

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**

**«PARENTERAL YO'L BILAN YUQADIGAN B, C VA
D O'TKIR VIRUSLI GEPATITLAR NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT-2025

«TASDIQLAYMAN»

RITMYUPKIATMning

Virusologiya ITI direktori

F. E. Musabayev



2025 yil

**«PARENTERAL YO‘L BILAN YUQADIGAN B, C VA
D O‘TKIR VIRUSLI GEPATITLAR»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR**

TOSHKENT 2025

Mundarija

«PARENTERAL YO‘L BILAN YUQADIGAN B, C VA D O‘TKIR VIRUSLI GEPATITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR	3
«PARENTERAL B, C, D VIRUSLI GEPATITLAR» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	52
«PARENTERAL B, C, D VIRUSLI GEPATITLAR» NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI VA REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL	61

1. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10 shifrlari:

V 16	O‘tkir virusli gepatit B
V16.0	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
V16.1	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
V16.2	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
V16.9	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
V17.0	B gepatit latent kechishida delta-agentning o‘tkir superinfektsiyasi
V17.1	O‘tkir virusli gepatit C
	МКБ 10 - Другие острые вирусные гепатиты (B17) (mkb-10.com)

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-11 shifrlari:

1E50.1	O‘tkir virusli gepatit B
1E50.2	O‘tkir virusli gepatit C
1E50.3	O‘tkir virusli gepatit D
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872

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

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

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo‘shganlar:

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

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

Asosiy mualliflar ro‘yxati:

- | | | |
|-------------------|---|-----------------------------------|
| 1. Musabayev E.I. | Institut direktori, akademik, t.f.d., O‘zR FA akademigi | RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI |
|-------------------|---|-----------------------------------|

2.	Tuychiyev L.N.	Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasining mudiri, t.f.d., professor	Toshkent Davlat tibbiyot universiteti
3.	Abdukadirova M.A.	Bosh ilmiy xodim, t.f.d., katta ilmiy xodim	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
4.	Xikmatullayeva A.S.	Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, d.m.n., katta ilmiy xodim	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
5.	Bayjanov A.K.	Bo'lim rahbari, t.f.d., katta ilmiy xodim	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
6.	Kasimova R.I.	Bo'lim rahbari, t.f.d.	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
7.	Raximova V.Sh.	Yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasining dotsenti, t.f.n.	Tibbiyot xodimlarini professional tayyorgarligini rivojlantirish Markazi
8.	Egamova I.N.	Bosh shifokorning tashkiliy-uslubiy ishlar bo'yicha o'rinbosari, PhD	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
9.	Brigida K.S.	Bo'lim rahbari, PhD	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI
11.	Muminova M.T.	T.f.n., dotsent	Toshkent Davlat tibbiyot universitetining yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasida
12.	Bakiyeva Sh.R.	Yuqumli kasalliklar shifokori, PhD	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI klinikasi
13.	Abduraximova D.R.	Yuqumli kasalliklar shifokori	RIEMYUPKIATMning virusologiya ITI klinikasi
14.	Dolimov T.K.	Yuqumli kasalliklar shifokori, t.f.d.	RIEMYUPKIATM klinikasi

Taqrizchilar:

Kamilov Farxod Xaydarovich

t.f.d., Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida dotsenti

Kosherova Baxit Nurgaliyevna

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

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan ekspert bahosi:

1. Xolmatova K.Sh. t.f.n., RIEMYUPKIATM klinikasi bosh shifokorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi yuqumli kasalliklar bo'yicha bosh mutaxassisi:

Muhokama o'tkazilgan sana

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

Ishchi guruh rahbari - t.f.d. O'zR FA akademigi, RIEMYUPKIATMning Virusologiya ITI direktori E.I.Musabayev.

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.

Sog'liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig'ilish bayonnomasidan ko'chirma (29.04.2024 y., №3).

Qisqartmalar ro'yxati

anti-HBc IgM	HBcAg ga qarshi M sinfdagi antitanalar
anti-HBe	HBcAg ga qarshi antitanalar
anti-HBs	HBsAg ga qarshi antitanalar
anti-VGC	gepatit S virusiga qarshi antitanalar
anti-VGD	gepatit D virusiga qarshi antitanalar
anti-VGD IgM	gepatit D virusiga qarshi M sinfdagi antitanalar
anti-HIV	OIV ga qarshi antitanalar
anti-NVs IgG	HBcAg ga qarshi G sinfdagi antitanalar
HBcAg	gepatit B virusining yadro antigeni
HBeAg	gepatit B virusining yuqumlilik antigeni
HBsAg	gepatit B virusining yuzaki antigeni

VGB	gepatit B virusi
VGB DNK	gepatit B virusi DNKsi
VGC	gepatit C virusi
VGC RNK	gepatit C virusi RNKsi
VGD	gepatit D virusi
VGD RNK	gepatit D virusi RNKsi
IgG	G sinfdagi immunoglobulinlar
N	me'yor
AIG	autoimmun gepatit
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
MYUCH	me'yorning yuqori chegarasi
OIV	odam immunitet tanqisligi virusi
GGTP	gamma-glutamiltranspeptidaza
GSK	gepatosellyulyar karsinoma
DTIQIS	disseminirlangan tomir ichi qon ivish sindromi
DNK	dezoksiribonuklein kislota
O'SV	o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi
JYBYUI	jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar
IFT	immunoferment tahlil
IKT	immun kimyoviy tahlil
YUKX	yuqumli kasalliklar xonasi
KT	kompyuter tomografiyasi
DJT	davolash jismoniy tarbiyasi
Xb	xalqaro birliklar
MI	millilitr
XNN	xalqaro normallashtirilgan nisbat
MRT	magnit-rezonansli tomografiya
QUT	qon umumiy tahlili
SUT	siydik umumiy tahlili
QBA	qorin bo'shlig'i a'zolari
O'VG	o'tkir virusli gepatit
O'JE	o'tkir jigar ensefalopatiyasi
JBBS	jigarning birlamchi billiar sirrozi
PV	protrombin vaqti
VQD	virusga qarshi tdavo
INF	pegillirlgan interferon
BSX	birlamchi sklerozlovchi xolangit
PZR	polimeraza zanjir reaksiyasi
O'zR	O'zbekiston Respublikasi
RNK	ribonuklein kislotasi
ECHT	eritrositlarning cho'kish tezligi
JT	jigar transplantatsiyasi
ID	isbotlanish darajasi
UTT	ultratovush tadqiqoti
SG	surunkali gepatit
JS	jigar sirrozi
IF	ishqoriy fosfataza

Protokolning foydalanuvchilari:

Umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, tez tibbiy yordam shifokorlari/feldsherlari, infeksiyalar, anesteziolog-reanimatologlar, pediatrlar, akusher-ginekologlar, xirurglar, nevropatologlar, gastroenterologlar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, oliy o'quv yurtlarining doktorantlari.

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

Ushbu nozologiyadagi bemorlarning toifasi:

bolalar, kattalar, homilador ayollar.

Dalillarga asoslangan tibbiyot asosida ishonchlik darajasi shkalasi.

Tashxisot usullari (tashxisot aralashuvlari) uchun dalillarning haqqoniylik darajasini baholash shkalasi

DHD	Tafsili
1	Referens usulida nazorat qilgan holda tadqiqotlarni tizimli sharhlab borish yoki meta-tahlilni qo'llagan holda randomlashtirilgan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhlab borish
2	Referens usulida nazorat qilgan holda ayrim tadqiqotlar yoki meta-tahlilni qo'llagan holda ayrim randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar va istalgan dizayndagi tadqiqotlarni tizimli sharhlab borish, randomlashtirilgan klinik tadqiqotlar bundan mustasno
3	Referens usulida izchil nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usulli tadqiqotlar yoxud randomlashtirilmagan taqqoslama tadqiqotlar, jumladan, kogort tadqiqotlar
4	Taqqoslama bo'lmagan tadqiqotlar, klinik hodisaning bayoni
5	Faqat ta'sir mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, davolovchi, reabilitasion aralashuvlar uchun dalillarning haqqoniylik darajasini baholash shkalasi

DHD	Tafsili
1	Meta-tahlil yordamida RKI ni tizimli sharhlab borish
2	Meta-tahlilni qo'llagan holda, RKIlardan tashqari har qanday dizayn bo'yicha ayrim RKI va tizimli tadqiqotlar
3	Randomlashtirilmagan qiyosiy tadqiqotlar, jumladan, kogort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, «holat-nazorat» bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, tashxisot, davolovchi, reabilitatsiya aralashuvlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

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

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish

Gepatit B sog‘liqni saqlashning dolzarb global muammosi hisoblanadi. Infektsiya yuki JSSTning G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida va Afrika mintaqasida eng yuqoridir va ushbu mintaqalarda mos ravishda 116 million va 81 million kishida surunkali kechayotgan hepatit V qayd qilingan. JSSTning Sharqiy O‘rta yer dengizi mintaqasida oltmish million kishi, JSSTning Janubi-sharqiy Osiyo mintaqasida 18 million, JSSTning Yevropa mintaqasida 14 million va JSSTning Amerika mintaqasida 5 million kishi infektsiyani yuqtirgan.

JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, 2019 yilda aholi orasida HBsAg tarqalishi butun dunyo bo‘ylab 3,8% ni, taxminan 1,5 million infektsiyani yangi yuqtirish, 296 million surunkali VGB infektsiya, VGB bilan bog‘liq jigar yetishmovchiligi, jigar sirrozi yoki birlamchi gepatosellyulyar karsinoma tufayli 820 000 o‘lim kuzatilgan.

G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida VGB tarqalishi o‘rtacha bo‘lib, umumiy aholining 5,9% da HBsAg musbatligi kuzatiladi. Bu muvofiq ravishda 2019 yilda VGB bilan bog‘liq asoratlar tufayli taxminan 140 000 ilk bor aniqlangan va 470 000 o‘lim holatini tashkil etadi.

VGB infektsiyasi jamoat sog‘liqni saqlashning global muammosidir. Perinatal ba‘zan go‘daklik chog‘idagi gorizontol yuqish eng yuqori tarqalgan hududlarda ko‘p uchraydi. VGB jinsiy aloqa va teri orqali ham yuqish yuqishi mumkin.

O‘tkir HBV infektsiyasi bo‘lgan bemorlarning taxminan 70% da subklinik yoki belgilersiz hepatit, 30% esa sariqlik bilan kuzatiluvchi hepatit rivojlanadi. Kasallik boshqa hepatit viruslari bilan koinfisirlangan yoki jigarning yondosh kasalligi kuzatilgan bemorlarda og‘irroq kechishi mumkin.

Bolalar orasida perinatal yo‘l bilan yuqish ko‘proq kuzatiladi – homiladorlik va tug‘ish paytida homila va yangi tug‘ilgan chaqaloqning kasallikni yuqtirishi. Tadqiqotlar, HBsAg va HBeAg ijobiy bo‘lgan onalardan tug‘ilgan chaqaloqlarida yuqish xavfi yuqori ekanligini ko‘rsatdi (Osiyodagi tadqiqotchilarning ma‘lumotlariga ko‘ra, 70-100% va Afrikalik tadqiqotchilarning ma‘lumotlariga ko‘ra 40%), faqat HBsAg ga ijobiy bo‘lgan onalarning farzandlariga nisbatan olganda (Osiyoda 53% va Afrikada 5%). Virusning replikatsiyasi va biokimyoviy faolligi yuqori bo‘lgan onalardan bolalarning infektsiyani yuqtirish xavfi eng yuqoridir. Qator mualliflar, kesar kesish yo‘li bilan tug‘ish HBsAg ga ijobiy bo‘lgan onalardan perinatal davrda HBV ning yuqish xavfini kamaytiradi. Ona suti infektsiyani yuqtirish uchun xavf omili hisoblanmaydi.

Gepatit B virusi keltirib chiqaradigan neonatal infektsiyada yuqish, odatda, tug‘ruq paytida sodir bo‘ladi. Kasallik odatda alomatlarsiz kechadi, ammo kech bolalik yoki balog‘at yoshida surunkali subklinik kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Klinik

jihtadan namoyon infeksiyada sariqlik, lanjlik, o'sish va vazn ortishda buzilish, qorin dam bo'lishi va tuproq rangidagi axlat aniqlanadi. Tashxis serologik tadqiqotlar natijalariga asoslanadi. Kamdan kam hollarda kasallikning og'ir shakli jigar transplantatsiyasini talab qiladigan o'tkir jigar yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Og'ir bo'lmagan shakllarda qo'llab-quvvatlovchi davo qo'llaniladi. Faol va passiv emlash infeksiyaning vertikal yo'l bilan yuqishining oldini olishga yordam beradi.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

Gepatit C virusi (HCV) global miqyosda sezilarli ta'sir ko'rsatadi: 58 million kishi surunkali kechayotgan hepatit C va har yili taxminan 1,5 million infeksiyani yangi yuqtirish kuzatiladi. Bu raqamlar hali ham sezilarli global farqlarga ega (1-jadval).

JSST hisob-kitoblariga ko'ra, 2019 yilda hepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan jigar sirrozi va gepatosellyulyar karsinomadan vafot etgan.

1-jadval. Dunyoda hepatit C eng ko'p tarqalgan mamlakatlar

- Misr: 4,4–15%
- Gabon: 4,9–11,2%
- O'zbekiston: 11,3%
- Kamerun: 4,9–13,8%
- Mo'g'uliston: 9,6–10,8%
- Pokiston: 6,8%
- Nigeriya: 3,1–8,4%
- Gruzija: 6,7%
- (Buyuk Britaniya: 0,4%)

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/management.htm#section1>

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6902a1.htm>

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

O'tkir VGC odatda alomatlarsiz kechadi va ko'p hollarda hayot uchun xavfli kasalliklarga olib kelmaydi. Kasallangan odamlarning taxminan 30% (15-45%) infeksiyani yuqtirgandan keyin 6 oy ichida davolanmasdan o'z-o'zidan virusdan xolos bo'ladi. Qolgan 70% (55-85%) odamlarda surunkali VGC infeksiyasi rivojlanadi. Surunkali VGC infeksiyasi bo'lgan odamlar orasida 20 yil davomida sirroz xavfi 15% dan 30% gacha.

Gepatit C infeksiyasi odatda zararlangan shpris va ignalarni qo'llash, shuningdek, qonni quyish orqali yuqadi. Gepatit C virusining jinsiy yo'l bilan yuqishi getero seksual juftliklarda kam uchraydi. Ma'lumotlarga ko'ra, bu OIV bilan kasallangan odamlarda, ayniqsa MSM larda tez-tez uchraydi. Gepatit C virusining onadan bolaga yuqish xavfi VGC infeksiyasi bo'lgan ayollarda 4-8% tug'ish vaqtida va OIV va VGC bilan koinfektsiyasi kuzatilgan ayollarda tug'ish vaqtida 10,8–25% uchraydi. Gepatit C virusi o'tkir va surunkali hepatitni keltirib chiqaradi. O'tkir hepatit ko'pincha klinik jihatdan yengil bo'lib, tebranishlar bilan tavsiflanuvchi zardob aminotransferaza darajasining oshishi; surunkali shaklga o'tish ehtimoli >50%, jigar sirrozi >20%. Surunkali VGC infeksiyasi odatda klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi, ammo davolash qo'llanilmaganda, jigar sirrozi, jigar yetishmovchiligi va GSKga olib kelishi mumkin. O'tkir VGC infeksiyasidan o'z-o'zidan xolos bo'lish, infeksiyani yuqtirgan odamlarning 15-45% da zararlangandan keyin olti oy

ichida davolash kuzatilmaganda sodir bo‘ladi. 55-85% odamlar surunkali VGC infeksiyasi mavjud bemorlar deb hisoblanadi (virusga qarshi davo qo‘llanilmaganda). Surunkali VGC infeksiyasi bo‘lgan odamlarda 20 yil ichida jigar sirrozi rivojlanish xavfi 15-30% ni tashkil qiladi. Sirroz kuzatilgan odamlarda GSK rivojlanish xavfi yiliga taxminan 2-4% ni tashkil qiladi.

Boshqa yuqish yo‘llari quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Igna jarohati. Bu tibbiyot xodimlari uchun kasbiy xavf bo‘lib qolmoqda.
- Tibbiyot sohasi bilan bog‘liq yuqish. VGC infeksiyasi past va o‘rta daromadli mamlakatlardagi sog‘liqni saqlash muassasalarida yomon infeksiyon nazorat natijasida bo‘lishi mumkin. 2010 yilda ushbu kasallik natijasida 315 000 ta yuqish holati sodir bo‘lgan.
- Tatuировka va pirsing. Bu, asosan, uskunalarni qayta ishlatish bilan bog‘liq, ayniqsa xavf yuqori mamlakatlarda.
10% VGC infeksiyasi bo‘lgan insonlar kasallik yuqish yo‘llarini bilmaydi.

Homila ichi zararlanishining dastlabki 12 xaftasida (asosan 15-75 kun) fetoplasentar kompleksning patologiyasi mavjud bo‘lganda (surunkali homilaning homila ichi gipoksiyasi, homila rivojlanishning kechikishi, platsentit) homiladorlikni erta davrlarda to‘xtatish mumkin. Davom etayotgan infeksiyaning yuqori VYu kuzatilgan onada 75 dan 180 kungacha bo‘lgan homila ichi davrida homiladorlikni kech to‘xtatishga yoki jigar va o‘t yo‘llarining rivojlanishidagi anomaliyalarga olib keluvchi erta fetopatiyalar kuzatilishi mumkin. Davom etayotgan infeksiyaning yuqori VYu kuzatilgan onada 180 kundan ortiq homila ichi davrida fetal HCV gepatiti rivojlanishi mumkin yoki fetal HCV komorbid patologiyasi bo‘lmaganda kamdan kam hollarda jigar sirrozi kuzatilishi mumkin.

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit D - gepatit D virusi (GDV) keltirib chiqaradigan yallig‘lanishli jigar zararlanishi bo‘lib, uning replikasiyasi uchun VGB mavjudligini talab qiladi. Bemorda gepatit B virusi bo‘lmasa, gepatit D bilan kasallanish mumkin emas. Gepatit D va B viruslari bilan koinfektsiya gepatosellyulyar karsinoma va o‘limga olib keladigan jigar kasalligining tez rivojlanishiga olib keluvchi surunkali virusli gepatitning eng og‘ir shakli hisoblanadi.

Gepatit D ning oldini olishning yagona usuli bu gepatit B ga qarshi emlashdir. Hisob-kitoblarga ko‘ra, butun dunyo bo‘ylab surunkali gepatit B bilan kasallangan odamlarning deyarli 5% gepatit D virusini yuqtirgan va VGB bilan kasallanganlarda jigar kasalligi va jigar saratonining har beshinchi holati VGD koinfektsiyasi bilan bog‘liq. Yuqish yo‘li - parenteral. Gepatit D ning yashirin davri uch haftadan olti oygacha bo‘lishi mumkin, ammo qisqaroq ham bo‘lishi mumkin.

Virusli gepatit D ning belgilari ko‘p jihatdan virusli gepatit B ga o‘xshaydi, ammo ushbu kasallik og‘irroq kechadi.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>

VGD virusli gepatitlarning eng og‘ir shakli hisoblanadi. VGD defektli RNK saqlovchi virus bo‘lib, uning to‘liq replikasiyasi va transmissiyasi uchun VGBning yuzaki antigeni (HBsAg) zarur. Surunkali VGB bilan kasallangan bemorlarda VGD o‘tkir koinfektsiya yoki superinfektsiya sifatida namoyon bo‘ladi.

Delta agentli o‘tkir koinfektsiya - ikkita virus bir vaqtning o‘zida yuqtirilganda, dastlab HBV replikasiya kuzatiladi, HDV replikasiyasi HBsAg ning ma‘lum miqdorgacha to‘planganidan so‘ng kuzatiladi, chunki HBsAg-siz HDV replikasiyalanmaydi. Natijada, koinfektsiya paytida yuqumli jarayon ikki to‘lqinli kechadi: 1-to‘lqin HBV virusining jigarga immun ta’sirida va 2-to‘lqin HDV ning jigarga bevosita sitopatik ta’siri bilan bog‘liq.

HBV/HDV koinfektsiyasi odam bir vaqtning o'zida HBV va HDV ni yuqtirganda, HDV superinfektsiyasi esa, surunkali HBV bilan kasallangan odam HDV ni yuqtirganda kuzatiladi. O'tkir HBV/HDV koinfektsiyadan sog'ayish mumkin, HDV superinfektsiyasi mavjud bo'lgan HBV infektsiyasining zo'rayishiga olib kelishi mumkin, bu esa jigar sirrozi va jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Ushbu oqibatlar 70-80% bemorlarda 5-10 yil ichida va surunkali HBV/HDV infektsiyasi bo'lgan odamlarning 15% da 1-2 yil ichida sodir bo'ladi.

2.2. Ta'rif:

O'tkir virusli gepatit B (VGB) – qo'zg'atuvchining asosan parenteral va vertikal yuqish mexanizmlariga ega bo'lgan virusli antropoz yuqumli kasallik bo'lib, kasallikning surunkali shakliga o'tish ehtimoli ega siklik kechadigan parenximatoz gepatit.

Manba: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i.

Gepatit B virusi - ikki zanjirli DNK saqlovchi virus bo'lib, gepadnaviruslar oilasiga tegishli.

Yashinsimon kechadigan gepatit B – taxminan 0,1-0,5% bemorlarda uchraydi; bu zararlangan gepatositlarning massiv immun lizisi tufayli kuzatiladi.

Immunokompetent shaxslarda o'tkir gepatit B dan surunkali gepatitga o'tish tezligi birinchi navbatda infektsiyani yuqtirish vaqtida yoshiga qarab belgilanadi. Bu ko'rsatkich perinatal infektsiyada taxminan 90% ni tashkil etadi, bir yildan besh yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligida 20 dan 50% gacha va katta yoshda yuqtirganda 5% dan kam.

https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit B yashirin davrining davomiyligi 30 dan 180 kungacha. Virus infektsiyani yuqtirgandan keyin 30-60 kun ichida qonda aniqlanadi va organizmda persitentlanib, surunkali gepatit B ni keltirib chiqaradi, ayniqsa go'daklik yoki bolalik davrida yuqtirilganda.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

O'tkir virusli gepatit C (VGC) – kasallik o'tkir davrining yengil yoki subklinik kechishi bilan ifodalanuvchi qo'zg'atuvchining parenteral yuqish mexanizmiga ega antropoz yuqumli kasallik hisoblanib, jigar sirrozi va gepatosellyulyar karsinomaning rivojlanishi ehtimoli bo'lgan tez shakllanuvchi surunkali gepatit C rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Gepatit C virusi flaviviruslar oilasiga mansub chiziqli bir zanjirli RNK virusidir. VGC da yashirin davri 2 haftadan 6 oygacha davom etadi, ko'pincha 6-8 haftani tashkil etadi.

