tekshiruv uchun tashish QKGIga profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil qilish va o'tkazish bo'yicha amalga oshiriladigan metodik ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.

Namuna maxsus ajratilgan transport orqali tibbiyot xodimi hamrohligida yetkaziladi.

Agar material laboratoriyaga 2-4 soat ichida yetkazilishi mumkin bo'lsa, uni quruq muzli termos yoki xladoagentli termokonteynerda tashish kerak. Agar yetkazish vaqti 4 soatdan oshsa, material muzlatilib, quruq muzli termokonteynerda tashiladi. QKGIga gumon qilingan bemorlardan (o'liklardan) olingan biologik material 24 soatdan kechikmay maxsus laboratoriyaga yuboriladi.

QKGIga gumon qilingan odamlardan (o'liklardan) material olish tibbiyot xodimlari tomonidan epidemiyaga qarshi rejim talablariga muvofiq amalga oshiriladi (kasalxona ichidagi yuqishdan saqlanish uchun) va I-II guruh patogen mikroorganizmlar bilan ishlash xavfsizligi bo'yicha amaldagi sanitar qoidalar talablariga muvofiq amalga oshiriladi. Qon olishda I turdagi himoya kostyumini qo'llash zarur.

Klinik QKGI tashxisi quyidagi hollardatasdiqlanadi: - Bemorning qonidan QKGI virusi ajratib olinishi; - QKGI virusi RNK sikasallikning erta muddatlarida (birinchi 5-7 kun) olingan klinik materialda aniqlanishi; - Qon zardobida IgM sinfi antitelalarining 1:800 va undan yuqoridagi darajada aniqlanishi (IgM kasallikning 5-7 kunda qondapaydobo'ladi va 2-3 haftada maksimal titrlarga yetadi); - Qon zardobida IgG sinfi antitelalarining to'rt barobar ko'payishi (IgG kasallikning 7-10 kunda paydo bo'ladi) juft zardoblarni tadqiq qilishda aniqlanadi.

QKGIning turli davrlarida PZR va IFTning qiyosiy samaradorligi

PZR	IFT
<ul style="list-style-type: none"> Kasallikning dastlabki 4 kunida PZRning sezgirligi 95% dan oshadi, serologik diagnostika esa mumkin emas. Kasallikning 2-haftasida PZR natijalarining ijobiy foizi kamayadi va 3-haftada 10-20% dan oshmaydi, 4-haftada virus qondan yo'qoladi. 	<ul style="list-style-type: none"> 1-haftaning oxirida IgM bemorlarning 50%ida aniqlanadi, IgG esa faqat 10-15%da. Kasallikning 3-haftasida IgM aniqlanish foizi maksimal darajaga yetadi. 4-haftada IgG barcha bemorlarda aniqlanadi.

Manba:

<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](#)

[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>

Virusologik usul.

B	Virusning ajratib olingan shtammining xususiyatlarini o'rganish uchun asosan tadqiqot maqsadlarida qo'llanilishi tavsiya etiladi.
	<i>Izohlar: virusni ajratib olish ishlari maksimal xavfsizlik sharoitida olib borilishi kerak. (JSST 2004)</i>

Qonning umumiy taxlili:

C	Umumiy qon tahlili (leykotsitlar, limfotsitlar, monotsitlar darajasi) ni bajarish tavsiya etildi
	<i>Izohlar: kuchli leykopeniya, trombositopeniya, ECHT va gematokritning oshishi xarakterlidir</i>

Gomeostaz tizimini tekshirish.

B	Kasallikning og'irlik darajasini aniqlash uchun indeksni (SSI) hisoblash tavsiya etiladi. Buning uchun quyidagilarni aniqlash zarur: 1) trombositlar soni, 2) fibrinogen darajasi, 3) tromboblastin vaqti, 4) qon ketishining mavjudligi, 5) somnolensiyalar. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946218/
	<i>Izohlar: Ushbu beshta belgining har birining ifodalanishi uch balli tizim bo'yicha baholanadi. Yig'indi indeks qanchalik yuqori bo'lsa, o'lim darajasi shunchalik ko'p qayd etiladi.</i> https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23946218/

Qonning biokimyoviy tahlili:

C	Qonning biokimyoviy tahlilini (umumiy bilirubin, erkin va bog‘langan bilirubin darajasini o‘rganish, alaninaminotransferaza va aspartataminotransferaza (AlAT, AsAT) faolligini aniqlash) o‘tkazish tavsiya etildi.
	<i>Izoh: qonning biokimyoviy tahlili ko‘rsatkichlaridan nafaqat jigar shikastlanishining belgisi sifatida, balki gipokoagulyatsiyaning qo‘shimcha ko‘rsatkichi sifatida ham foydalanish taklif etiladi.</i> https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X24000056

Umumiy siydik tahlili:

C	QKGIga gumon qilingan barcha bemorlarga mikro va makrogematuriyani aniqlash uchun umumiy siydik tahlilini o‘tkazish tavsiya etiladi.
	<i>Izohlar: Siydik tahlilidagi xarakterli o‘zgarishlar:</i> - boshlang‘ich davrda: yengil albuminuriya, mikrogematuriya, silindruriya; - avj olish davrida — gematuriya 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

Yashirin qon tahlili:

C	QKGI ga gumon qilingan barcha bemorlarga tavsiya etiladi
	<i>Izohlar: ichak ichi qon ketishida ijobiy natija</i> 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

QKGI uchun xos laboratoriya o‘zgarishlar

1. Leykopeniya, trombositopeniya, neytrofil granulotsitlar sonining oshishi, nisbiy limfotsitoz, SEO ko‘rsatkichlarining sekinlashishi.
 2. Bilirubin darajasining yengil oshishi; ALT va AST faolligining 2-5 martagacha oshishi.
 3. Gomeostaz holatining o‘zgarishlari avvalo trombosit vaskular tizimi buzilishlari (trombositopeniya, Tr agregatsion qobiliyatining susayishi) va keyinchalik DVS-sindrom rivojlanishining laboratoriya belgilaridan iborat.
- Yuqoridagi o‘zgarishlar kasallik og‘irligi, GS mavjudligi va ko‘p a‘zolarining zararlanishiga bog‘liqdir.

Manba:

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

3.8. Instrumental tekshiruvlar:

ЭКГ:

	Tavsiya etiladi: yurak-qon tomir tizimining har qanday buzilishlari (yurak ritmi, yurak chegaralari va tonlari o'zgarishi, shovqin aniqlanishi) bo'lgan bemorlarda elektrokardiografiya (EKG) o'tkazish, hamroh patologiyaning dekompensatsiyasini oldini olish maqsadida.
C	Izoh: QKGI bilan kasallangan bemorlarda bradikardiya gamoyillik xarakterlidir, holatning yomonlashishi, intoksikatsiyaning kuchayishi va prekomarivojlanish xavfi bilan yurak ritmlarining o'zgarishi, yurak tonlarining pasayishi prognoz jihatidan noqulay belgilar hisoblanadi. https://snipchi.ru/updoc/2019/KGL_2019_.pdf

Qorin bo'shlig'i a'zolarining UTT:

	O'tkir parenteral virusli gepatit bilan og'riq barcha bemorlarga jigarining kattalashishi va strukturasi o'zgarishi, taloqning kattalashishi, oshqozon-ichak traktining yondosh patologiyasini istisno qilish uchun qorin bo'shlig'i va qorin orti bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvini (UTT) o'tkazish tavsiya etiladi.
C	Izoh: jigar tuzilishini o'zgartirmagan holda hepatomegaliya xarakterlidir, splenomegaliya bo'lishi mumkin. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

FGDS:

	Fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) qorin og'rig'i, "qahva quyqasi" qusishi bo'lgan bemorlarda oshqozon-ichak trakti tomonidan o'tkir yuzaga kelgan patologiyani aniqlash uchun tavsiya etiladi.
C	Izoh: qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining zararlanish xarakterini aniqlash uchun amalga oshiriladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

Ko'krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi:

	Burun va ko'zlardan qon ketganda bajarish tavsiya etiladi.
C	Izoh: gemotoraks, pnevmoniyani tashhislash maqsadida o'tkaziladi https://crb.velizh.ru

Bosh miya kompyuter tomografiyasi:

C	Gemorragik tip bo'yicha miya qon aylanishining o'tkir buzilishiga shubha qilinganda bosh miya KTsi.
	<i>Izoh: qon quyilish o'choqlarining mavjudligi</i> https://crb.velizh.ru

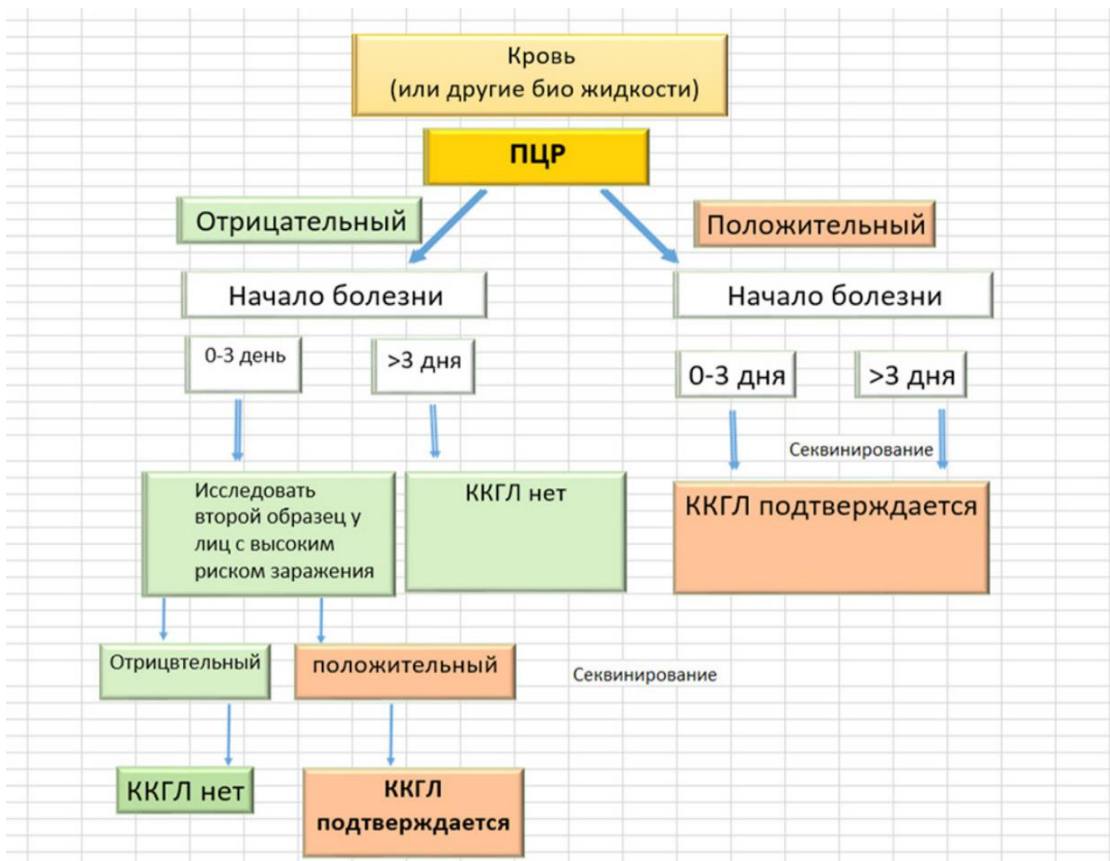
3. 9. Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar

C	<p>Kasallikning og'ir va murakkab kechishi va yondosh patologiyasi bo'lgan bemorlarga shoshilinch holatlar mavjud bo'lganda quyidagi maslahatlar tavsiya etiladi: anesteziolog-reanimator (RITB bo'limiga o'tkazish uchun ko'rsatmalarni aniqlash uchun); gematolog (og'ir gematologik o'zgarishlar va gemorragik sindromda); kardiolog (miokardit, o'tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi alomatlari qo'shilganda); pulmonolog (pnevmoniya belgilari mavjud bo'lganda); ginekolog maslahati (homiladorlik paytida: metrorragiya).</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. Tashxislash algoritmlari, davolashga yondashuv algoritmlari, bemorlarni yo'naltirish algoritmlari

