

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

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

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

Тошкент-2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИЭМИЮПКИАТМнинг
Вирусология ИТИ директори
Э.И.Мусабаев



2025 йил

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

Тошкент-2025

Мундарижа

«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....	3
«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	46
«СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	59

1. Кириш қисми

1) Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10 кодлари:

B 18.0	Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В
B 18.1	Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-11 кодлари:

1E51.0	Сурункали вирусли гепатит В
--------	-----------------------------

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

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

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

3) Асосий муаллифлар рўйхати:

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

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

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошерава Бахыт Нургалиевна

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

5) Муҳокама ўтказилган сана

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

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

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

6) Қисқартмалар рўйхати

Anti-HCV	гепатит С вирусига қарши антитаналар
HBsAg	гепатит В вируси юзаки антигени
HBeAg	гепатит В вируси е антигени
HBV	гепатит В вируси
HDV	гепатит D вируси
HCV	гепатит С вируси
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АФП	альфа-фетопротеин
АИГ	аутоиммун гепатит
ЖССТ	Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ВГВ	вирусли гепатит В
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ВГD	вирусли гепатит D
МЮЧ	меъёрнинг юқори чегараси
ГГТ	гамма-глутамилтрансфераза

ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	дезоксирибонуклеин кислота
ХБ	Халқаро бирлик
ХКТ-10	Халқаро касалликлар таснифи, 10-марта қайта кўриб чиқилган
ХПН	халқаро патентланмаган ном
БЭ	билвосита эластометрия
ЎВГ	ўткир вирусли гепатит
ББЖЦ	бирламчи билиар жигар циррози
ВҚД	вирусга қарши даво
РНК	рибонуклеин кислота
КФТ	коптокчалар фильтрация тезлиги
м/с	марта суткасига
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текширув
СБК	сурункали буйрак касаллиги
СВГВ	сурункали вирусли гепатит В
СГВ	сурункали гепатит В
ЖЦ	жигар циррози

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

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

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

8) Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларга асосланган тиббиёт асосида ишончлилик даражаси шкаласи.

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

ДЕЛЬТА АГЕНТСИЗ СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В

1. Асосий қисм

1.1. Кириш

Вируси гепатит В (HBV) инфекцияси жамоат соғлиғини сақлашнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, сурункали жигар касаллигининг сабаби ҳисобланади ва маълумотларга кўра, 2019 йилда жигар циррози ва саратони туфайли 820 000 ўлим кузатилган.

ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда 296 миллион кишида сурункали гепатит В кузатилган, касалликнинг номутаносиб юки паст ва ўрта даромадли мамлакатларга тўғри келган.

Сурункали гепатит В (СГВ) глобал юкининг катта қисми туғруқ пайтида ёки ундан кейин қисқа вақт ичида онадан болага юқиши билан боғлиқ бўлиши мумкин ва бундай перинатал инфекциялар сурункали касалликнинг юқори кўрсаткичларига олиб келади. В гепатит вирусига қарши оммавий эмлаш, жумладан, туғилган вақтида гепатит В вирусига қарши эмлашнинг ўз вақтида амалга оширилиши орқали гепатит В вирусининг перинатал юқишини бартараф этишда сезиларли ютуқларга эришилди, бу болалар ўртасида касалликни янги юқтиришни камайтиришда юқори самара берди. СГВ инфекцияси бўлган инсонларни нуклеозид аналоглари, ҳозирда тавсия этилган тенофовир ва энтекавир билан даволаш жуда самарали бўлиб, жигар циррознинг зўрайишини кечиктириши, гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) касаллигини камайтириши ва узоқ муддат яшашини яхшилаши мумкин.

Бироқ, текширув ва даволашда катта бўшлиқ сақланиб қолмоқда. 2019 йилда СГВ билан касалланган тахминан 296 миллион кишининг атиги 10% га ташхис қўйилган ва 2% даво олган. Элиминация мақсадларига эришиш учун текширув ва даволашни кенгайтириш, гепатит В текшируви ва даволанишига тўсиқларни бартараф этиш учун текширув ва ёрдам кўрсатиш мезонларини тубдан соддалаштириш талаб қилинади.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>

Гепатит В инфекциясини ДНК сақловчи гепатит В вируси (HBV) чақиради. ВГВ инфекцияси ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин ва белгиларсиз ёки касалликнинг энгил шаклидан то оғир ёки камроқ тарқалган фульминант гепатит шаклида кечиши мумкин. Ўткир гепатит В одатда ўз-ўзидан соғайиб кетадиган касаллик бўлиб, ўлим даражаси 0,5-1% ни ташкил қилади. Сурункали вирусли гепатит В қон ёки қон зардобида HBsAg нинг олти ойдан ортиқ вақт давомида аниқланиши билан белгиланади.

Дунё аҳолисининг деярли ярми умуман олганда, юқори эндемик бўлган ҳудудларда яшайди. HBeAg-манфий гепатит В нинг тарқалиши сўнгги ўн йил ичида HBV билан

касаланган аҳоли қариши билан ошди ва бу баъзи хуудларда кўпчилик ҳолатларни ташкил қилади. Маълумотларга кўра, 2022 йилда гепатит В 1,1 миллион ўлимнинг сабаби бўлган. Самарали аралашувсиз, ВГВ инфекциясидан ўлим даражаси ўсишда давом этади ва 2034 йилга келиб ўлим даражаси 1,14 миллионга етади. Осиё ва бошқа кўпгина минтақаларда гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) ва жигар циррози билан касалланиш 35-40 ёшгача паст, сўнгра геометрик прогрессияда ошади (Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection 29 March 2024-WHO).