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit Delta – gepatit Delta virusi (VGD) keltirib chiqaradigan jigar kasalligi. VGD "satellit virusi" hisoblanadi, chunki u faqat gepatit B virusi (VGB) bilan kasallangan odamlarga yuqishi mumkin. VGD infektsiyasi o'tkir yoki surunkali, uzoq muddatli kasallikka olib kelishi mumkin. Infektsiya VGB bilan bir vaqtning o'zida koinfektsiya sifatida yoki surunkali VGB bilan kasallangan odamlarda superinfektsiya sifatida yuqishi mumkin.

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hdv/hdvfaq.html>

2.3. Tasnif:

Klinik ko'rinishlarning namoyon bo'lishi bo'yicha:

- sariqlik;
- sariqsiz;
- belgilarsiz;
- subklinik (inapparent).

Og'irlik darajasi bo'yicha:

- yengil shakl;
- o'rta og'ir shakl;
- og'ir shakl;
- fulminant (yashinsimon) shakl.

Kechishining davomiyligi va qaytalanishi bo'yicha:

- o'tkir (3 oygacha);
- uzoq muddatli (3 oydan ortiq);
- residivlr, zo'rayishlar (klinik, fermentativ) bilan.

Oqibatlar:

- tuzalish;
- surunkali virusli hepatit, JS, GSK;
- o'tkir jigar distrofiyasi rivojlanganda o'lim oqibati.

***Manba:** O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli hepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i*

3. Tashxisot usullari, yondoshuvlari va muolajalari

3.1. Tashxisot mezonlari

3.1.1. Shikoyatlar va anamnez, shu jumladan, epidemiologik:

- xolsizlik
- anoreksiya
- ko'ngil aynish
- sariqlik
- charchoq
- bosh og'rig'i
- ishtahaning yomonlashishi
- qusish
- og'izda achchiq ta'm
- o'ng qovurg'a ostida og'riq va diskomfort
- qorin og'rig'i
- qorin dam bo'lishi
- ich qotishi, kam holatlarda diareya
- bemorlarning 20-30% da yirik bo'g'imlarda og'riq kuzatiladi
- Urtikar, toshma
- gemorragik sindrom (burundan qon ketish, oshqozon-ichak yo'lidan qon ketish, qatronsifat axlat (melena), gemorragik toshma (teri, shilliq pardalar)
- tana haroratining ko'tarilishi
- qo'llarning titrashi
- kam xolatda terining qichishi
- taxikardiya
- arterial qon bosimining pasayishi
- xansirash

***Manba:** O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli hepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i*

3.1.2. Kasallik anamnezi:

C	<p>O'tkir parenteral gepatit uchun uzoq muddatli sariqlik oldi davri xarakterlidir: umumiy bezovtalik, isitma, charchoq, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qusish, artralgiya, eshakemi tipidagi ekzantema, paydo bo'lgan sariqlik fonida o'zini yomon xis qilish va/yoki siydikning to'q rangda bo'lishi, axlatning rangsizlanishi.</p> <p>Yosh bolalarda psixomotor qo'zg'alish, asossiz yig'lash, qichqiriq, qo'llarning titrashi, jag'ning titrashi, tonik-klonik tirishishlar kuzatiladi. Hurujlar soatlab davom etadi, odatda tunda sodir bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarda psixikaning beqarorligi, asabiylashish, vaqt va makonda dezoriyentatsiya, qayg'u xurujlari, xotira o'zgarishi, qo'l yozuvi buzilishi qayd etiladi; o'tkir psixoz, alahsirash, qo'zg'alish holatlarining rivojlanishi; tonik-klonik tirishishlar, ongning buzilishi, patologik reflekslarning paydo bo'lishi; barcha yoshdagi bolalar uchun uyquning iHBersiyasi -kunduzi uyquchanlik va kechasi uyqusizlik xos.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p> <p>https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-s-u-detej_14150/</p> <p>https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskiy-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf</p>
----------	---

3.1.3. Epidemiologik anamnez:

C	<p>Turli xil parenteral yondoshuvlar va muolajalar, jumladan, psixoaktiv dorilarni tomir ichiga yuborish, qon yoki uning tarkibiy qismlarini quyish, jarroxlik amaliyoti, tatuirovka, pirsing va boshqalar; kasallik belgilari paydo bo'lishidan oldin so'nggi 6 oy ichida HBs-antigeni tashuvchilar bilan jinsiy va yaqin aloqada bo'lish.</p> <p>Bolalar orasida ko'pincha perinatal yo'l bilan yuqish kuzatiladi – homiladorlik va tug'ish paytida homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning infeksiyani yuqtirishi. Ona suti infeksiyani yuqtirish uchun xavf omili hisoblanmaydi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p> <p>https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-s-u-detej_14150/</p> <p>https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskiy-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf</p>
----------	--

3.1.4. Fizik tekshiruv

C	<p>Teri va shilliq pardalarda sariqlik borligini aniqlash bilan umumiy tekshiruv.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
C	<p>Jigar va taloqning o'lchami (kattalashuvi yoki kichrayishi) va konsistensiyasini aniqlash uchun qorinni palpatsiya qilish.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

C	Jigar funksiyasining dekompensatsiyasi belgilarini aniqlash (ensefalopatiya, periferik shish, gemorragik sindrom). https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	O‘tkir jigar yetishmovchiligi belgilari bo‘lgan barcha bemorlarga Glazgo shkalasi bo‘yicha ong va komaning buzilish darajasini o‘z vaqtida o‘tkazish va jonlantirish va jadal bo‘limi sharoitida ixtisoslashtirilgan yordam ko‘rsatish uchun kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 30 daqiqadan kechiktirmay baholash tavsiya etiladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	O‘tkir parenteral virusli gepatitning og‘ir kechishi va jadal davo uchun favqulodda vaziyatlar mavjud bo‘lganda jigar komasi rivojlanishi kuzatilgan bemorlarni jonlantirish va jadal bo‘limiga o‘tkazish tavsiya etiladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

3.1.5. Laborator tekshiruvlar

Asosiy laborator tashxisot:

Qonning immunoferment tahlili:

C	O‘tkir VGBga shubha qilingan barcha bemorlarga kasallikning etiologik omilini o‘tkir VGB tashxisini qo‘yish mezonini sifatida tasdiqlash uchun immunoferment usuli bilan HBV ga antitanalar va antigenlarni aniqlash uchun serologik tekshiruvlarni o‘tkazish tavsiya etiladi. <i>Izohlar:</i> VGB yashirin davrida HBsAg bilan bir vaqtda qon zardobida - virusning faol replikatsiyasi markeri HBe-antigen aniqlanadi, u sitoliz sindromidan oldin aniqlanadi. HBeAg sariqlik davrida qondan yo‘qoladi va anti- HBe paydo bo‘ladi. VGB ning mutant turi yuqtirilganda, o‘tkir VGB ning og‘ir shakllari va fulminant gepatit yuqori darajada rivojlanadi. HBeAg replikatsiya mezonini sifatida aniqlanmaydi, HBsAg bo‘lmasligi mumkin. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
A	O‘tkir VGCga shubha qilingan barcha bemorlarga gepatit etiologiyasini (anti-HCV) aniqlash uchun IFT yoki IXLT usuli bilan VGC antitanalarini aniqlash bo‘yicha serologik tekshiruvlarni o‘tkazish tavsiya etiladi. <i>Izohlar:</i> faqat HCV ning spesifik markerlarining aniqlanishi VGC tashxisining mutlaq etiologik tasdig‘idir. Anti-HCV infektsiyani yuqtirgandan bir oy o‘tgach qonda aniqlanadi. Immunitet tanqisligi bo‘lgan odamlarda (onkologik kasalliklar mavjud bemorlar, gemodializ oluvchi bemorlar, immunodepressantlar bilan davolanayotgan bemorlar va boshqalar), shuningdek o‘tkir VGC ning erta davrida (infektsiyani yuqtirgandan so‘ng 12 haftagacha) anti-HCV IgG bo‘lmasligi mumkin. Ushbu guruh bemorlarda o‘tkir VGC tashxisoti anti-HCV IgG va HCV RNKni bir vaqtning o‘zida aniqlash orqali amalga oshiriladi. https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-s-u-detej_14150/
C	O‘tkir va surunkali VGB mavjud barcha bemorlarga kasallikning etiologiyasini tasdiqlash uchun qonda HDV antitanalarini aniqlash tavsiya etiladi. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskij-virusnyj-gepatit-d-

	hvgd-u-vzroslyh.pdf
--	-------------------------------------

Real vaqt rejimidagi polimeraza zanjiri reaksiyasi (PZR):

C	<p>Qonda VGB DNKsini PZR usuli bilan aniqlash tavsiya etiladi, o‘tkir VGB ga shubha qilingan bemorlarni erta tashxis qo‘yish va virus yuklamasi darajasini aniqlash uchun mezon sifatida sifatiy va/yoki miqdoriy tekshirish tavsiya etiladi.</p> <p><i>Izohlar:</i> PZR qon zardobidagi virusning DNKsini aniqlashga imkon beradi. VGB DNKsi infeksiyani yuqtirgandan o‘rtacha bir oy o‘tgach qonda aniqlana boshlaydi va VGB ning birinchi tashxisot belgisi hisoblanib, HBsAg paydo bo‘lishidan 10-20 kun oldin paydo bo‘ladi. VGB DNK ni aniqlash o‘tkir VGB ni erta tashxislash, VGB ning yashirin (latent) shakllarini va HBeAg ning mutant virus shtammlarini aniqlash imkonini beradi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
A	<p>Erta tashxis qo‘yish uchun mezon sifatida o‘tkir VGC shubha qilingan bemorlarga PZR usuli bilan RNK-HCV ni aniqlash tavsiya etiladi</p> <p>https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-s-u-detej_14150/</p>
C	<p>Qonda HDV antitanalari musbat bo‘lgan bemorlarga infeksiyon jarayonning bosqichini aniqlash uchun PZR usulida qondagi HDV virusi RNKni aniqlash tavsiya etiladi.</p> <p>https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr673-hronicheskij-virusnyj-gepatit-d-hvgd-u-vzroslyh.pdf</p>

Qonning biokimyoviy tekshiruvi:

C	<p>O‘tkir parenteral virusli gepatitga shubha qilingan barcha bemorlarga ekskretor-biliar sindromning og‘irligini, sitolitik sindromning faolligini va kasallikni og‘irligini baholash uchun biokimyoviy qon testini o‘tkazish tavsiya etiladi (umumiy bilirubin darajasini, erkin va bog‘langan bilirubin darajasini o‘rganish, alaninaminotransferaza va aspartataminotransferaza (AlAT, AsAT), gamma-glutamil transferaza (GGTP) ishqoriy fosfataza (IF) faolligini aniqlash.</p> <p><i>Izohlar:</i> AlAT, AsAT, IF, GGTP faolligining oshishi xosdir.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
C	<p>Proteinogramma bajarilishi jigar oqsil-sintetik funksiyasining pasayishini aniqlash uchun o‘tkir parenteral virusli gepatitga shubha qilingan barcha bemorlarga tavsiya etiladi.</p> <p><i>Izohlar:</i> asoratli kechishida disproteinemiya xosdir.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
C	<p>Qondagi umumiy oqsil darajasini, qondagi yoki plazmadagi vaqtni elektroforez usuli bilan oqsil fraksiyalarining nisbatlarini o‘rganish, o‘tkir parenteral virusli gepatit va jigar komasi bo‘lgan bemorlarda qondagi natriy va kaliy miqdorini o‘rganish, ko‘rsatkichlarni asosiy baholash uchun kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 3 soatdan kechiktirmay tavsiya etiladi.</p>

	<p>Izohlar: jigar yetishmovchiligining rivojlanishi bilan og‘ir holatlarda gipoalbuminemiya, disproteinemiya, qonning elektrolitlar tarkibining buzilishi rivojlanishi mumkin.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
--	--

3.1.6. Qo‘shimcha laborator tekushiruvlar:

Qonning umumiy tahlili:

	<p>O‘tkir parenteral virusli gepatitga shubha qilingan barcha bemorlarga asoratlar va jiddiy holatlarni o‘z vaqtida aniqlash va kasallikning og‘irligini har tomonlama baholash uchun leykositlar formulasini aniqlash bilan qonning klinik tahlilini o‘tkazish tavsiya etiladi.</p>
C	<p>Izohlar: o‘tkir parenteral virusli gepatitning asoratlanmagan kechishi uchun limfositoz, leykopeniya, neytropeniya xarakterlidir, anemiya kamdan-kam uchraydi. Fulminant yoki murakkab shakllarda leykositoz, neytrofilez, leykositlar formulasining chapga siljishi, trombositopeniya, ECHT ning sekinlashishi kuzatiladi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

Gomeostaz tizimini o‘rganish.

	<p>Gemorragik sindrom shaklida asorat belgilari bo‘lgan o‘tkir parenteral virusli gepatit bo‘lgan bemorlarga gemostaz tizimini o‘rganish tavsiya etiladi: (koagulogrammani tekshirish): o‘z vaqtida yordam ko‘rsatish uchun beqaror qonning ivish vaqtini yoki plazmaning rekalsifikatsiyasini, qonda yoki plazmada protrombin (tromboplastin) vaqtini, qonda trombin vaqtini, PTI va xalqaro me‘yorlashtirilgan nisbatni (XMN) aniqlash.</p>
C	<p>Izohlar: gemorragik sindrom kuzatilganda amalga oshiriladi. Fibrinogen va qon ivishi omillarining pasayishi aniqlanadi: II, V, VII, VIII, IX, X, protrombin vaqtining pasayishi, qon ivish davrining uzayishi, PTI ning pasayishi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

Siydik umumiy tahlili:

	<p>O‘tkir parenteral virusli gepatitga shubha qilingan barcha bemorlarga pigment almashuvi buzilishi va siydik yo‘llarining bakterial infeksiyasi belgilarini aniqlash uchun umumiy siydik tahlilini o‘tkazish tavsiya etiladi.</p>
C	<p>Izohlar: siydik rangining o‘zgarishi, urobilinogen va safro pigmentlarining ko‘payishi xarakterlidir. Siydikdagi urobilin va safro pigmentlarini aniqlash sariqlikdan oldingi davrda kuzatilishi mumkin, bu pigment almashuvining buzilishining dastlabki belgilaridir.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

3.1.7. Instrumental tekshiruvlar:

Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi:

C	<p>O'tkir parenteral virusli hepatit bilan kasallangan barcha bemorlarga qorin bo'shlig'i organlari va qorin bo'shlig'idan ortining ultratovush tekshiruvini (UTT) o'tkazish, jigar kattalashuvi va tuzilishining o'zgarishini tashxislash, taloqning kattalashuvi va oshqozon-ichak yo'lining qo'shimcha patologiyasini istisno qilish tavsiya etiladi.</p> <p>Izoh: jigar tuzilishining o'zgarishsiz hepatomegaliya xarakterlidir, splenomegaliya ham kuzatilishi mumkin.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
---	---

EKG:

C	<p>Yondosh patologiyaning dekompensatsiyasi rivojlanishining oldini olish uchun yurak-qon tomir tizimida (yurak ritmi, yurak chegaralari va tonlarining o'zgarishi, shovqinni aniqlash) har qanday o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda elektrokardiografiya (EKG) o'tkazish tavsiya etiladi.</p> <p>Izohlar: o'tkir davrda o'tkir parenteral virusli hepatitning sariqlik shakli bo'lgan bemorlar uchun bradikardiya moyillik xarakterlidir va ahvolning yomonlashishi, intoksikatsiyaning kuchayishi va prekomaning rivojlanish xavfi bilan yurak ritmining o'zgarishi, taxikardiya paydo bo'lishi va yurak tonlarining pasayishi prognostik jihatdan noxush belgilar hisoblanadi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
---	---

FGDS:

C	<p>Oshqozon-ichak yo'li o'tkir patologiyani aniqlash uchun qorin og'rig'i, qusish "kofe quyqasi" kuzatilgan bemorlarga fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) o'tkazish tavsiya etiladi.</p> <p>Izoh: qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining shikastlanish xususiyatini aniqlash uchun amalga oshiriladi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
---	---

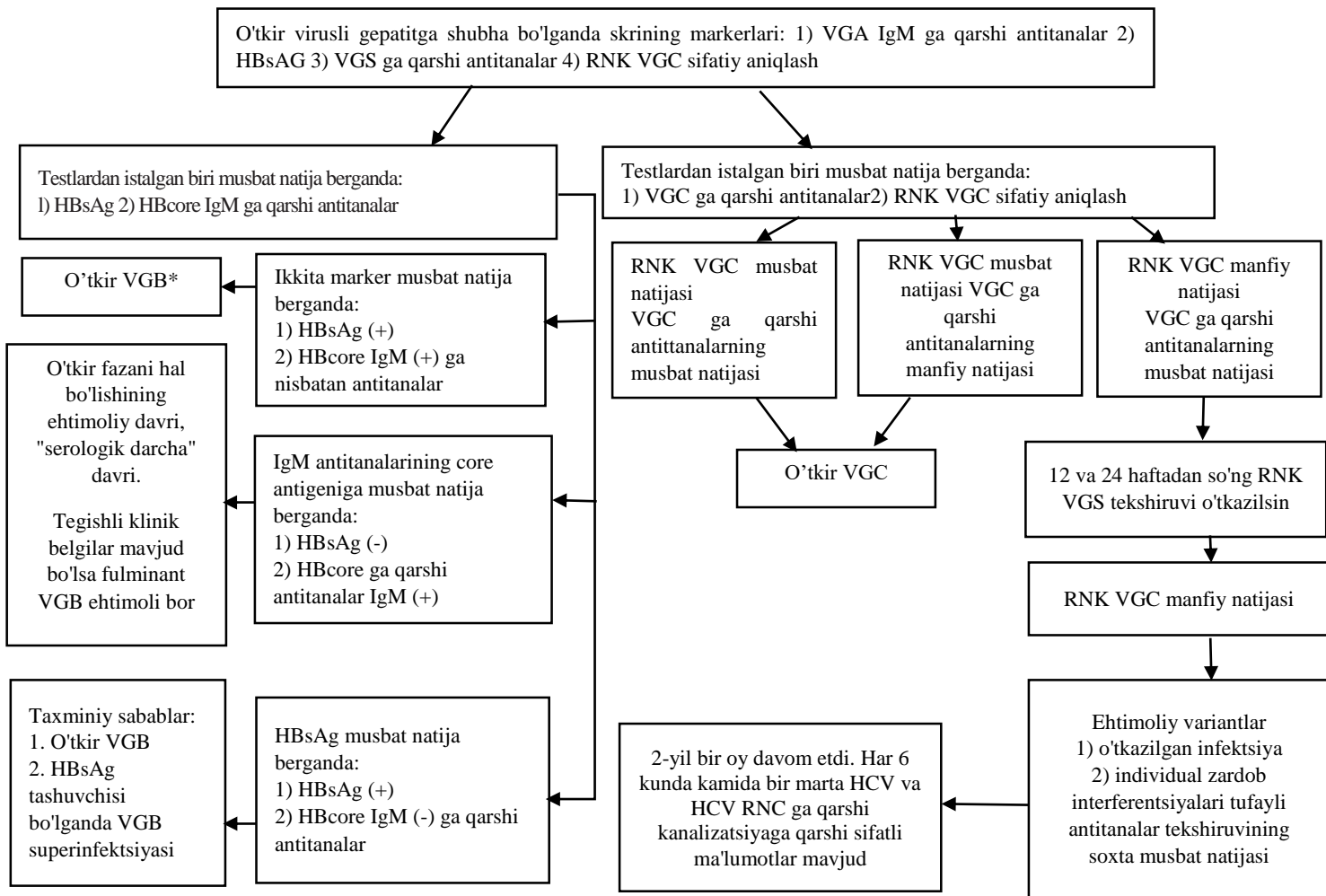
3.1.8. Mutaxassislardan maslahat olish uchun ko'rsatmalar

C	<p>O'tkir parenteral virusli hepatitning og'ir va asoratlangan shakli bo'lgan va jiddiy holatlarda yondosh patologiyaga ega bo'lgan bemorlarga jonlantirish va jadal davolash bo'limiga o'tkazish uchun ko'rsatmalarni aniqlash maqsadida kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 30 daqiqadan kechiktirmay anesteziolog-reanimatolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
C	<p>Oshqozon-ichak yo'li patologiyasini aniqlash va o'z vaqtida davolash uchun o'tkir parenteral virusli hepatit bilan kasallangan bemorlarda intensiv qorin og'rig'i, gipotenziya, gemorragik sindrom mavjud bo'lganda jarroh tomonidan tekshirish tavsiya etiladi.</p>

	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	Ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish uchun o'tkir jigar yetishmovchiligi asoratlari kuzatilgan bemorlarda ensefalopatiya rivojlanganda nevropatolog ko'rigi tavsiya etiladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

Tashxisot algoritmi:

O'tkir parenteral virusli hepatitga shubha bo'lganda laborator tashxisot algoritmi



- Virusli hepatitning asoratlari:
 - Gemorragik va shish-assitik sindromlar, o'tkir jigar etishmovchiligi (opn) – jigar entsefalopatiyasi (prekoma I, II, koma)
 - Assosiiirlangan infeksiya (o't yo'llarining yallig'lanishi, pnevmoniya, ichak flegmonasi, sepsis va b.)
 - Oqibatlar:
 - Sog'ayish
 - Surunkali virusli hepatit:
 - SVGB – kattalarda 5%, o'smirlarda 10% va perinatal yuqtirilganda – 90%
 - SVGC —75-80%
 - Jigar tsirrozi
 - Jigar saratoni
- * HBsAg musbat bo'lganda quyidagilarni tekshirish masalani ko'rib chiqish:
- VGB ga qarshi antitanalar
 - RNK VGB ni sifatli tekshirish

3.3. Differensial tashxis va qo‘shimcha tadqiqotlarni asoslash:

C	<p>O‘tkir gepatit B, Delta agentli (koinfektsiya) o‘tkir gepatit B, SVGB (superinfektsiya) bilan kasallangan bemorda o‘tkir Delta gepatit va gepatit A ning differensial tashxisoti</p> <p>Ostryye virusnyye gepatity V, D i S u vzroslyx > Klinicheskiye protokoly MZ RK - 2015 (Kazaxstan) > MedElement</p>
----------	---