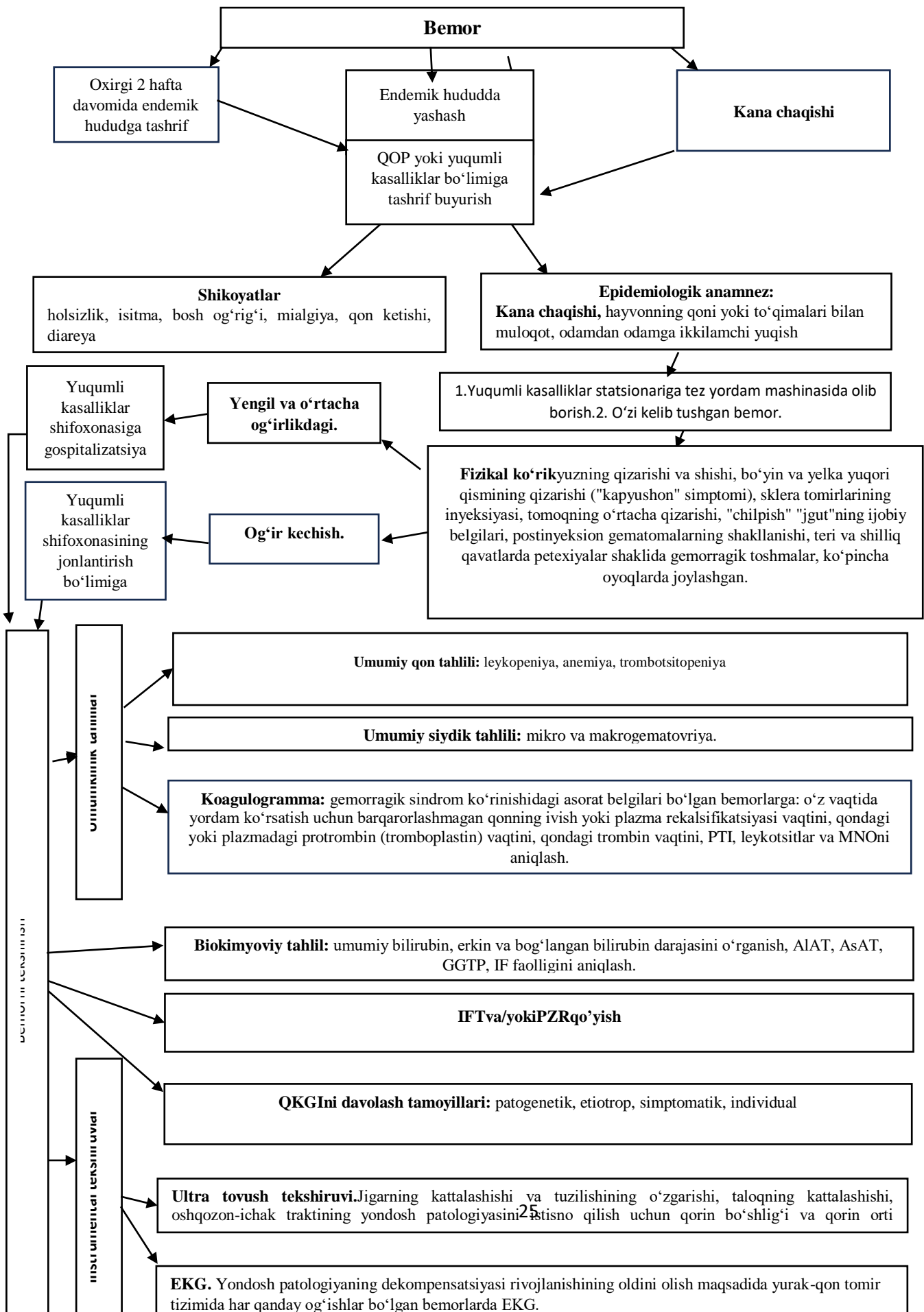
1-rasm

PZR usuli bilan QKGIni tashxislash



(18 Yevropa ekspertlarining sharhlari asosida Bartolini B va b. 2019-yil)

QKGI bilan og'riغان bemorlarni tashxislash va davolash algoritmi



Касалликнинг og'ir kechishini aniqlash algoritmi



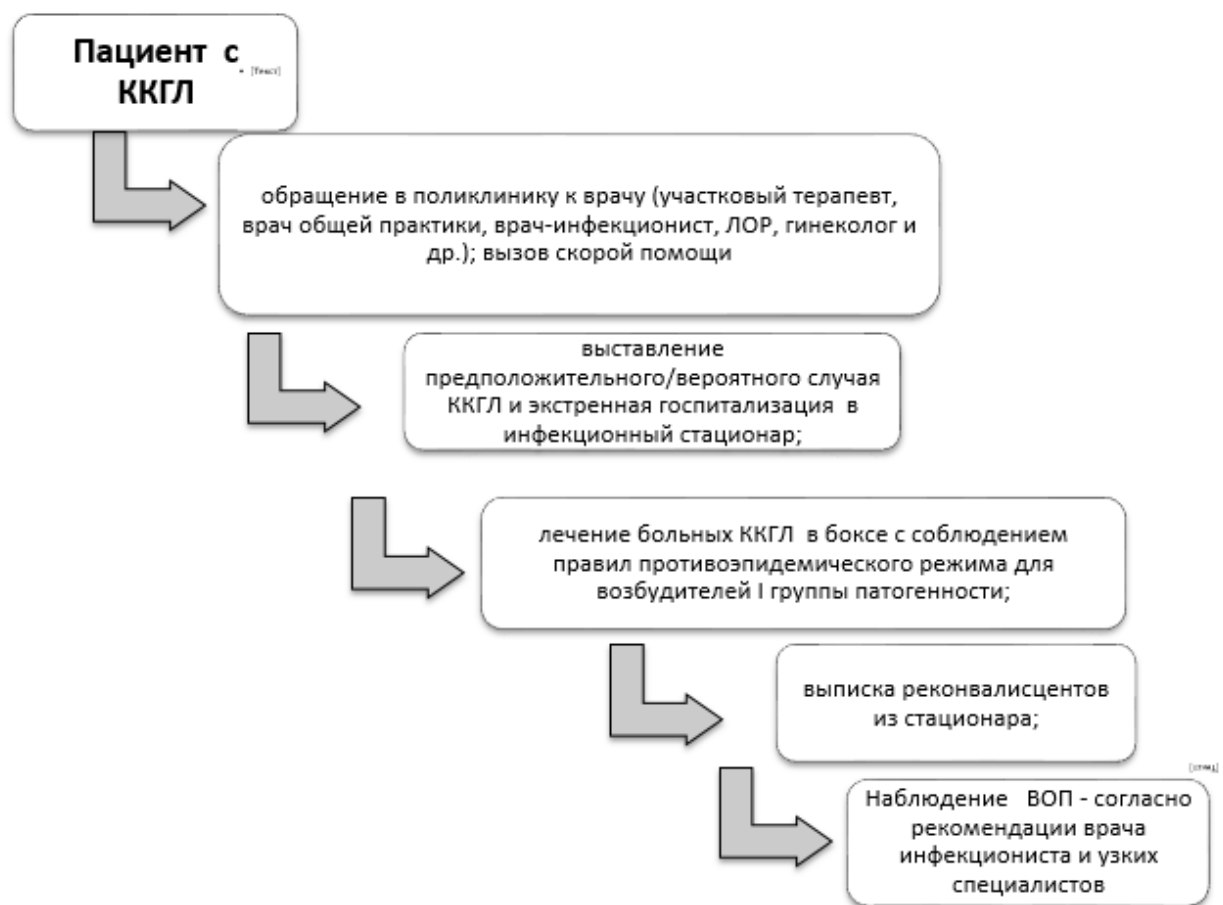
3-rasm

Manba

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>

Алгоритм тактика лечения на стационарном уровне



Источник

<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. QKGI asoratlari

QKGI asoratlari: oshqozon-ichak traktining og'ir qon ketishi, septik shok, DVS, tromboflebit, pnevmoniya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi, o'pka shishi, o'tkir respirator distress sindromi.

O'lim darajasi 5% dan 60% gacha o'zgarib turadi.

Quyida QKGI da eng ko'p o'limga olib keladigan shok va DVS-sindromining asosiy klinik xususiyatlari va klinik tashxis mezonlari keltirilgan.

Shu sababli, bemorning tanasida qaytarilmas o'zgarishlar rivojlanishining oldini olish uchun o'z vaqtida aniqlash va reanimatsion choralarni boshlash nihoyatda muhimdir.

DVS SINDROMI Shu munosabat bilan, bemor organizmida qaytmas o'zgarishlar rivojlanishining oldini olish uchun o'z vaqtida tashxis qo'yish va reanimatsiya choralarni boshlash juda muhimdir.

Gemostaz darajasi buzilishlarini baholash uchun klinik va laboratoriya testlari to'plamidan foydalaniladi:

1. Gemostazning qon tomir komponentini tavsiflovchi testlar. Aniqlanishicha, KGL uchun, birinchi navbatda, gemostazning qon tomir-trombotsitar bo'g'inining buzilishi xosdir. KGL da qon tomirlar holatini baholash uchun tibbiy hamshira odatiy klinik amaliyotda quyidagi sinovlarni o'tkazishi mumkin:

- chimchilab ko'rish sinamasi; chimchilangan joyda petexiya yoki qontalash paydo bo'lganda sinama ijobiy hisoblanadi; KGLda tomirlar holatini baholash uchun tibbiy hamshiraning odatiy klinik amaliyotida bajarilishi mumkin bo'lgan quyidagi namunalardan foydalanish mumkin:

- jgut sinamasi: tirsak venasi chuqurchasidan 1,5-2 sm pastda chizilgan doira ichida 10 tadan ortiq petexiyalar paydo bo'lganda, yelkaga 80 mm simob ustuni bosimli manjet qo'yilgandan so'ng, sinama ijobiy hisoblanadi.

DVS sindromini tashxislash uchun laboratoriya testlari

1-guruh laboratoriya testlari qo'pol gemokoagulyatsion buzilishlarni skrining qilish yoki aniqlashga yo'naltirilgan:

1. Trombositlar miqdori.
2. Li-Uayt bo'yicha qon ivish vaqti.
3. Faollashgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV).
4. Protrombin vaqti (PV) va protrombin indeksi (PI).
5. Fibrinogen darajasi (Fg).
6. Trombin vaqti (TV).
7. D-dimer.
8. Monomer fibrinning eruvchan komplekslari (MFEK).

2-guruh tadqiqotlari gemokoagulyatsiya va fibrinoliz tizimi buzilishlarining turli klinik ko'rinishlari uchun qo'shimcha testlar to'plamidan iborat.

Trombositlar soni $<150 \cdot 10^9/l$ va GS ning klinik ko'rinishlari mavjud bo'lganda, sutkalik monitoring rejimida qo'shimcha laboratoriya testlarini o'tkazish ko'rsatilgan. Bu testlar gemokoagulyatsion buzilishlar va DVS-sindromining og'irligini aks ettiradi:

1. Antitrombin III. Qachon
2. Protein C.
3. Protein S.
4. Plazminogen va TAP.
5. Euglobulin laxtalari lizis vaqti/ XIIa ga bog'liq fibrinoliz
6. Fibrinogen/fibrinning parchalanish mahsulotlari (FPM)
2. Protein S.
3. Protein S.
4. Plazminogen va TAP.

5. Euglobulin laxtalari lizis vaqti/ XIIa bog‘liq fibrinoliz
 6. Fibrinogna/fibrinning degradatsiyasi mahsulotlari (FDP)

Davr	Diagnostik mezonlar
I giperkoagulyatsiya va hujayralarning tomir ichi agregatsiyasining boshlang‘ich bosqichi	<p>giperkoagulyatsiya va tromb hosil bo‘lishi. Qonning shaklli elementlarining tomir ichida to‘planib borishi, qonning tarqoq ivib, turli organ va to‘qimalarning mikrotomirlarida ko‘plab tromblar hosil bo‘lishi bilan ajralib turadi. Faza qisqa muddatli: 8-10 daqiqagacha. Barcha laboratoriya belgilari ifodalangan giperkoagulyatsiya: TQK kamayishi, ATFTV qisqarishi, protrombin darajasining pasayishi, Tr faollashishi. Shu bilan bir vaqtda ivish omillari iste’molining dastlabki belgilari paydo bo‘ladi: Tr miqdori, antitrombin III, protein C konsentratsiyasining pasayishi. Probirkada quyuklik yetarlicha tez hosil bo‘ladi, lekin u yumshoq va beqaror. Muhim belgi - vena ichiga punksiya qilishda igna yoki kateterning tez-tez tromblanishi. Mikrotsirkulyatsiya buzilishining oqibati to‘qima va organlarda ishemiya paydo bo‘lishidir.)</p>
II - jadallashuvchi iste’mol koagulopatiyasi bosqichi	<p>iste’mol koagulopatiyasi Giperkoagulyatsiya va boshlanadigan koagulopatiya kombinatsiyasi natijasida koagulogrammada giperkoagulyatsiyaning keyinchalik gipokoagulyatsiyaga aylanishi bilan gemostaz buzilishlarining qiyin talqin qilinadigan turli yo‘nalishdagi siljishlari qayd etilishi mumkin. Klinik jihatdan olganda bu davrda gemorragik diatezning ko‘rinishlari: petexial-ekximoz tipdagi qon ketish hodisalari kuzatiladi. Laborator DVS-sindromining ushbu fazasining markerlari: Li-Uayt bo‘yicha TQKning uzayishi, AQTV, PV, Tr miqdorining sezilarli pasayishi va ularning disfunktsiyasi, Fg, VIII omil darajasining pasayishi, D-dimerlarning paydo bo‘lishi, parakoagulyatsiyaning keskin ijobiy testlari.</p>
III - ikkilamchi fibrinolizning kritik bosqichi va yaqqol ifodalangan gipokoagulyatsiya holati	<p>chuqur gipokoagulyatsiya va fibrinoliz faollashuvi. O‘tkir DVS-sindromning klinik bosqichi sezilarli poliorgan disfunktsiyasi, diffuz qon ketish belgilari bilan qonning to‘liq ivmasligi bilan ta’riflanadi. Probirkada qon quyqasi hosil bo‘lmaydi. ACHTV keskin uzayadi, PV ortadi, PTI va AT-III darajasining pasayishi, PDF va D-dimerlar darajasining oshishi, Tr agregatsiya qobiliyatining yo‘qolishi bilan ifodalangan trombositopeniya kuzatiladi.</p>
IV - tiklanish bosqichi	<p>Tiklovchi kasallik organ va to‘qimalarning distrofik, nekrotik va gemorragik zararlanishi bilan ajralib turadi. Natija ijobiy bo‘lganda asosiy hayotiy funksiyalar va gemostaz ko‘rsatkichlari asta-sekin normallasadi. Shuni ta’kidlash kerakki, disseminirlangan tomir ichi qon ivishining laboratoriya belgilarining paydo bo‘lishi rivojlangan DVS-sindromi klinik ko‘rinishining rivojlanishidan 10-15 soat va hatto 1-2 kun oldin paydo bo‘ladi.</p>

Источник:

<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>

Septik shok tashxisi

Og'irlik darajasiga qarab shokning klinik belgilari. Septik shok tashxisoti (septik shok) VZO, 2016

Taxminiy tashxis - "gemorragik isitma" va plyus:

- A/D < 90 mm sim. ust. va quyidagi simptomlardan birining yoki bir nechtasining mavjudligi:
- 1 daqiqada puls > 100;
- 1 daqiqada CHD > 24
- anomal tana harorati (< 36°C yoki > 38°C).