1.2. Таъриф

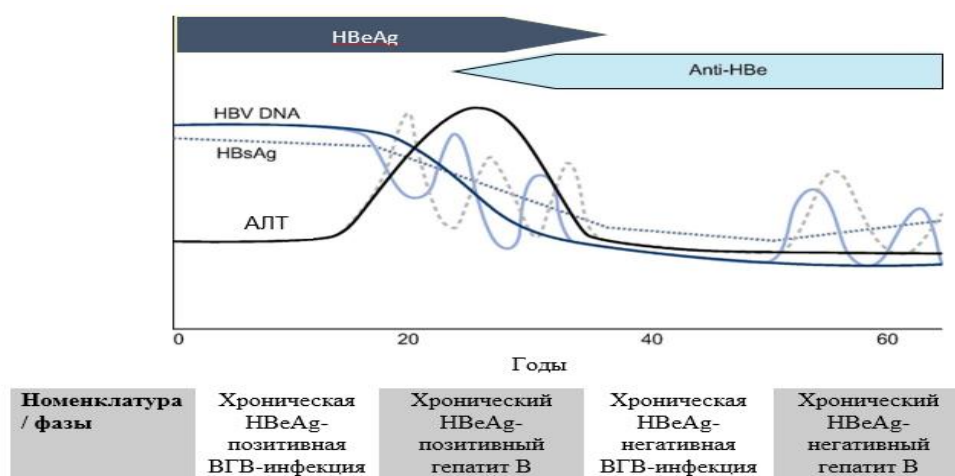
Сурункали гепатит В (СГВ) гепатит В вируси келтириб чиқарадиган некрояллиғланишли жигар касаллиги бўлиб, қон ёки зардобда 6 ойдан ортиқ вақт давомида гепатит В вирусининг юзаки антигени (HBsAg) аниқланиши билан намоён бўлади.

<https://diseases.medelem.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388>

1.3. Тасниф

ХКТ-10 бўйича: Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

ХКТ-10 бўйича: Сурункали вирусли гепатит В



Расм. Сурункали ВГВ-инфекциясининг кечиши

СВГВ босқичлари

1. HBsAg-мусбат босқич - HBV репликациясининг юқори даражаси, одатда $>10^7$ ХБ/мл, меъёрдаги ёки меъёрга яқин зардоб аминотрансфераза (АЛТ) даражаси, жигар биопсиясида минимал некрояллиғланишли ўзгаришлар, фибрознинг йўқлиги ёки секин ривожланиши ва паст даражали спонтанлик билан тавсифланади. Ёшлик даврида HBsAg нинг доимий мавжудлиги ва зардобда HBV ДНК миқдорининг нисбатан юқори (одатда 10^5 дан 10^7 ХБ/мл гача) бўлиши билан кечувчи босқич кузатилиши мумкин, фаол яллиғланишли касалликни кўрсатувчи зардоб аминотрансфераза даражасининг ошиши кузатилади. Зарарланган гепатоцитларга қаратилган Т хужайралар цитолитик жавоблари АЛТ нинг ошишига ва HBV ДНК даражасининг пасайишига олиб келади. Даврий зўрайишлар интенсивлиги турлича бўлиши мумкин.

2. HBeAg-манфий босқич икки шаклда кечади.

Баъзи одамларда (йилига тахминан 10-15%) HBeAg нинг анти-HBe га спонтан сероконверсия бўлиши ва HBV ДНК миқдори ва зардоб АЛТ миқдорининг сезиларли пасайиши кузатилиши мумкин. Ушбу тоифадаги беморларда зардоб аминотрансфераза даражалари одатда меъёрда ва HBV ДНК миқдори 1000 ХБ/мл атрофида бўлиши кузатилади. Уларнинг баъзиларида HBeAg нинг анти-HBe га сероконверсия бўлиш вақтига қараб камроқ некрояллиғланиш ёки фиброз кузатилиши ёки улар умуман кузатилмаслиги мумкин.

Аксинча, HBeAg сероконверсияси HBeAg-манфий касаллик кечишига ўтишини кўрсатиши мумкин, бунда ядро олди ёки базал ядро промоторидаги мутациялар HBV репликацияси давом этаётганига қарамай, HBeAg ни сусайтиради. HBeAg-манфий касаллик зардобда АЛТ даражасининг ўзгариб туриши билан тавсифланади. HBeAg-мусбат инсонларга қараганда HBV ДНК миқдори пастроқ, ва одатда 10^3 дан 10^5 ХБ/мл гачани ташкил этади. HBsAg миқдори юқориликча қолиши мумкин (>1000 ХБ/мл). Шундай қилиб, HBeAg-манфий касаллик ўзгарувчан кечишга эга бўлиб, аномал ёки ўзгариб турадиган қон зардобдаги АЛТ ва HBV ДНК даражаси, некрояллиғланишли ўзгаришлар ва жигар циррозига тезроқ ўтиши (йиллик частота 8-20%) кузатилади. Касалликнинг зўрайиши кузатилган инсонларда рецидивланувчи зўрайишлар ва оғир некрояллиғланишли ўзгаришлар билан кузатилувчи кўприксимон фиброз кузатилади.

3. Яширин ВГВ-инфекцияси (окульт гепатит В): қонда HBsAg аниқланмайдиган инсонларда жигарда ёки зардобда HBV ДНК персистенцияси аниқланади. Қонда HBsAg манфий, аммо анти-HBe мусбат бўлган беморларда иммунодепрессант дори-дармонларни қабул қилганда жараённинг қайта фаоллашиши кузатилиши мумкин. Қон қуйиш марказларида донорлар популяцияларида инфекциянинг ягона белгиси сифатида HBsAg қўлланилганда яширин инфекцияси мавжуд беморлар инфекциянинг янги потенциал манбаи бўлиб ҳисобланади. HBV реактивацияси спонтан пайдо бўлиши мумкин ёки кимётерапия ва бошқа иммуносупрессив даво билан чақирилиши мумкин ва ўлимга олиб келадиган ўткир сурункали гепатитга олиб келиши мумкин, шунинг учун нуклеоз(т)ид аналоглари билан даво қўлланилади.

2. Ташхот усуллари, ёндошувлари ва муолажалари

2.1. Ташхот мезонлари

2.1.1. Шикоятлар:

Сурункали гепатит В кўпинча касалликнинг дастлабки босқичларида белгиларсиз кечади; дармонсизлик ва чарчоқ бўлиши мумкин (А).