Alomat	O‘GB	Delta agentli (koinfektsiya) O‘GB	O‘tkir delta superinfektsiyasi	VGA
Yashirin davr	8–24 hafta	6–10 hafta	3–4 hafta	4–6 hafta
Prodromal davr	10–30 kun	5–7 kun	3–4 hafta	2–14 kun
Kasallikning boshlanishi	Asta-sekin	O‘tkirlashib boruvchi	O‘tkir	O‘tkir
Isitma >38°C, prodromal davrda titroq	Xos emas	Xos	Xos	Xos
Artralgiya	Xos	Bo‘lishi mumkin	Bo‘lishi mumkin	Prodromal davrda suyak va bo‘g‘imlarning qaqshashi
Ishtahaning pasayishi	Xos	Xos	Xos	Xos
Ko‘ngil aynishi, qusish	Sariqlik oldi va sariqlik davrda ko‘pincha ko‘ngil aynishi	Sariqlik oldi va sariqlik davriga xos	Sariqlik oldi va sariqlik davriga xos	og‘ir kechganda ko‘ngil aynishi, qusish
Qorin og‘rig‘i	Og‘ir kechganda namoyon bo‘ladi	Xos	Xos	Xos emas
Toshma	Eshak yemi. Gemorragik – og‘ir kechganda	Bo‘lishi mumkin	Bo‘lishi mumkin	Xos emas
Jigarining o‘lchami	2–3 sm ga kattalashuvi	2–3 sm ga kattalashuvi	3–5 sm ga kattalashuvi, zich, dardchil	2–3 sm ga kattalashuvi

Timol probasining oshishi	Yo'q	Xos	Xos	Xos
ALT faolligini oshishi	Ancha ko'p (me'yordan 40–50 ko'p)	Ancha (me'yordan 40–100 ko'p)	Ancha (me'yordan 40–100 ko'p)	Sezilarli (me'yordan 30–50 ko'p)
De Ritis koefitsiyenti	1,0 dan kam	Ko'pincha 1,0 dan ko'p	Ko'pincha 1,0 dan ko'p	Har doim 1,0 dan kam
Disproteinemiya	yo'q	Kam holatlarda	Ko'p holatlarda, albuminning pasayishi, γ -fraksiyaning ko'payishi	Yo'q
VGB markerlari	HBsAg va anti-HBV IgM	HBsAg va anti-HBc IgM	HBsAg va anti-HBV IgG	Yo'q
VGD markerlari	yo'q	Anti-delta IgM va sariqlik davrining 10-20 kunidan so'ng anti-delta IgG	Anti-delta IgM va sariqlik davrining 10 kunidan so'ng anti-delta IgG	Yo'q

S	<p>O'tkir hepatit C ni boshqa etiologiyali o'tkir parenteral virusli hepatitlari va sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklar bilan differensial tashxisoti</p> <p>Острые вирусные гепатиты V, D и S u взрослых > Klinicheskiye protokoly MZ RK - 2015 (Kazaxstan) > MedElement</p>
----------	--

Alomat	O'GC	Delta agentisiz O'GB	O'tkir delta superinfektsiyasi
Kasallikning boshlanishi	Asta-sekin	Asta-sekin	O'tkir
Xolsizlik, toliquvchanlik	Xos	Xos	Xos
Isitma >38 °S, qaltirash	Xos emas	Xos emas	Xos, sariqlik asnosida saqlanib qoladi
Tanada qaqshash, Mushaklardagi og'riq	Xos emas	Xos emas	Xos
Artralgiya	Ehtimoli bor	Xos	Xos

Ishtahaning pasayishi	Xos	Xos	Xos
Ko'ngil aynishi, qusish	Ehtimoli bor	Ko'pincha	Ko'pincha
Qorinda og'riq	Yo'q	Xos emas	Ehtimoli bor
Jigarning o'lchami	Bir oz kattalashgan	Bir oz kattalashgan	Jigar ancha kattalashgan, zich
O'ng taraf qovurg'a ostida palpatsiyada og'riq	Yo'q	Yo'q	Yo'q
Kurvuazye alomati	Mavjud emas	Mavjud emas	Mavjud emas
Neytrofil leykositoz	Mavjud emas	Mavjud emas	Mavjud emas
ECHT	Me'yorda/pasaygan	Me'yorda/pasaygan	Me'yorda/pasaygan
ALT faolligining oshishi	Ancha	Ancha	Ancha
Disproteinemiya	Yo'q	yo'q	Yaqqol namoyon: albumin darajasining pasayishi, globulin gamma-fraksiyasining oshishi
Virusli gepatitlarning markerlari	Anti-VGC RNK HCV	HBsAg Anti HBs IgM DNK HBV	HBsAg anti-HBc IgG anti-HD IgM
Qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi	Jigarning bir oz kattalashishi, ba'zan taloq kattalashishi	Jigarning kattalashishi, ba'zan taloq kattalashishi	Jigar va taloqning o'lchamining ancha kattalashishi

Jigarning boshqa patologiyalari

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

Yuqumli mononuklyozning sariqlik shakli. Yuqumli mononuklyozda deyarli har doim gepatit rivojlanadi, ko'pincha u yaqqol sariqlik bilan kechadi va virusli gepatitga xos bo'lgan barcha belgilarga ega bo'ladi (jigar genezining sariqligi, jigarning kattalashuvi, zardob fermentlari – ALAT, AsAT, IF va boshqalar faolligining oshishi). Shu bilan birga, yuqumli mononuklyozda umumiy intoksikatsiya sindromi (tana haroratining 39-40°C gacha ko'tarilishi, umumiy xolsizlik, bosh og'rig'i va boshqalar) yanada yaqqol bo'ladi, bu sariqlik paydo bo'lgandan keyin davom etadi va ba'zan kuchayadi. Differensial tashxisotda

ahamiyatga ega yuqumli mononuklyozning asosiy ko‘rinishlari: isitma; tonzillit; umumiy limfadenopatiya; gepatosplenomegaliya; periferik qonning xarakterli o‘zgarishi.

Iyersinioz. Sariqlik ichak iyersiniozining juda og‘ir septik shakllarida kuzatiladi. Ichak iyersiniozining sariqlik shaklining asosiy klinik ko‘rinishlari sutka davomida o‘zgarib turuvchi isitma (2-3°C), takroriy titroq va terlash, anemizatsiya, yaqqol sariqlik, jigar va taloqning kattalashuvi. Qorinda, ko‘pincha pastki qismlarda o‘ng tomonda og‘riq bezovta qiladi, ich kelishining buzilishi bo‘lishi mumkin. Ichak iyersiniozidagi sariqlikni virusli gepatitdan ajratish oson.

Salmonellyoz. Sariqlik salmonellyozning faqat og‘ir shakllarida, ham gastrointestinal, ham generalizatsiyalangan shakllarida kuzatilishi mumkin. Yuqori isitma (39-40°C), umumiy intoksikatsiyaning aniq namoyon bo‘lishi, jigar va taloqning kattalashuvi, shuningdek qonda bilirubin, AlAT, AsAT ning ortishi kuzatiladi. Ushbu ko‘rinishlar salmonellyozdagi sariqlikni gepatitdagi sariqlikdan farqlashga imkon beradi. Salmonellyez infeksiyasining boshqa ko‘rinishlari differensial diagnostik ahamiyatga ega. Bu, salmonellyozning lokalizatsiyalangan shakllarida kasallikning butun davrida birinchi o‘ringa chiqadigan oshqozon-ichak yo‘lining shikastlanishlari va generalizatsiyalangan shakllarida boshlang‘ich davrda qayd etiladi.

Sepsis. Boshqa yuqumli sariqliklardan jigar septik shikastlarining klinik differensial tashxisoti quyidagi klinik xususiyatlarga asoslanishi mumkin: ko‘pincha septik shok rivojlanishi bilan kasallik kechishining og‘irligi, infeksiya o‘choqlari mavjudligi, disseminirlangan tomir ichi qon ivishi belgilari bilan gemorragik sindrom, sutka davomida o‘zgaruvchi gektik yoki noto‘g‘ri isitma, qaltirash, terlash.

Amebiaz. Amebiazdagi sariqlik ameba gepatitning oqibati (kasallikning o‘tkir davrida) yoki jigar amebali absessining ko‘rinishi (ichakdan tashqaridagi kech asoratlar davri) bo‘lishi mumkin. Amebiazning o‘tkir davri me‘yordagi yoki past darajadagi tana haroratida va umumiy intoksikatsiyaning yengil belgilarida ichakning aniq disfunktsiyalari (balg‘am va qon bilan aralashirilgan najas va rektoromanoskopiya ma‘lumotlariga ko‘ra yo‘g‘on ichakdagi yarali o‘zgarishlar) bilan tavsiflanadi. Jigarning amebali absessi ko‘pincha yengil sariqlik bilan birga keladi, ichak o‘zgarishi fonida rivojlanishi mumkin (qorin og‘rig‘i, shilimshiq va qon aralashmasi bilan bo‘shashgan axlat), lekin ko‘pincha kasallikning keyingi davrlarida, ichak o‘zgarishi allaqachon o‘tib ketganda paydo bo‘ladi. Quyidagi ma‘lumotlar diagnostik ahamiyatga ega: so‘nggi oylarda axlatda shilliq va qon aralashmasi bilan uzoq davom etuvchi ichak kasalligi, ular palpatsiya yoki chuqur nafas olish vaqtida jigar sohasida doimiy kuchayadigan og‘riq, jigar o‘lchamining notekis kengayishi, rentgenologik tekshiruviga ko‘ra jigar konturining o‘zgarishi.

Toksik gepatitlar. Yuqumli va toksik gepatitni differensial tashxislash uchun o‘tkir yuqumli jarayon belgilarining mavjudligi (isitma, umumiy intoksikatsiya belgilari, ekzantema, epidemiologik ma‘lumotlar va boshqalar) katta ahamiyatga ega. Toksik gepatitni tashxislash uchun gepatotrop toksik moddalarni (silga qarshi dorilar, MAO ingibitorlari, fenotiazin hosilalari), texnik suyuqliklarni (dixloroetan, etilen glikol) iste‘mol qilishda, kasbiy zararli moddalarni (nitrat kislota, gidrazin va boshqalarga asoslangan oksidlovchi moddalar bilan ishlash), shuningdek, yuqumli jarayonning namoyon bo‘lishining yo‘qligi.

O‘tkir alkogolli gepatit surunkali alkogolizmga chalingan odamlarda spirtli ichimliklarni suiiste‘mol qilishdan keyin rivojlanishi mumkin, shu bilan birga turli xil alkogol surrogatlarining toksik ta‘sir qilish ehtimolini hisobga olish kerak. Virusli gepatitdan farqli

o‘laroq, alkogolli jigar shikastlanishi bilan leykositoz, ishqoriy fosfataza faolligining oshishi, qonda xolesterin va V-lipoproteidlarning yuqori miqdori, bilirubin-aminotransferaza dissosiativiyasi ham kuzatiladi (AlAT ning ko‘payishi darajasi giperbilirubinemiya darajasidan biroz ortda qoladi).

Dori-darmonlar (medikamentoz) ta’siridagi gepatitlar ko‘plab dori-darmonlarga bog‘liq bo‘lishi mumkin, ammo ko‘pincha dori uzoq vaqt va katta dozalarda buyurilgan hollarda paydo bo‘ladi. Medikamentoz gepatitning yarmidan ko‘pi silga qarshi dorilarni uzoq muddat qo‘llash bilan bog‘liq. Odatda, gepatit dori-darmonlarni qo‘llash boshlanganidan boshlab oynning oxiriga kelib rivojlanadi. Sariqlik va jigar kattalashuvidan tashqari, dori kasalligining boshqa ko‘rinishlari ham bo‘lishi mumkin: dispeptik buzilishlar (ko‘ngil aynishi, qusish, jig‘ildon qaynashi), allergik kasalliklar (terining qichishi va achishishi, urtikar yoki gemorragik ekzantema, limfadenopatiya, eozinofiliya).

Toksik gepatitlar nafaqat dori-darmonlarni qabul qilgandan keyin, balki kasbiy zararli ta’sirlar natijasida, texnik suyuqliklar bilan zaharlanish natijasida ham rivojlanishi mumkin.

O‘t toshi kasalligi. Kasallik xarakterli xarakterli irradiatsiyalovchi davriy qaytalanuvchi og‘riq, titroq, ko‘pincha ko‘ngil aynish, qusish, ya’ni o‘t qopi sanchishi tushunchasi bilan birlashtirilgan belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Undan keyin ko‘pincha sariqlik paydo bo‘ladi, axoliya kuzatiladi. Ushbu belgilarning barchasi odatda qisqa muddatli bo‘lib, bir necha kun davom etadi va xuruj to‘xtaganidan keyin yo‘qoladi. Kasallik surunkali, shuning uchun differensial tashxis qo‘yishda ehtiyotkorlik bilan to‘plangan anamnez katta ahamiyatga ega.

Birlamchi sklerozlanuvchi xolangit jigardan tashqari o‘t yo‘llarida rivojlanadi. O‘t yo‘llarida surunkali yallig‘lanish jarayoni biriktiruvchi to‘qimalarning o‘sishiga olib keladi va ular bo‘shlig‘ining obliteratsiyasiga olib keladi. Kasallik, odatda, asta-sekin boshlanadi. Bemorlar terining qichishi, dispeptik o‘zgarishlarga shikoyat qiladi, og‘riq sindromi kamdan-kam hollarda kuzatiladi. Virusli gepatitdan farqli o‘laroq, sariqlik davri siklik emas. Sariqlik kuchayib boradi, lekin ko‘pincha to‘lqinli bo‘ladi.

Virusli hepatitlarni differensial tashxisot qilish algoritmi

Virusli hepatit B (VGB)

- kasallikdan 1,5-6 oy avval o'tkazilgan operatsiyalarga ko'rsatmalar, parenteral muolajalar;
- Giyohvandlar, jinsiy sheriklar orasida mumkin bo'lgan kasalliklar;
- Astalik bilan, sekin rivojlanadi;
- Sariqlik oldi davri ko'pincha artralgiik, dispeptik, og'ir asteno-vegetativ sindromlar turi bo'yicha isitmasiz;
- Sariqlik oldi va sariqlik davrida turli xil allergik ko'rinishlar bo'lishi mumkin;
- Uzoq muddatli kechishi, surunkali shaklga o'tish (5-15%), tashuvchiga aylanish mumkin

Virusli hepatit C (VGC)

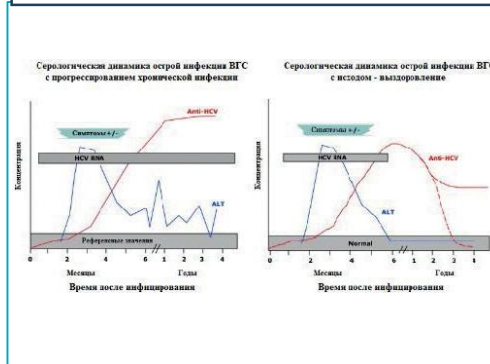
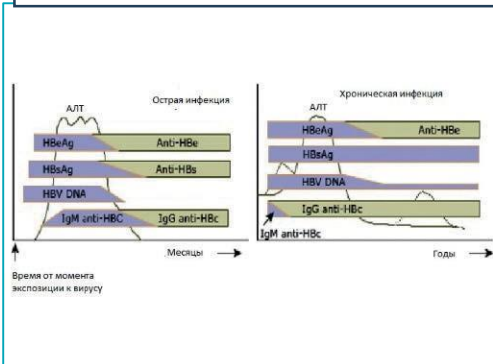
- Xavf guruhi - qon yoki uning tarkibiy qismlari quyilgan shaxslar, organlar va to'qimalar resipientlari, psixotrop moddalarni qabul qiluvchn shaxslar;
- Asta-sekin, ko'pincha aniq namoyon bo'luvchi preartikulyar davrsiz boshlanadi;
- Asosan engil shakllar shaklida kechadi, lekin ko'p hollarda surunkali shaklga o'tadi (75-80%);
- VGC infeksiyasi ba'zida jigar tsirrozi bosqichida anivlanadi;
- Ko'pincha odatda klinik jihatdan aniqlanmaydigan davriy "laborator" xurujlari bilan davom etadi.

Virusli hepatit A (VGA)

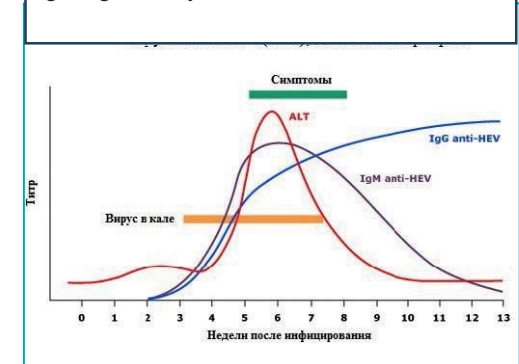
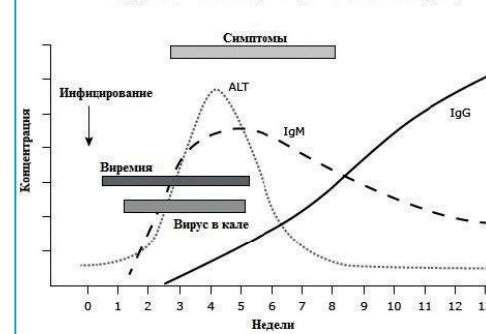
- * Asosan bolalar va yoshlar kasallanadi;
- Kasallik epidemiya shaklida paydo bo'lishi mumkin;
- Epidemik cho'qqisi - yozning oxiri-kuz;
- Odatda kasallikning o'tkir boshlanishi;
- Ko'pgina bemorlarda sariqlik oldi davrida qisqa muddatli (1-3 kun) isitma kuzatiladi, kataral hodisalar yuz berishi mumkin;
- Sariqlik paydo bo'lganidan keyin bemor ahvoli odatda yaxshilanadi;
- Ko'p hollarda kasallik engil kechadi.

Virusli hepatit E (VGE)

- * Xavf guruhi-Osiyo, Afrika, Shimoliy va Janubiy Amerika mamlakatlari buruvchilarga tashrif buyurishadi;
- * Yodgorlik ta'minoti manbalari bilan bog'lik holda epidemialarning portlovci tusi hosdir;
- * O'rtacha yoshga ega bo'lgan homilador Yahudo og'a kechishi (30 dan 60%);
- * Asosan Kish kishilar (15-18 surtish) kasallanadi;
- * VGA singari Utkir boshlanadi;Tana harorati normallashadi va yoriqlar paydo bo'ladi, bu mog'or paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin.;
- * Keyinchalik buirak eshishmovchiligi bilan megoglobinuriya bor xavfi



Виррус гепатита А (ВГА) - динамика маркеров



4. Ambulatoriya sharoitida davolash taktikasi:

A 1	Malakali yordam ko'rsatish uchun yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqizish tavsiya etiladi.
	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

1) Medikamentoz bo'lmagan davolash.

Ambulatoriya bo'g'imida faqat diagnostika bosqichida (kasallikning yengil kechishida kechayu kunduz tibbiy kuzatuv va davolanishni nazarda tutmaydigan sharoitlarda) quyidagi choralarni ko'rish mumkin:

- Rejim – muhofazalovchi (yotoq, yarim yotoq);
- Parhez - avaylovchi, stol 5A, Pevznerga ko'ra 5p.

2) Medikamentoz davolash.

Malakali yordam ko'rsatish uchun yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqizish tavsiya etiladi.

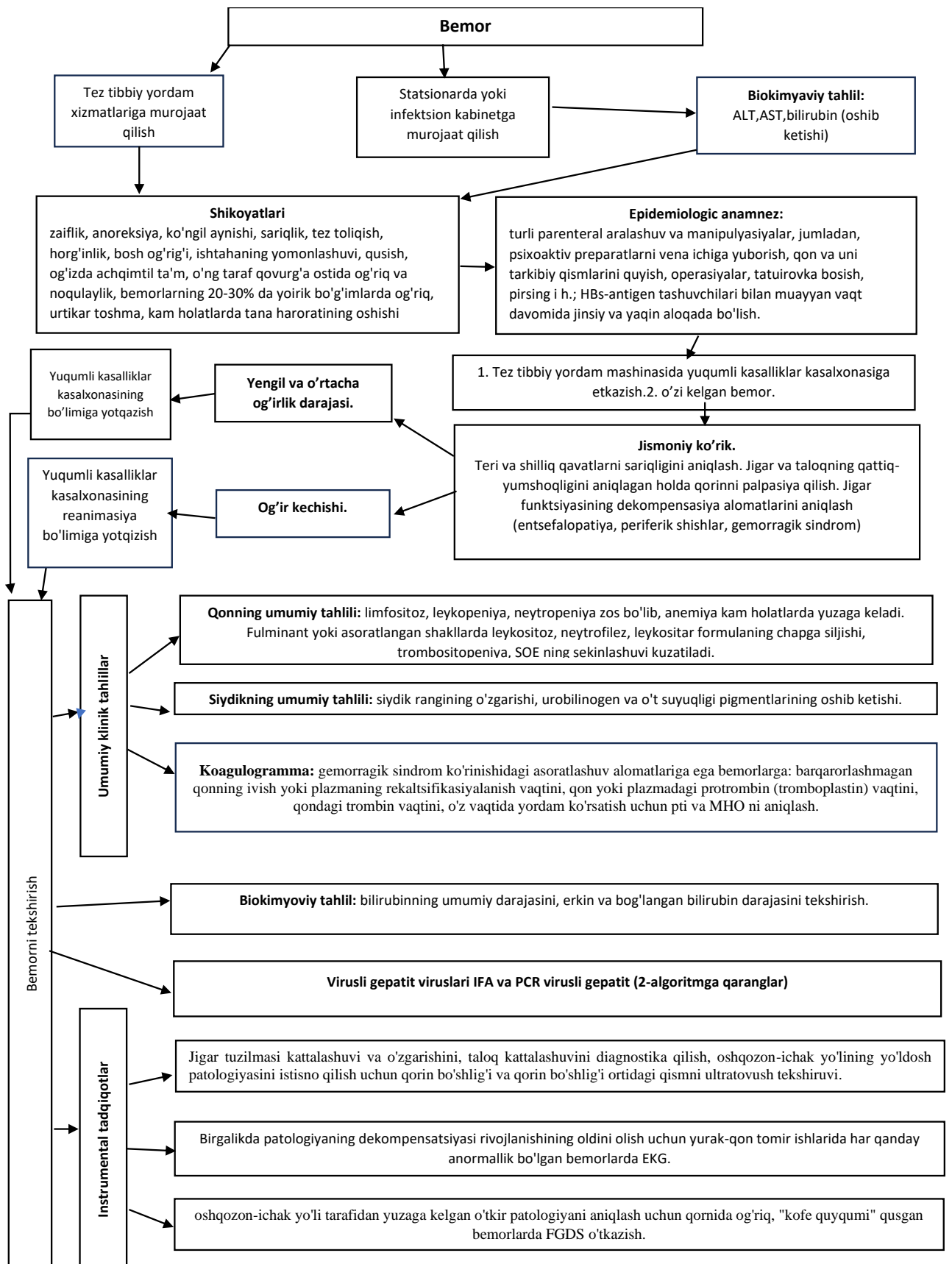
5. Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: yo'q
2. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

A 1	<ul style="list-style-type: none">- VGB, VGC, VGD ning o'tkir shakllariga shubha qilinganda og'irlik darajasidan qat'iy nazar, yuqumli kasalxonaga, ko'p tarmoqli klinikaning yuqumli bo'limiga shoshilinch kasalxonaga yotqizish zarur;- og'ir shakllarda jadal davo yoki jonlantirish bo'limiga;- o'tkir virusli gepatitni davolash og'ir shakllar va asoratlarning rivojlanish ehtimoli mavjudligi, shuningdek ambulatoriya sharoitida tadqiqotlar o'tkazish qiyinligi sababli kasalxona sharoitida amalga oshirilishi kerak.
	http://niidi.ru/dotAsset/73fc4d3e-b230-4681-b0b5-9acb51f926de.pdf National Guidelines for Diagnosis & Management of Viral Hepatitis , ministry of health Indi 2018 https://nvhcp.mohfw.gov.in/common_libs/diagnosis-management-viral-hepatitis.p

6. Stasionar darajadagi davolash taktikasi:

1) Bemorni yo'naltirish:



1) Medikamentoz bo'lmagan davolash:

S 5	yotoq yoki yarim yotoq rejimi;
	Parhez: Pevzner bo'yicha 5A-stol, keyin asta-sekin bemor Pevzner bo'yicha 5-parhezga o'tkaziladi, bu yerda oqsillar, yog'lar va uglevodlarning yosh bo'yicha me'yor saqlanib qoladi, oziq-ovqat mexanik va kimyoviy jihatdan avaylovchi, ekstraktiv moddalarsiz tayyorlanishi kerak, kasallikning o'tkir davrida go'shtli qaynatmalar, o'tkir va achchiq ziravorlar, hazm qilish qiyin bo'lgan kletchatka mustasno qilinadi;
	Ko'p suyuqlik ichish.
	https://diseases.medelement.com/disease/острый-вирусный-гепатит-в-д-и-с-у-взрослых/14164

O'zbekiston Respublikasida ro'yxatdan o'tkazilmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish bepul tibbiy yordamning kafolatlangan xajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimida qoplash uchun asos bo'lmaydi.