Sepsisning majburiy diagnostik mezonlari:

- 38°C dan yuqori harorat yoki 36°C dan past gipotermiya;
- taxikardiya (YUQS > 90 daq.);
- taxipnoe (CHD > 20 v min. ili rSO₂ < 32 mm sim. ust.);
- leykotsitlar > 12 X 10⁹/l yoki < 4 X 10⁹/l yoki yetilmagan shakllari 10% dan ortiq.

Sepsisning fakultativ diagnostik mezonlari:

- bakteriemiya / virusemiya (> 40% hollarda);
- endotoksemiya (60-80% hollarda);
- trombositopeniya (< 100 X 10⁹/l) 10% hollarda;
- AT-III < 70% pasayishi (80% hollarda).

Og'ir sepsis

Sepsis organlarning disfunktsiyasi, perfuziyaning buzilishi yoki gipotoniya bilan:

- ruhiy holatning buzilishi (psixoz, deliriy, karaxtlik, sopor);
- gipoksiya: raO₂ < 75 mm simob ustuni;
- oliguriya (diurez < 30 ml/soat);
- trombositopeniya yoki DVS-sindrom;
- jigar funksiyasining buzilishi.

Gipotoniya sistolik A/D < 90 mm simob ustuni yoki boshqa gipotoniya sabablari bo'lmaganda sistolik A/D 40 mm simob ustundan ortiq pasayishi sifatida aniqlanadi.

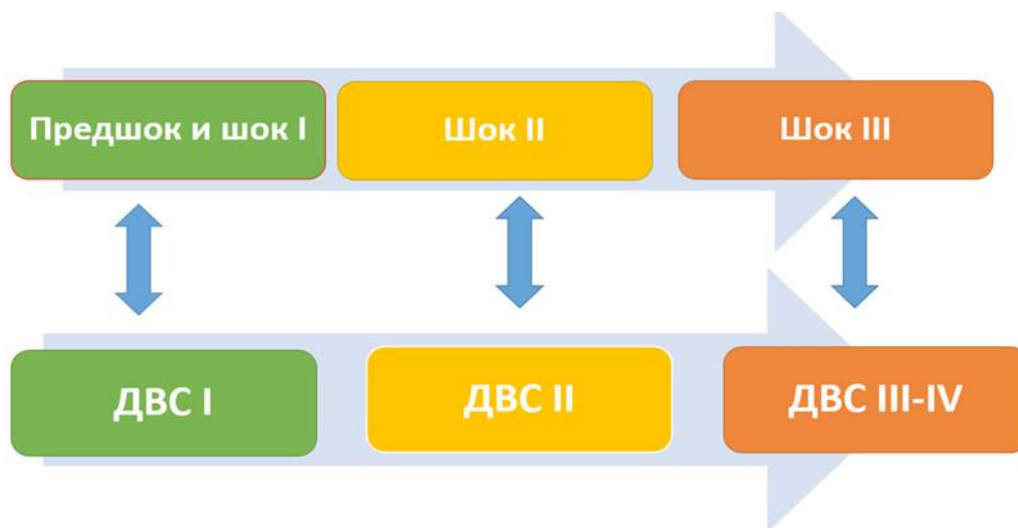
Bemorlarni erta aniqlash va davolashni o'z vaqtida boshlash mumkin o'limni sezilarli darajada kamaytirish. Shokni noradrenalin bilan kech davolash o'lim ehtimolini oshiradi 5% har soatda.

Davr	Diagnostik mezonlar	
1-darajali shok	Isitma; Intoksikatsiya; Qo'zg'alish; Taxikardiya; Qusish; Qon bosimining oshishi.	
2-darajali shok	Gipotoniya (AD -	

	60-70 mm sim. ust.); Taxikardiya; Gipotermik; Oligouriya; Tormozlanish.	
3-darajali shok	Gipotoniya (AD <60 mm simob ustuni); Keskin tormozlanish; Taxikardiya; Gipotermik; Sianoz; Oligoanuriya; O'pka shishi; Talvasalar.	
Termal shok	AD va puls aniqlanmaydi; Ongning yo'qligi; Kuchli sianoz; O'pka shishi; Anuriya; Gemorragik sindrom.	

Рисунок6.

QKGI gemorragik davrida shok bosqichlarining DVS bosqichlariga mosligi



Manba:

<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>

O'RDS tashxisoti

Davr	Tashxisot mezonlari
1. Etiologik omilning yashirin yoki ta'sir davri (taxminan 24 soat davom etadi)	Klinik va rentgenologik belgilar yo'q. Taxipnoe kuzatilishi mumkin (nafas olish soni minutiga 20 tadan ortiq)
2. Boshlang'ich o'zgarishlar (1-2 kun)	O'rtacha ifodalangan hansirash, taxikardiya. O'pka auskultatsiyasida qattiq vezikulyar nafas va tarqoq quruq xirillash eshitiladi. O'pka rentgenogrammasida asosan periferik bo'limlarda tomirlar tasvirining kuchayishi qayd etiladi. Qonning gaz tarkibi normadan chetga chiqmaydi.
3. Yaqqol klinik belgilar (3-10 kun)	Nafas olish jarayonida yordamchi mushaklarning ishtiroki bilan kuchli nafas qisilishi, kuchli diffuz sianoz. Yurak auskultatsiyasida taxikardiya va yurak tonlarining bo'g'iqligi kuzatiladi, arterial bosim ancha pasayadi. O'pka perkussiyasida perkutor tovushning o'tmaslashuvi, auskultatsiyada qattiq nafas olish aniqlanadi. Nam xirillashlar va krepatatsiyaning paydo bo'lishi alveolalarda suyuqlik paydo bo'lganligini (o'pkada alveolyar shish paydo bo'lganligini) ko'rsatadi. O'pka rentgenogrammasida o'pkaning sezilarli interstitsial shishi, shuningdek, o'pka ildizi va bir-biri bilan qo'shib ketgan noto'g'ri bulutsimon shakldagi ikki tomonlama infiltrativ soyalar aniqlanadi. Ko'pincha o'rta va pastki bo'laklarning chekka qismlarida kuchaygan tomirlar surati fonida o'choqqa o'xshash soyalar paydo bo'ladi. Qonning gaz tarkibini tahlil qilishda kislorod parsial bosimining sezilarli darajada pasayishi qayd etiladi (kislorod ingalyatsiyasiga qaramay, 50 mm.sim.ust. dan kam).
4. Terminal (7-10 sutka va undan ortiq)	Ko'rik: sezilarli hansirash va sianoz; kuchli terlash. Yurak-qon tomir tizimi: YUQTT tomonidan o'zgarishlar o'tkir o'pka yurak sindromi rivojlanishi, arterial bosimning keskin pasayishi va kollapsgacha bo'lishi bilan tavsiflanadi. Yurak auskultatsiyasida - taxikardiya, yurak tonlarining karligi (ko'pincha aritmiya), bo'linish va o'pka arteriyasi ustida 2 ton aksenti. EKG belgilari - 2, 3, aVL, V1-2 yo'nalishlarda yuqori P shpil tishlari, yurak elektr o'qining o'ngga sezilarli og'ishi. O'pka arteriyasida bosim ko'tarilib, uning konuslari bo'rtib chiqqanligining rentgenologik belgilari. Nafas olish tizimi: NOT tomonidan o'zgarishlar o'sib boruvchi o'pka gipertenziyasi va nafas yetishmovchiligi belgilari rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Yo'tal boshlanib, pushti rangdagi ko'pikli balg'am chiqadi. O'pka auskultatsiyasida - ko'p miqdorda turli kalibrdagi nam xirillashlar, ko'p krepatatsiya. Qonning gaz tarkibini tekshirish chuqur arterial gipoksemiya, giperkapniyani aniqlaydi. Kislota-ishqor muvozanatini (KIM) o'rganish - metabolik atsidoz. Ko'p a'zolar etishmovchiligi: buyrak funksiyasining buzilishi (oligoanuriya, proteinuriya, silindruriya, mikrogematuriya, qonda karbamid va kreatinin darajasining oshishi), jigar funksiyasining

	buzilishi (terining va ko'rinadigan shilliq pardalarning sarg'ayishi, qon konsentratsiyasining sezilarli darajada oshishi). ALT, fruktoza-1-fosfat aldolaza, laktat dehidrogenaza), miya faoliyatining buzilishi (letargiya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, miya qon tomirlari avariya-sining klinik belgilari va miya shishi)
--	--

Manba:

- <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 Differensial diagnostika

QKGINi boshqa gemorragik isitmalardan differensial tashxislash murakkab vazifadir, chunki ular ko'plab o'xshash xususiyatlarga ega.

Virusli gemorragik isitmalarning umumiy klinik tavsifi:

O'zRda faqat QKGI qayd etiladi, isitmaning qolgan turlari bizning hududda uchramaydi. Ammo ular bizga endemik mamlakatlardan olib kelinishi mumkin.

QKGINi gemorragik sindrom qayd etiladigan infeksiyalar va somatik kasalliklardan farqlash zarur.

Gemorragik sindrom qayd etiladigan infeksiyalardan (trombotsitopenik sindromli og'ir isitma, kana rikketsiozi, borrelioz, sariq isitma, denge isitmasi va boshqa GI) farqlash zarur. Shuningdek, gemorragik sindrom bilan kechishi mumkin bo'lgan infeksiyalar - leptospiroz, meningokokk infeksiyasi, homilador ayollarda gepatit E va boshqalar mavjud. Ko'rsatilgan infeksiyalar klinikasi tegishli adabiyot manbalarida yetarlicha batafsil tasvirlangan.

Источник:

- https://books.google.co.uz/books?hl=ru&lr=&id=g-LLEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA212&dq=blumberg+l+enria+d+2014&ots=oG0Y7ylrig&sig=xLTqPuCSzp01q4 T4iMQ4UKssL0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

6. QKGINi differensial tashxislash faqat laboratoriya tekshiruv usullari yordamida amalga oshirilishi mumkin.

Tashxisot	Qiyosiy tashxisotning asosi	Inspeksiya	Diagnostik istisno mezonlari
Gripp va O'RI	O'tkir boshlanishi yuqori isitma, umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi	-Spetsifik antitanachalarini aniqlash; Virusning RNKsi/DNKsi (burundan surtma) PZRda	- burun-halqum quruqligi va tiqilib qolishi, bosh og'rig'i, quruq yo'tal, burun va tomoq shilliq qavatining giperemiyasi -laboratoriyada tasdiqlangan holat
Virusli gepatit	O'tkir boshlanishi yuqori isitma,	-Maxsus antitanachalarini	Ishtahaning pasayishi, ko'ngil aynishi, qusish,

	umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi	aniqlash; PZRda virusning RNK/DNKsi (qon)	o'ng qovurg'a ostida o'irlik hissi, siydikning qorayishi, axlat axoliyasi -laboratoriyada tasdiqlangan holat
Virusli yoki bakterial meninit	O'tkir boshlanishi yuqori isitma, umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi	Burundan surtma - meningokokkning bakteriologik aniqlanishi, OAK - leykotsitoz.	- qattiq bosh og'rig'i, qusish yengilliklar, giperesteziya, ensa rigidligi. musbat mushaklar Kernig simptomlari, Brudzinskiy va h.k.; ko'pincha yilning sovuq vaqtida -laboratoriyada tasdiqlangan holat
Leptospiroz	O'tkir boshlanishi yuqori isitma, umumiy intoksikatsiya belgilari bilan boshlanadi	Leptospirni mikroskop yordamida vizual aniqlash, mikroorganizmni maxsus muhitlarda ekish usuli bilan izolyatsiya qilish, DNKni leptospirda aniqlash, IgM va IgG ATni yoki AGga yig'indi ATni leptospirda aniqlash.	- boldir mushaklarida kuchli og'riq, kapyushon simptomi sklera tomirlarini inyeksiya qilish va konyunktivalar, oligouriya, proteinuriya jigarning shikastlanishi --laboratoriyada tasdiqlangan holat
Meningokoksemiya	Yuqori isitma, umumiy intoksikatsiya belgilari	Orqa miya suyug'ligi - mikroskopik tekshiruv, kultural tekshiruv, DNKni aniqlash, AGni aniqlash; og'iz-halqum va burundan surtmalar - kultural tadqiqot; qon zardobi - AGni aniqlash, spetsifik ATni aniqlash	yulduzsimon toshma yo'nalish taraqqiy etish nekroz, giperleykotsitoz; ko'pincha bolalar yoshi yilning sovuq fasli -laboratoriyada tasdiqlangan holat
Buyrak sindromi bo'lgan gemorragik isitma	Yuqori isitma, umumiy simptomlar intoksikatsiyalar. Petexial toshma	Serologik usullar (IFA, RNIF, RIA); Qo'zg'atuvchining RNKsi PZR diagnostikasi; qorin bo'shlig'i a'zolari va buyraklarning ultratovush tekshiruvi; elektrokardiografiya	mo'tadil intoksikatsiya, arimas burun, me'da ichaklar qon ketish, oligouriya proteinuriya, azotemiya - laboratoriya tomonidan tasdiqlangan holat