<https://emedicine.medscape.com/article/177632-clinical>

Шунингдек, ВГВ билан ассоциирланган касалликлар билан боғлиқ шикоятлар бўлиши мумкин (А). Гепатит В билан касалланган инсонларнинг тахминан 20% да ҳаёт сифати ва ўлимга таъсир қилиши мумкин бўлган жиддий жигардан ташқари кўринишлар ривожланади. Яқинда гепатит В нинг жигардан ташқари кўринишлари ва уларни даволаш усуллари кўриб чиқилди. Нуклеозид аналоглари билан даволаш HBsAg-мусбат гломерулонефритни, буйрак трансплантацияси реципиентларини ва диализдаги инсонларни даволашни яхшилайти, бу эса, буйрак аллотрансплантат оқибатларини ёмонлаштирамасдан яшаш давомийлигининг ошишига олиб келди. HBV репликацияси камайганидан кейин артрит самарали тарзда йўқолиши ҳақида маълумотлар мавжуд.

<https://www.who.int/publications/i/item/978924009090>

2.1.2. Касаллик анамнези ва эпидемиологик анамнез:

А	<p>Қуйидаги касалликни юктириш хавф омилларини аниқлаш керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ота-онада HBV-инфекциясининг мавжудлиги; • касалликнинг исталган босқичида бўлган HBV билан касалланган шахснинг оилада мавжудлиги; • HBV ташувчиси билан ҳимояланмаган жинсий алоқа; • қон қуйиш, органлар ва тўқималар трансплантацияси; • детоксикациянинг экстрокорпорал усулларини ўтказиш (диализ, плазмаферез ва бошқалар); • қайта ишлатиладиган асбоблар (жарроҳлик аралашувлари, игнарефлексотерапия, косметик муолажалар ва бошқалар) ва жиҳозлар (эндоскоплар) ёрдамида инвазив тиббий муолажалар; • стоматологик муолажалар; • қайта ишлатиладиган асбоблар ёрдамида инвазив нотиббий муолажалар (даволашнинг халқ/анъанавий усуллари, пирсинг, татуировка ва бошқалар); • инъекцион ва бошқа наркотик дори воситаларини, шу жумладан, ўтмишда фойдаланиш; • HBV-инфекцияси бўйича эндемик бўлган мамлакатлардан иммиграция; • силга қарши муассасаларда даволаниш; • қамқоқда сақлаш жойларида бўлиш. <p>https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388</p>
---	---

2.1.3. Физикал текширув

А	<p>Физикал текширувда касаллик белгилари бўлмаслиги мумкин ёки сурункали жигар касаллигининг белгилари аниқланиши мумкин.</p> <p>Умумий кўрик тери ва шиллиқ пардаларнинг сариқлигини аниқлаш, қорин бўшлиғини пальпация қилиш жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталашиши ёки кичрайиши) ва консистенцияни аниқлаш учун амалга оширилади. Жигар декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром).</p> <p><i>Шарҳ:</i> Физикал текширувда одатда ўзгаришлар аниқланмайди. Жигар циррози белгилари бўлиши мумкин (асцит, "жигар кафтлари", қорин девори веналарининг варикоз кенгайиши, шишлар, спленомегалия). Иммунитетга боғлиқ жигардан ташқари кўринишлар ривожланганда тегишли ўзгаришлар содир бўлади.</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388</p>
---	--

2.1.4. Лаборатор текширувлар

Асосий лаборатор ташхисот:

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

А	<p>ВГВ маркерларини аниқлаш: HBsAg (сифатий таҳлил), anti-HBs, anti-HBc, HBeAg, anti-HBe</p> <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
---	---

В	<p>HBsAg скрининги аҳолининг умумий қатламида, айниқса юқори хавф гуруҳидаги шахслар ва ҳомиладор ёки туғиш ёшидаги аёллар орасида ўтказилиши керак.</p> <p>https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-08/hbv%20China%20guidelines%20update%202022.pdf</p>
А	<p>HBsAg мусбат бўлган барча беморларни HDV антитаналарига текшириш зарур.</p> <p>HBsAg-мусбат инсонларда HDV антитаналарига такрорий текшириш клиник кўрсатма (масалан, аминотрансфераза ошиши ёки сурункали жигар касаллигининг ўткир декомпенсацияси) бўлганда ўтказилиши керак ва ҳар йили касалликни юқтириш хавф гуруҳларидаги шахсларда ўтказилиши мумкин.</p> <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

Реал вақт режимидаги полимераз занжирли реакция (ПЗР):

А	<p>HBsAg мусбат бўлган барча беморларда HBV ДНКси ва унинг концентрациясини аниқлаш тавсия этилади.</p> <p>Шарҳ: бу ташхисот, даволаш тўғрисида қарор қабул қилиш ва беморларни кейинги кузатиш учун зарур. HBV ДНК даражасини аниқлаш учун реал вақт режимидаги полимераз занжири реакциясининг (ПЗР) миқдорий усулларида фойдаланиш қатъий тавсия этилади, бу уларнинг юқори сезувчанлиги, спецификлиги, аниқлиги ва кенг динамик диапазон билан ифодаланади. Натижаларни таққослаш учун қон зардобидаги HBV ДНК концентрацияси ХБ/мл да ифодаланиши керак. Бир беморда вирусга қарши даво самарадорлигини баҳолаш учун бир хил тадқиқот усулидан фойдаланиш керак.</p> <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
---	---

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

А	<p>Қондаги умумий билирубин, қондаги боғланган (конъюгирланган) билирубин, қондаги эркин (конъюгирланмаган) билирубин, қондаги аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза ва қондаги креатинин фаоллик даражасини текшириш.</p> <p>Шарҳ: гипербилирубинемия, цитолит синдромларини баҳолаш (аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансфераза фаоллиги). Аминотрансфераза даражаси ўзгариб туриши мумкин, АЛТ ва АСТни бир марта текшириш касаллик босқичини аниқ кўрсатмайди. АЛТ миқдори одатда АСТ дан юқори бўлади, аммо касаллик жигар циррозига зўрайганда АСТ/АЛТ нисбати қарама қарши томонга ўзгариши мумкин. Антивирул терапияни бошлашдан олдин креатинин даражасини аниқлаш керак.https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
---	---

2.1.5. Қўшимча лаборатор текширувлар:

HBsAg ни миқдорий аниқлаш

В	HBsAg ни аниқлаш (миқдорий таҳлил)
---	------------------------------------

HBsAg концентрацияси HBeAg-мусбат инсонларда энг юқори, аммо анти-HBe-мусбат инфекцияси бўлган инсонларда ҳам нисбатан юқори даражада бўлиши мумкин. Бироқ, HBeAg-манфий шахсларда HBsAg асосан интеграцияланган вирус геномидан экспрессияланади ва шунинг учун жигар ичи ковалент ёпиқ халқасимон ДНК билан заиф боғлиқдир. HBsAg миқдори генотипга қараб ўзгаради. HBV ДНК миқдори <2000 ХБ/мл ва зардоб аминотрансферазалари меъёрда бўлган инсонларда HBeAg манфий инфекцияда паст миқдорлар (<1000 ХБ/мл) касаллик оқибатнинг яхшиланишини кўрсатади.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>

Жадвал. Гепатит В биомаркерлари

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/>

Кўрсаткичлар	HBeAg-мусбат		HBeAg-манфий		Кулранг зона	Оккульт гепатит
	HBeAg-мусбат инфекция	HBeAg-мусбат гепатит	HBeAg-манфий инфекция	HBeAg-манфий гепатит		
HBsAg	+	+	+	+	+	-
HBsAg миқдорий	3,5-4,5 log 10 ХБ/мл	3,5-4,5 log 10 ХБ/мл	2,5-3,5 log 10 ХБ/мл	2-3 log 10 ХБ/мл	2-3 log 10 ХБ/мл	-
HBeAg	+	+	-	-	-	-/+
Anti-HBe	-	-	+	+	+	-/+
HBV ДНК	>10 ⁷ ХБ/мл	10 ⁵ -10 ⁷ ХБ/мл	<10 ³ ХБ/мл	10 ³ -10 ⁵ ХБ/мл	2000 (баъзан 20000 гача) ХБ/мл	Аниқланиш даражаси паст
АЛТ	Меъёрда	↑	Меъёрда	↑	Меъёрда / ↑	Меъёрда
Гистология / касаллик оғирлиги	Меъёрда/ёки минимал некрояллиғланиш	Ўртача ёки оғир некрояллиғланиш ва фиброз турли даражали оғирликда	Меъёрда/ёки минимал некрояллиғланиш	Ўртача ёки оғир некрояллиғланиш ёки фиброз	Минимал ёки кам некрояллиғланиш	Одатда минимал ёки или кам некрояллиғланиш. Фиброз бўлиши мумкин
cccDNA+	Хужайрада нисбатан катта миқдорда нусхалар	Хужайрада нисбатан катта миқдорда нусхалар	Нусхалар миқдори кам ёки транскрипцион фаоллик	Нусхалар миқдори кам, аммо транскрипцион фаоллик	Кам миқдорда ва доимий бўлмаган транскрипция	Маълумотлар аниқланмаган
Интегрирланган ДНК HBV	+	+	Мавжуд ва HBsAg нинг кўп қисмини ташкил этади	Мавжуд ва HBsAg нинг кўп қисмини ташкил этади	+	+
HBeAg	Юқори даражада	Юқори даражада	Кам ёки аниқланмайди	Кам даражада	Аниқланиши мумкин	Аниқланиши мумкин
HBV РНК	Юқори даражада	Юқори даражада	Кам ёки аниқланмайди	Кам даражада	Аниқланиши мумкин	

Қоннинг умумий таҳлили:

С	Қоннинг умумий таҳлили тромбоцитлар саналган ҳолда
	https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-d-у-взрослых-кп-рф-2021/16920

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

С	<p>Ишқорий фосфатаза ва гамма-глутамилтрансфераза фаоллигини текшириш.</p> <p><i>Шарҳ:</i> холестазни баҳолаш</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-d-у-взрослых-кп-рф-2021/16920</p>
----------	--

Коагулограмма:

С	<p>Қон ёки плазмада протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, жигар белгилари ва синдромларнинг мавжудлиги ва ифодаланганлигини баҳолаш учун халқаро меъёрлаштирилган нисбатни (ХМН) аниқлаш.</p> <p><i>Шарҳ:</i> жигар етишмовчилигини баҳолаш, қонда ёки плазмада протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, халқаро меъёрлаштирилган нисбат</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-d-у-взрослых-кп-рф-2021/16920</p>
----------	--

Альфа-фетопропротеин(АФП) даражасини текшириш

А	<p>Ҳар олти ойда қорин бўшлиғини ультратовуш текширув ва альфа-фетопропротеин таҳлилидан фойдаланган ҳолда ГЦК ни рутин кузатув қуйидаги шахслар учун тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none">• ёши ва бошқа хавф омилларидан қатъий назар, жигар циррози билан касалланган шахслар;• оилада ГЦК билан касалланган шахслар мавжудлигида; ва• агар оилада ГЦК ёки жигар циррози белгилари бўлмаса, 40 ёшдан ошган шахслар (ҳудуддаги ГЦК билан касалланиш даражасига қараб пастроқ ёшлар ҳам жалб қилиниши мумкин) ва ВГВ ДНК даражаси >20 000 ХБ/мл (агар ВГВ ДНК текшируви мавжуд бўлса). <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
----------	--

2.1.6. Инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ:

А	<p>Ультратовуш текшируви жигар фибрози, циррозининг тузилиши, белгиларини (текис бўлмаган қирраси, тугунли тузилиши, ўнг бўлагининг атрофияси, асцит мавжудлиги, жигар ва талоқ томирларининг кенгайиши ва тромбози, шунтларнинг мавжудлиги спленомегалия ва портал гипертензиянинг бошқа белгилари), шунингдек, ҳосилалли ўсимталар (ГЦК ва бошқалар) мавжудлигини баҳолашга имкон беради. Қон оқими ўзгаришларини аниқлаш учун портал, талоқ, пастки кавак вена, юқори тутқич ва жигар веналарининг доплер ультратовуш текшируви ўтказилади.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/</p>
----------	---

Жигарнинг билвосита эластометрияси (фибросканирлаш)