2) medikamentoz davolash faqat stasionar darajada amalga oshiriladi

Virusga qarshi davolash

A 1	O'tkir HBV gepatit bilan kasallangan kattalarning 95% dan ko'prog'ida viruslarga qarshi davolash talab qilinmaydi, chunki bemorlar o'z-o'zidan to'liq sog'ayadi.
	Koagulopatiya yoki uzoq muddat kechishi bilan tavsiflangan o'tkir gepatit B bilan kasallangan bemorlarga viruslarga qarshi (nukleotid analoglari) olishlari lozim.
	Og'ir o'tkir gepatit B ning xususiyatlari: MXN>1,5 yoki davomli kechishi (ya'ni 4 hafta davomida doimiy kasallik belgilari yoki yaqqol sariqlik) yoki o'tkir jigar yetishmovchiligi belgilari.
	O'tkir gepatit C bilan kasallangan bemorlarga bevosita ta'sir ko'rsatuvchi virusga qarshi dorilar rekonvalesensiya davrida buyuriladi.
	EASL 2017 tavsiyasiga ko'ra, https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b/
	EASL 2018 tavsiyasiga ko'ra, https://easl.eu/publication/easl-recommendations-treatment-of-hepatitis-c/

(EASL 2017 tavsiyalariga ko'ra).

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(17\)30185-X/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)30185-X/fulltext)

<https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/HepC-English-report.pdf>

Patogenetik davolash:

- Jigarning buzilgan funksiyalarini tiklash va oldini olish uchun kasallikning og'irligidan qat'i nazar, barcha bemorlarga majburiy bazis terapiya tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B.

Izohlar: Bazis terapiya tarkibiga avaylovchi rejim va parhez kiradi. Ovqatlanish tarkibidan qovurilgan, dudlangan, marinadlangan taomlar, qiyin eriydigan yog'lar (cho'chqa, qo'y go'shti istisno qilinadi. Har qanday ko'rinishida alkogolli ichimliklar qat'iy man qilinadi.

- Intoksikatsiya sindromini to'xtatish uchun kasallik og'irligini hisobga olgan holda klinik ko'rsatmalar bo'yicha o'tkir virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlarga dezintoksikasiya davosini o'tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B.

Izohlar: dezintoksikasiya davosining hajmi bemorning og'irlik darajasiga bog'liq:

Kasallikning yengil darajasi - kuniga 2-3 litr suyuqlik miqdorida peroral dezintoksikasiya (sut, asal, murabbo bilan pishirilgan choy, shuningdek, na'matak qaynatmasi, yangi tayyorlangan meva va reza meva sharbatlari, kompotlar, ishqoriy mineral suvlar.

Kasallikning o'rtacha og'irligi – infuzion terapiya: 800-1200 ml 5% glyukoza eritmasi tomir ichiga tomiziladi. Dezintoksikasiya davosi. Qonda glyukoza darajasi oshgan bemorlarda natriy xloridni kompleks [kaliy xlorid+kalsiy xlorid+natriy xlorid] eritmasi bilan kunlik dozada yuborish tavsiya etiladi – 5-20 ml/kg, zaruriyat bo'lganda, 30-50 ml/kg gacha oshirish mumkin. Kurs davomiyligi 5 kun.

Kasallikning og'ir darajasi – albumin, qon plazmasining 10% eritmasini yuborish orqali dezintoksikasiya davosini kuchaytirish.

- O'tkir jigar yetishmovchiligi belgilari bilan gepatitning og'ir shakllari, shuningdek, jigar prekomasi - koma belgilarisiz og'ir shakllari bo'lgan, ammo intoksikatsiyaning aniq namoyon bo'lishi va ularning rivojlanishiga qaramay, fulminant GB shaklining har qanday namoyon bo'lishi (prekoma, koma, massiv jigar nekrozi belgilari) kuzatilgan bemorlarga faol infuzion terapiya immunopatologik, yallig'lanish reaksiyalarini susaytirish va shish – miyaning shishishini oldini olish uchun glyukokortikosteroidlarni buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: glyukokortikosteroidlarni buyurish uchun mutlaq zid ko'rsatma mavjud emas. Nisbiy qarshi ko'rsatma: oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi, diabet, ruhiy kasalliklar, bakterial infektsiya va boshqalar. Ushbu dorilarni nisbiy qarshi ko'rsatmaga ega bemorlarga buyurishda ularning nojo'ya ta'sirining oldini olish yoki to'xtatishga qaratilgan qo'shimcha davolash amalga oshiriladi.

Tanlash mumkin bo'lgan dorilar: prednizolon yoki deksametazon.

O'tkir gepatitda prednizolon kuniga 75-100 mg tomir ichiga tomchilatib yuboriladi (deksametazon 8-32 mg tomir ichiga) 7-10 kun davomida.

- Shifoxonaga qabul qilinganda jigar komasi bo'lgan o'tkir virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlarga infuzion-transfuzion davosi va glyukokortikosteroidlar guruhi dorilari bilan davolash kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 30 daqiqadan kechiktirmay tavsiya etiladi (tibbiy qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda).

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- Virusli gepatitlarning ning og'ir shakllari bo'lgan bemorlarda toksik mahsulotlarni tanadan bevosita qondan chiqarib yuborish uchun glyukokortisteroidlarni o'z ichiga olgan detoksikasiya davosi samarasiz bo'lganda ekstrakorporal detoksikasiyani (plazmoferez,

qisman plazma almashinuvi bilan plazmoferez, gemosorbsiya, gemodializ) o'tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B.

- O'z vaqtida jadal davo va shoshilinch yordam ko'rsatish uchun o'tkir jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga jadal va jonlantirish bo'limida tegishli bayonnomaga muvofiq davolash tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B.

Izohlar: jadal davo o'tkazilayotgan terapevtik choralarda fonida amalga oshiriladi va o'z vaqtida bo'lishi kerak. Komatoz holatda o'pka ventilyasiyasini yaxshilash uchun sun'iy nafas olish apparati tavsiya etiladi.

- Gemostatik dorilar gemorragik sindrom mavjud bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: 5% aminokapron kislota eritmasi 200 ml dozada kuniga ikki marta buyuriladi.

- Jigar kasalliklarini davolash uchun gepatoprotektor ta'sirga ega dorilarni bemorlar og'irlik shaklidan qat'iy nazar, to'qima metabolizmini yaxshilash, hujayra membranalarini barqarorlashtirish uchun buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: ademetonin - tavsiya etilgan dozasi 5-12 mg/kg/kuniga vena ichiga yoki mushak orasiga yuboriladi. Agar qo'llab-quvvatlovchi davoga zaruriyat bo'lsa davoni tabletka shaklida 500-1500 mg/sutkada 2-4 hafta davomida qabul qilishni davom ettirish tavsiya etiladi.

glisirrizin kislota, fosfolipidlar 10 kun davomida kuniga 2 marta. Qabul qilish davomiyligi og'irlik darajasiga bog'liq.

- Papaverin va uning hosilalari o't yo'llari silliq mushaklarining spazmlari va xolestaz rivojlanishi tufayli o'ng qovurg'a ostida simillovchi og'riqlarga shikoyati bo'lgan bemorlarga o't oqimini yaxshilash uchun buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: drotaverin qo'llash - 40-80 mg kuniga 1-2 marta, papaverin 40 mg kuniga 2-3 marta.

- Uzoq muddatli giperbilirubinemiya, xolestaz sindromi bo'lgan bemorlarga xolestaz sindromini bartaraf etish uchun va gepatoprotektiv maqsadda ursodezoksixol kislota dorilari ademetoninni parenteral yuborish bilan birgalikda buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar:

ursodezoksixol kislota dorilari 500 – 1000 mg/kuniga (kechasi) ichishga buyuriladi. Uzoq muddatli giperbilirubinemiya va xolestaz belgilari kuzatilganda antikolestatik davo ademetonin bilan birgalikda kompleks tarzda bo'lishi kerak. Ursodezoksixol kislota kursining davomiyligi ifodalangan xolestatik komponentda 2-3 oygacha bo'lishi mumkin.

- Virusli hepatitlar bilan kasallangan barcha bemorlarga toksik moddalarni organizmdan chiqarib yuborish uchun har kuni ich kelishi uchun oshqozon-ichak yo'li funksiyasini me'yorlashtirishga (ich qotishining oldini olish, disfunktsiyaga qarshi kurashish) qaratilgan davo tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: klinik belgilarga qarab, oshqozon-ichak yo'lining motorikasini stimullaydigan dorilar - ichni yumshatuvchi dorilar (laktuloza - boshlang'ich sutkalik doza 15-45 ml, qo'llab-quvvatlovchi sutkalik doza 15-30 ml, domperidon 10-20 mg kuniga 2 marta ichishga, metoklopramid 20 mg kuniga 1-3 marta ichishga) va adsorbtsiyalovchi ichak dorilari (faollashtirilgan ko'mir 1-2 g 3 yoki 4 marta/sutkada, dioktaedrik smektit 1 paketdan kuniga 3 marta, uning tarkibi 1/2 stakan suvda eritib ichiladi, kolloidli kremniy dioksidi – kattalarga o'rtacha sutkalik doza 0,1-0,2 g 1 kg tana vazniga (6-12 g), kuniga 3-4 marta, 1/4-1/2 stakan suvda eritiladi). Kurs davomiyligi 3-5 kun. VGB bilan kasallangan bemorlarni davolashda har kuni ich kelishini kuzatib borish kerak, laktuloza va boshqa ichni yumshatuvchilarning dozasi har kuni ich kelishi, shakllangan yoki bo'tqasimon bo'lishi uchun individual tanlanishi kerak.

- III bosqich ensefalopatiya va koma belgilari bo'lgan bemorlarga ichak autointoksikatsiyasining oldini olish uchun tavsiya etiladi.

Izohlar: oziq-ovqatlardan oqsillarni istisno qilish, faqat uglevodlar (energiya qiymati >1500 kkal/sut); yuqori tozalovchi ho'qnalar (12 soatdan keyin); keng spektrli antibiotiklar va boshqa antibakterial vositalar: rifaksimn, vankomisin, metronidazol; laktuloza: zond orqali - 200-400 ml, ikki baravar ko'p suv bilan, har 2-4 soatda komadan chiqquncha; ho'qnalarda - 300 dan 700 ml gacha 1 litr suvda, har 6-8 soatda qayta yuboriladi.

Zond orqali ovqatlantirish - oshqozon oldindan yuylvgandan so'ng, bo'lib bo'lib 150-200 ml dan.

Gipoazotemik vosita L-ornitin L-aspartat - sutkasiga 4 ampulagacha, ampulalarning tarkibi 500 ml infuzion eritmada eritiladi; bemorning og'irlik darajasiga qarab kuniga 8 ampulagacha yuboriladi. Infuziya davomiyligi, davolash chastotasi va davomiyligi individual belgilanadi. Ichkariga yuborishning maksimal tezligi soatiga 5 g. 200 ml suyuqlikda eritilgan 1 paket granulyatdan kuniga 3 marta zond orqali. Bolalarga yosh bo'yicha dozalarda. 500 ml infuzion eritmada 6 ampuladan ortiq eritmang!

<https://diseases.medelement.com/disease/ostriyye-virusnyye-gepatity-v-d-i-s-u-vzroslyx/14164>

- Oshqozon osti bezi shikastlanishining alomatlari bo'lgan bemorlarga o'rinni bosuvchi davo sifatida ferment preparatlarini buyurish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: ferment preparatlari minimikrosfer, mikropellet shaklida 3 marta ovqat bilan, kurs davomiyligi 10-15 kun. Maksimal sutkalik doza - 16 tabletk.

- Bakterial infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish uchun yuqumli bakterial asoratlar va yondosh kasalliklar (xolesistit, xolangit, pnevmoniya va boshqalar) qo'shilgan bemorlarga antibakterial davo tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

Izohlar: yaqqol ifodalangan xolestatik sindrom va uzoq muddatli giperbilirubinemiya har doim safro yo'llarining shikastlanishi (xolangit, xolesistit, perekolesistit) kuzatilib, ular antibakterial davoni talab etadi: boshqa beta-laktam antibakterial dorilar (syefazolin yoki syeftriakson 1000 mg dozada kuniga 2 marta mushak orasiga), metronidazol 250 – 500 mg kuniga 3 marta og'iz orqali. Davolash davomiyligi 7 kundan oshmasligi kerak. Kurs davomiyligi 10–14 kun.

- Ibuprofenni qo'llash tavsiya etiladi – tabletk 200 mg dan kuniga 3-4 marta. Kattalardagi tezroq terapevtik ta'sirga erishish uchun, agar bemorlarda isitma sindromining namoyon

bo'lishi bo'lsa, uni bartaraf etish uchun bir martalik dozani kuniga 3 marta 400 mg gacha oshirish mumkin.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi.

Izoh: kattalar uchun isitma sindromda ko'rsatma bo'lganda dorining maksimal sutkalik dozasi 1200 mg ni tashkil qiladi.

Bolalardagi xususiyatlar

- Probiotiklarni dispeptik ko'rinishlar rivojlanishi bilan kechadigan ichak disbiozi buzilishlarida qo'llash tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- Oshqozon osti bezi yetishmovchiligini korreksiyalash uchun ferment preparatlari tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- Ko'ngil aynishi va qusishni to'xtatish uchun oshqozon-ichak yo'li motorikasining stimulyatorlari tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- o'tkir jigar yetishmovchiligi va oqsil-sintetik funksiyaning buzilishi bilan asoratlangan o'tkir VGB ning og'ir shaklida gemorragik sindromi va disseminirlangan tomir ichi qon ivish sindromining oldini olish va davolash uchun etamzilol kabi tizimli gemostatiklar tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- O'tkir VGB ning og'ir shaklida stress yaralarining oldini olish uchun proton nasos ingibitorlari tavsiya etiladi. Omeprazol.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- O'tkir jigar yetishmovchiligi va koma bilan asoratlangan o'tkir VGBning og'ir shaklida giperammonemiyaning kamaytirish, oqsil-sintetik funksiya buzilishlarini va jigar ensefalopatiyasini bartaraf etish uchun aminokislotalar, jumladan, polipeptidlar bilan birgalikda va parenteral ovqatlanish uchun aminokislotalar tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B.

- O'tkir VGBning og'ir shaklida jigar ensefalopatiyasi va talvasa sindromining oldini olish va davolash uchun umumiy anesteziya preparatlari – natriy oksibutirat tavsiya etiladi. Talvasa sindromning oldini olish va davolash uchun barbituratlar va ularning hosilalari fenobarbital.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- Diurezni normallashtirish uchun sulfonamidlar, furosemid tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C.

- Gepatoprotektorlar Silimarin 5mg/kg/sut (kuniga 3 marta ovqat bilan).

Jadval

Asosiy dori vositalarining ro'yxati (qo'llanish ehtimoli 100%)

Farmakoterapevtik guruh	dori vositasining XPN	Qo'llash usuli	ID	Havolalar
--------------------------------	------------------------------	-----------------------	-----------	------------------

Uglevodli oziqlantirish vositasi	dekstroza infuziyalar uchun eritma 5 % 200 ml, 400 ml	tomir ichiga tomchilatib	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Ryegidratatsiya va dezintoksikatsiya preparati, parenteral qo'llanish uchun, erituvchi	Fiziologik eritma 0,9%, 200, 400 ml	tomir ichiga tomchilatib	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Ryegidratatsiya va dezintoksikatsiya preparati, parenteral qo'llanish uchun, erituvchi	Natriy laktat murakkab eritmasi 400 ml	v/i murakkab eritma tarkibida	C	https://www.vidal.ru/drugs/ringer_lactici_22024
Parenteral foydalanish uchun regidratsiya va detoksifikatsiya preparati	Sorbitol 60,0 mg, natriy laktat 19,0 mg, natriy xlorid 6,0 mg, kaltsiy xlorid dihidrat 0,1 mg, kaliy xlorid 30, 40, 75 mg / 1 ml, magniy xlorid geksahidrat 0,2 mg	kompleks eritmaning tomchi-tomchi tarkibi in/da	A	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=blood+substitutes+and+plasma+protein+fractions&filter=pubt.meta-analysis&filter=pubt.randomizedcontrolledtrial

2-jadval

Qo'shimcha dorilar ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruhi	dori vositasining XPN	Qo'llash usuli	UD	Havolalar
Uglevodli oziqlantirish vositasi	Dyekstroza eritmasi infuziyalar uchun 5 % 200 ml, 400 ml	tomir ichiga tomchilatib	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Ryegidratatsiya va dezintoksikatsiya uchun preparat, parenteral foydalanish uchun, erituvchi	Fiziologik eritma 0,9%, 200,400 ml	tomir ichiga tomchilatib	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

Gepatoprotektor vosita	UDXK, kapsulalar 250 mg, tabletkalar 500 mg	500 – 1000 mg/sutkasiga, kuniga 1 marta ichish. Bolalarga yoshga bog‘liq dozada	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Virusga qarshi vosita	Entekavir	0,5 mg sutkasiga 1 marta ichiladi	C	https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b/
Virusga qarshi vosita	Tenofovir	300 mg sutkasiga 1 marta ichiladi	C	https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b/
Oshqozon osti bezi yetishmovchiligi ni korreksiyalash uchun ferment preparatlari	Pankreatin 25 YeD (100 mg)	Preparat dozadini individual yoshga va ferment yetishmovchiligi darajasiga qarab shifokor belgilaydi.	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Oshqozon - ichak yo‘lining motorikasi stimulyatorlari	Metoklopramid tomir ichiga va mushak orasiga yuborish uchun eritma 1 ml 1 amp. metoklopramid gidroxlorid 5 mg 10 mg	6 yoshdan katta bolalarga 5 mg dan sutkasiga 1-3 marta. Bolalar uchun preparat dozadini individual yosh toifasi bo‘yicha shifokor belgilaydi.	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Proton nasosi ingibitorlari	Omeprazol 20mg	Bolalar uchun preparat dozani individual yosh toifasi bo‘yicha shifokor belgilaydi.	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Aminokislotalar, jumladan, polipeptidlar bilan kombinatsiyasi	Parenteral ovqatlantirish uchun aminokislotalar	Bolalar uchun preparat dozadini individual yosh toifasi bo‘yicha shifokor belgilaydi.	B	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Miya metabolizmiga	Natriy oksibutirat. Bir martalik dozalar: tomir	Bolalar uchun preparat dozadini	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf

ta'sir qiluvchi vosita.	ichiga kattalarga 30-120 mg/kg, mushak orasiga - 100-150 mg/kg, ichishga - 40-200 mg/kg.	individual yosh toifasi bo'yicha anesteziolog-reanimatolog shifokor belgilaydi.		
Epilepsiyaga qarshi vosita, barbituratlar va ularning hosilalari	Fenobarbital 50 mg.	Bolalar uchun preparat dozadini individual yosh toifasi bo'yicha shifokor belgilaydi.	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Diuretik vosita	Furosemid 40 mg	Bolalar uchun preparat dozadini individual yosh toifasi bo'yicha shifokor belgilaydi.	C	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Dezintoksikatsion vosita	Glutation	Turli etiologiyasi gepatitning o'rta va og'ir shakllarida – har kuni 1,2-2,4 g tomir chiga 30 kun davomida infuziya shaklida.	C	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891584912000366?via%3Dihub
Plazma o'rnini bosuvchi vosita	Albumin 10%,100, 200 ml	tomir ichiga tomchilatib	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Glyukokortikosteroidlar	Prednizolon, 30 mg/2 ml	Sutkasiga 75-100 mg tomir ichiga tomchilatib 3-4 soat oralatib 7-10 kun davomida. Bolalarga yoshiga bog'liq dozalanadi.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Glyukokortikosteroidlar	Deksametazon 4 mg/ml, 2 ml lik ampulalar	8-32 mg/sutka, bemorning holatiga qarab korreksiyalanadi, tomir ichiga tomchilatib 7-10 kun davomida. Bolalarga	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

		yoshiga bog‘liq dozada.		
Gemostatik vosita, fibrinoliz ingibitori	Aminokapron kislotaning 5% eritmasi, 100, 250, 500 ml	200 ml x sutkasiga 2 marta, tomir ichiga tomchilatib. Bolalarga yoshiga bog‘liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gepatoprotektor vosita	Ademetionin	5-12 mg/kg/sut, 1-2 marta tomir ichiga yoki mushak orasiga. Bolalarga yoshiga bog‘liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gepatoprotektor vosita	Glisirrizin kislota+fosfolipidlar In'yeksiyalar uchun liofilizat flakoni 2,5 gr, kapsulalar	2500 mg, eritma tayyorlash uchun liofilizat sekin tomir ichiga, kuniga 2 marta 10 kun davomida, keyin esa 1 – 2 kapsuladan sutkasiga uch marta ovqat bilan ichishga o‘tiladi. Bolalarga yoshiga bog‘liq dozada.	C	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23678825/
Gepatoprotektor vosita	Glycyrrhizic kislota	Ovqat paytida kuniga 80-120 mg og‘iz orqali yuborish. Bolalar uchun, yoshiga mos keladigan dozalarga ko‘ra.	C	Glycyrrhizin in patients who failed previous interferon alpha-based therapies: biochemical and histological effects after 52 weeks - PubMed (nih.gov) Efficacy of intravenous glycyrrhizin in the early stage of acute onset autoimmune hepatitis - PubMed (nih.gov)
Gepatoprotektor vosita	Fosfolipidlar	Og‘iz orqali yuborish uchun, ishlatiladigan dozalash shakliga qarab.	C	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827