Omsk gemorragik isitmasi	Yuqori isitma, umumiy zaharlanish belgilari. Petexial toshma	Flavivirusga qarshi antitanalarni aniqlash tahlili va qo'zg'atuvchi RNKsini aniqlash uchun PZR-test	mayda o'choqli pnevmoniya va bronxit, meningoensefalit
Sariq gemorragik isitma	Yuqori isitma, umumiy zaharlanish belgilari. Petexial toshma	Umumiy qon tahlili, siydik va jigar ko'rsatkichlari tahlili, qon ivish testi, qonni gemokultura uchun ekish va serologik tekshiruvlar	sariqlik, sianoz, harorat egrisidagi keskinliklar, leykopeniya; tropik mamlakatlarda bo'lganlik
Toshmali terlama	Yuqori isitma, umumiy zaharlanish belgilari. Rozeolez-petexial toshma	komplementni bog'lash reaksiyasi (RSK) va bilvosita gemaglyutinatsiya reaksiyasi (RNGA)	- kasallikning 4-5 kunida paydo bo'ladi, ko'p miqdorda, bir vaqtning o'zida; Rozenberg, Kiari-Avtsin, Govorov-Godel'ye simptomlarining ijobiy bo'lishi; laboratoriya tekshiruvda tasdiqlangan holat
Shenleyn-Genox kasalligi	Gemorragik purpura	Koagulogramma, periferik qonda antistreptolizin-O va IgA miqdorini aniqlash; zararlangan organ yoki tana qismi to'qimalaridan biopsiya olish va olingan namunani keyinchalik gistologik tekshiruvdan o'tkazish.	-gemorragik purpura, paypaslanadigan, simmetrik bosilganda yo'qolmaydi - laboratoriya tomonidan tasdiqlangan holat
HELLP sindromi (homiladorlarda)	Umumiy intoksikatsiya, gemorragiya belgilari.	Qonning umumiy va biokimyoviy tahlili, kolalogramma	Eritrotsitlar sonining pasayishi va ularning polixromaziyasi, qizil qon tanachalarining deformatsiyalangan yoki buzilganligi, trombositopeniyaning $100 \times 10^9/l$ dan kamligi, gemoglobin darajasining pasayishi aniqlanadi. Aminotransferaza faolligi (Ast, AIT) 12-15 martagacha (500 Yed/l gacha) oshgan. Ishqoriy fosfataza faolligi 3 va

			<p>undan ortiq marta ortadi. Qondagi bilirubin miqdori 20 mkmol/l dan oshadi. Proteinlar va gaptoglobin konsentratsiyasi pasaygan. Gemostaz tizimini baholash. Jigarda K vitamini ishtirokida sintezlanadigan ivituvchi omillar miqdori kamayadi, antitrombin III darajasi pasayadi, trombin vaqti uzayadi, fibrinogen konsentratsiyasi pasayadi.</p>
--	--	--	---

Manba:

- <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. Kirish.

QKGI juda kam uchraydigan, lekin xavfli kasallikdir. Shu munosabat bilan endemik hududlarda yuqumli kasalliklar shifoxonasi o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, bemorni izolyatsiya qilish va unga zarur tibbiy va tibbiy yordam ko‘rsatish uchun nazariy jihatdan tayyorlangan, o‘qitilgan tibbiyot xodimlariga ega bo‘lishi kerak. Kasalxona bunday bemorni kasalxonaga yotqizish uchun yaxshi jihozlangan va jihozlangan izolyatorga ega bo‘lishi kerak. QKGI ni davolashda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya asosiy bo‘lib qolmoqda, chunki hozirgi kunga qadar maxsus terapiya bo‘yicha ilmiy asoslangan tavsiyalar mavjud emas, sertifikatlangan vaksina mavjud emas.

QKGI ni davolash prinsipi:

- patogenetik,
- etiotrop,
- simptomatik,
- individuallashtirilgan.

Bemorni izolyatsiya qilish va keyinchalik uni davolash va parvarishlash QKGI o‘lim darajasi yuqori bo‘lgan o‘ta xavfli kasallik ekanligini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak va infeksiya tibbiyot xodimlariga va bemorning yaqinlariga yuqmasligi uchun barcha choralarni ko‘rish kerak.

Patogenetik davolash

Bemorni tegishli tarzda jihozlangan palatada izolyatsiya qilish kerak, u yerda, agar kerak bo‘lsa, intensiv terapiya yoki reanimatsiya yordami ko‘rsatilishi mumkin.

8. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi: yo‘q

Ambulatoriya sharoitida birlamchi shifokorgacha bo‘lgan tibbiy-sanitariya yordami feldsherlik-akusherlik punktlarida o‘rta tibbiyot xodimlari tomonidan ko‘rsatiladi. Ushbu muassasalarda shifokor mavjud bo‘lgan taqdirda, tibbiy yordam birlamchi shifokorlik tibbiy-sanitariya yordami shaklida amalga oshiriladi. Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya

yordamini ambulatoriya sharoitida (poliklinikada) tibbiy yordam ko'rsatuvchi tibbiyot tashkilotining yuqumli kasalliklar shifokori bajaradi.

Ambulatoriya bosqichida bemorda QKGI aniqlansa yoki shubha tug'lsa, shifokor (uchastka terapevti, umumiy amaliyot shifokori (oilaviy shifokor), yuqumli kasalliklar shifokori) va davolash-profilaktika muassasasining o'rta tibbiyot xodimlari, mulkchilik shakllaridan qat'i nazar, bemorga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish uchun uni shifoxonaga yotqizishga yo'llaydi

Manba:

<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>

Jarrohlik muolajasi:

QKGI da har qanday jarrohlik aralashuvi taqiqlanadi!

Manba:

<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. Kasalxonaga yotqizish turini ko'rsatgan holda davolash muassasasiga joylashtirish ko'rsatmalari

9.1 Rejali gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar: yo'q

9.2 Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

QKGI ehtimoliy/taxminiy holati bo'lgan bemorlar albatta yuqumli kasalliklar stasionari yoki infeksiya bo'limiga yotqizilishi shart.

Ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologiyali tibbiy yordam

QKGI bemorlari shifokor-infeksionistlar va boshqa mutaxassis shifokorlar tomonidan stasionar sharoitda ko'rsatiladi. Bu yordam maxsus usullar va murakkab tibbiy texnologiyalardan foydalanishni talab qiladigan kasalliklar va holatlarning oldini olish, tashxis qo'yish, davolash, shuningdek tibbiy reabilitatsiyani o'z ichiga oladi.

Ushbu bemor bilan aloqada bo'lgan barcha tibbiyot xodimlari standart ehtiyot choralariga rioya qilishlari va 1-toifali shaxsiy himoya vositalarini kiyib yurishlari shart.

Agar bemorda kasallikning yengil yoki o'rta og'ir shakli bo'lsa va qon ketish belgilari kuzatilmasa, davolash faol parenteral aralashuvlarsiz simptomatik bo'lishi kerak. Isitma paytida analgetiklar, antipiretiklar va yallig'lanishga qarshi vositalarni qo'llamaslik kerak (CDC, 2008). Tana haroratini pasaytirish uchun paratsetamol jismoniy sovutish bilan birgalikda buyuriladi.

Agar bemorda ich ketish, qusish natijasida suvsizlanish belgilari bo'lsa va u suyuqlikni yetarli ichmaydigan bo'lsa, davolash suv-elektrolit muvozanatini saqlash, zaharlanishni kamaytirish va parvarish qilish maqsadida amalga oshiriladi. Bunda ortiqcha inyeksiyalardan qochish kerak; yirik venaga kateter qo'yish tavsiya etiladi.

Kasallik qon ketish sindromi bilan og'ir kechganda yangi muzlatilgan plazma, plazma, trombositlar konsentrati, kriopretsipitat, eritrotsitar massa (ko'p qon yo'qotishda), poliglyukin, jelatin, aminokapron kislotasi, kalsiy xlorid, rutin, vikasol, askorbin kislotasi va boshqalar ishlatiladi. Asoratlar yuzaga kelganda gemodializ, sun'iy nafas oldirish, antibiotiklar qo'llaniladi. Umumiy qon tahlili, trombositlar soni, qon ivishi, qon bosimi, qon biokimyosi, qon elektrolitlari, siydik ajralishi, tana harorati va boshqalarni doimiy kuzatib borish zarur. Davolash samaradorligining klinik mezonlari o'z-o'zidan qon ketishning to'xtashi, teri va ko'rinadigan shilliq qavatlarda yangi qon quyilishlarning yo'qligi, shuningdek, qondagi trombositlar sonining ko'payishi va qon ketish vaqtining qisqarishidan iborat.

Manba:

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

9. 3. Tibbiyot xodimining harakatlari:

QKGI kasalligiga shubha qilingan shaxs tibbiy yordam so'rab murojaat qilganda, tibbiyot xodimlari kasallikning og'irligidan qat'i nazar, differensial tashxis qo'yish va davolash maqsadida uni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish choralarini ko'rishlari lozim. KGLga shubha qilingan bemorlarni eng yaqin yuqumli kasalliklar bo'limiga, alohida palata yoki boksga joylashtirish zarur.

Kana chaqqanligi sababli tibbiy yordamga murojaat qilgan shaxslar 14 kun davomida kuniga ikki marta tana haroratini o'lchash orqali tibbiy kuzatuv ostida bo'lishi kerak.

QKGI ni davolashda uchta asosiy vazifa mavjud:

- 1) qon ivishini sinchkovlik bilan nazorat qilish;
- 2) yangi muzlatilgan plazma, trombomassa va eritrotsitar massa yordamida qo'llab-quvvatlovchi terapiya o'tkazish;
- 3) virusga qarshi davolashni erta boshlash

QKGI bilan kasallangan bemorlarning klinik ahvoli yomonlashuvining belgilarini (tez rivojlanuvchi DVS, shok) o'z vaqtida aniqlash uchun ularni diqqat bilan kuzatib borish va bunday belgilar paydo bo'lishi bilan darhol intensiv terapiyani boshlash lozim.

Manba:

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

10. Nomedikamentoz (dorilarsiz) davolash

Isitma davrida to'shak rejimi, keyinchalik zaharlanish belgilari kamayishi bilan asta-sekin kengaytiriladi

Parhez: 4-stol

Ehtiyotkorona ovqatlanish:

- qon ketish davrida suyuq sovuq ovqatlar (pyure-sho‘rva, kisel) iste‘mol qilinishi lozim;
- go‘shli qaynatmalar va sharbatlar man etiladi (qon ketishi to‘xtagandan so‘ng ratsionga kiritiladi);
- sog‘ayish davrida oqsilga boy mahsulotlarni iste‘mol qilish tavsiya etiladi.

Rejim: kasallik avjiga chiqqan paytda qat‘iy to‘shak rejimi.

Manba:

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

11. Dori-darmon bilan davolash (preparatlar yordamida davolash)

11.1 Etiotrop davolash

QKGI shubhasi tug‘ilganda - Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkilotining tavsiyalariga ko‘ra ribavirin bilan davolashni zudlik bilan boshlash lozim;

-ribavirin bilan davolash kasallik boshlanishining dastlabki 5 kunida (maksimal virus yuklamasi davrida) eng samarali hisoblanadi;

-davolash muddati 10 sutkadan oshmasligi kerak;

-preparatni to‘xtatish mezonlari klinik belgilarning kamayishi, laboratoriya ko‘rsatkichlarining me‘yorga kelishi va tana haroratining normallasishi hisoblanadi.

-ribavirinni o‘z vaqtida (kasallikning dastlabki 5 kuni) tayinlash kasallikning ijobiy kechishi va natijasini belgilaydi.

Virusga qarshi davolash bilan bir vaqtda 100-300 ml (1-2 davolash dozasi) rekonvalessentlarning immunlashtirilgan qon plazmasini, iloji boricha erta muddatlarda - QKGI ehtimoli bo‘lgan va tasdiqlangan bemorlarga yuborish lozim

Bolalarda ribavirinni qo‘llash bahs-munozaralarga sabab bo‘lmoqda, chunki ba‘zi hollarda ribavirin qo‘llanilmagan bolalar ham sog‘aygan, shunga qaramay, JSST uni bolalarda qo‘llashni tavsiya etadi.

JSST (2006) ribavirinni QKGI ni davolash uchun qo‘llashni ma‘qulladi va uni in vitro ta‘siri asosida asosiy dori vositalari ro‘yxatiga kiritdi.

Jadval 1

QKGI ni davolashda ribavirinni qo‘llash.

TavsiyalarCDC

Bemorlar toifasi	Sporadik holatlar	Chaqnash holati
Взрослые	V/i ribavirin: boshlang‘ich dozasi 30 mg/kg (maksimal 2 g), so‘ngra dastlabki 4 kun davomida har 6 soatda 16 mg/kg (maksimal bir martalik dozasi 1 g). Keyingi 6 kun davomida har 8 soatda 8 mg/kg (maksimal 500 mg). Davolash kursi 10 kun davom etadi. Davolash kursi - 10 kun	Ribavirinning og‘iz orqali qabul qilinadigan shakli: boshlang‘ich doza bir martalik 2000 mg, so‘ngra 10 kun davomida kuniga 1200 mg ikki qabul (agar bemorning vazni 75 kg dan ortiq bo‘lsa). Bemorning vazni 75 kg dan kam bo‘lganda quyidagi tartib qo‘llaniladi: kuniga 1000 mg ikki qabul (ertalab 400 mg va kechqurun 600 mg). Davolash muddati 10 kun.
Беременные женщины	Dozalar xuddi kattalarga beriladiganidek	Dozalar xuddi kattalarga beriladiganidek
Дети	Dozalar tana vaznini hisobga olgan holda kattalarnikidek	Zarba dozasi bir marta 30 mg/kg, keyin kuniga 2 marta 15 mg/kg. Davolash

	davomiyligi - 10 kun
--	----------------------

Jadval 2

QKGI ni davolashda ribavirinni qo'llash.
JSST Tavsiyalar (WHO, 2016)

Путь введения	Доза	Частота введения
v/i *	30 mg/kg (maksimal - 2 g)**	Kuniga 4 marta (birinchi kuni zarbali doza)
v/i *	15 mg/kg (maksimal 1 g)**	4 kun davomida kuniga 4 marta
v/i *	7,5 mg/kg (maksimal 500 mg)**	6 kun davomida kuniga 3 marta

*Ribavirinni 150 ml fiziologik eritmada eritib, tomchilatib yuborish kerak.