А	<p>Ифодаланган фиброз белгилари ($\geq F2$) APRI $>0,5$ қиймати ёки билвосита эластография (БЭ) $>7,0$ кПа қийматига, жигар циррози (F4) эса, APRI $>1,0$ ёки БЭ $>12,5$ кПа) клиник мезонларига асосланиши керак.</p> <p>APRI (аспартатаминотрансфераза ва тромбоцитлар нисбати индекси) ресурслар чекланган шароитларда катталардаги сезиларли жигар фибрози ёки циррози мавжудлигини баҳолаш учун афзал бўлган ноинвазив тест сифатида тавсия этилади. Транзитор эластографияни қўллаш имкони мавжуд бўлган ва нархи асосий чеклов бўлмаган ҳолларда афзал бўлган ноинвазив тест бўлиши мумкин.</p> <p><i>Шарҳ:</i> Жигарнинг билвосита эластографияси (БЭ) фибрознинг зардоб биомаркерларига қараганда кўпроқ клиник аҳамиятга эга. БЭ акс эттирилган тебраниш импульслари ва уларнинг кейинги компьютер таҳлиллари асосида жигарнинг эластик хусусиятларидаги ўзгаришларни баҳолашга имкон беради. Шубҳали ҳолатларда, агар бу беморни кузатишга таъсир қилса, жигар биопсияси тавсия этилади.</p> <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
---	---

ЭФГДС: эзофагогастроуденоскопия

С	<p>Ошқозон-ичак трактининг ўткир патологиясини аниқлаш учун қорин оғриғи ва "кофе куйқалари" кўринишидаги қусиш кузатилган беморларда эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС) текшируви тавсия этилади.</p> <p><i>Шарҳ:</i> қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун амалга оширилади.</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-d-y-взрослых-кп-рф-2021/16920</p>
---	---

Жигарнинг пункцион биопсияси

А	<p>Жигар биопсияси беморни даволаш ёки жигар касаллигини баҳолаш ва даражаларини аниқлашда, клиник белгилар ноаниқ бўлган ҳолатларда ёрдам бериш учун тавсия этилади.</p> <p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>
	<p><i>Шарҳ:</i> яллиғланиш, некроз ва фиброз даражасини аниқлаш учун жигар пункцион биопсияси (ЖПБ) тавсия этилади, чунки жигардаги морфологик ўзгаришлар тўғрисидаги маълумотлар клиник, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар мос келмайдиган мураккаб ҳолатларда давони бошлаш тўғрисида қарор қабул қилишда фойдалидир. Биопсия жигар шикастланишининг бошқа сабабларини аниқлаши мумкин, масалан, стеатоз, стеатогепатит, аутоиммун гепатит ва бошқалар. Жигар биопсияси инвазив муолажа бўлса-да, оғир асоратлар хавфи жуда кам (1:4000-10 000).</p> <p>Пункцион биопсия пайтида олинган намунанинг ўлчами жигар шикастланиш даражасини ва фибрознинг оғирлигини аниқ баҳолаш учун етарли бўлиши жуда муҳимдир. ЖПБ БЭ нинг кулранг зонасида (6 дан 10 кПа гача) бўлган беморларда</p>

қўлланилиши мумкин. Баъзи ҳолларда ВГВ ДНК даражаси 2000 ХБ/мл дан юқори ва АЛТ даражаси юқори (эркакларда ≥ 30 ХБ/л ва аёлларда ≥ 19 ХБ/л) бўлган 30 ёшгача бўлган беморларда БЭ натижалари 6 кПа дан паст бўлганда 3 ойлик ораликда ўтказилган 2 та текширув натижаларига кўра тавсия этилади. Жигар циррозининг аниқ белгилари ва вирусга қарши даво учун мутлақ кўрсатмалар мавжуд бўлган беморлар учун ЖБП талаб қилинмайди, шу жумладан, жараённинг фаоллик даражасидан ва фиброз босқичидан қатъий назар даво зарур ҳолатларда. Транзитор эластография натижалари 6 кПа дан паст бўлган, нормал АЛТ фаоллиги ва ВГВ ДНК даражаси < 2000 ХБ/мл бўлган беморларга ЖБП тавсия этилмайди, чунки жигар жиддий шикастланиш эҳтимоли бўлиши мумкин ва бундай беморларда вирусга қарши давога эҳтиёжи жуда паст. ЖПБ натижаларини баҳолаш некрояллиғланишли ўзгаришлар даражасини ва жигар тўқималарининг фиброз босқичини тавсифловчи ярим микдорий шкалалар ёрдамида амалга оширилади.

Жараён гистологик индекс фаоллигининг таркибий компонентлари

Гистологик индекс фаоллиги (ГИФ) компонентлари	Баҳолаш диапазони, баллар
1. Гепатоцитлар некрози	0-10
2. Гепатоцитлар дистрофияси	0-4
3. Яллиғланишли инфилтрат	0-4
4. Фиброз	0-4

Гистологик индекс фаоллиги балларда (Knodell ва ҳаммуаллифлари бўйича)

Кўрсаткичлар	Баллар
I. Перипортал ва кўприксимон некрозлар	
a) йўқ	0
b) кам ифодаланган зинасимон некрозлар	1
c) ўртача ифодаланган зинасимон некрозлар (50% гача портал трактлар перифериясида)	3
d) яққол ифодаланган зинасимон некрозлар (50% дан ортиқ портал трактлар)	4
e) ўртача ифодаланган зинасимон некрозлар ва кўприксимон некрозлар	5
f) яққол ифодаланган зинасимон некрозлар ва кўприксимон некрозлар	6
g) мультилобуляр некрозлар	10
II. Бўлакчалар ичи дегенерацияси ва ўчоқли некрозлар	
a) йўқ	0
b) кам ифодаланган (баллонсимон дегенерация ёки 1/3 бўлакларда некроз фокуслари)	1
c) ўртача ифодаланган (1/3 - 2/3 жигар бўлакларида кузатилади)	3
d) яққол ифодаланган (2/3 дан ортиқ жигар бўлакларида кузатилади)	4
III. Портал яллиғланиш	
a) мавжуд эмас	0
b) суст (1/3 трактларда яллиғланишли инфилтрация)	1
c) ўртача (1/3 - 2/3 портал трактларда яллиғланишли инфилтрация)	3
d) яққол ифодаланган (2/3 ортиқ портал трактларда кучли инфилтрация)	4
IV. Фиброз	
a) мавжуд эмас	0
b) портал трактлар фибрози	1