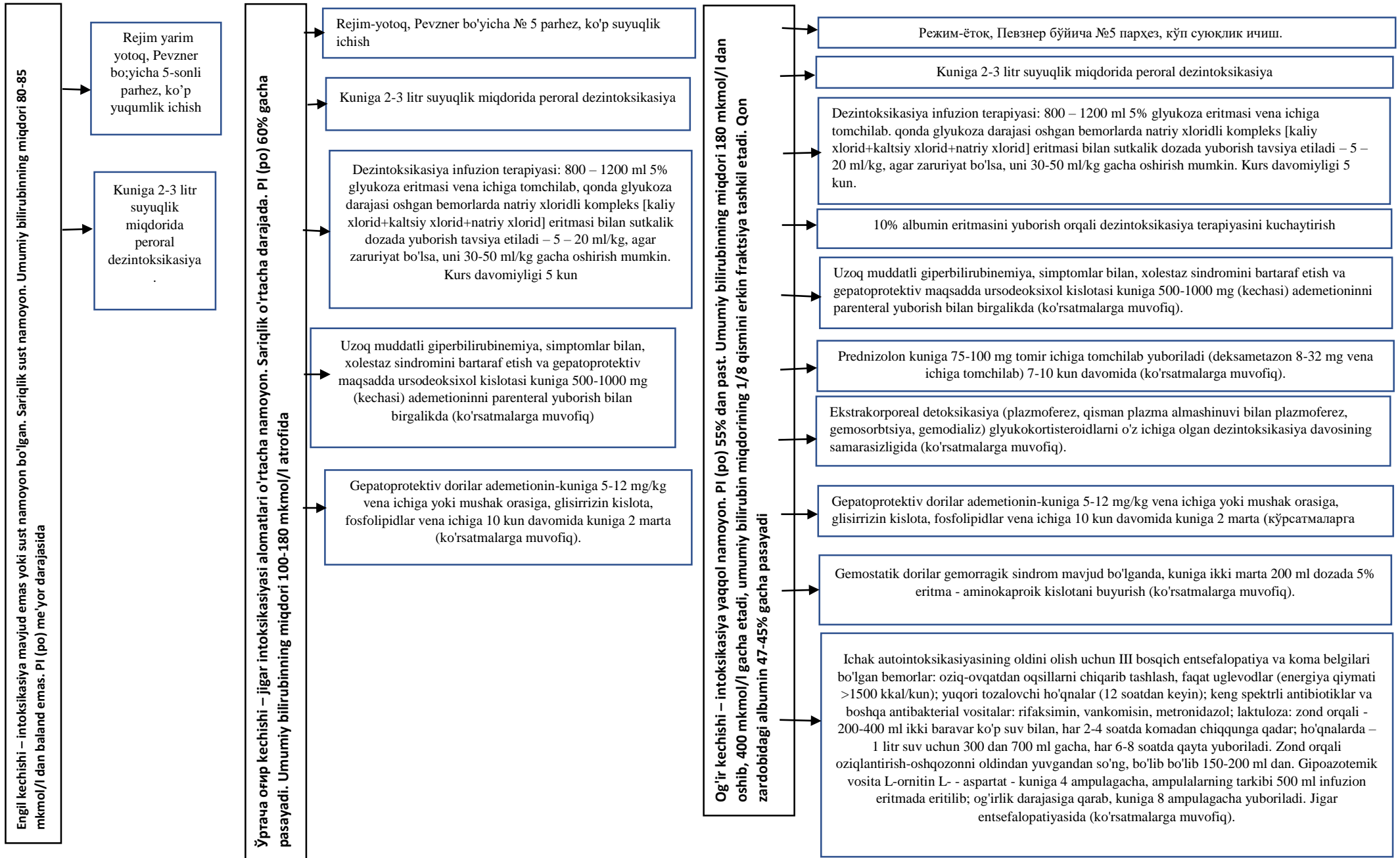
Ryegidratatsiya va dezintoksikatsiya uchun preparat parenteral qo'llash uchun	Plazma 200 ml, 400 ml	Preparat laborator tadqiqotlari nazorati ostida qo'llaniladi. Tomir ichiga yuboriladi. Bolalar uchun sutkalik doza 5-10 ml/kg ni tashkil etadi, yuborish tezligi - minutiga 30-60 tomchi. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	D	http://niidi.ru/dotAsset/11fe94bd-e907-4695-9848-1685bfff7bf0.pdf
Miotrop spazmolitik vosita	Papaverin gidroklorid 20 mg/ml, 2 ml lik ampulalar	Sutkasiga 40-80 mg dan, 2-3 marta mushak ichiga. Bolalarga yoshiga bog'liq dozalanadi.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Miotrop spazmolitik vosita	Drotaverin 20 mg/ml, 2 ml lik ampulalar Platifillin Teri ostiga yuborish uchun eritma 2 mg/1 ml: 10 dona ampula.	Sutkasiga 40-80 mg, 1-2 marta mushak orasiga. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gepatoprotektor vosita	UD XK, kapsulalar 250 mg, tabletkalar 500 mg	Sutkasiga 500 – 1000 mg, kuniga bir marta ichiladi. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gepatoprotektor vosita	Ademetionin	Sutkasiga 5-12 mg/kg, 1-2 marta tomir ichiga. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Osmotik xususiyatlarga ega ichni	Laktuloza, sirop 667 mg/1 ml: 100 ml, 200 ml, 500	Boshlang'ich sutkalik doza 15-45 ml, qo'llab-	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

yumshatuvchi preparat	ml yoki 1000 ml flakon	quvvatlovchi sutkalik doza 15-30 ml. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.		
Qusishga qarshi vosita - dofamin reseptorlarining markaziy antagonisti	Domperidon, tabletkalar 10 mg	Sutkasiga 10-20 mg 2 marta ichiladi. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Qusishga qarshi vosita - dopamin reseptorlarining markaziy antagonisti	Metoklopramid, tabletkalar 10 mg	Sutkasiga 20 mg 1-3 marta ichiladi. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Diareyaga qarshi vosita	Dioktaedrik smektit, suspenziya tayyorlash uchun kukun ichish uchun 3 gr.	1 paketchadan sutkasiga 3 marta, uning tarkibi 1/2 stakan suvda eritiladi. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Enterosorbent vosita	Kremniy dioksidi kolloidli	Tananing 1 kg vazniga 0,1-0,2 g (6-12 g), sutkasiga 3-4 marta qabul qilinadi, 1/4-1/2 stakan suvda eritilsin	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Ovqat hazm qiluvchi fermentli vosita	Pankreatin, tabletkalar 25 Birlik	2-4 tabletkadan, sutkasiga 3 marta ovqat paytida, kurs davomiyligi 10 – 15 kun. Bolalarga yoshiga bog'liq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Antibiotik-syefalosporin	Syefazolin, 250, 500, 1000 mg lik flakonlar	1000 mg sutkasiga 2 marta mushak ichiga Kurs davomiyligi 10 – 14 kun. Bolalarga	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

		yoshiga bogʻliq dozalanadi.		
Antibiotik-syefalosporin	Syeftriakson, flakonlar 250, 500, 1000 mg	1000 mg sutkasiga 2 marta mushak orasiga. Kurs davomiyligi 10 – 14 kun. Bolalarga yoshiga bogʻliq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Mikrob va protozoylarga qarshi vosita	Metronidazol, tab. 250 mg	250 – 500 mg sutkasiga 3 marta ichiladi. Kurs davomiyligi 10 – 14 kun. Bolalarga yoshiga bogʻliq dozada.	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
	Rifaksimim 600 mg/200 mg	600 mg / 200 mg har 8soat/har 8–12 soatda, ichiladi. Davolash davomiyligi 7 kundan oshmasligi lozim	C	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gipoazotemik vosita	L-ornitin L-aspartat	- ampulalar tarkibi 500 ml infuzion eritmada eritilib, sutkasiga 4 ta ampula gacha; holatning ogʻirlik holatiga qarab sutkasiga 8 ampulagacha yuboriladi. Jigar ensefalopatiyasid a infuziyaning davomiyligi, davolash chastotasi va davomiyligi individual aniqlanadi. Venaga yuborishning	B	https://diseases.medelement.com/disease/ostryye-virusnyye-gepatity-v-d-i-s-u-vzroslyx/14164

		<p>maksimal tezligi – soatiga 5 g. 500 ml infuzion eritmada 6 ta ampuladan ko‘p eritilmasin!</p> <p>- 200 ml suyuqlikda eritilgan 1 paketcha granulyatdan, sutkasiga 3 marta zond orqali. Bolalarga yoshiga bog‘liq dozada.</p>		
--	--	---	--	--

Kasallikning kechish og'irligiga qarab o'tkir parenteral hepatit bilan kasallangan bemorlarni patogenetik davolash algoritmi



Klinik ko'rsatmalarga ko'ra, kasallikning og'irligidan qat'iy nazar

Yuqumli bakterial asoratlar va yondosh kasalliklar qo'shilganda tsefazolin yoki tseftriakson kuniga 2 marta mushak orasiga 1000 mg dozada), metronidazol 250 - 500 mg kuniga 3 marta og'iz orqali (ko'rsatmalarga muvofiq)

Ferment preparatlari 2-4 tabletkadan kuniga 3 marta ovqat bilan, 10-15 kun davomida (ko'rsatmalarga muvofiq)

O't yo'llari silliq mushaklarining spazmlari va o't oqimini yaxshilash uchun xolestaz rivojlanishi tufayli o'ng qovurg'a ostida simillovchi og'riqlarda, drotaverin 40-80 mg kuniga 1-2 marta, papaverin 40 mg kuniga 2-3 marta (ko'rsatmalarga muvofiq)

Qabziyatning oldini olish, oshqozon-ichak yo'li disfunktsiyasiga qarshi kurashish uchun ichni yumshatuvchi preparatlar (laktuloza-15-45 ml boshlang'ich sutkalik doza, sutkalik qo'llab-quvvatlovchi doza 15-30 ml, domperidon 10-20 mg kuniga 2 marta, metoklopramid 20 mg kuniga 1-3 marta) va adsorbirlovchi ichak preparatlari (faollashtirilgan ko'mir 1 - 2 g - kuniga 3 yoki 4 marta, dioktaedrik smektit kuniga 1 paketdan 3 marta, kremniy dioksidi kolloidli – kattalar uchun o'rtacha sutkalik doza 1 kg tana vazniga 0,1 - 0,2 g (6-12 g), kuniga 3-4 marta ichiladi). Kurs davomiyligi 3-5 kun (ko'rsatmalarga muvofiq).

4) jarrohlik aralashuvi: amalga oshirilmaydi.

5) keyingi kuzatuv: kasalxonadan chiqarish shikoyatlar bo'lmaganda, bemor o'zini yaxshi xis qilganda, dinamikada jigar hajmining qisqarishi, AIAT, AsAT va bilirubin faolligining 2 baravargacha pasayishi va boshqa laborator tekshiruvlar ko'rsatkichlarining me'yorlashishi, ammo kamida 21 kundan keyin amalga oshiriladi. Kasalxonadan chiqarilgandan keyin 30 kun ichida barcha O'VGB bilan kasallangan bemorlar kasalxonadagi yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis tomonidan dastlabki dispanser tekshiruvidan o'tadi. O'VGB bilan kasallanib shifoxonadan chiqqandan so'ng, dispanserizatsiyadan o'tkazish klinik ko'rsatmalarga muvofiq gepatologik markazlarda yoki hududiy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar xonalarida bemorning qo'liga berilgan davolovchi shifokorning yozma tavsiyasi bilan amalga oshiriladi. Dispanser kuzatuvining davomiyligi 1 yil bo'lib, har 3 oyda ALT, OAK, bilirubin tekshiriladi. Ro'yxatdan chiqarish quyidagicha amalga oshiriladi: 1. klinik ko'rinishlar bo'lmasa, 2. biokimyoviy ko'rsatkichlarning normallasuvi, 3. DNK VGB, HBsAg yo'qolishi va anti-HBs paydo bo'lishi, ammo kasalxonadan chiqarilgandan keyin kamida 1 yil o'tgach va maslahat ko'rigi shaklida rasmiylashtirilishi kerak.

Manba: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i

6) protokolda tavsiflangan davolash samaradorligi hamda tashxisot va davolash usullarining xavfsizligi

- intoksikatsiyani bartaraf etish
- sariqlikni bartaraf etish;
- jigar o'lchamining me'yorlashuvi;
- umumiy bilirubin, AsAT va AIAT ko'rsatkichlarining me'yorlashuvi.

1-ilova

Homilador ayollarda o'tkir virusli gepatit kechishining xususiyatlari

O'tkir VGB da infektsiyaning bolaga yuqish ehtimoli infektsiyani yuqtirish vaqtiga bog'liq, bu onalar uchinchi uch oylikda VGB bilan kasallanganda eng yuqori bo'ladi.

GB virusi plasantadan o'tadi va homila homilador ona qornida zararlanishi mumkin. Ammo asosan intranatal infektsiyani yuqtirish (90-95%), tug'ruqdan oldin va tug'ruqdan keyingi infektsiyani yuqtirish (5-10%) holatlarda sodir bo'ladi. Agar virusli gepatit B homiladorlikning dastlabki 2-chi uch oyligida tugasa, shuningdek, tug'ruq paytida qonda HBsAg aniqlanmagan hollarda bolada infektsiyani yuqtirish kuzatilmaydi.

Homilador ayollarda o'tkir gepatit B ko'pincha o'tkir jigar ensefalopatiyasi va koma rivojlanishi bilan kechadi. O'tkir gepatit B bilan kasallangan homilador ayollar o'limining sababi 93,5% o'tkir jigar ensefalopatiyasidir. Jigar yetishmovchiligi klinik jihatdan namoyon bo'lishi: ensefalopatiya, progressiv sariqlik, oshqozon-ichakdan qon ketish, sepsis, koagulopatiya, gipoglikemiya, buyrak yetishmovchiligi, elektrolitlar muvozanati.

Homilador ayollarning 72,7–84,8% da O'VGB o'rta og'ir shaklga ega va 11,4% da og'ir kechadi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmida virusli gepatit B ga xos ayol ahvolidan yomonlashishi uning hayotiga tahdid soladi, chunki GB o'tkir jigar yetishmovchiligi bilan ensefalopatiya va koma bilan asoratlanishi mumkin, o'lim darajasi yuqori (o'lim homilador bo'lmaganlarga qaraganda 3 baravar yuqori). Homiladorlikning III-chi uch oyligida, 22% preeklampsiya mavjudligi, kasallikning kech tashxisi tufayli o'z vaqtida kasalxonaga yotqizilmaganlik o'tkir jigar ensefalopatiyasining rivojlanishiga moyillikni chaqiradi. Sariqlik va intoksikatsiyaning kuchayish bosqichida gepatit ko'pincha homilaning homila ichi

o'limiga va erta tug'ilishiga olib keladi, buning natijasida jigarining massiv nekrozi va o'lim kuzatilishi mumkin. Erta toksikoz ayollarning 29-35% da uchraydi.

Homiladorlikning xarakterli asoratlari bo'lib xomiladorlikni to'xtatish xavfi (53% da) va erta tug'ilish 22-38% da sodir bo'ladi. O'z o'zidan homilaning tushishi virusli gepatit B yengil kechishida 7,7%, o'rta og'ir kechishida 34,1%, og'ir kechishida 55,5% homiladorlarda qayd etilgan. O'tkir virusli gepatit C (VGC) mavjud homiladorlarda homilaning tushishi 15-20%.

Virusli gepatitning o'tkir davrida homiladorlikning istalgan muddatida homiladorlikni to'xtatish kasallik kechishining yomonlashishiga olib kelishi mumkin. GB da abort qilish kasallikning kechishini og'irlashtiradi, ayniqsa ALT faolligining oshishini tasdiqlovchi sitolitik sindrom belgilari mavjud bo'lsa. Agar abort qilish kerak bo'lsa, u homiladorlikning II-chi uch oyligida (19-21 xaftada) klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlar me'yorlashganda amalga oshirilishi mumkin. Kasallikning zo'rayio'shi tufayli tug'ruqni iloji boricha kechiktirish lozim. Agar tug'ruq kasallikning o'tkir bosqichida emas, balki rekonvalessensiya davrida sodir bo'lsa, prognoz yanada yaxshiroqdir.

Laktatsiya davrida kuzatilgan o'tkir virusli gepatit V homiladorlik davriga qaraganda ancha og'irroq kechadi. Emizadigan ayollarda gepatit intoksikatsiyaning yaqqol ifodalangan belgilari, uzoq muddatli giperfermentemiya va gepatomegaliya bilan kechadi.

Tug'ruqdan keyingi yiringli-septik kasalliklar nafaqat homiladorlik tufayli, balki gepatit tufayli ham immunitet holatini susaytirish va shu fonda bakterial mikrofloraning faollashishi tufayli tez-tez uchraydi.

Homilador ayollarda GB og'ir kechishida fetoplasentar tizim funksiyasining sustlashuvi kuzatiladi.

Virusning teratogenligi isbotlanmagan, shuning uchun tug'ma nuqsonlar rivojlanmaydi.

Agar gepatit homiladorlikning I va II-chi uch oyligida ro'y bersa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kasallik ehtimoli kam, agar III-chi uch oylikda bo'lsa, bola uchun kasallik xavfi 25-76% ni tashkil qiladi. Bolalar ko'pincha gipoksiya holatida erta tug'iladi. Keyinchalik bolalarning 25% da umumiy rivojlanishda kechikish va turli kasalliklarga moyillik mavjud. Neonatal o'lim darajasi juda yuqori.

(Gambarin-Gelwan M. Hepatitis B in pregnancy // Clinical Liver Diseases. 2007. №1(4). P.945-63. 13. Lavanchy D. Worldwide epidemiology of HBV infection, disease burden, and vaccine prevention // Clinical Virology. 2005. №34(Supp.1). SI-3. 14. Pol S., Vallet-Pichard V., Corouge M., Mallet V.O. Hepatitis C: epidemiology, diagnosis, natural history and therapy // Contribution. Nephrology. 2012. №176. P.1-9. 15. Shepard C.W., Simard E.P., Fiore A.E., Bell B.P. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination // Epidemiology Review. 2006. №28. P.112-125. 16. WHO medical eligibility criteria for contraception. WHO World Health Organization. 2008)

<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/hepatitis-preventing-mother-to-child-transmission-of-the-hepatitis-b-virus>

O'tkir gepatit B da tyegishli immunoprofilaktika qo'llanilganda, jumladan, gepatit B ga qarshi vaksina yuborilganda, VGB bilan kasallangan ona bolani emizishiga qarshi ko'rsatma bo'lmaydi va gepatit B virusini yuqtirish uchun qo'shimcha xavf tug'dirmaydi.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827823001812>

<https://www.10gkb.by/informatsiya/stati/virusnye-gepatity-i-beremennost>

O'tkir virusli gepatit C da homila o'sishining kechikishi chastotasi oshadi, tug'ilganda kam vazni, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni jadal davolash bo'limlariga yotqizish darajasi yuqori va o'pkaning sun'iy ventilyasiyasiga bo'lgan ehtiyoj tez-tez uchraydi.

VGC ning perinatal yuqishi 80% hollarda surunkali holatga o'tishi mumkin. Perinatal muloqatda bo'lgan chaqaloqlar va bolalarning taxminan 6-7% (ya'ni homiladorlik yoki tug'ish paytida) VGC bilan kasallanadi.

VGC infeksiyasining homiladorlik, tug'ruq va neonatal oqibatlarga ta'siri haqidagi ma'lumotlar bahsli. Tadqiqotlar doimiy ravishda VGC infeksiyasi bilan bog'liq homiladorlik qandli diabet va homilador ayollarda jigar ichi xolestazi rivojlanish xavfini oshirishini ko'rsatadi. Ba'zi tadqiqotlarda VGC infeksiyasining tug'ruq va tug'ilgan chaqaloqning salbiy oqibatlari o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlangan.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/rr/rr7204a1.htm>

Tug'ruq paytida ortiqcha qon yo'qotishining oldini olishni sinchkovlik bilan amalga oshirilishi lozim. Onada VGC borligi sababli rejalashtirilgan kesar kesish bilan tug'ruqni taklif qilish mumkin emas, faqat HCV infeksiyasi bo'lgan ayollarning emizishiga to'sqinlik qilmaslik kerak, ammo agar ularda qonaydigan ko'krak uchi jarohatlari bo'lsa, emizishni to'xtatish lozim.

Differensial tashxisot. Homiladorlik paytida o'tkir virusli gepatit faqat homiladorlikka xos bo'lgan jigar kasalliklarini, xususan HELLP sindromini, homiladorlik paytida jigar ichi xolestazini va homilador ayollarning o'tkir yog'li gepatozining differensial tashxisotini talab qiladi.