**Buyrak yetishmovchiligi bo'lsa - dozani kamaytirish

Jadval 3

Asosiy dori vositalari ro'yxati (qo'llanilish ehtimoli 100%)

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining xalqaro nomenklatura nomi	Qo'llash usuli	DA	Havolalar
Virusga qarshi vosita	Ribavirin	v/i	B	https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf

JSST (2008) dori vositalaridan foydalanish bo'yicha ekspertlar ro'yxatida bolalarda gemorragik isitmalarni davolash uchun ribavirin tavsiya etiladi: dastlabki doza 30 mg/kg, so'ng 4 kun davomida har 6 soatda 15 mg/kg, keyin 6 kun davomida har 6 soatda 7 mg/kg. Ribavirinning samaradorligi randomizatsiyalangan platsebo nazoratidagi klinik tadqiqotlar orqali isbotlanmagan. Tizimli tahlil va meta-tahlillar uning QKGI da yuqori samaradorligini tasdiqlamaydi. QKGI da ribavirinni bemorga kasallikning dastlabki kunlarida tayinlash kerak (isbotlarning o'rtacha darajasi - B).

Hozirda amalda bo'lgan JSST va SDT tavsiyalarini hisobga olgan holda, bemorga kasallik boshlanishining dastlabki kunlarida ribavirin tayinlanishi lozim.

Ribavirinni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar.

- Og'ir kamqonlik.
- Yurak-qon tomir kasalliklari.
- Buyrak yetishmovchiligi.
- Jigar yetishmovchiligi.
- Emizikli ayollar.
- Preparatga yuqori sezuvchanlik.
- Bu preparatni tayinlashda qonning doimiy nazorati zarur.

Ribavirinning ehtimoliy nojo'ya ta'sirlari: gemolitik kamqonlik, gipokalsemiya, gipomagnezemiya, o'tkir nafas olish sindromi, sinus bradikardiyasi, gepatit, buyraklarning shikastlanishi.

Yuqori xavfli aloqadan so‘ng profilaktika maqsadida ribovirinni qo‘llash.

Bemor bilan yuqori xavfli aloqa nimani anglatadi?

- Infeksiyalangan igna bilan sanchilish yoki o‘tkir asbob bilan terining shikastlanishi.
- Bemorning qoni yoki boshqa biologik suyuqligi shilliq pardaga yoki shikastlangan teriga tushishi (masalan, ko‘z yoki og‘izga qon tushishi).
- Himoya vositalarini kiymasdan bemorga shoshilinch yordam ko‘rsatishda qatnashish (yurak to‘xtaganidan keyin reanimatsiya qilish, nafas yo‘llarini naychalar bilan ta‘minlash, aspiratni so‘rib olish va hokazo).
- Himoya vositalarisiz bemor bilan uzoq vaqt aloqada bo‘lish yoki aloqani davom ettirish (masalan, bemorni kasalxonagacha kuzatib borish).

Ribovirin bilan kontaktdan keyingi profilaktika

Ribovirinning profilaktik, zarbdor dozasi birinchi kuni og‘iz orqali 35 mg/kg (ko‘pi bilan 2,5 g), keyin quvvatlovchi dozasi 15 mg/kg (ko‘pi bilan 1,0 g), har 8 soatda 10 kun davomida qabul qilinadi.

CDC kontaktdan keyingi profilaktika uchun ribovirinni kuniga 500 mg dan 4 mahal 7 kun davomida qabul qilishni tavsiya etgan.

Barcha aloqada bo‘lganlar 2 hafta davomida kuzatuv ostida bo‘lishlari kerak, bunda tana harorati har kuni ikki marta o‘lchanishi shart

Manba:

<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 Rekonvalessentlardan olingan maxsus immunoglobulin, qon, plazma va zardob QKGI (S) kasalligini davolashda samaradorligining isbotlangan darajasi past hisoblanadi.

Jahon adabiyotida QKGI ni davolashda rekonvalessentlar plazmasining samaradorligi haqida ishonchli ma‘lumotlar yo‘q.

2022-yil holatiga ko‘ra, qon komponentlarini ishlab chiqarish uchun Yevropa dori vositalari sifati va sog‘liqni saqlash direktoratining ko‘rsatmalarida rekonvalessent plazma bo‘yicha monografiya hali mavjud emas. Klinik sinovlardan tashqari, rekonvalessent plazmani tayinlashning yagona usuli hozircha rahmdillik bilan foydalanishdir. Bu jarayon uchun mahalliy etika qo‘mitasining ruxsati talab etiladi. Qo‘shma Shtatlarda COVID-19ni davolash uchun rekonvalessent plazmadan foydalanish Oziq-ovqat va dori-darmonlar sifatini nazorat qilish boshqarmasining favqulodda foydalanish ruxsatnomasi doirasida qolmoqda.

Rekonvalessentlar plazmasini qo‘llash bo‘yicha tavsiyalar (FDA axborot byulleteni)

1 birlik rekonvalessent plazmani (taxminan 200 ml) 1-4 soat davomida sekin-asta venaga yuborish tavsiya etiladi. Bolalar uchun doza 1-4 soat davomida 10 ml/kg venaga sekin-asta yuboriladi. Takroriy qon quyish zarurati klinik ko‘rsatkichlarga va imkon bo‘lsa, antitanalarning neytrallanish darajasiga qarab aniqlanadi

Kasallikning dastlabki bosqichlarida shifoxonaga yotqizilgan bemorlarga antitelolar titri yuqori bo'lgan rekonvalessent plazmani yuborish afzal (ma'quli tashxis qo'yilgandan keyin 3 kun ichida).

Plazmadagi antitelolar titrini ishonchli tarzda oldindan aytib bo'lmaydi, shuning uchun imkon qadar uni qo'llashdan oldin o'lchash lozim.

Yuqori titrli rekonvalessent plazmadan foydalanish afzal bo'lib, bu BroadInstitute neytrallovchi antitanalar tahlilida ≥ 250 neytrallovchi antitanalar titri yoki OrthoVITROSIgG tahlilida S/C ≥ 12 chegaraviy qiymati bilan aniqlanadi.

Antitelolar titri past bo'lgan rekonvalessent plazmadan foydalanishga ruxsat berilmaydi.

Manba

<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/primenenie-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 QKGI ning gemorragik oldi davrida davolash taktikasi.

Aylanuvchi qon hajmi (AQH) va suv-tuz muvozanatini (STM) tuzatish:

kristalloidlar infuziyasi (0,9% natriy xlorid eritmasi, Ringer eritmasi, Trisol va boshqalar) hamda 5-10% li glukozali eritmalar 1:1 nisbatda kaliy preparatlari va insulin qo'shilgan holda;

infuzion davolash hajmi o'rtacha sutkasiga 30-50 ml/kg ni tashkil etadi;

infuzion davolash samaradorligi mezonlari - gematokritni 36-38% gacha pasaytirish, gemodinamik ko'rsatkichlarni (tomir urishi, qon bosimi, markaziy vena bosimi) va soatlik siydik ajralishining me'yorlashuvi;

dekstranlar qo'llanilmaydi.

O'rnini to'ldiruvchi davolash:

gipoproteinemiya:

20% li albumin - 200-300 ml, vena ichiga.

gipokoagulyatsiyada:

yangi muzlatilgan plazma (YMP) 15 ml/kg dozada vena ichiga tomchilatib yuboriladi.

Qon to'xtatuvchi davolash:

etamzilol 0,25 g 12,5% li eritmadan har 6 soatda mushak orasiga yoki vena ichiga;

menadion natriy bisulfit 1% - 3 ml kuniga 2 marta mushak orasiga (doza protrombinli indeks va protrombinli vaqt ko'rsatkichlarini hisobga olgan holda belgilanadi).

Ovqatlantirish qo‘llab-quvvatlash (enteral ovqatlanish imkoniyati bo‘lmagan holda) - parenteral ovqatlantirish:

10% li aminokislotalar kompleksi kuniga 20 ml/kg gacha, soatiga 1 ml/kg gacha yuborish tezligi bilan;

parenteral ovqatlanish uchun aminokislotalar kuniga 40 ml/kg, soatiga 2,5 ml/kg gacha tezlikda

Harorat tushiruvchi davolash:

paratsetamol 0,5 g, maksimal bir martalik dozasi 1 g, maksimal kunlik dozasi - 4 g.

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar yoki og‘riq qoldiruvchi dorilar guruhidagi boshqa preparatlar qon ketishini keltirib chiqarishi mumkin.

Me‘da va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligi tarixida - vodorod nasosi ingibitorlari yoki H₂-gistamin retseptorlari blokatorlari:

omeprazol 40 mg bir marta ichish uchun yoki vena ichiga;

famotidin kuniga 40 mg ichish uchun yoki vena ichiga.

12. QKGI gemorragik davrida davolash taktikasi

Gemostatik terapiya:

etamzilat 12,5% li eritma, vena ichiga 2-4 ml; sutkalik dozasi 4-6 soat oralig‘ida 1,0 g.

O‘rin bosuvchi terapiya:

Yangi muzlatilgan plazma

(YMP): YMPning birinchi infuziyasi 15-20 ml/kg hajmda oqimli tarzda;

takroriy quyishlar - ta’sir bo‘lmasa, xuddi shu hajmda, 6-8 soatdan so‘ng.

YMP quyishning samaradorlik mezonini: qon ketishining to‘xtashi.

Qon hajmini tiklash (yo‘qotilgan qon miqdoriga qarab):

inson qoni komponentlari,

hajmni to‘ldiruvchi plazma o‘rnini bosuvchilar (kolloidlar) bilan, afzal ravishda pentakraxmallarni sutkasiga 15-20 ml/kg dozada yuborish,

kristalloidlar (shu jumladan 10% li natriy xlorid eritmasi 4 ml/kg tez oqimda);

dekstroza va dekstran preparatlari (poliglyukin, reopoliglyukin) qo‘llash man etiladi.

Qon komponentlari:

trombositlar konsentratini quyish:

- hayot uchun xavfli faol qon ketish, ichki qon ketish, bosh ichiga qon quyilishi holatlarida trombositlar darajasi $100 \times 10^9/l$ dan pasayganda;

- tarqalgan tomir ichida qon ivish sindromi (TTIQIS) sharoitida qon ketish belgilari bo‘lgan bemorlarda trombositlar darajasi $50 \times 10^9/l$ dan pasayganda, umumiy qon tahlilida trombositlar darajasi tez pasayganda;

- klinik jihatdan barqaror bemorda faol qon ketish bo‘lmaganda trombositlar darajasi $20 \times 10^9/l$ dan pasayganda.

Bemorning har 10 kg tana vazniga 1 doza trombositlar konsentratini, quyish 10 ml/kg/soat tezlikda vena ichiga amalga oshiriladi. Trombositlar konsentratini quyishning samaradorlik mezonlari: o‘z-o‘zidan qon ketishning to‘xtashi, terida yangi qon quyilishlar va ko‘rinadigan shilliq pardalarda qon ketishning yo‘qligi, qon ketish vaqtining qisqarishi.

kriopretsipitat (TTIQIS sindromning III bosqichida gipofibrinogenemiya 1,1 g/l dan past darajada rivojlanganda qon ivishining VIII omili va fibrinogenni tuzatish maqsadida): bemorning har 10 kg tana vazniga 1 doza kriopretsipitat.

Antiproteaza terapiyasi (qon ketish hajmi 50% va undan yuqori bo‘lganda, TTIQIS sindromning III bosqichi laboratoriya tomonidan tasdiqlanganda):

aprotinin 500 000 - 1000000 XIB/sutkagacha dozada, bolyus usulida.

Erta inotrop qo‘llab-quvvatlash:

dobutamin bilan daqiqasiga 1-5 mkg/kg dozada.

Ta‘sir bo‘lmasa - yurak glikozidlari (digoksin vena ichiga 0,25-0,5 g)

Antibakterial terapiya (bakterial asoratlar rivojlanganda)

yarim sintetik penitsillinlar, III-IV avlod sefalosporinlari (qo‘zg‘atuvchining sezuvchanligini hisobga olgan holda):

oksatsillin sutkasiga 4-12 g 4-6 marta yuborishda

ampitsillin sutkasiga 2-6 g 4 marta yuborishda

sefotaksim sutkasiga 3-8 g 2-3 marta yuborishda

seftriakson sutkasiga 1-2 g 1 marta yuborishda

seftazidim sutkasiga 2-4 g 2 marta yuborishda

Teri va shilliq qavatlarning qo‘shimcha jarohatlanishiga, qon ketish xavfining kuchayishiga va keng gematomalar shakllanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan asossiz tayinlangan tibbiy muolajalarni (endoskopiya, punksiya, bachadon bo‘shlig‘ini qirish va boshqalar) istisno qilish zarur..

Jadval 4.