с) кўприксимон фиброз (порто-портал ёки порто-марказий)	3
d) цирроз	4

Гистологик фаоллик ва жараён фаоллиги ўртасидаги мувофиқлик

Гистологик фаоллик индекси (балл)	Жараён фаоллиги
1-3	Минимал
4-8	Паст
9-12	Ўртача
13-18	Юқори

Метабир шкаласи. Гистологик фаоллик босқичлари

Зинасимон некрозлар	Лобуляр яллиғланиш	ГИФ
0 (йўқ)	0 (йўқ ёки юмшоқ)	A0
	1 (ўртача)	A1
	2 (ифодаланган)	A2
1 (юмшоқ)	0, 1	A1
	2	A2
2 (ўртача)	0, 1	
	2	
3 (ифодаланган)	0, 1, 2	A3

Фиброз босқичини жигар эластометрияси бўйича аниқлаш (Метабир шкаласи)

F0 - Фиброз мавжуд эмас

F1 - Септаларсиз фиброз

F2 - Ягона септалар кузатилган фиброз

F3 - Циррозсиз кўпгина септали фиброз

F4 - Цирроз кузатилган кўпгина септали фиброз

Жигар фибрози босқичлари

Баллар	KNODELL	ISHAK	METAVIR
0	Фиброз мавжуд эмас	Фиброз мавжуд эмас	Фиброз мавжуд эмас
1	Портал трактларнинг фиброзли кенгайиши	Калта фиброз септали ёки калта фиброз септасиз	Септалар ҳосил бўлмаган ҳолда

		портал трактларнинг фиброзли кенгайиши	портал трактларнинг юлдузсимон кенгайиши
2	Портал трактларнинг кенгайиши + портопортал септалар	Калта фиброз септали ёки калта фиброз септасиз кўпгина портал трактларнинг фиброзли кенгайиши	Ягона портопортал септалар билан портал трактларнинг кенгайиши
3	Кўприксимон фиброз – портопортал ёки портомарказий септалар	Ягона кўприксимон портопортал септалар билан кўпгина портал трактларнинг фиброзли кенгайиши	Циррозсиз кўпгина портомарказий септалар
4	Цирроз	Яққол ифодаланган кўприксимон портопортал ва портомарказий септалар билан портал трактларнинг фиброзли кенгайиши	Цирроз
5	-	-	-
6	-	Цирроз, эҳтимолли ёки ишончли	-

2.1.7. Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

А	Жигардан ташқари кўринишларга боғлиқ https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903
---	---

2.1.8. Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

С	СВГД нинг қиёсий ташхисоти https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388
---	---

Ташхис	Дифференциал ташхисни асослаш	Текшириш	Ташхис мезонлари
--------	-------------------------------	----------	------------------

ЎВГ	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	anti-HAV IgM; HBsAg, HBeAg, anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc /IgM, anti-HBc /IgG, anti-HDV IgM, anti-HDV total, anti-HEV IgM, anti-HCV; ПЗР: HCV РНК, HBV ДНК	Эпиданамнез, касаллик давомийлиги <6 ой, (+) ВГ маркерлари, (+) ПЗР
СГС	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	anti-HCV, ПЗР: HCV РНК	HCV РНК >6 ой мавжуд
Ноалкогол стеатогепатит	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	Бел айланаси, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, глюкоза, инсулин, липидограмма, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ, қон босимининг мониторинги, ЭКГ	УТТда метаболик синдром, стеатоза мавжудлиги, (-) ВГ маркерлари
Жигарнинг алкоголь касаллиги	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	АСТ, АЛТ, ГГТП, ИФ, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ, анамнез	Анамнезда спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, алкоголизмнинг бошқа кўринишлари, ГГТП, АСТ фаоллигининг ошиши, АСТ/АЛТ нисбати >1, макроцитоз, В12-фолий кислотаси танқислик анемияси, гистологик ўзгариш
АИГ	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	АСТ, АЛТ, ГГТП, ИФ, қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ, жигар биопсияси, анамнез, аутоантитаналар (АМА-М2, ANA, anti-LKM-1, anti-SLA), жигар биопсияси	Аутоантитаналарнинг мавжудлиги, ишқорий фосфатаза меъёрий фаоллигидаги цитоллиз, ГГТП, характерли гистологик ўзгариш
Жигарнинг дорилар таъсирида шикастланиши	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	Гепатотоксик дорилар қабул қилиш билан боғлиқлик, жигар биопсияси	Анамнезда гепатотоксик дориларни қўллаш, ирсий мойиллик, характерли гистологик ўзгариш
Гемохроматоз	Гепатитнинг	Қонда темир, ферритин, генетик	Зардобда темир ва ферритиннинг юқори даражалари, генетик

	клиник-лаборатор кўрсаткичлари	текширувлар, жигар биопсияси	текширувда тасдиқланиш, сидерознинг мавжудлиги
Вильсон касаллиги	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	Қон ва сийдикдаги мис миқдори, церулоплазмин, офтальмолог, невропатолог кўриги, жигар биопсияси	Неврологик ўзгаришлар, юқори мис миқдори, церулоплазмин камайиши, Кайзер-Флейшер халқасининг мавжудлиги, гистологик намуна мисга мусбат бўялиши
ЖЦ	Гепатитнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари	УТТ, альбумин, тромбоцитлар даражаси, альбумин, билирубин, ЭГДФС	Жигар циррозининг клиник-лаборатор белгиларининг йўқлиги (портал гипертензия, асцит, қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши, гипоальбуминемия)

3. Амбулатор даражада даволаш тактикаси:

1) Номедикаментоз даволаш

- чекишни ташлаш;
- спиртли ичимликлар ва бошқа ёмон одатлардан воз кечиш;
- рационал овқатланиш;
- жисмоний фаоллик, ҳаракатиз турмуш тарзидан қочиш;
- рационал овқатланиш тамойилларига риоя қилиш; ортиқча вазн ёки семизлик бўлса - гипокалорияли парҳез;
- етарли суюқлик истеъмол қилиш (кунига 2-3 литргача);
- зўрайиш хавф омилларини минималлаштириш (алкогол, гепатотоксик дорилар, шу жумладан, биологик фаол қўшимчаларни истисно қилиш).