Akusherlik asoratlarning differensial tashxisoti

Alomat 1 Parameter	HJIX ICP	Preeklampsiya Preeclampsia	HELLP- sindrom HELLP syndrome	JO‘YOD ARP
Chastota, % Occurrence, %	0.1-1,0	6-9	0,2-0.6	0.005-0,01
Boshlanishi Start	II-III-uch oylik II or III trimester	II-III-uch oylik II or III trimester	III-uch oylik trimestr yoki tug‘ruqdan so‘ng trimester or after childbirth	-
Irsiyat Inheritance	Tez-tez Common	Yo‘q No	Yo‘q No	Kam holatlarda Rarely
Odatiy klinik belgilar Typical clinical manifestations	Qichishish, ALT, ACT, GTT, nahorda o‘t kislotalarining oshishi itching, elevated fasting AST/ ALT/GGT/bile acids	Gipertenziya, proteinuriya, giperfermentem iya, trombositopeni ya High blood pressure, proteinuria, elevated enzymes, thrombocyte nia	Gemoliz, giperfermente miya, trombositopeni ya (ko‘pincha <50x10 ³ /mkl) Hemolysis, elevated enzymes, thrombocyte nia (<50x10 ³ /m1)	Mu‘tadil sariqlik bilan jigar yetishmovchiligi, koagulopatiya, ensefalopatiya, gipoglikemiya Liver failure, moderate jaundice. coagulopathy, encephalopathy, hypoglycemia
Bilirubin Bilirubin	<5 ng/dl (<85 mkmol/l) <5 mg/dl (<85 umole/dl)	-	Ko‘pchilik holatlarda <5 ng/dl (<85 mkmol/l) In most cases <5 mg/dl (<85 mole/dl)	Ko‘pincha <5 mg/dl (<85 mkmol/l) Common <5 mg/dl (<85 umole/dl)
Instrumental tekshiruv Instrumental tests	Me‘yor Norma	Homila rivojlanishining to‘xtashi (og‘ir holatlarda) Delayed fetal growth (in severe cases)	Jigar infarktlari, gematomalar Liver infarct, hematoma	Jigarning yog‘li infiltratsiyasi Fatty liver
Onalar o‘limi, % Maternal mortality. %	0	<1	1-25	7-18

Perinatal o'lim, % Perinatal mortality. %	4-14	4-20	110	90-230
Keyingi homiladorliklar chog'ida qaytalanishi % Recurrences in subsequent pregnancies, %	45-70	-	4-19	20-70 (3- gidroksiasil- koenzim A- degidrogenazaning mutatsiyasida) 20-70 (in mutations of 3-hydroxyacyl- CoA dehydrogenase)

Izoh. JO'YOD –jigarning o'tkir yog'li distrofiyasi, HJIX - homiladorlar jigar ichi xolestazi, ALT- alaninaminotransferaza, ACT- aspartataminotransferaza, GGT-gamma-glutamiltraisferaza.
Note. AFLP - acute fatty liver of pregnancy, ALT - alanine aminotransferase, AST - aspartate aminotransferase, GGT - gamma-glutamyl transferase.

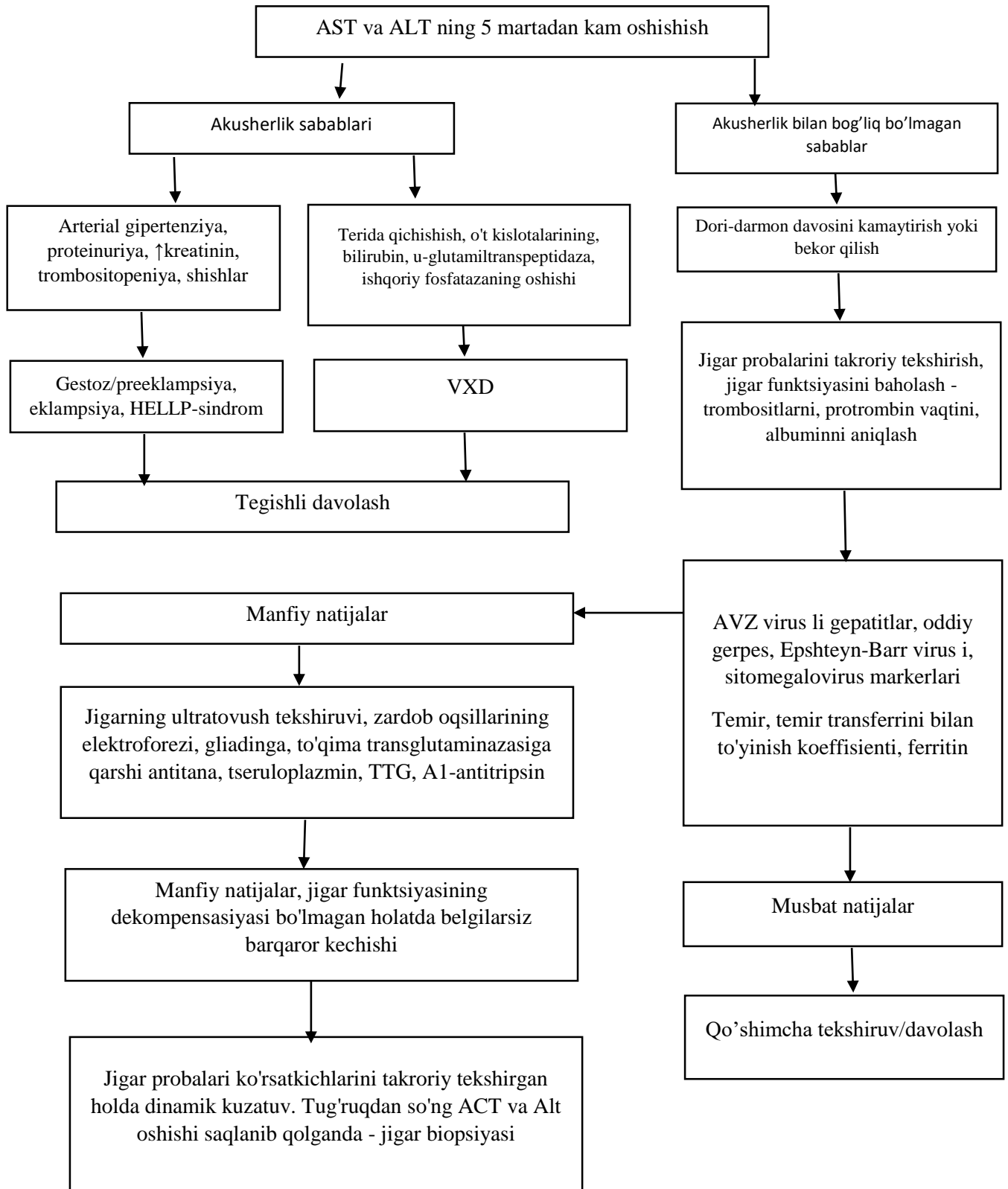
Kasallik	Trimestr	Chastota	Asosiy belgilar	Laborator natijalari
Preeklampsiya va eklampsiya	2-chi yoki 3-chi	5-10%	Ko'ngil aynishi, qusish, epigastriy sohasida og'riq, shishlar, arterial gipertoniya, karaxtlik, sariqlik (so'nggi sahifalarda)	ALT <500 YeD/l, proteinuriya, disseminirlangan tomir ichi qon ivish sindromi (7%)
HELLP- sindrom	3-chi	0.1% (preeklampsiyal i ayollarda 4- 12%)	Preeklampsiya alomatlari (gipertoniya, bosh og'rig'i, ko'rishning buzilishi), epigastriy sohasida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, gematuriya, sariqlik (so'nggi bosqichlarda)	Gemoliz, ALT <500 YeD/l, trombotsitlar <100x99/l., LDG oshishi, disseminirlangan tomir ichi qon ivish sindromi (20% - 40%)
Homilador ayollarda jigarning o'tkir yog'li distrofiyasi	3-chi	0.01%	Xolsizlik, qorinning yuqori sohalarida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish, sariqlik (ko'pincha),	ALT <500 YeD/l, giperbilirubinem iya, gipoglikemiya, ammiak miqdorining oshishi; leykosito

			ensefalopatiya (so'nggi bosqichlarida)	z, disseminirlangan tomir ichi qon ivish sindromi (>75%) - trombotopeniya, uzaygan PT, gipofibrinogenemiya
Jigar ichki xolestazi ALT <500 YeD/l, yaqqol namoyon bo'lgan	2-chi 3-chi	0.1-0.2% (20% dan 60% gacha, qichishishdan 1-4 hafta o'tgach);	kuchli qichishish; sariqlik; steatorreya	IF va GGTP miqdorining ortishi, o't kislotalar darajasining oshishi, bilirubin <103 mkmol/l
Virusli gepatit	Istalgan turi		Umumiy populyasiyadagii kabi ko'ngil aynishi, qusish, sariqlik, isitma	ALT >500 YeD/l, bilirubin miqdorining keskin ortishi >100 mkmol/l, musbat serologik tahlillar

http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser/ostraya_jirovaya_distrofiya_pecheni_u_beremnyx_intensivnaya_terapiya_i_akusherskaya_taktika.pdf

Uspenskaya Yu.B., Kuznetsova I.V. Differential diagnosis of subclinical isolated increase of hepatic transaminases in the second half of pregnancy. Gynecology. 2015; 17 (5): 14–18. GYNECOLOGY | Vol. 17 | No. 5 15 PREGNANCY PATHOLOGY' PROPHYLAXIS

Homiladorlikning ikkinchi yarmida jigar transaminazalari chegaralangan holda oshganda diagnostik algoritm (Amerika gastroenterologlar uyushmasining tavsiyalari [6], moslashtirilgan).



<file:///C:/Users/User/Downloads/28457-56842-1-PB.pdf>

O'tkir virusli gepatit bilan kasallangan barcha homilador ayollar ixtisoslashtirilgan turli tarmoqlararo guruh (yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis, akusher-ginekolog, reanimatolog) tomonidan kompleks davolanishi lozim.

**«PARENTERAL B, C, D VIRUSLI GEPATITLAR»
NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

7. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10 shifr(lar)i:

B 16	O‘tkir virusli gepatit B
B16.0	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
B16.1	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
B16.2	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
B16.9	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
B17.0	B gepatit latent kechishida delta-agentning o‘tkir superinfektsiyasi
B17.1	O‘tkir virusli gepatit C
	МКБ 10 - Другие острые вирусные гепатиты (B17) (mkb-10.com)

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-11 shifrlari:

1E50.1	O‘tkir virusli gepatit B
1E50.2	O‘tkir virusli gepatit C
1E50.3	O‘tkir virusli gepatit D
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872

3. Asosiy qism

1) Kirish

Gepatit B sog‘liqni saqlashning dolzarb global muammosi hisoblanadi. Infektsiya yuki JSSTning G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida va Afrika mintaqasida eng yuqoridir va ushbu mintaqalarda mos ravishda 116 million va 81 million kishida surunkali kechayotgan gepatit V qayd qilingan. JSSTning Sharqiy O‘rta yer dengizi mintaqasida oltmish million kishi, JSSTning Janubi-sharqiy Osiyo mintaqasida 18 million, JSSTning Yevropa mintaqasida 14 million va JSSTning Amerika mintaqasida 5 million kishi infektsiyani yuqtirgan.

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 2019 yilda aholi orasida HBsAg tarqalishi butun dunyo bo‘ylab 3,8% ni, taxminan 1,5 million infektsiyani yangi yuqtirish, 296 million surunkali VG infektsiya, VGB bilan bog‘liq jigar yetishmovchiligi, jigar sirrozi yoki birlamchi gepatosellyulyar karsinoma tufayli 820 000 o‘lim kuzatilgan.

G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida VGB tarqalishi o‘rtacha bo‘lib, umumiy aholining 5,9% da HBsAg musbatligi kuzatiladi. Bu muvofiq ravishda 2019 yilda VGB bilan bog‘liq asoratlar tufayli taxminan 140 000 ilk bor aniqlangan va 470 000 o‘lim holatini tashkil etadi.

VGB infektsiyasi jamoat sog‘liqni saqlashning global muammosidir. Perinatal ba’zan go‘daklik chog‘idagi gorizontol yuqish eng yuqori tarqalgan hududlarda ko‘p uchraydi. VGB jinsiy aloqa va teri orqali ham yuqish yuqishi mumkin.

O‘tkir HBV infektsiyasi bo‘lgan bemorlarning taxminan 70% da subklinik yoki belgilersiz gepatit, 30% esa sariqlik bilan kuzatiluvchi gepatit rivojlanadi. Kasallik boshqa gepatit viruslari bilan koinfisirlangan yoki jigarning yondosh kasalligi kuzatilgan bemorlarda og‘irroq kechishi mumkin.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

Gepatit C virusi (GCV) global miqyosda sezilarli ta’sir ko‘rsatadi: 58 million kishi surunkali kechayotgan gepatit S va har yili taxminan 1,5 million infektsiyani yangi yuqtirish kuzatiladi. Bu raqamlar hali ham sezilarli global farqlarga ega (1-jadval).

JSST hisob-kitoblariga ko'ra, 2019 yilda gepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan jigar sirrozi va gepatosellyulyar karsinomadan vafot etgan.

1-jadval. Dunyoda gepatit C eng ko'p tarqalgan mamlakatlar

- Misr: 4,4–15%
- Gabon: 4,9–11,2%
- O'zbekiston: 11,3%
- Kamerun: 4,9–13,8%
- Mo'g'uliston: 9,6–10,8%
- Pokiston: 6,8%
- Nigeriya: 3,1–8,4%
- Gruziya: 6,7%
- (Buyuk Britaniya: 0,4%)

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/management.htm#section1>

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6902a1.htm>

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

O'tkir VGC odatda alomatlarsiz kechadi va ko'p hollarda hayot uchun xavfli kasalliklarga olib kelmaydi. Kasallangan odamlarning taxminan 30% (15-45%) infeksiyani yuqtirgandan keyin 6 oy ichida davolanmasdan o'z-o'zidan virusdan xolos bo'ladi. Qolgan 70% (55-85%) odamlarda surunkali VGC infeksiyasi rivojlanadi. Surunkali VGC infeksiyasi bo'lgan odamlar orasida 20 yil davomida sirroz xavfi 15% dan 30% gacha.

Gepatit C infeksiyasi odatda zararlangan shpris va ignalarni qo'llash, shuningdek, qonni quyish orqali yuqadi. Gepatit C virusining jinsiy yo'l bilan yuqishi getero seksual juftliklarda kam uchraydi. Ma'lumotlarga ko'ra, bu OIV bilan kasallangan odamlarda, ayniqsa MSM larda tez-tez uchraydi. Gepatit S virusining onadan bolaga yuqish xavfi VGC infeksiyasi bo'lgan ayollarda 4-8% tug'ish vaqtida va OIV va VGC bilan koinfektsiyasi kuzatilgan ayollarda tug'ish vaqtida 10,8–25% uchraydi. Gepatit C virusi o'tkir va surunkali gepatitni keltirib chiqaradi. O'tkir gepatit ko'pincha klinik jihatdan yengil bo'lib, tebranishlar bilan tavsiflanuvchi zardob aminotransferaza darajasining oshishi; surunkali shaklga o'tish ehtimoli >50%, jigar sirrozi >20%. Surunkali VGC infeksiyasi odatda klinik jihatdan namoyon bo'lmaydi, ammo davolash qo'llanilmaganda, jigar sirrozi, jigar yetishmovchiligi va GSKga olib kelishi mumkin. O'tkir VGC infeksiyasidan o'z-o'zidan xolos bo'lish, infeksiyani yuqtirgan odamlarning 15-45% da zararlangandan keyin olti oy ichida davolash kuzatilmaganda sodir bo'ladi. 55-85% odamlar surunkali VGC infeksiyasi mavjud bemorlar deb hisoblanadi (virusga qarshi davo qo'llanilmaganda). Surunkali VGC infeksiyasi bo'lgan odamlarda 20 yil ichida jigar sirrozi rivojlanish xavfi 15-30% ni tashkil qiladi. Sirroz kuzatilgan odamlarda GSK rivojlanish xavfi yiliga taxminan 2-4% ni tashkil qiladi.

Boshqa yuqish yo'llari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Igna jarohati. Bu tibbiyot xodimlari uchun kasbiy xavf bo'lib qolmoqda.
- Tibbiyot bilan bog'liq yuqish. VGC infeksiyasi past va o'rta daromadli mamlakatlardagi sog'liqni saqlash muassasalarida yomon infeksiyon nazorat natijasida bo'lishi mumkin. 2010 yilda ushbu kasallik natijasida 315 000 ta yuqish holati sodir bo'lgan.
- Tatuировka va pirsing. Bu, asosan, uskunalarni qayta ishlatish bilan bog'liq, ayniqsa

xavf yuqori mamlakatlarda.

10% VGC infeksiyasi bo'lgan insonlar kasallik yuqish yo'llarini bilmaydi.

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit D - hepatit D virusi (GDV) keltirib chiqaradigan yallig'lanishli jigar zararlanishi bo'lib, uning replikasiyasi uchun VGB mavjudligini talab qiladi. Bemorda hepatit B virusi bo'lmasa, hepatit D bilan kasallanish mumkin emas. Gepatit D va B viruslari bilan koinfektsiya gepatosellyulyar karsinoma va o'limga olib keladigan jigar kasalligining tez rivojlanishiga olib keluvchi surunkali virusli hepatitning eng og'ir shakli hisoblanadi.

Gepatit D ning oldini olishning yagona usuli bu hepatit B ga qarshi emlashdir.

Hisob-kitoblarga ko'ra, butun dunyo bo'ylab surunkali hepatit B bilan kasallangan odamlarning deyarli 5% hepatit D virusini yuqtirgan va VGB bilan kasallanganlarda jigar kasalligi va jigar saratonining har beshinchi holati VGD koinfektsiyasi bilan bog'liq.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>

VGD virusli gepatitlarning eng og'ir shakli hisoblanadi. VGD defektli RNK saqlovchi virus bo'lib, uning to'liq replikasiyasi va transmissiyasi uchun VGBning yuzaki antigeni (HBsAg) zarur. Surunkali VGB bilan kasallangan bemorlarda VGD o'tkir koinfektsiya yoki superinfektsiya sifatida namoyon bo'ladi.

Delta agentli o'tkir koinfektsiya - ikkita virus bir vaqtning o'zida yuqtirilganda, dastlab HBV replikasiya kuzatiladi, HDV replikasiyasi HBsAg ning ma'lum miqdorgacha to'planganidan so'ng kuzatiladi, chunki HBsAg siz HDV replikasiyalanmaydi. Natijada, koinfektsiya paytida yuqumli jarayon ikki to'lqinli kechadi: 1-to'lqin HBV virusining jigarga immun ta'sirida va 2-to'lqin HDV ning jigarga bevosita sitopatik ta'siri bilan bog'liq.

HBV/HDV koinfektsiyasi odam bir vaqtning o'zida HBV va HDV ni yuqtirganda, HDV superinfektsiyasi esa, surunkali HBV bilan kasallangan odam HDV ni yuqtirganda kuzatiladi. O'tkir HBV/HDV koinfektsiyadan sog'ayish mumkin, HDV superinfektsiyasi mavjud bo'lgan HBV infeksiyasining zo'rayishiga olib kelishi mumkin, bu esa jigar sirrozi va jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Ushbu oqibatlar 70-80% bemorlarda 5-10 yil ichida va surunkali HBV/HDV infeksiyasi bo'lgan odamlarning 15% da 1-2 yil ichida sodir bo'ladi.

2) Ta'rif:

O'tkir virusli hepatit B (VGB) – qo'zg'atuvchining asosan parenteral va vertikal yuqish mexanizmlariga ega bo'lgan virusli antropoz yuqumli kasallik bo'lib, kasallikning surunkali shakliga o'tish ehtimoli ega siklik kechadigan parenximatoz hepatit.

Manba: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli gepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i.

Gepatit B virusi - ikki zanjirli DNK saqlovchi virus bo'lib, gepadnaviruslar oilasiga tegishli.

Yashinsimon kechadigan hepatit B – taxminan 0,1-0,5% bemorlarda uchraydi; bu zararlangan gepatositlarning massiv immun lizisi tufayli kuzatiladi.

Immunokompetent shaxslarda o'tkir hepatit B dan surunkali hepatitga o'tish tezligi birinchi navbatda infeksiyani yuqtirish vaqtida yoshiga qarab belgilanadi. Bu ko'rsatkich perinatal infeksiyada taxminan 90% ni tashkil etadi, bir yildan besh yilgacha bo'lgan kasallik davomiyligida 20 dan 50% gacha va katta yoshda yuqtirganda 5% dan kam.

https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit B yashirin davrining davomiyligi 30 dan 180 kungacha. Virus infeksiyani yuqtirgandan keyin 30-60 kun ichida qonda aniqlanadi va organizmda persitentlanib, surunkali hepatit B ni keltirib chiqaradi, ayniqsa go'daklik yoki bolalik davrida yuqtirilganda.
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

O'tkir virusli hepatit C (VGC) – kasallik o'tkir davrining yengil yoki subklinik kechishi bilan ifodalanuvchi qo'zg'atuvchining parenteral yuqish mexanizmiga ega antropoz yuqumli kasallik hisoblanib, jigar sirrozi va gepatosellyulyar karsinomaning rivojlanishi ehtimoli bo'lgan tez shakllanuvchi surunkali hepatit C rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Gepatit C virusi flaviviruslar oilasiga mansub chiziqli bir zanjirli RNK virusidir. VGC da yashirin davri 2 haftadan 6 oygacha davom etadi, ko'pincha 6-8 haftani tashkil etadi.
<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>
https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final_Reference%20File_0.pdf

Gepatit Delta – hepatit Delta virusi (VGD) keltirib chiqaradigan jigar kasalligi. VGD "satellit virusi" hisoblanadi, chunki u faqat hepatit B virusi (VGB) bilan kasallangan odamlarga yuqishi mumkin. VGD infeksiyasi o'tkir yoki surunkali, uzoq muddatli kasallikka olib kelishi mumkin. Infeksiya VGB bilan bir vaqtning o'zida koinfektsiya sifatida yoki surunkali VGB bilan kasallangan odamlarda superinfeksiya sifatida yuqishi mumkin.
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hdv/hdvfaq.html>
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hdv/hdvfaq.html>

VGD superinfeksiyasi - bu GD virusining HBsAg tashuvchisiga yoki VGB bilan kasallangan bemorga tushishi, bunda GD virusining tez replikasi uchun qulay sharoitlar paydo bo'ladi va shu bilan GB virusining replikativ faolligi pasayadi, bu HBsAg miqdorining pasayishi, HBeAg serokoversiyasi va anti-HBe paydo bo'lishi, virus yuklamasining pasayishi yoki qondan HBV-DNK yo'qolishidan dalolat beradi. Shu bilan birga, HDV virusining replikativ faolligi oshadi, bu qon plazmasida anti-HDV-IgM va IgG, HDV-RNK aniqlanishi va jigar to'qimalarida HDV-Ag aniqlanishi bilan tasdiqlanadi. 4-7 haftalik yashirin davri tugagandan so'ng, o'tkir hepatit Delta surunkali HBsAg tashuvchisida o'tkir boshlanishi, isitma, og'riq sindromi, surunkali jigar kasalligining dekompensatsiya belgilarining kuchayishi bilan rivojlanadi. Keyin yuqumli jarayonning to'liqsimon kechishi kuzatiladi.