**Shokda shoshilinch reanimatsiya choralari -
QKGI asoratlari**

Reanimatsiya choralari	Kuch
Reanimatsion tadbirlarni boshlash	IC
Kristalloid eritmalarini >30 ml/kg hisobidan yuborishni boshlash va albuminning zarurligini ko‘rib chiqish	IC
Gemodinamika yaxshilangunga qadar suyuqlikni yuborishni davom ettiring	IC
Arterial bosimni 65 mm sim. ust. dan yuqori ushlab turuvchi birinchi preparat sifatida Noradrenalinni qo‘llash.	IB
Adrenalinni adekvat ABni qo‘llab-quvvatlovchi mumkin bo‘lgan ikkinchi dori sifatida ishlatish	2B
Agar noradrenalin kutilgan samarani bermasa, vazopressin (0,03 yed./min) qo‘shing	

Dofamindan foydalanishdan qochish (aritmia xavfi, qorincha yetishmovchiligi)	2C
Yurak yetishmovchiligida (qorincha otilib chiqishining pasayishi), davom etayotgan gipoperfuziya va AB pasayishida vazopressor sifatida Do-putamin yuborilishi kerak	IC
Agar suyuqlik va vazopressorlarni quyish bilan o'tkazilgan reanimatsiya choralari gemodinamikaning barqarorlashishiga olib kelmasa, gidrokortizonni vena ichiga yuborishdan qochish kerak. Agar Gidrokortizon ishlatilsa, kuniga 200 mg dan oshmaydi.	2C
Yurak-qon tomir yetishmovchiligi yoki yurak ishemiyasi bo'lmashligi uchun gemoglobin darajasini 7-9 g/dl gacha ko'tarish zarur	1B

Manba:

<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. Yangi muzlatilgan plazma (YAMP)

- Uni tayyorlash uchun qondan qonning shaklli elementlari sentrifugalash yoki butun qonni plazmafareslash yo'li bilan ajratib olinadi va plazmada suv, elektrolitlar, oqsillar, shu jumladan globulin va albumin qoladi.
- Plazmada trombositlar, eritrotsitlar va leykotsitlar bo'lmaydi, lekin koagulyatsiya omillarining to'liq to'plami mavjud. Unda fibrinogen ham bo'ladi.
- -18°S yoki undan ham past haroratda saqlanadi va 12 oygacha saqlanishi mumkin.
- YAMP eritilgandan keyin 4-6 soat davomida ishlatilishi kerak, chunki V va VIII omillar tez buziladi.

YAMP ni quyishga ko'rsatmalar:

- ✓ DVS
- ✓ massiv qon ketishi,
- ✓ koagulopatiya,
- ✓ trombositopenik purpura,
- ✓ jigar yetishmovchiligi,
- ✓ PTIni kamayishi.

Qanday quyiladi:

- Bemorning qon guruhidagi SZPdan foydalanish kerak.
- shoshilinch holatlarda, agar bemorning qon guruhi noma'lum bo'lsa, 1-guruhdan foydalanishga ruxsat beriladi.
- QYATda eritrotsitlar bo'lmagani uchun qon rezusi ahamiyatga ega emas.
- Quyish uchun QYAT hajmi - 10-15ml/kg/kun ikki qabulga bo'lib

Trombositlar massa.:

- ✓ Qon dozasidan tiklangan trombositlar.
- ✓ Avtomatik aferez usuli bilan olingan trombositlar (trombositlar konsentri).
- ✓ Leykotsitlar bilan birikkan trombositlar.
- ✓ Yuvilgan trombositlar.
- ✓ Qaytarilgan (universal) trombokonsentrat.

- ✓ Trombotsitlarning 1 dozasi konservalangan qonning 1 dozasi sentrifuga qilingandan keyin olinadi.
- ✓ Qaytarilgan trombotsitlar deb ataladigan trombotsitlarning bir necha dozasini bitta dozaga birlashtirish yo‘li bilan olinadi. 1 doza trombomassa ≈ 50 ml plazmada $45-95 \times 10^9$ ($\approx 70 \times 10^9$) trombotsitlar va $5-20 \times 10^7$ leykotsitlarni o‘z ichiga oladi.
- ✓ Trombomassa $20-24^\circ\text{S}$ haroratda, 5 kun davomida doimiy aralashtirib turilgan holda saqlanishi kerak

Trombomassani quyish uchun ko‘rsatmalar:

- 1) trombotsitopeniya $<30\ 000/\text{mkl}$, (burundan qon ketishi, teridan ko‘p qon ketishi, qonli qusish, qoramoySimon axlat);
- 2) Trombotsitopeniya $<50\ 000/\text{mkl}$, kuchli qon ketishi yoki tana bo‘shlig‘ida kuchli qon ketishi, bu esa a‘zoning simptomatik disfunktsiyasini chaqiradi;
- 3) trombotsitopeniya $<100\ 000/\text{mkl}$, ayniqsa xavfli bo‘lishi mumkin bo‘lgan organlardan qon ketganda (MAT, ko‘z olmasi) va eritrotsitlarni quyishni talab qiladigan doimiy qon ketishlar.

Quyish texnikasi:

1. TrombomassaniretsipiyentqonibilanAB0-muvofiqligigamuvofiqquyibolinadi. Rh (+) trombomasini bemorga faqat istisno hollardagina quyish mumkin.
2. Biologik sinama o‘tkazish kerak, chunki trombotsitar massa olishda donor qonining eritrotsitlari qo‘shilishi mumkin.
3. Trombomassa kasalxonaga yetkazilgandan keyin iloji boricha tezroq quyish kerak.
4. Bir martalik doza: odatda 4-6 doza trombomassa (≈ 1 doza/10 kg tana vazni).

Trombomassa samaradorligi:

- Transfuziyadan keyin 18-24 soat o‘tgach tekshiriladi.
 - Bemorda trombotsitlar soni $30\ 000-50\ 000$ taga ortishi kerak.
- Analgetiklar, antipiretiklar va yallig‘lanishga qarshi vositalarni qo‘llamaslik kerak (CDC, 2008). Gipertermiyani kamaytirish uchun paratsetamol tanani jismoniy sovutish bilan birgalikda buyuriladi.

Jadval 5.

Yo‘qotilgan suyuqlikni to‘ldirish uchun ko‘rsatmalar (kristalloidlar va sintetik kolloidlar) va qon ketishda KQGLda eritrotsitar massani tayinlash zarurati

V/i quyish	Qon yo‘qotish
Yo‘qotilgan suyuqlik va er. massaning tezda qoplanishi	$>40\%$ (>2 l)
Yo‘qotilgan suyuqlik va er. massaning tezda qoplanishi	$30-40\%$ ($1,5$ l- 2 l)
Yo‘qotilgan suyuqlik va er. massaning o‘rnini qoplash (anemiya va davom etayotgan qon yo‘qotishda)	$15\% - 30\%$ ($0,75-1,5$ l)
Er. massa ga ko‘rsatma yo‘q (kamqonlik va ikkilamchi suyuqlik yo‘qotilishi mavjudligida, o‘pka va yurak tomonidan asoratlar rivojlanishida ko‘rsatilgan)	$<15\%$ ($<0,75$ l)

Таблица 6

Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (qo‘llash ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining XPN	Qo'llash usuli	DD
Infuziya uchun eritmalar	0,9% natriy xlorid eritmasi 100, 200,250 va 400 ml; 10% li natriy xlorid eritmasi 200 ml va400ml	v/i	C
	Murakkab natriy xlorid eritmasiinfuziya, 200 ml va 400 ml	v/i	C
	Murakkab natriy xlorid eritmasiinfuziya, 200 ml va 400 ml	v/i	C
Proton nasoslari ingibitorlari	Omeprazol kapsulalari 10 mg, 20 mg,inyeksion eritmalar uchun kukun0,04 g dan flakonlarda	v/i	C
Plazma o'rini bosuvchi	Albumin 20%-200 ml	v/i	C
	Gidroksietilkraxmal 6% va 10% infuziya uchunflakonlardagi eritmalar250 va 500 ml	v/i	C
Qon preparatlari	Yangi muzlatilgan plazma	v/i	C
	Sog'aygan bemorlarning immunlashtirilgan plazmasi	v/i	C
	Trombotsitlar konsentrati	v/i	C
	Kriopretsipitat	v/i	C
	Etamzilat 1 ml dan 5% li va 2 ml dan 12,5% li inyeksiya uchun eritma ampulalarda	v/i, m/i	C
	Menadion natriy bisulfit 1% 1 ml li ampulalardagi eritma	v/i, m/i	C
	Erituvchibilankomplektda 10000 birlikliflakonvaampulalardainyeksiyauchuneritmatayyorlashuchunAprotininkukuni	v/i	C
	Dobutamin 5% eritmasi - 5,0 ml ampulalarda va 0,5% - 20 ml flakonlarda	v/i	C
Proton nasoslari ingibitori	Famotidin tabletkalar 10 mg, 20 mg, 40 mg; inyeksion eritmalar uchun liofillashgan kukun ampulalarda 0,02 g dan erituvchi bilan komplektda	v/i	C
NSYAD (Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar)	Paratsetamol tabletkalar 0,2 va 0,5 g, rektal suppozitoriyalar 0,25; 0,3 va 0,5 g	Ichga, rektal	C
	Parenteral ovqatlanish uchun 10% aminokislotalar 500 ml flakonlarda	v/i	C
	Parenteral ovqatlanish uchun aminokislotalar - 1,2 litrli plastik idishlarda emulsiya ko'rinishida	v/i	C

Antibakterial preparatlar	Inyeksiya uchun eritma tayyorlashga mo'ljallangan 0,25 g va 0,5 g kukun solingan Oksatsillin flakonlari	m/i	C
	Inyeksiya uchun eritma tayyorlashga mo'ljallangan 0,25 g va 0,5 g kukun solingan ampitsillin flakonlari	m/i	C
	Inyeksiya uchun eritma tayyorlashga mo'ljallangan 0,25 g, 0,5 g, 1,0 g va 2,0 g kukun solingan sefotaksim flakonlari	v/i, m/i	C
	Inyeksiya uchun eritma tayyorlashga mo'ljallangan 0,25 g, 0,5 g, 1,0 g va 2,0 g kukun solingan seftriakson flakonlari	v/i, m/i	C
	Inyeksiya uchun eritma tayyorlashga mo'ljallangan 0,25 g, 0,5 g, 1,0 g va 2,0 g kukun shaklidagi Seftazidim flakonlari	v/i, m/i	C

14. Kasalxonadan chiqarish qoidalari:

Bemorlarni kasalxonadan chiqarish kasallik boshlanganidan so'ng kamida 21 kun o'tgach, bemorning ahvoli qoniqarli bo'lganda, tana harorati va laboratoriya ko'rsatkichlari (gemogramma, koagulogramma, trombotsitlar soni) me'yorga kelganda hamda asoratlar kuzatilmaganda amalga oshiriladi.

Kasalxonadan chiqqandan so'ng mehnatga layoqatsizlikning taxminiy muddatlari: yengil shaklida - 7-10 kun; o'rta og'ir shaklida - 10-14 kun; og'ir shaklida - 15-30 kun.

Bemorning yaqinlarini yuqtirish ehtimolini istisno qilish uchun VQKGI RNKsini PZR usulida tekshirish natijasi salbiy bo'lishi kerak. Biroq markazdan uzoqda joylashgan tibbiyot muassasalarida RNKni tekshirish har doim ham imkoniyati bo'lavermaydi. Ilmiy adabiyotlarda bemorlar kasalxonadan chiqqandan so'ng QKGI kuchayishi holatlari qayd etilmagan.

15. QKGI kasalligidan sog'aygan barcha bemorlar dispanser nazoratiga olinishi lozim:

QKGIning yengil shakli bilan kasallangan bemorlar uchun kuzatuv muddati 3 oy, o'rta og'ir va og'ir shakli bilan kasallanganlar uchun esa 12 oy davom etadi;

kuzatuvni infeksionist shifokor, u bo'lmagan taqdirda esa mahalliy terapevt olib boradi;

birinchi nazorat tekshiruv shifoxonadan chiqarilgandan so'ng 1 oy o'tgach o'tkaziladi, bunda gemogramma, siydikchil, kreatinin, bilirubin, umumiy oqsil va albumin darajasi, ALT va AsT faolligi klinik jihatdan aniqlanadi; keyingi tekshiruvlar 3, 6, 9 va 12 oydan so'ng amalga oshiriladi.

16. Tavsiyalar:

- O'tkir taomlar va spirtli ichimliklarni istisno qilgan holda to'laqonli ovqatlanish;
- ko'p suyuqlik ichish (na'matak damlamasi, ishqorli mineral suvlar, siydik haydovchi xususiyatli o'tlar qaynatmasi);
- og'ir jismoniy mehnat, haddan tashqari sovuq qotish, hammom va saunaga borish, sport bilan shug'ullanishni istisno etgan holda jismoniy tartibga rioya qilish (6-12 oy davomida);
- umumiy quvvatlantiruvchi dori vositalari, adaptogenlar, polivitaminlar (Aevit, Duovit, Multi-Tabs) qabul qilish;
- ribavirin bilan davolanishdan so'ng kamida 7 oy davomida sog'ayish davridagi bemorlarga (erkak va ayollarga) kontratseptiv vositalardan foydalanish.

**"QRIM-KONGO GEMORRAGIK
ISITMASI" KASALLIGIGA OID TIBBIY
ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

2. Kirish qismi
Kasalliklarning xalqaro tasnifi - XKT-10/11 kodi(lari):

XKT-10 /11	
A 98	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan boshqa virusli gemorragik isitmalar
A 98.0	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi (Kongo virusi tufayli kelib chiqqan) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Kongo - Qrim gemorragik isitmasi virusi Qrim-Kongo gemorragik isitmasi Boshqa bo‘limlarda tasniflanmagan virusli gemorragik isitma Bo‘g‘imoyoqlilar orqali yuqadigan, kelib chiqishi aniqlanmagan virusli isitmalar https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025, yoki yangi va asosli dalillar mavjud bo‘lganda 2028 sanada ko‘rib chiqiladi. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar o‘z hissalarini qo‘shdilar:
 Yuqumli kasalliklar yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolarining jarayonni tashkil etish bo‘yicha:

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| 3. Таджиев Б.М. | Markaz direktori, t.f.d., professor | RIEMYUPKIATM |
| 4. Таджиева Н.У. | Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.d. | RIEMYUPKIATM |

Список основных авторов:

1.	Musabayev E.I.	Institut direktori, akademik, tibbiyot fanlari doktori, O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
2.	Tuychiyev L.N.	Toshkent tibbiyot akademiyasi infeksiyon va bolalar infeksiyon kasalliklari kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
3.	Xaydarov A.B.	Epidemiolog shifokor	Buxoro viloyat SEO va JSB xavli yukumli kasalliklar bo‘limi mudiri

4.	Saydaliyev S.S.	Infeksion kasalliklar kafedrası xodimi	Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti
5	Fayzullayev X.N.	Tibbiyot fanlari doktori, reanimatsiya bo'limi mudiri	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
6.	Mirkasimova X.X.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
7.	Raximov R.R.	PhD, k.i.x., katta ilmiy xodim, epidemiologiya kafedrası assistenti	RIEMYuPKIATM Virusologiya ITI Toshkent Tibiyot Akademiyasi
8.	Kamolxodjayev D.A.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
9.	Radjapbayeva G.P.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги СЕОЖС қўмитаси

Taqrizlar:

Kasimova Rano Ibragimovna

t.f.d., **RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI bo'lim rahbari**

Xolmamat Nuraliyevich

O'lat profilaktikasi markazi direktori

Muhokama sanasi.