2) Медикаментоз даволаш

Этиотроп даво. Сурункали гепатит В ни даволашнинг асосини вирусга қарши даво (ВҚД) ташкил этади.

Этиотроп давонинг мақсади

СГВда вирусга қарши давонинг мақсади:

- некрояллиғланишли ўзгаришлар ва жигар фиброзининг олдини олиш, камайтириш ёки қайтариш
- жигар циррози, декомпенсацияланган жигар циррози ва жигар етишмовчилиги, ГЦК ва ўлим хавфи камайтириш.

ВҚД самарадорлигининг билвосита кўрсаткичлари:

- қон зардобиди АЛТ даражасининг меъёрлашиши (жигардаги некрояллиғланишни бартараф этиш учун билвосита чора сифатида)
- ВГВ ДНК даражасининг аниқланмайдиган қийматгача камайиши
- HbeAg нинг йўқолиши ёки сероконверсияси.

Вирусга қарши даво (ВҚД): Сурункали гепатит В (СГВ) билан касалланган барча катталар (шу жумладан, репродуктив ёшдаги ҳомиладор аёллар) учун даволаш тавсия этилади:

С	APRI >0,5 ёки транзитор эластография қиймати >7 кПа асосида ифодаланган фиброз (>F2b) белгилари ёки клиник мезонларга (ёки APRI >1 ёки транзитор эластография қиймати >12,5 кПаб) асосида жигар циррозини (F4) исботлаш, ВГВ ДНК ёки АЛТ даражасидан қатъий назар.
С	Гепатит В вируси ДНКси >2000 ХБ/мл ва АЛТ даражаси меъёрнинг юқори чегарасидан (МЮЧ) юқори . Ўсмирлар учун бу 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда камида икки марта АЛТ>МЮЧга асосланган бўлиши керак.
В	ДНК ВГВ >20 000 ХБ/мл
В	<p>Ёндош инфекцияларнинг мавжудлиги (ОИВ, гепатит D ёки гепатит C);</p> <p>оилада жигар саратони ёки циррози мавжудлиги; иммуносупрессия (масалан, узок муддат стероидларни қабул қилиш, паренхиматоз орган ёки ўзак хужайралар трансплантацияси);</p> <p>ёндош касалликлар (масалан, диабет ёки метаболик дисфункция билан боғлиқ стеатотик жигар касаллиги);</p> <p>ёки APRI ёки HBV ДНК ёки АЛТ даражасидан қатъий назар жигардан ташқари кўринишлар (гломерулонефрит ёки васкулит кабилар)</p>
В	<p>Агар ВГВ ДНК таҳлилига имконият бўлмаса:</p> <p>АЛТнинг доимий юқори даражаси (6-12 ой давомида ноаниқ ораликларда МЮЧ дан АЛТнинг икки қиймат юқори бўлиши сифатида белгиланади), APRI кўрсаткичидан қатъий назар.</p> <p>HBsAg миқдори >1000 ХБ/мл бўлган барча беморларга вирусга қарши даволашни бошлаш тавсия этилади https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
С	<p>Ламивудин, энтекавир, адефовир ёки телбивудинга вирусга қарши резистентлиги тасдиқланган ёки шубҳа қилинганлиги сабабли даволаш самарасиз бўлган шахслар (қабул қилганлик анамнези асосида) тенофовир дисопроксил фумаратга ўтиши тавсия этилади.</p> <p><i>Шарҳ.</i> Бугунги кунга келиб, гепатит В ни даволашда TDF ёки TAF қўлланганда резистентлик ҳолатлари ҳақида кам маълумотлар мавжуд. Агар бирламчи жавоб кузатилмаса, даволанишга риоя қилиш даражасини ошириш ва назорат қилиш керак. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда дориларнинг альтернатив схемасига ўтиш учун ҳеч қандай кўрсатмалар йўқ.</p>

СГВ да биринчи қатордаги вирусга қарши даво

В	Резистентликка паст генетик тўсиққа эга бўлган нуклеозид аналоглари (ламивудин, адефовир ёки телбивудин) дорилар резистентлигига олиб келиши мумкин ва ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ.
---	--

А	HBeAg-мусбат СГВ. СГВ кузатилган HBeAg-мусбат беморлар учун биринчи қатордаги танлов дорилари энтекавир, тенофовир дизопроксил, тенофовир алафенамид ҳисобланади.
В	Вирусга қарши давога кўрсатма бўлган барча катталар, ўсмирлар ва болалар (12 ёш ва ундан катта) учун дориларга чидамлилиги юқори генетик тўсикқа эга бўлган нуклеоз(т)ид аналоглари - тенофовир дизопроксил фумарат (TDF) ёки энтекавир (ETV) - афзал схемалар сифатида тавсия этилади. Альтернатив схемалар сифатида TDF + ламивудин (ЗТС) ёки TDF + эмтрицитабин (FTK) (TDF монотерапияси мавжуд бўлмаганда) тавсия этилади.
В	Энтекавир (ETV) ёки тенофовир алафенамид (TAF) (агар мавжуд бўлса) остеопороз ташхиси тасдиқланган ва/ёки буйрак функцияси бузилишлари бўлган инсонларга, шунингдек, болаларга (ETV (дори дозаси бола вазнига қараб белгиланади)) икки ёш ва ундан катталар учун) ёки ўсмирларга (TAF 12 ёш ва ундан катталар учун) вирусга қарши давога кўрсатма бўлганда альтернатив схемалар сифатида тавсия этилади.
	<i>Шарҳ: TAF коптокчалар фильтрация тезлиги (КФТ) <15 мл/мин бўлганда тавсия этилмайди.</i>

Давони бошлашдан олдин мониторинг

С	Вирусга қарши давони бошлашдан олдин, буйрак дисфункциясининг ривожланиш хавфини баҳолаш ва буйрак функциясини ўлчаш амалга оширилиши мумкин. Тенофовир дисопроксил фумарат билан узок муддатли даволанаётган инсонларнинг буйрак функцияси ва 12 ёшгача бўлган болалар бўйининг ўсиши ҳар йили диққат билан кузатиб борилиши керак.
<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>	