Manba: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli hepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i

VGB/VGD koinfektsiyasi odam bir vaqtning o'zida HBV va HDV ni yuqtirganda, HDV superinfeksiyasi esa surunkali HBV bilan kasallangan odam HDV ni yuqtirganda sodir bo'ladi. O'tkir HBV/HDV koinfektsiyasidan sog'ayish kuzatilsa-da, HDV superinfeksiyasi mavjud bo'lgan VGB infeksiyasining tez zo'rayishiga olib kelishi mumkin, bu esa, jigar sirrozi va jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Bu natijalar 70-80% bemorlarda 5-10 yil ichida va surunkali HBV/HDV infeksiyasi bo'lgan odamlarning 15% da 1-2 yil ichida sodir bo'ladi.
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hdv/hdvfaq.html>

2.3. Tasnif:

Klinik ko'rinishlarning namoyon bo'lishi bo'yicha:

- sariqlik;
- sariqsiz;
- belgilsiz;
- subklinik (inapparant).

Og'irlik darajasi bo'yicha:

- yengil shakl;
- o'rta og'ir shakl;

- og'ir shakl;
- fulminant (yashinsimon) shakl.

Kechishining davomiyligi va qaytalanishi bo'yicha:

- o'tkir (3 oygacha);
- uzoq muddatli (3 oydan ortiq);
- residivlar, zo'rayishlar (klinik, fermentativ) bilan.

Oqibatlar:

- tuzalish;
- surunkali virusli gepatit, JS, GSK;
- o'tkir jigar distrofiyasi rivojlanganda o'lim oqibati.

***Manba:** O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2018 yil 27 avgustdagi "O'zbekiston Respublikasida virusli hepatitlarning tashxisoti, davosi va profilaktikasi bo'yicha chora-tadbirlarni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi 542-son buyrug'i*

3. Tashxisot va davolashning usullari, yondoshuvlari va muolajalari:

Fizik tekshiruv

1) muolaja yoki yondoshuvning maqsadi: kasallikning og'irligini aniqlash.

C	Teri va shilliq pardalarda sariqlik borligini aniqlash bilan umumiy ko'rik. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	jigar va taloqning o'lchami (kattalashuvi yoki kichrayishi) va konsistensiyasini aniqlash uchun qorinni palpatsiya qilish. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	Jigar funksiyasining dekompensatsiyasi belgilarini aniqlash (ensefalopatiya, periferik shish, gemorragik sindrom). https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	O'tkir jigar yetishmovchiligi belgilari bo'lgan barcha bemorlarga Glazgo shkalasi bo'yicha ong buzilishi va komaning darajasini o'z vaqtida aniqlash uchun jonlantirish va jadal davolash bo'limi sharoitida ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatish uchun kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 30 daqiqadan kechiktirmay baholash tavsiya etiladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
C	O'tkir parenteral virusli gepatitning og'ir kechishi va jadal davolash zarur shoshilinch holatlarda jigar komasi rivojlanishi kuzatilgan bemorlarni jonlantirish jadal bo'limiga o'tkazish tavsiya etiladi. https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

2) muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar: yo'q;

3) muolaja yoki aralashuv uchun ko'rsatmalar: o'tkir parenteral gepatit bilan kasallangan bemorlar;

4) muolaja yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

- malakali tibbiy yordam yuqumli kasalliklar shifokorlari va boshqa mutaxassis shifokorlar tomonidan ko'rsatiladi va maxsus usullar va murakkab tibbiy texnologiyalardan foydalanishni talab qiladigan kasalliklar va sharoitlarni tashxislash, davolash va oldini olishni o'z ichiga oladi.

5) muolaja yoki aralashuvga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha tashxisot choralari ro'yxati: yo'q.

Tashxisot muolajalari

Instrumental tekshiruvlar.

Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi:

C	<p>O'tkir parenteral virusli gepatit bilan kasallangan bemorlarga qorin bo'shlig'i organlari va qorin bo'shlig'i ortining ultratovush tekshiruvini (UTT) o'tkazish, jigar tuzilishining kattalashishi va o'zgarishini tashxislash, taloqning kattalashishi va oshqozon-ichak yo'lining yondosh patologiyasini istisno qilish tavsiya etiladi.</p> <p><i>Izoh: jigar tuzilishining o'zgarishisiz gepatomegaliya xarakterlidir, splenomegaliya ehtimoli bor.</i></p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>
---	---

1) muolajani o'tkazishdan maqsad: qorin bo'shlig'i ultratovush tekshiruvi ichki organlarning holati to'g'risida ma'lumot beradi: - bu organning shakli, hajmi, tuzilishi, joylashuvi, kistalar, gemangiomalar, boshqa hosilalar, begona qo'shimchalar (toshlar), bo'shliqdagi erkin suyuqlik mavjudligini aniqlashga, o't pufagining qisqarishini, tomirlardagi oqim ko'rsatkichlarini baholashga imkon beradi;

2) muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar: yo'q;

3) muolaja yoki aralashuv uchun ko'rsatmalar: o'tkir virusli gepatit bilan kasallangan barcha bemorlar

4) muolaja yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar: tegishli malakali shifokorlar.

5) muolajaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha tashxisot choralari ro'yxati: yo'q.

6) muolaja yoki aralashuvga qo'yiladigan talablar: – ultratovush apparati mavjudligi. Dezinfektsiyalovchi eritma, qog'oz salftkalar, gel, bir marta ishlatiladigan choyshablar.

7) bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar (bemorni muolaja yoki aralashuvga tayyorlash jarayonining tavsifi), shuningdek muolajani (aralashuvni) amalga oshirishning bevosita usuli: Tadqiqot och qoringa, yaxshisi ertalab, ayniqsa o't pufagini o'rganish orqali amalga oshiriladi. 6-12 soat davomida ovqatlanmaslik lozim. Shuningdek, suyuqlik (bolalar tekshiruvdan oldin 1 soat, kattalar 2 soat ichmasligi kerak) va dori-darmonlar ichmasligi lozim. Tekshiruvdan oldin chekmaslik, xo'rozqand so'rmaslik, saqich chaynamaslik lozim, chunki bu oshqozon va o't pufagining qisqarishiga va shunga mos ravishda noto'g'ri xulosa chiqarishga olib keladi. Agar ultratovush tekshiruvi tushdan keyin amalga oshirilsa, unda yengil nonushta qilishga ruxsat beriladi (tekshiruvdan 5-6 soat oldin).

8) muolaja yoki aralashuv samaradorligining indikatorlari - muolajaning o'z vaqtida bajarilishi; tibbiy hujjatlarda tavsiyalarni bajarish to'g'risidagi yozuvning mavjudligi.

Elektrokardiografiya

S	<p>Yondosh patologiyaning dekompensatsiyasi rivojlanishining oldini olish uchun yurak-qon tomir tizimida (yurak ritmi, yurak chegaralari va tonlarining o'zgarishi, shovqinni aniqlash) har qanday o'zgarishlar bo'lgan bemorlarda elektrokardiografiya (EKG) o'tkazish tavsiya etiladi.</p>
	<p>Izohlar: o'tkir davrda o'tkir parenteral virusli gepatitning sariqlik shakli bo'lgan bemorlar uchun bradikardiya moyillik xarakterlidir va ahvolning yomonlashishi, intoksikatsiyaning kuchayishi va prekomaning rivojlanish xavfi bilan yurak ritmining o'zgarishi, taxikardiya paydo bo'lishi va yurak tonlarining pasayishi prognostik jihatdan noxush belgilar hisoblanadi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

1) muolaja yoki aralashuvning maqsadi – yurak ichki kasalliklari, yurak patologiyalarining tashxisoti

2) muolaja yoki aralashuvga qarshi ko'rsatmalar: yo'q;

3) muolaja yoki aralashuv uchun ko'rsatmalar:

- ko'krak qafasidagi og'riqlar, ayniqsa jismoniy mashqlar paytida paydo bo'ladi;
- yuqori yoki past qon bosimi;
- tushunarsiz hushidan ketish epizodlari;
- bosh aylanishi, xolsizlik, yurak urishi, yurak faoliyatidagi o'zgarishlar;
- xansirash.

4) muolaja yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

- mutaxassisligi bo'yicha oliy tibbiy ma'lumot

5) muolajaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha tashxisot choralari ro'yxati: yo'q.

6) muolaja yoki aralashuvga qo'yiladigan talablar: talabga muvofiq.

7) bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

- muolaja arafasida bemorga yetarlicha uxlash va dam olish, asabiylashmaslik tavsiya etiladi.
- muolajadan oldin jismoniy mashqlar qilmaslik lozim.
- EKGdan oldin ko'krak qafasi sohasiga yog'li losonlar va kremlarni surtish tavsiya etilmaydi.

8) muolaja yoki aralashuv samadorligining indikatorlari: yurakning yondosh patologiyasini tashxislash.

FGDS:

S	<p>Oshqozon-ichak yo'li o'tkir patologiyani aniqlash uchun qorin og'rig'i, qusish "kofe quyqasi" kuzatilgan bemorlarga fibrogastroduodenoskopiya (FGDS) o'tkazish tavsiya etiladi.</p>
	<p>Izoh: qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining shikastlanish xususiyatini aniqlash uchun amalga oshiriladi.</p> <p>https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1</p>

1) muolaja yoki aralashuvning maqsadi – qizilo‘ngach, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatini vizual tekshirish.

2) muolaja yoki aralashuvga qarshi ko‘rsatmalar:

- o‘tkir davrdagi infarkt, insult;
- og‘ir yurak kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi;
- gipertonik kriz;
- bronxial astma;
- qon ivishining buzilishi;
- ruhiy buzilishlarning har xil turlari;
- yuqori xarorat, umumiy og‘ir ahvol, nafas olish tizimi kasalliklari;
- homiladorlik

3) muolaja yoki aralashuv uchun ko‘rsatmalar:

- o‘tkir davrdagi infarkt, insult;
- og‘ir yurak kasalliklari, yurak-qon tomir yetishmovchiligi;
- gipertonik kriz;
- bronxial astma;
- qon ivishining buzilishi;
- ruhiy buzilishlarning har xil turlari;
- yuqori xarorat, umumiy og‘ir ahvol, nafas olish tizimi kasalliklari;
- homiladorlik
- komatoz holat
- talvasalar

4) muolaja yoki aralashuvni amalga oshiradigan mutaxassisga qo‘yiladigan talablar:

- mutaxassisligi bo‘yicha oliy tibbiy ma‘lumot.

5) muolajaga tayyorgarlik ko‘rishda asosiy va qo‘shimcha tashxisot choralari ro‘yxati: yo‘q.

6) muolaja yoki aralashuvga qo‘yiladigan talablar: talabga binoan endoskop va barcha tibbiy asboblarning mavjudligi.

7) bemorni tayyorlashga qo‘yiladigan talablar:

- 10-12 soat ichida og‘iz orqali qabul qilinadigan barcha dorilarni bekor qilish kerak.
- Gastroskopiya dan 8 soat oldin ovqat qabul qilmaslik lozim. Kechki ovqat yengil bo‘lishi lozim. Ertalab nonushta qilish taqiqlanadi, chunki FGDS qat‘iy ravishda och qoringa o‘tkaziladi.
- Tekshiruvdan oldin siydik pufagini bo‘shatish lozim. Agar bemorda protezlar o‘rnatilgan bo‘lsa, muolajadan oldin ularni yechish lozim.

8) muolaja yoki aralashuv samaradorligining indikatorlari:

- oshqozon-ichak traktining patologiyasini tashxislash
- monitorga uzatiladigan rasmni olish.
- zaruriyat bo‘lganda, qon ketishini to‘xtatish

**«PARENTERAL B, C, D VIRUSLI GEPATITLAR»
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKASI VA
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

Toshkent-2025

1. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – MKB-10 shifr(lar)i:

B 16	O‘tkir virusli gepatit B
B16.0	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
B16.1	Delta-agentli (ko-infektsiya) o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
B16.2	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasi bilan
B16.9	Delta-agentsiz o‘tkir virusli gepatit B jigar komasisiz
B17.0	B gepatit latent kechishida delta-agentning o‘tkir superinfektsiyasi
B17.1	O‘tkir virusli gepatit C
	МКБ 10 - Другие острые вирусные гепатиты (B17) (mkb-10.com)

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-11 shifrlari:

1E50.1	O‘tkir virusli gepatit B
1E50.2	O‘tkir virusli gepatit C
1E50.3	O‘tkir virusli gepatit D
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#352087872

2. Asosiy qism

1) Kirish

Gepatit B sog‘liqni saqlashning dolzarb global muammosi hisoblanadi. Infektsiya yuki JSSTning G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida va Afrika mintaqasida eng yuqoridir va ushbu mintaqalarda mos ravishda 116 million va 81 million kishida surunkali kechayotgan gepatit B qayd qilingan. JSSTning Sharqiy O‘rta yer dengizi mintaqasida oltmish million kishi, JSSTning Janubi-sharqiy Osiyo mintaqasida 18 million, JSSTning Yevropa mintaqasida 14 million va JSSTning Amerika mintaqasida 5 million kishi infektsiyani yuqtirgan.

JSST ma’lumotlariga ko‘ra, 2019 yilda aholi orasida HBsAg tarqalishi butun dunyo bo‘ylab 3,8% ni, taxminan 1,5 million infektsiyani yangi yuqtirish, 296 million surunkali VGB infektsiya, VGB bilan bog‘liq jigar yetishmovchiligi, jigar sirrozi yoki birlamchi gepatosellyulyar karsinoma tufayli 820 000 o‘lim kuzatilgan.

G‘arbiy Tinch okeani mintaqasida VGB tarqalishi o‘rtacha bo‘lib, umumiy aholining 5,9% da HBsAg musbatligi kuzatiladi. Bu muvofiq ravishda 2019 yilda VGB bilan bog‘liq asoratlar tufayli taxminan 140 000 ilk bor aniqlangan va 470 000 o‘lim holatini tashkil etadi. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

Gepatit C virusi (HCV) global miqyosda sezilarli ta’sir ko‘rsatadi: 58 million kishi surunkali kechayotgan gepatit S va har yili taxminan 1,5 million infektsiyani yangi yuqtirish kuzatiladi. Bu raqamlar hali ham sezilarli global farqlarga ega. Yuqori daromadli mamlakatlarda kasallik tarqalishi odatda 2% dan kam (1-jadval).

JSST hisob-kitoblariga ko‘ra, 2019 yilda gepatit C dan 290 mingga yaqin odam, asosan jigar sirrozi va gepatosellyulyar karsinomadan vafot etgan.

1-jadval. Dunyoda gepatit C eng ko‘p tarqalgan mamlakatlar

- Misr: 4,4–15%

- Gabon: 4,9–11,2%
- O‘zbekiston: 11,3%
- Kamerun: 4,9–13,8%
- Mo‘g‘uliston: 9,6–10,8%
- Pokiston: 6,8%
- Nigeriya: 3,1–8,4%
- Gruziya: 6,7%
- (Buyuk Britaniya: 0,4%)

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/management.htm#section1>

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/rr/rr6902a1.htm>

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

Gepatit D - gepatit D virusi (GDV) keltirib chiqaradigan yallig‘lanishli jigar zararlanishi bo‘lib, uning replikasiyasi uchun VGB mavjudligini talab qiladi. Bemorda gepatit B virusi bo‘lmasa, gepatit D bilan kasallanish mumkin emas. Gepatit D va B viruslari bilan koinfektsiya gepatosellyulyar karsinoma va o‘limga olib keladigan jigar kasalligining tez rivojlanishiga olib keluvchi surunkali virusli gepatitning eng og‘ir shakli hisoblanadi.

Gepatit D ning oldini olishning yagona usuli bu gepatit B ga qarshi emlashdir. Hisob-kitoblarga ko‘ra, butun dunyo bo‘ylab surunkali gepatit B bilan kasallangan odamlarning deyarli 5% gepatit D virusini yuqtirgan va VGB bilan kasallanganlarda jigar kasalligi va jigar saratonining har beshinchi holati VGD koinfektsiyasi bilan bog‘liq.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>

2) Profilaktika yoki reabilitatsiya ta‘rifi:

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo‘nalishi bo‘lib, salomatlik holatini ta‘minlash va kasalliklarning paydo bo‘lishining oldini olish maqsadida davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiyena va davolash-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o‘z ichiga oladi.

<https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%9B%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0>

Reabilitatsiya «insonning funksional imkoniyatlarini tiklashga va uning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda sog‘lig‘i buzilgan odamlarda nogironlik darajasini kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui» deb ta‘riflanadi.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

3) Profilaktika yoki reabilitatsiya turlari:

- spesifik;
- nospesifik;

4) Jamoat profilaktika tadbirlarini va individual profilaktikani o‘tkazish tamoyillari:

O‘VGBdagi profilaktik va epidemiyaga qarshi ijtimoiy tadbirlar uning epidemiologiyasining xususiyatlarini hisobga olgan holda infeksiyalarning parenteral (gemokontakt) guruhlari uchun ishlab chiqilgan tamoyillariga asoslanadi. Profilaktik chora-tadbirlar majmuasi iloji boricha O‘VGning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasiga yo‘naltirilishi lozim.

3.1. Profilaktika usullari va muolajalari:

1) profilaktika maqsadi (profilaktika maqsadlari ko‘rsatiladi):

- kasalliklar qayta rivojlanishining oldini olish va xavf omillariga ta'sir qilish.

2) VGB ning spesifik profilaktikasi – emlash

VGC ning spesifik profilaktikasi – mavjud emas

VGD ning spesifik profilaktikasi – mavjud emas, VGBga qarshi emlash VGD infeksiyasining oldini oladi.

Ushbu nozologiya bo'yicha birlamchi profilaktika tadbirlarining turlarini sanab o'ting (ushbu savollarga javoblarni yoritadigan ma'lumotlarni yozish zarur - qanday tadbirlar, tadbirlar turi, ular kim uchun mo'ljallangan, ularni kim o'tkazishi kerak, tadbirlar qayerda o'tkazilishi kerak va qachon o'tkazilishi zarur?);

A	<p>Kasallikning rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun barcha fuqarolarga profilaktik emlashlar milliy taqvim doirasida virusli gepatit B ga qarshi muntazam emlash tavsiya etiladi.</p> <p>Izohlar. Tug'ilgandan keyin 24 soat ichida gepatit B ga qarshi vaksinani qo'llash 90-95% infeksiyani yuqtirishning oldini oladi. VGB, shuningdek, kamida ikkita boshqa dozani yuborish bilan birga HBV yuqishini kamaytiradi. JSST barcha chaqaloqlarni gepatit B ga qarshi universal emlashni tavsiya qiladi va birinchi dozani tug'ilgandan keyin imkon qadar tezroq berish lozim. Ushbu strategiya butun dunyo bo'ylab chaqaloqlarni emlash dasturlari amalga oshirilgan hududlarda yosh bolalar orasida SGB tarqalishining keskin pasayishiga olib keldi.</p>
A	<p>HBsAg-manfiy onadan tug'ilgan chaqaloqlar gepatit B vaktsinalarini tug'ilgandan keyin 12 soat ichida imkon qadar erta olishlari kerak, keyingi dozalar esa taqvim rejasiga muvofiq.</p> <p>https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-08/hbv%20China%20guidelines%20update%202022.pdf</p>
A	<p>HBsAg-musbat yoki noma'lum HBsAg maqomiga ega bo'lgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar vaksinani tug'ilgandan keyin 12 soat ichida imkon qadar erta olishlari lozim.</p> <p>Journal of Clinical and Translational Hepatology 2023, Guidelines for chronic hepatitis B</p> <p>https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-08/hbv%20China%20guidelines%20update%202022.pdf</p>
A	<p>Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar va kam vaznli chaqaloqlar HBsAg-musbat yoki noma'lum HBsAg maqomiga ega bo'lgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar (<2500 g) vaksinani tug'ilgandan keyin 12 soat ichida imkon qadar erta olishlari lozim.</p> <p>Journal of Clinical and Translational Hepatology 2023, Guidelines for chronic hepatitis B</p> <p>https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-08/hbv%20China%20guidelines%20update%202022.pdf</p>

Emlangan bolalarning bir qismi (5-10%) emlashga yaxshi javob bermaydi va balog'at yoshida gepatit B virusini yuqtirishga moyil bo'lib qoladi.

SGB bilan kasallangan shaxslarning oila a'zolari va jinsiy sheriklarida VGB infeksiyasining xavfi yuqori va ularda HBsAg, anti-HBs va IgG anti-HBc manfiy bo'lsa, emlanishi lozim. Emlash jadvali vaksina turiga, vasina yuborilgan paytdagi yoshga, tezkor immunizatsiya zarurligiga va o'tmishda gepatit B ga qarshi emlashga javob yo'qligiga bog'liq.

Sog'liqni saqlash xodimlari yoki HBsAg-musbat shaxslar bilan jinsiy aloqa qilish kabi guruhlarda anti-HBs uchun immunizatsiyadan keyingi tahlilni o'tkazish tavsiya etiladi va emlashga javob bermaganlar uch dozali (1 oylik interval bilan) takroriy emlash kursini olishi lozim. Bu 44-100% shaxslarda himoya antitelolari darajasining oshishiga olib keladi.

VGB bilan kasallanish xavf guruhlari emlanishi kerak: diabetga chalingan shaxslar, vazni 2000 grammdan kam bo'lgan chaqaloqlar, surunkali buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlar, OIV-musbat shaxslar va immuniteti zaif bo'lganlar.

Homilador ayollar. Homiladorlik, laktatsiya gepatit B ga qarshi emlash uchun qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi.

<https://www.who.int/publications/i/item/WER9227>

1-sutka ichida VGB-1

2-oylikda VGB-2

3-oylikda VGB-3

4-oylikda VGB-4

O'zbekiston Respublikasida profilaktik emlashlar taqvimini

Yosh	Emlash nomi
1-sutka	VGB-1
2-5 kunlik	BSJ-1
2 oylik	OPV-1, Rota-1, Penta-1 (AKDS-1, VGB-2, XIB-1), PNEVMO-1
3 oylik	OPV-2, Rota-2, Penta-2 (AKDS-2, VGB-3, XIB-2), PNEVMO-2
4 oylik	OPV-3, Rota-3, Penta-3 (AKDS-3, VGB-4, XIB-3), IPV
12 oylik	KPK-1, PNEVMO-3
16 oylik	OPV-4, AKDS-4
6 yosh	KPK-2
7 yosh (1-sinf)	OPV-5, ADS-M-5
9-13 yosh	VPCH
16 yosh	ADS-M-6

3) Nospesifik profilaktika

C	Infeksiya tarqalishining oldini olish uchun infeksiya manbalarini faol aniqlash tavsiya etiladi (infeksiya xavfi yuqori bo'lgan va/yoki alohida epidemiologik ahamiyatga ega bo'lgan shaxslarni tekshirish).
C	Infeksiya tarqalishining oldini olish maqsadida sun'iy yuqish mexanizmining profilaktikasi, (faqat hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra qon quyish, invaziv tekshiruv usullarining asosligi, bir martalik anjomlardan foydalanish, tibbiy asboblardan va jihozlarni qayta ishlash rejimlariga qat'iy rioya qilish, tibbiyot xodimlari tomonidan himoya vositalaridan foydalanish), xavfsiz in'yeksiya (jumladan, qon olish va akupunktura ignalari) va standartlarga qat'iy rioya qilish tavsiya etiladi. Kasalxona ichi infeksiyalarida ehtiyotkorlik tamoyillari. Xizmat ko'rsatish sohasida, jumladan, soch olish, soqol olish, pedikyur, teshish va tatuirkada ishlatiladigan asboblardan qat'iy sterilizatsiya qilinishi lozim.