Klinik bayonnoma oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston infecionistlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

Klinik bayonnoma RIEMYUPKIATM Virusologiya instituti Ilmiy kengashi tomonidan 2025-yil 20-mayda ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

Ilmiy kengash raisi – t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

2. Raximova V.Sh.

Mazkur klinik protokol vastandart vaziro'rinbosari,
Tibbiy sug'urtaboshqarmasiboshlig' iSH. Almardanov,

tibbiyot fanlaridoktori F.Sharipov,

Klinik protokollar vastandartlarni ishlab chiqish bo'lim boshlig' iboshchiligidatashkiliy-

uslubiy yordam ko'rsatib ishlab chiqildi, tibbiyot fanlaridoktori. S.Ubaydullaeva,
 Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi bosh mutaxassislari SH.Nurimov,
 S.Uusmonov va G.Djumayeva

Qisqartmalar ro'yxati

QKGI	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi
anti-QKGIV IgM	QKGI virusiga qarshi M sinfi antitanalari
anti-QKGIV IgG	QKGI virusiga qarshi G sinfi antitanalari
QKGIVAg	QKGI virus antigeni
QKGI RNK	QKGI virusi RNKsi
N	norma
ALT	alanin aminotransferaza
AST	aspartat aminotransferaza
FQTV	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
QIV	qonning Li-Uayt bo'yicha ivish vaqti
DTIQI	disseminirlangan tomir ichi qon ivishi
IFT	immunoferment taxlil
YuKX	yuqumli kasalliklar xonasi
XB	xalqaro birlik
MI	millilitr
XMM	xalqaro me'yorlashtirilgan munosabat
UQT	umumiy qon tahlili
UPT	umumiy peshob tahlili
QBA	qorin bo'shlig'i a'zolari
O'JE	o'tkir jigar ensefalopatiyasi
PV	protrombin vaqti
VQD	virusga qarshi davo
ФДХ	fibrin degradatsiyasi hosilalari (mahsulotlari)
POYe	poliorgan yetishmovchilik
PZR	polimeraz zanjir reaksiya
O'zR	O'zbekiston Respublikasi
MFEK	monomer fibrinning eruvchan komplekslari
RNK	ribonuklein kislotasi
ECHT	Eritrotsitlar cho'kish tezligi
PTA	plazminogenning to'qima aktivatori
TV	trombin vaqti
DD	dalillar darajasi
IF	ishqoriy fosfatidaza

Foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, virusologlar, tez tibbiy yordam shifokorlari/feldsherlari, infeksiyonistlar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, jarrohlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, tibbiyot oliygohlari doktorantlari.

Ushbu bayonnoma barcha sog'liqni saqlash amaliyotida QKGI ni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

bolalar, kattalar, homilador ayollar.

Dalillar shkalasi
(tashxis qo'yish amaliyotlari uchun)

Dalillanganlik darajasi	
1	Etalon usulidan foydalanilgan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil qo'llanilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli ko'rib chiqishlari.
2	Referent usullar nazorati ostida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki ba'zi tasodifiy klinik sinovlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar, meta-tahlildan foydalangan holda o'tkazilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli sharhlari bundan mustasno.
3	Doimiy nazorat qilinmagan holda yoki tadqiqot uslubidan qat'i nazar etalon usuldan foydalanib o'tkazilgan tadqiqotlar, shuningdek tasodifiy tanlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar va klinik holatning tavsifi
5	Davolash ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspert xulosasi

Dalillar shkalasi
(profilaktika, davolash va reabilitatsiya chora-tadbirlari uchun)

Dalillanganlik darajasi	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа
2	Metatahlildan foydalangan holda o'tkazilgan randomlashtirilgan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari bundan mustasno bo'lgan, alohida randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar va har qanday turdagi boshqa tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki holatlar turkumlarining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Davolash ta'sir mexanizmining asosi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassis fikri

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi reytingi shkalasi

Tavsiyalarga ishonch darajasi	
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega bo'lib, qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiqdir)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan samaradorlikning ba'zi mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, ayrim tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli darajada va/yoki qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (yuqori sifatli dalillar, ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari va natijalar mavjud emasligi tufayli) muhim ahamiyatga ega emas. Barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past bo'lib, qiziqtiradigan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq kelmaydi.

17. Хирургическое вмешательство:

При ККГЛ противопоказаны любые хирургические вмешательства!

**"QRIM-KONGO GEMORRAGIK
ISITMASI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA
PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYAGA OID MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2025

3. Kirish qismi
Kasalliklarning xalqaro tasnifi - XKT-10/11 kodi(lari):

XKT-10 /11	
A 98	Boshqa ruknlarda tasniflanmagan boshqa virusli gemorragik isitmalar
A 98.0	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi (Kongo virusi tufayli kelib chiqqan) https://mkb-10.com/index.php?pid=471
XN17V 1D49 1D86 1D4Z	Kongo - Qrim gemorragik isitmasi virusi Qrim-Kongo gemorragik isitmasi Boshqa bo‘limlarda tasniflanmagan virusli gemorragik isitma Bo‘g‘imoyoqlilar orqali yuqadigan, kelib chiqishi aniqlanmagan virusli isitmalar https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#555874229

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025, yoki yangi va asosli dalillar mavjud bo‘lganda 2028 sanada ko‘rib chiqiladi. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar o‘z hissalarini qo‘shdilar:
 Yuqumli kasalliklar yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolarining jarayonni tashkil etish bo‘yicha:

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| 5. Таджиев Б.М. | Markaz direktori, t.f.d., professor | RIEMYUPKIATM |
| 6. Таджиева Н.У. | Ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.d. | RIEMYUPKIATM |

Список основных авторов:

1.	Musabayev E.I.	Institut direktori, akademik, tibbiyot fanlari doktori, O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi akademigi	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
2.	Tuychiyev L.N.	Toshkent tibbiyot akademiyasi infeksiyon va bolalar infeksiyon kasalliklari kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
3.	Xaydarov A.B.	Epidemiolog shifokor	Buxoro viloyat SEO va JSB xavli yuqumli kasalliklar bo‘limi mudiri

4.	Saydaliyev S.S.	Infektsion kasalliklar kafedrasini xodimi	Toshkent shifokorlar malakasini oshirish instituti
5	Fayzullayev X.N.	Tibbiyot fanlari doktori, reanimatsiya bo'limi mudiri	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
6.	Mirkasimova X.X.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
7.	Raximov R.R.	PhD, катта илмий ходим	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
8.	Kamolxodjayev D.A.	TO'O'XVI laboratoriyasi virusolog shifokori	RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI
9.	Radjabbayeva G.P.	Бош мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги СЕОЖС қўмитаси

Taqrizlar:

Kasimova Rano Ibragimovna

t.f.d., **RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI bo'lim rahbari**

Xolmamat Nuraliyevich

O'lat profilaktikasi markazi direktori

Muhokama sanasi.

Klinik bayonnoma oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston infecionistlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, viloyat shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning yakuniy yig'ilishida norasmiy kelishuvga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari - t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

Klinik bayonnoma RIEMYUPKIATM Virusologiya instituti Ilmiy kengashi tomonidan 2025-yil 20-mayda ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

Ilmiy kengash raisi – t.f.d. O'zbekiston Respublikasi fanlar akademiyasi akademigi, RIEMYUPKIATM Virusologiya ITI direktori E.I. Musabayev

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspertlar guruhi mutaxassislarining ekspert bahosi:

3. Raximova V.Sh.

Mazkur klinik protokol vastandart vaziro‘rinbosari, tibbiyot fanlaridoktori F.Sharipov,
 Tibbiy sug‘urtaboshqarmasiboshlig‘i SH.Almardanov,
 Klinik protokollar vastandartlarni ishlabchiqish bo‘limiboshlig‘iboshchiligidatashkiliy-
 uslubiy yordam ko‘rsatib ishlabchiqildi, tibbiyot fanlaridoktori. S.Ubaydullaeva,
 Klinik protokollar vastandartlarni ishlabchiqish bo‘limibosh mutaxassislari SH.Nurimov,
 S.Usmonov va G.Djumayeva

Qisqartmalar ro‘yxati

QKGI	Qrim-Kongo gemorragik isitmasi
anti-QKGIV IgM	QKGI virusiga qarshi M sinfi antitanalari
anti-QKGIV IgG	QKGI virusiga qarshi G sinfi antitanalari
QKGIV Ag	QKGI virus antigeni
QKGI RNK	QKGI virusi RNKsi
N	norma
ALT	alanin aminotransferaza
AST	aspartat aminotransferaza
FQTV	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
QIV	qonning Li-Uayt bo‘yicha ivish vaqti
DTIQI	disseminirlangan tomir ichi qon ivishi
IFT	immunoferment taxlil
YuKX	yuqumli kasalliklar xonasi
XB	xalqaro birlik
MI	millilitr
XMM	xalqaro me‘yorlashtirilgan munosabat
UQT	umumiy qon tahlili
UPT	umumiy peshob tahlili
QBA	qorin bo‘shlig‘i a‘zolari
O‘JE	o‘tkir jigar ensefalopatiyasi
PV	protrombin vaqti
VQD	virusga qarshi davo
ФДХ	fibrin degradatsiyasi hosilalari (mahsulotlari)
POYe	poliorgan yetishmovchilik
PZR	polimeraz zanjir reaksiya
O‘zR	O‘zbekiston Respublikasi
MFEK	monomer fibrinning eruvchan komplekslari
RNK	ribonuklein kislotasi
ECHT	Eritrotsitlar cho‘kish tezligi
PTA	plazminogenning to‘qima aktivatori
TV	trombin vaqti
DD	dalillar darajasi
IF	ishqoriy fosfatasa

Foydalanuvchilar:

Umumiy amaliyot shifokorlari, virusologlar, tez tibbiy yordam shifokorlari/feldsherlari, infeksiyonistlar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, jarrohlr, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, tibbiyot oliygohlari doktorantlari.

Ushbu bayonnoma barcha sog‘liqni saqlash amaliyotida QKGI ni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi:

bolalar, kattalar, homilador ayollar.

Dalillar shkalasi (tashxis qo'yish amaliyotlari uchun)

Dalillanganlik darajasi	
1	Etalon usulidan foydalanilgan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil qo'llanilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli ko'rib chiqishlari.
2	Referent usullar nazorati ostida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki ba'zi tasodifiy klinik sinovlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlar, meta-tahlildan foydalangan holda o'tkazilgan tasodifiy klinik sinovlarning tizimli sharhlari bundan mustasno.
3	Doimiy nazorat qilinmagan holda yoki tadqiqot uslubidan qat'i nazar etalon usuldan foydalanib o'tkazilgan tadqiqotlar, shuningdek tasodifiy tanlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar va klinik holatning tavsifi
5	Davolash ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspert xulosasi

Dalillar shkalasi (profilaktika, davolash va reabilitatsiya chora-tadbirlari uchun)

Dalillanganlik darajasi	
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с использованием метаанализа
2	Metatahlildan foydalangan holda o'tkazilgan randomlashtirilgan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhlari bundan mustasno bo'lgan, alohida randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar va har qanday turdagi boshqa tadqiqotlarning tizimli sharhlari.
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatlar yoki holatlar turkumlarining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Davolash ta'sir mexanizmining asosi (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki mutaxassis fikri

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi reytingi shkalasi

Tavsiyalarga ishonch darajasi	
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega bo'lib, qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiqdir)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan samaradorlikning ba'zi mezonlari (natijalar) muhim ahamiyatga ega, ayrim tadqiqotlarning uslubiy sifati yuqori yoki qoniqarli darajada va/yoki qiziqish uyg'otgan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (yuqori sifatli dalillar, ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari va natijalar mavjud emasligi tufayli) muhim ahamiyatga ega emas. Barcha tadqiqotlarning uslubiy sifati past bo'lib, qiziqtiradigan natijalar bo'yicha xulosalar o'zaro muvofiq kelmaydi.

18. Reabilitatsiya

Reabilitatsiyaning asosiy tamoyillari:

- Reabilitatsiya chora-tadbirlari kasallikning avj olish davrida yoki erta tiklanish bosqichida boshlanishi lozim;
- Reabilitatsiya va dispanserizatsiyaning turli bosqichlarida uzluksizlikni ta'minlaydigan chora-tadbirlarning izchilligi va davomiyligiga rioya qilish;
- Turli mutaxassislar ishtirokida va xilma-xil ta'sir usullarini qo'llagan holda tiklov chora-tadbirlarining kompleks xususiyati;

- Reabilitatsiya va tiklov chora-tadbirlari hamda ta'sirlarning bemor tiklanayotgan shaxsning moslashuv va zaxira imkoniyatlariga muvofiqligi. Belgilangan jismoniy va aqliy yuklamalarni asta-sekin oshirish, shuningdek, turli xil ta'sir usullarini tabaqalashtirilgan tarzda qo'llash muhim ahamiyatga ega;
- O'tkazilayotgan chora-tadbirlar samaradorligini doimiy nazorat qilib borish. Bunda kasallikni boshdan kechirganlarning funksional holati va kasbiy ahamiyatga ega funksiyalarini tiklash tezligi hamda darajasi (bilvosita va bevosita usullar orqali) inobatga olinadi.