3.2. Reabilitatsiya usullari va muolajalari:

- **reabilitatsiya maqsadi:** hayot sifatini yaxshilash, organizmni sog'lomlashtirish va mustahkamlash

C	Davolash samaradorligini nazorat qilish maqsadida bemor ahvoli, jigar hajmining me'yorlashuv tezligi va biokimyoviy tekshiruvlar natijalarining dinamikasiga qarab, O'GV bilan kasallangan barcha bemorlarga 12 oy davomida poliklinikaning yuqumli kasalliklar kabinetida dispanser nazorati tavsiya etiladi
---	---

	Izohlar: GB bilan davolanib chiqqan bemorning (yashash joyida) dispanser kuzatuvu u kasalxonadan chiqqanidan keyin bir oydan kechiktirmay, laborator ko'rsatkichlari me'yorlashganda amalga oshiriladi. Agar Bemor aminotransferaza faolligining sezilarli darajada oshishi bilan kasalxonadan chiqarilgan bo'lsa, ko'rik kasalxonadan chiqarilgandan 14 kun o'tgach amalga oshiriladi. Og'ir jismoniy mehnat va sport mashg'ulotlaridan ozod qilish muddati 6 oydan 12 oygacha bo'lishi lozim. Klinik ko'rik, biokimyoviy, immunologik va virusologik testlar kasalxonadan chiqarilgandan 1, 3, 6 oy o'tgach amalga oshiriladi.
C	Immunopatologik holatlarning paydo bo'lishini istisno qilish uchun 6 oy davomida kasalxonadan chiqqandan keyin barcha bemorlarga (agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa) qoqshol anatoksini va quturishning oldini olish uchun vaksinadan tashqari profilaktik emlashlardan saqlanish tavsiya etiladi.
C	Jigar shikastlanishining rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun rejalashtirilgan operatsiyalarni bajarishdan va gepatotoksik dorilarni qabul qilishdan va barcha bemorlarga gepatit B dan keyin olti oy davomida spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdan saqlanish tavsiya etiladi. Ayollarga kasalxonadan chiqqandan keyin 12 oy davomida homiladorlikdan saqlanish tavsiya etiladi.

Tibbiy reabilitatsiya va sanatoriya-kurortda davolanish

C	Maxsus davolash davomida reabilitatsiya tadbirlari rejasiga ijtimoiy-psixologik yordam ko'rsatishni kiritish tavsiya etiladi.
C	Asoratlar rivojlanishining oldini olish uchun O'GV bilan kasallangan barcha bemorlarga reabilitatsiya tadbirlarini kasallik avj olgan bosqichda yoki erta rekonvalesensiya davrida boshlash tavsiya etiladi.
C	Bemorning to'liq tiklanishiga erishish uchun barcha O'GV bemorlarga reabilitatsiya va tiklash choralari bormorning moslashuvchan va zaxira imkoniyatlariga mos kelishi tavsiya etiladi. Izohlar: jismoniy va aqliy yuklamaning bosqichma-bosqich oshirish, shuningdek, turli xil ta'sir usullarini tabaqalashtirilgan qo'llanishi muhim ahamiyatga ega https://diseases.medelement.com/disease/острый-гепатит-в-у-взрослых-кп-rf-2021/16918

4. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari:

4.1. Profilaktika va reabilitatsiya uchun ko'rsatmalar:

- bemorning jismoniy faoliyatga bardoshlilik;
- moddalar almashinuvining yaxshilanishi, organizmni sog'lomlashtirish va mustahkamlash
- jigar va o't pufagidagi dimlanishni kamaytirish.
- qorin bo'shlig'i bosimining asosiy regulyatori bo'lgan diafragmaning harakatchanligini oshirish.
- jigar va qorin bo'shlig'ining boshqa organlarida qon aylanishini yaxshilash.
- o't pufagidan o't chiqishini rag'batlantirish.

4.2. O'tkaziladigan profilaktika turlarini aniqlash mezonlari (dalillarga asoslangan tibbiyot ma'lumotlariga asoslangan xalqaro standartlarga muvofiq):

- bemor umumiy holatining yaxshilanishi;
- jigar va o't chiqarish yo'llari faoliyatini yaxshilanishi

4.3. Reabilitatsiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari (hayotiy faoliyatning mavjudligi, cheklovlari va sog'liqning xalqaro tasnifi xalqaro shkalalari)

- ko'rsatmalarga muvofiq

5. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

(tibbiy reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari, shuningdek ularni amalga oshiruvchi tibbiy tashkilotlar profiliga muvofiq ko'rsatiladi).

Reabilitatsiyaning I bosqichi – avaylovchi harakat rejimi (2-4 kun) boshlanishi -stasionar bo'g'imda

- Davolash jismoniy tarbiyasi (DJT) kasallikning o'tkir davrida yuqori tana harorati, ECHT va kuchli og'riqlarda to'liq taqiqlanadi

Bunday holda, quyidagilar qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi:

- tana past haroratining mavjudligi;
- o't pufagida palpatsiya paytida og'riqning mavjudligi, jigarning ozgina kattalashuvi, shuningdek jigarda yengil og'riqli hissiyoti;
- ba'zida angio-xolesistit mavjud bemorlarda o't pufagidan safro oqimining sustlashuvi natijasida yuzaga keladigan yengil sariqlik.

Qorin presssi mushaklari uchun mashqlar va nafas olish mashqlari o't suyuqligi sekresiyasini yaxshilashga va sariqlikni tezda yo'q qilishga yordam beradi.

Jigar kasalliklarida, xususan, safro chiqishi uchun fizioterapiya mashqlarining eng yaxshi ta'siri, shubhasiz, dastlabki holat yotish chog'ida erishiladi, 4 ta mumkin bo'lgan pozitsiyalardan har biri o'ziga xos xususiyatlarga ega (orqa, qorin, o'ng tomonda, chap tomonda yotish). Dastlabki yotgan holat qorin bo'shlig'i, oyoq-qo'llar va diafragma bilan nafas olish uchun mashqlar doirasini sezilarli darajada kengaytirishga imkon beradi, shunga qaramay, safro chiqishi uchun ushbu boshlang'ich pozitsiyada mashqlardan foydalanish ta'siri birinchi variantga qaraganda biroz pastroq. Qorin bo'shlig'ida yotgan dastlabki holat qorin bo'shlig'i bosimining oshishini ta'minlaydi. O't pufagiga pressor bosimi hosil bo'lishi tufayli uning bo'shatilishiga hissa qo'shadigan qo'shimcha ta'sir paydo bo'ladi. Dastlabki tik holatda gimnastika mashqlarining keng to'plamidan foydalanish imkoniyati yaratiladi. Ushbu pozitsiya safro chiqishi uchun unchalik qulay emas, ammo nafas olish va o'yin mashqlari doirasini kengaytiradi. Ikkinchisi, ayniqsa, bolalar bilan ishlashda juda muhimdir.

- Jigar faoliyatini tiklash uchun ovqatlanish

Kun davomida 5-6 marta, kichik qismlarga bo'lib to'laonli ovqatlanish tavsiya etiladi.

1-jadval

Ovqatlanishning majburiy komponentlari

№	Komponent	Mahsulotlarga misollar
1.	Yengil o'zlashtiriladigan oqsil	Tovuq go'shti, kurka go'shti, yosh molning go'shti, tvorog, tuxum
2.	Foydali yog'lar	Dengiz balig'i, yong'oqlar, o'simlik moylari
3.	Ozuqaviy tolalar	Yormalar, yangi sabzavot va mevalar
4.	Sekin o'zlashtiriladigan uglevodlar	Yormalar, sabzavotlar
5.	Probiotiklar	Qatiq mahsulotlari, tuzlangan karam
6.	Temir	Petrushka, mol jigari, grechka

Reabilitatsiyaning II bosqichi – avaylovchi mashg'ulot rejimi (6-9 kun) - ambulator sharoitida.

Kasalxonadan chiqqandan so'ng, DJT nafaqat tavsiya etiladi, balki zarurdir, chunki ko'p hollarda bemorlar kasallikning qoldiq holatlari bilan kasalxonadan chiqishadi. Aynan shu davrda DJT bilan muntazam shug'ullanish bemorning sog'lig'ini sezilarli darajada mustahkamlashga imkon beradi. DJT komplekslari muayyan ketma-ketlikda qo'llaniladi. Yuklama mashqlar asnosida kuchayib boradi.

Yordamchi jismoniy tarbiya tadbirlari umumiy mustahkamlash, organizmning hayot tonusini oshirish, asab tizimini mustahkamlash va tiklanishiga yordam berishda katta ahamiyatga ega. Bularga uzoq muddatli o'rtacha jismoniy mashqlar (tekis yerlarda yurish, terrenkur, piyoda sayohatlar, yaqin turizm) kiradi. Muayyan sharoitlarda suzish, chang'i va konkida uchish, voleybol o'yinlari, tennisdan foydalanish tavsiya etiladi. Ochiq havoda mexnat terapiyasi – bog' ishlari va boshqalar yaxshi samara beradi.

III bosqich-mashg'ulot davri (15-20 ta mashg'ulot yoki undan ko'p) - reabilitatsiya markazi-sanatoriy

- DJT bilan shug'ullanish;
- jismoniy mashqlar;
- qorin va ichak massaji.

Jigar kasalliklarida davolovchi jismoniy tarbiyaning vazifalari (Kurkin V.A. Farmakognoziya. – Samara: OOO «Ofort», GOUVPO «SamGMU», 2004.)

6. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatadigan tashxisot choralari:

7. Darajasi ko'rsatilgan tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya taktikasi:

8. Profilaktik va reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik indikatorlari

9. Protokolning tashkiliy jihatlar:

1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risida ma'lumot: yo'q

2) ekspertlar ma'lumotlari:

Kamilov Farxod Xaydarovich

t.f.d., Toshkent pediatriya tibbiyot instituti yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida dotsenti

Kosherova Вахыт Nurgaliyevna

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

3) protokolni qayta ko'rib chiqish shartlari: chop etilganidan so'ng 3 yildan so'ng yoki samaradorligi isbotlangan tashxisot va davolashning yangi usullari mavjud bo'lganda.

4) foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

4. Virusli gepatit bo'yicha JSST ning 2023 yil 18 iyuldagi axborot byulleteni.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>

5. Kasalliklar nazorati va profilaktikasi bo'yicha markaz (CDC). HCV infeksiyasini va HCV bilan bog'liq surunkali kasalliklar profilaktikasi va nazorati bo'yicha tavsiyalar. Tavsiya va yo'riqnomalar.

<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/management.htm#section1>

6. [Graham Parsons](#), Hepatitis C: epidemiology, transmission and presentation
<https://doi.org/10.1002/psb.1992>

<https://wchh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/psb.1992>

7. S virusli gepatiti bo'yicha JSST ning 2023 yil 18 iyuldagi axborot byulleteni.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

8. D virusli gepatiti bo'yicha JSST ning 2023 yil 18 iyuldagi axborot byulleteni
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-d>
9. Virusli gepatitlarni diagnostikasi va yuritish bo'yicha milliy protokol. Hindiston sog'liqni saqlash va oilaviy farovonlik vazirligi.
<https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Diagnosis%20and%20management%20of%20viral%20Hepatitis%20Final%20Reference%20File%200.pdf>
10. Kattalardagi o'tkir parenteral gepatitlar bo'yicha klinik tavsiyalar (RF).
https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
11. Bolalarda o'tkir S virusli gepatiti. Klinik tavsiyalar. «Sankt-Peterburg shahri va Leningrad viloyati infeksiyalar shifokorlari uyushmasi» mintaqalararo jamoat tashkiloti (MOO AVISPO). «Yuqumli kasalliklar bo'yicha YevroOsiyo jamiyati» Xalqaro jamoat tashkiloti
https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/ostryj-virusnyj-gepatit-s-u-detej_14150/
12. Qozog'iston Respublikasi SSV 2015 yildagi klinik protokollari. Kattalardagi B, D va C o'tkir virusli gepatitlari.
<https://diseases.medelement.com/disease/ostrye-virusnye-gepatity-v-d-i-s-u-vzroslyx/14164>
13. Gepatitlar bo'yicha EASL 2017 tavsiyalari.
<https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b/>
14. Gepatitlar bo'yicha EASL 2018 tavsiyalari.
<https://easl.eu/publication/easl-recommendations-treatment-of-hepatitis-c/>
25. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255841/WER9227-rus.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
26. <https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-08/hbv%20China%20guidelines%20update%202022.pdf>
27. <https://diseases.medelement.com/disease/ostry-gepatit-v-u-vzroslyx-kr-rf-2021/16918>
28. <https://diseases.medelement.com/disease/xronicheskiy-virusny-gepatit-s-u-vzroslyx-kr-rf-2021/17070>

Ovqatlanish xususiyatlari

Parhez jigarga yumshoq ta'sir ko'rsatadigan yaxshi ovqatlanishni ta'minlaydi. Natijada jigar va o't yo'llarining ishi normal holatga qaytadi, safro sekresiyasi yaxshilanadi. 5-stolda oqsillar, yog'lar va uglevodlarning maqbul miqdori mavjud va shu bilan birga purinlar, azotli moddalar, xolesterin, efir moylari, oksalat kislotasi, qovurish natijasida hosil bo'lgan yog' oksidlanish mahsulotlariga boy ovqatlar chiqarib tashlanadi. Shu bilan birga, 5-sonli parhezning tarkibi tolalar, pektinlar, suyuqlik bilan boyitilgan.

Ushbu parhez bo'yicha ovqatlanish qovurilgan ovqatlarni istisno qiladi, ba'zida yog'da dimlangan ovqatlarga ruxsat beriladi va qaynatilgan va kabob taomlar ustunlik qiladi. Faqat tolali go'sht va tolaga boy sabzavotlar qirg'ichdan o'tkaziladi. Sabzavotlar yog'da dimlanmaydi. Ovqatlanishning maqbul soni kuniga besh-olti marta, ovqat esa faqat iliq bo'lishi lozim. 5-sonli parhezning o'ziga xos xususiyati shundaki, uni uzoq vaqt, bir yarim yildan ikki yilgacha ishlatish lozim. Shuni ta'kidlash kerakki, xuruj davrlaridan tashqari, parhez sog'lom ovqatlanishdan unchalik farq qilmaydi, faqat ba'zi xususiyatlar bundan mustasno. Shuning uchun, bu muddat hadik va tahdidga solmasligi lozim.

5-sonli parhez: kimyoviy tarkibi va energetik qiymati.

Oqsillar - 90-100 g (60% hayvon oqisllari), yog'lar – 80-100 g (30% o'simlik yog'lari), uglevodlar – 350-400 g (70-90 g shakar), tuz – 10 g, erkin suyuqlik – 1,8 – 2,5 l. Parhezning kalloriya tarkibi – 2500-2900 kkal.

5-sonli stol mahsulotlar jadvali: ruxsat etilgan va taqiqlangan

Mahsulotlar jadvali	
Ruxsat etilgan mahsulotlar	Taqiqlangan mahsulotlar
Non mahsulotlari	
1-va 2-navli unlardan tayyorlangan bug'doy noni, kechagi pishirilgan yoki quritilgan pishirilgan unlardan tayyorlangan javdar noni, yaroqsiz pechenye.	Yangi non, qavatli va sariyog' xamiri, qovurilgan xamirli mahsulotlar
Sut va sut mahsulotlari	
Kam yog'li sut, yangi yogurt, kefir, tvorog (ko'p yoki kam yog'li) kuniga 200 g gacha. Kichik miqdorda o'tkir, kam yog'li pishloq ruxsat beriladi.	Sut 6% yog', qaymoq, ryajenka, smetana, yog'li tvorog, sho'r, yog'li pishloq
Sho'rvalar	

Mahsulotlar jadvali	
Ruxsat etilgan mahsulotlar	Taqiqlangan mahsulotlar
Qirg'ichdan o'tkazilgan sabzavotli vegetarian sho'rvalar, pyure sho'rvalar va kremlar, yarmi suvli sutli sho'rvalar. Yaxshi qaynatilgan yorma (guruch, jo'xori uni) va mayda tug'ralgan kartoshka, sabzi, oshqovoq bilan suyuq taomlarga ruxsat beriladi.	Go'sht, baliq va qo'ziqorin qaynatmalari, okroshka, tuzlangan karam sho'rva.
Go'sht va go'shtli taomlar	
Pay va fassiyasiz yog'siz go'sht turlari, masalan, mol go'shti, buzoq go'shti, quyon, tovuq, kurka. Pay va yog'lar go'shtdan olib tashlanishi kerak va parranda terisiz iste'mol qilinadi. Kam yog'li qiyma go'shtdan bug'langan kotletlarni tayyorlash tavsiya etiladi.	Yog'li go'sht, o'rdak, g'oz, jigar, buyrak, miya, dudlangan go'sht, ko'pchilik kolbasa va barcha konservalangan go'sht.
Baliq va baliqdan tayyorlangan taomlar	
baliqning kam yog'li turlari – qaynatilgan, bug' yoki kotlet shaklida.	Yog'li baliq turlari, dudlangan va tuzlangan baliq, konservalangan baliq.
Yorma va makaron mahsulotlari	
Guruch, grechka, so'li yormasi uni suvlik sutda qaynatilgan bo'tqa shaklida yaxshi pishiriladi. Qaynatilgan makaron taomlarga ham ruxsat beriladi.	
Sabzavotlar	
Kartoshka, sabzi, lavlagi, gulkaram, ko'katlar. Sabzavotlarlar qirg'ichdan o'tkazilib, qaynatilgan, bug'da pishirilgan (pyure, sufle va boshqalar) shaklida pishirilgani va xom holda.	Ismaloq, otquloq, turp, rediska, yashil piyoz, sarimsoq, qo'ziqorin, barcha do'kkaklilar, marinadlangan sabzavotlar.

Mahsulotlar jadvali	
Ruxsat etilgan mahsulotlar	Taqiqlangan mahsulotlar
Tuxum va tuxumli taomlar	
Tuxum oqidan bug‘da va o‘tda toblab pishirilgan omlet. Omletni tayyorlashda ½ -1 tuxum sarig‘i va 1-2 tuxum oqidan foydalanish tavsiya etiladi.	Qattiq qaynatilgan va qovurilgan tuxum. O‘t toshi kasalligida taomlarga kuniga ½ tuxum sarig‘i qo‘shiladi.
Yog‘lar	
Cheklangan miqdordagi sariyog‘ (sof shaklda kuniga 10-20 g). Agar bemorda qarshilik bo‘lmasa, taomlar sirasiga yangi rafinadlangan o‘simlik moylari (kuniga 20-30 g) kiritilishi mumkin.	Cho‘chqa go‘shti, mol go‘shti, qo‘y yog‘i, kulinariya yog‘lari.
Gazaklar	
O‘simlik yog‘i bilan yangi sabzavotli salatlar, mevali salatlar, vinegretlar, qovoq ikra, qaylali baliq (qaynatilgandan keyin), suvda ivitilgan, kam yog‘li seld, qiyma to‘ldirilgan baliq, dengiz mahsulotlaridan salatlar, qaynatilgan baliq va go‘sht, doktor, sutli, parhez kolbasa, kam yog‘li vetchina, achchiq bo‘lmagan, kam yog‘li pishloq.	Achchiq va yog‘li gazaklar, ikra, dudlangan go‘sht, konserva.
Mevalar va reza mevalar	
Yetilgan, yumshoq, shirin mevalar va reza mevalar (nordon navlardan tashqari) xom tabiiy yoki qirg‘ichdan o‘tkazilgan shaklida, pishirilgan, qaynatilgan. Shuningdek, kisel, jele, musslar tayyorlanadi. Quritilgan mevalar qirg‘ichdan o‘tkazib ishlatiladi.	Meva va reza mevalarning nordon navlari.
Shirinliklar	

Mahsulotlar jadvali	
Ruxsat etilgan mahsulotlar	Taqiqlangan mahsulotlar
Shakar, asal, murabbo, marmelad (kuniga 70 g gacha), sut va mevali kisellar.	Shokolad va shokolad mahsulotlari, kremli mahsulotlar, muzqaymoq, pirojnyu, tortlar.
Ichimliklar	
Limon, sutli achchiq bo‘lmagan choy, sut bilan achchiq bo‘lmagan kofe, shirin meva va rezavor sharbatlari, kompot, na’ matak qaynatmasi.	Qora kofe, kakao, sovuq ichimliklar.

5-sonli davolash stolining ikki turi.

Ushbu parhezning ikki turi mavjud.

5a parhezi dastlabki bosqichda o‘tkir gastrit va xolesistit, angioxolit va o‘t yo‘llarining boshqa shikastlari, jigar va o‘t yo‘llari kasalliklari, yallig‘lanishli oshqozon va ichak kasalliklari yoki oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasi bo‘lgan odamlarga buyuriladi. Jigar va o‘t yo‘llarining funksiyalarini tiklaydi, safro sekresiyasini va jigarda glikogenning to‘planishini rag‘batlantiradi. Ushbu parhez 5-stollning umumiy qoidalariga mos keladi.

5b parhezi xurujdan keyin tiklanish davrida surunkali pankreatit uchun buyuriladi, shuningdek, xuruj davridan keyin ham tavsiya etiladi. Ushbu parhezning maqsadi oshqozon osti bezi faoliyatini me‘yorlashtirish, o‘t pufagining qo‘zg‘aluvchanligini kamaytirishdir. Shuning uchun parhezda ekstraktiv moddalar, purinlar, qiyin eriydigan yog‘lar, xolesterin, efir moylari, qo‘pol kletchatka keskin cheklangan. Qovurilgan ovqatlar qabuliga yo‘l qo‘yilmaydi. Shu bilan birga, vitaminlar miqdori oshirilgan.