19. Shifoxona ichida QKGIning yuqishi va uning oldini olish

Tibbiyot xodimlari quyidagi holatlarda zararlanishi mumkin:

- 1) bemorga turli muolajalar o'tkazilganda;
- 2) laboratoriya tekshiruvi uchun olingan yuqumli material bilan aloqada bo'lganda;
- 3) laboratoriyada infeksiyalangan namunani o'rganayotganda.

Aerozollar hosil bo'lish xavfi bilan bog'liq muolajalarni bajarishda (nafas yo'llari tarkibini ochiq drenajlash, intubatsiya, bronxoskopiya, yurak-o'pka reanimatsiyasi orqali aspiratsiya qilish yoki so'rib olish) infektsiyaning havo-tomchi orqali tarqalishidan himoyalani choralari rioya qilish lozim.

Ribavirinni profilaktik kimyoviy vosita va tibbiyot xodimlarini erta davolash (A) sifatida tayinlash kerak.

20. Tibbiyot xodimlarining standart ehtiyotkorlik choralari.

- ✓ Qo'l tozaligi qoidalariga rioya qilish.
- ✓ Shaxsiy himoya vositalarini to'g'ri kiyish va yechish.
- ✓ Nafas yo'llarini himoya qilish.
- ✓ Bemorning qoni bilan zararlanishi mumkin bo'lgan igna sanchilishi va o'tkir asboblardan kesilishdan ehtiyot bo'lish.
- ✓ Chiqindilarni to'g'ri yo'q qilish.
- ✓ Xonani toza saqlash va dezinfeksiya qilish.
- ✓ Bemorni o'rab turgan narsalarga faqat maxsus himoya vositalarida tegish.
- ✓ Barcha tibbiy asbob-uskunalarini tozalash va dezinfeksiya qilish.

21. Tibbiyot xodimlarini QKGI virusidan himoya qilish choralari.

Tibbiyot muassasasi xodimi doimo shaxsiy xavfsizligini e'tiborga olishi va davolash ishlarini bajarayotganda kasalxonada ichidagi infeksiyalarning tarqalishini oldini olishi lozim. Xodimning asosiy shaxsiy himoyasi bemorni alohidalash va barcha yuqumli kasalliklardan himoyalani qoidalariga sinchkovlik bilan amal qilishdan iborat.

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

Bemorlarni infeksiyon nazoratning belgilangan qoidalariga muvofiq parvarish qilish lozim. Agar bemorda QKGI yuqish ehtimoli haqida tegishli ko'rsatmalar va kasallik belgilari mavjud bo'lsa, quyidagi chora-tadbirlarni amalga oshirish zarur:

- Bemorni iloji boricha alohida hojatxona va dushga ega bo'lgan izolyatorga joylashtirish.
- Bemor bilan to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita aloqada bo'lgan tibbiyot xodimlarining kasallanishining oldini olish uchun barcha choralarni ko'rish.
- Agar bemor shifoxonaga "Tez yordam" mashinasi bilan keltirilgan bo'lsa, bunday bemorni qabul qilish uchun alohida xona ajratish va bemorni barcha xavfsizlik qoidalariga rioya qilgan holda (hamma shaxsiy himoya vositalarida bo'lishi shart) hamda boshqa shaxslar (shaxsiy himoya vositalarisiz) bilan aloqasini istisno qilgan holda izolyatorga o'tkazish lozim.
- Faqat maxsus tayinlangan va shaxsiy himoya vositalarini kiygan tibbiyot xodimlari bemorga xizmat ko'rsatishlari kerak.
- Bemorga xizmat ko'rsatishga jalb qilingan barcha tibbiyot xodimlarining ro'yxati tuzilishi va ularning barchasi shaxsiy himoya vositalarini kiyishlari shart.

- QKGI shubhasi bo‘lgan bemor kasalxonaga yotqizilgan har bir holatda shifoxona rahbariyatini xabardor qilish va DSENMga shoshilinch xabar berish zarur.
- Bemorni izolyatorida ko‘rikdan o‘tkazishda shaxsiy himoya vositalarini kiygan shifokor epidemiologik anamnezni to‘ldiradi, yanada sinchkovlik bilan tekshiruvdan o‘tkazadi. Ahvolining og‘irligini baholaydi, davolash muolajalarini amalga oshiradi.
- Shifokor o‘ta xavfli infeksiyalar bo‘yicha mutaxassisni taklif qiladi va birgalikda QKGIga tekshirish usulini belgilaydi.

21. 1 Shaxsiy himoya vositalarini kiyish

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

SHV to‘g‘ri va qat‘iy ketma-ketlikda kiyilishi lozim, tibbiyot xodimi bemor joylashgan hududda ekan, SHV ning biror qismini yechish mumkin emas. Tibbiyot xodimi SHV ni kiyayotganda, nazoratchi-murabbiy bu jarayonni kuzatib turishi kerak, toki tibbiyot xodimi xatoga yo‘l qo‘ymas.

Tibbiyot xodimi qo‘lqoplarni tez-tez dezinfeksiya qilishi lozim, ayniqsa bemorning tana suyuqliklariga tekkandan so‘ng. Agar to‘satdan SHV ning yaxlitligi buzilsa (qo‘lqop yirilishi, igna sanchilishi, xalat yenglari qo‘lqop ostidan chiqib qolib, teri ochilishi), shifokor darhol palatadan chiqib, zararlanish ehtimolini baholashi kerak. Agar infeksiya ta‘siri aniqlansa, tavsiyalarda ko‘rsatilgan barcha choralarni qo‘llash zarur.

Bemor bilan muloqotdan so‘ng SHV ni yechish ko‘rsatmalarni so‘zsiz bajarishni, murabbiy nazoratini va SHV ni yechish uchun maxsus himoya hududida bo‘lishni talab etadi. MIBni shoshilmasdan, QKGI virusining SHV yuzasidan o‘z-o‘zini zararlash xavfini bartaraf etish uchun tavsiyalarda ko‘rsatilgan qat‘iy ketma-ketlikda yechish lozim. Yechish usulini to‘g‘ri bajarish dastlabki ko‘p martalik mashg‘ulotlar davomida o‘zlashtirilishi kerak.

Ikki qavat qo‘lqop kiyish bemorni ko‘rikdan o‘tkazish va muolajalarni xavfsiz olib borishni ta‘minlaydi hamda SHV ni yechish jarayonida muhim ahamiyat kasb etadi. Ikki qatlamli qo‘lqoplar bemorda muolajalarni bajarishni biroz qiyinlashtirsa-da, ular tibbiyot xodimini tasodifiy igna sanchilishidan saqlaydi va o‘z-o‘zini yuqtirishning oldini olish uchun MIBni xavfsiz yechishda muhim rol o‘ynaydi.

21.2 Shaxsiy himoya vositalarini (SHV) tekshirish

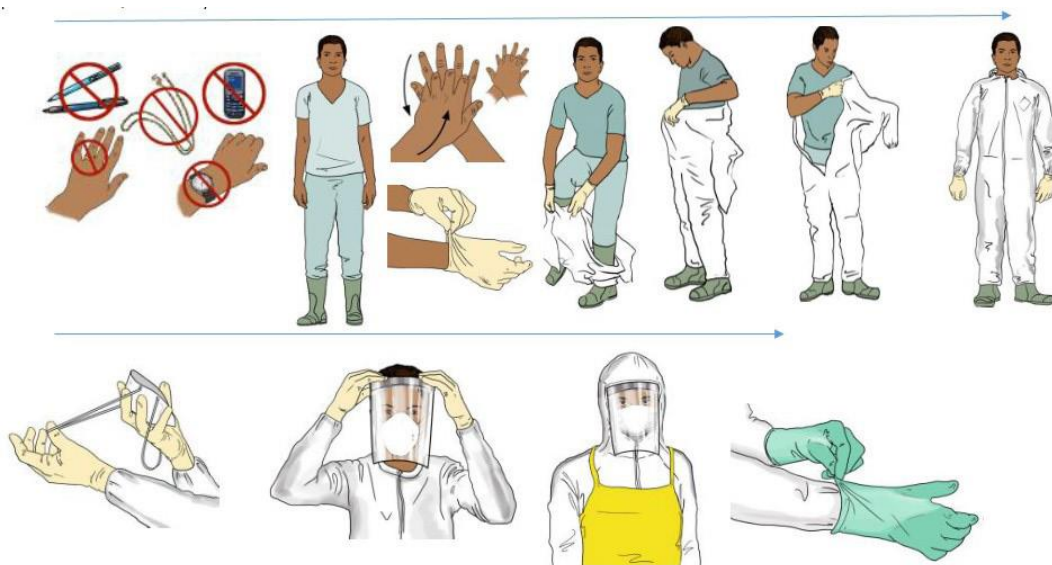
<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2016.pdf>

Shaxsiy himoya vositalarini (SHV) kiyishdan oldin, barcha tarkibiy qismlar mavjudligini va ular kiyish uchun to‘g‘ri tartibda joylashganligini tekshirib, ishonch hosil qilish lozim. Bunga quyidagilar kiradi: qo‘lqoplar, botinkalar, harakatni cheklamaydigan tegishli o‘lchamdagi xalat, imkon qadar suv o‘tkazmaydigan 95-raqamli respirator, soch, quloq va bo‘yinni yopadigan jarrohlik kapyushoni, cho‘zilgan manjeti bor tashqi qo‘lqop, hamda yuz, ko‘zlar va terini qo‘shimcha himoya qiladigan shaffof yuz qalqoni.

21. 3 ShHV kiyish bosqichlari (7-rasm)

1. Kuzatuvchini jalb etish.
2. Barcha shaxsiy kiyim-kechak va buyumlarni (uzuk, soat va boshqalar) yechib qo‘yish.
3. Shaxsiy himoya vositalarining barcha elementlari mavjudligini tekshirish.
4. Qo‘llarni yuvish.
5. Qo‘lqopning birinchi qatlamini kiyish.
6. Maxsus poyabzal yoki baxilalarni kiyish.
7. Xalat yoki kombinezon kiyish.
8. N95 respiratorini taqish.
9. Jarrohlik bosh kiyimini kiyish.
10. Zarur bo‘lsa, fartuk kiyish.

11. Qo‘lqopning ikkinchi qatlamini kiyish.
12. Yuz qalqonini taqish.
13. To‘g‘ri kiyinganingizni nazorat qilish..



ShHV kiyish bosqichlari (7-rasm) (WHO, 2016)

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

21. 4 Shaxsiy himoya vositalarini yechishga tayyorgarlik

Barcha ko‘zga ko‘ringan ifloslanishlarni shaxsiy himoya vositalarida tekshiring va zararsizlantiring. Keyin qo‘lqoplarni tasdiqlangan dezinfeksiyalovchi modda yoki spirt bilan zararsizlantirib, qurishiga imkon bering. Kuzatuvchi hozir va nazorat qilishga tayyor ekanligiga ishonch hosil qiling, so‘ngra zonaga kirib, shaxsiy himoya vositalarini bosqichma-bosqich yechish jarayonini boshlang.



8-rasm. Shaxsiy himoya vositalarini yechish bosqichlari (WHO, 2016).

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

ShHVni yechish. ShHVni yechish ketma-ketligiga qat'iy rioya qilish zarur! (8-rasm).

1. Kuzatuvchi albatta bo'lishi kerak.
2. Hamma narsani tekshiring.
3. Tashqi qo'lqopni dezinfeksiya qiling.
4. Fartukni yeching.
5. Tekshiring.
6. Tashqi qo'lqoplarni dezinfeksiya qiling.
7. Botlar va baxillarni yeching.
8. Tashqi qo'lqoplarni dezinfeksiya qilib, olib tashlang.
9. Ichki qo'lqoplarni tekshirib, dezinfeksiya qiling.
10. Yuz qalqonini olib tashlang.
11. Ichki qo'lqoplarni dezinfeksiya qiling.
12. Jarrohlik qalpog'ini yeching.
13. Ichki qo'lqoplarni dezinfeksiya qiling.
14. Xalat yoki kombinezonni yeching.
15. Ichki qo'lqoplarni dezinfeksiya qilib, yangisiga almashtiring.
16. Respiratorni yeching.
17. Ichki qo'lqoplarni dezinfeksiya qiling.
18. Yuvinuvchi poyabzalni dezinfeksiya qiling.
19. Ichki qo'lqoplarni dezinfeksiya qilib, olib tashlang.
20. Qo'l gigiyenasini amalga oshiring.
21. Tekshiring.
22. Oddiy tibbiy xalat kiying.
23. Cho'miling.
24. Baholash/tibbiy ko'rik bayonnomasini yozing.

Aerозollar qusish, kuchli ich ketish, yo'tal, bemorni intubatsiya qilish, balg'am ajralishi yoki bronxoskopiya paytida hosil bo'lishi mumkin. Shu sababli, KKM (Atlanta) va JSST tibbiyot xodimlariga N95 respiratoridan yoki havoni tozalashga imkon beradigan respiratordan foydalanishni tavsiya etadi.

21.5 Kuzatuvchi

Kuzatuvchi (shaxsiy himoya vositalarini (SHV) to'g'ri kiyish va yechishni nazorat qiluvchi shaxs) tibbiyot xodimiga SHVni yechishda yordam bermasligi lozim. U tibbiyot xodimi SHVni yechish paytida xato qilmasligini diqqat bilan kuzatib borishi, nazorat qilishi va zarur bo'lganda, SHVni yechish jarayonida nimalarni qilmaslik kerakligini eslatib turishi kerak.

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

Adabiyotlar ro'yxati

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 Haemorrhagic Fevers, including Crimean-Congo Haemorrhagic Fever. Лондон: PHE.
 9. Южно-Африканское Министерство Здравоохранения. (2019). Guidelines for the Diagnosis and Management of Crimean-Congo Haemorrhagic 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.