- Жигар касаллигининг оғирлигини баҳолашда анамнез, физикал текширув, жумладан, гепатомегалия ва спленомегалия мавжудлиги, АЛТ, АСТ, ИФ, умумий билирубин ва умумий қон таҳлили, шу жумладан, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш керак. АСТ даражаси ва тромбоцитлар сонини аниқлаш жигар касаллигининг босқичини аниқлаш учун APRI ни ҳисоблаш имконини беради. Жигарнинг синтетик функциясини зардоб альбумини ва протромбин вақти ёки халқаро меъёрлаштирилган нисбат ёрдамида баҳолаш керак. СГВ билан касалланган инсонлардан жигар билан боғлиқ белгилар мавжудлиги ҳақида ҳам сўраш керак, гарчи зўрайиб борувчи касаллик белгиларсиз кечиши мумкин.
- Вирус репликацияси даражаси зардобда ВГВ ДНК миқдорини (агар ВГВ ДНК текширув имкони мавжуд бўлса) ва/ёки HBeAg ва анти-HBe серостатусини (агар текширув имкони мавжуд бўлса) аниқлаш орқали баҳоланиши керак.
- Ёндош касалликлар мавжудлигини баҳолаш ОИВ, ВГС ёки ВГД билан коинфекцияни, глюкозага толерантликнинг бузилишини, дислипидемия, жигарнинг стеатотик касаллиги

билан боғлиқ метаболик дисфункцияси, жигарнинг алкоголь касаллиги ва дорилар ёки токсинлар туфайли кузатилган шикастланиши, ГЦКга скринингни (F3-F4 мавжуд бўлса) ўз ичига олиши керак. Оилада ГЦКнинг мавжудлиги ва дори-дармонларни қабул қилишни ҳам ўрганиш керак.

- Скрининг ва профилактика чора-тадбирлари HBsAg учун скринингни ўз ичига олади. HBsAg аниқланмаган оила аъзолари ВГВга қарши эмланиши керак, шунингдек, ВГВ юқишини камайтириш бўйича бошқа умумий чоралар амалга оширилиши керак.
- Стеатоз мавжуд инсонларни кузатиш жигар фиброзини баҳолаш ва мониторингини ўз ичига олади. Турмуш тарзини ўзгартириш вазни камайтириш, мунтазам жисмоний машқлар ва спиртли ичимликлар, шакарли ичимликлардан воз кечишни, шунингдек метаболик дисфункцияни (қандли диабет, семизлик ва дислипидемия) коррекциялашни ўз ичига олиши мумкин.
- Даволашни бошлашга тайёргарлик жараёнида СГВ билан касалланган инсонлар даволанишга кўрсатмалар, шу жумладан, эҳтимолли фойда ва ножўя таъсирлар, узок муддатли даволанишга тайёрлиги ва даволаш мобайнида ҳам, даволашдан кейин ҳам кузатиш, даволашнинг самарали бўлиши ва дори-дармонларга чидамлик хавфини камайтириши учун (ва тўсатдан даволанишни тўхтатиш ўткир жигар етишмовчилигига олиб келиши мумкин) даволашга тўлиқ риоя қилиш муҳимлиги ҳақида хабардор қилиниши керак.
- Буйрак дисфункцияси ривожланишининг бошланғич хавфини баҳолаш ва буйрак функциясини ўлчаш вирусга қарши давони бошлашдан олдин ва мониторинг давомида, айниқса, тенофовирга асосланган схема қўлланилса, кўриб чиқилиши керак.

Буйрак функциясини баҳолаш ва мониторинги

Ҳисобланган креатинин клиренси ёки коптокчали филтрация тезлиги (ҳКФТ) билан даволашни бошлаётган инсонлар учун	
	Ҳисобланган креатинин клиренси ёки коптокчали филтрация тезлиги (ҳКФТ) <50 мл/мин ёки буйрак дисфункцияси хавф омиллари, жумладан, кекса ёш, қандли диабет, назоратланмайдиган гипертензия ёки оғир остеопения ёки остеопороз билан даволашни бошлаётган инсонлар учун ETV ёки TAF ни (тенофовир алафенамид) қўллашни кўриб чиқинг.
	Тенофовирни нефротоксик дорилар (аминогликозидлар, амфотерицин В, фоскарнет, ганцикловир, ванкомицин ва цидофовир) билан бир вақтда қўллашдан йироқ бўлиш керак, чунки буйрак функциясининг пасайиш хавфи ортади.
	Нуклеоз(т)ид аналоглари билан даволашда буйраклар фаолиятини мониторинг қилиш қуйидагиларни ўз ичига олиши керак: сийдикда протеинурия ва гликозурия миқдорини ўлчаш (қандли диабет йўқлигида ёки қонда глюкоза миқдорининг яхши назоратида), зардобда креатининни аниқлаш, ҳКФТнинг пасайиши, зардобда фосфат даражаси, сийдикда оқсилни аниқлаш. Тенофовир қабул қилаётган болалар бўйини ўлчаш керак. Буйрак функцияси меъёрда бўлган шахслар учун минимал мониторинг ҳКФТ учун креатинин миқдорини ҳар йили ўлчашни ўз ичига олиши керак.
	Нуклеоз(т)ид аналоглари билан даволаш пайтида буйрак мониторинги частотаси буйрак функцияси бузилишининг хавф омиллари мавжудлигига боғлиқ ва хавфи юқори бўлган инсонларда тез-тез ўтказилиши керак. • Буйрак токсиклиги хавфи юқори бўлган инсонлар: ҳар олти ойда бир марта ёмонлашув белгилари бўлмаса.

	• Креатинин клиренси <50 мл/мин бўлган инсонларда буйракни пухта мониторинг қилиш тавсия этилади.
	Агар даволаш пайтида креатинин клиренси 50 мл/мин дан пастга тушса ёки буйрак функцияси кескин пасайса, TDF (тенофовир дисопроксил фумарат) дозаси оралиғини тўғирлаш ёки ETV ёки TAF га (тенофовир алафенамид) ўтказиш ҳақида ўйлаб кўринг.
	Агар суяк синиш туфайли суяк тўқимасининг минерал зичлигининг пастлиги аниқланса ёки шубҳа қилинса, тегишли текширувларни ўтказиш ва TDF ни ETV ёки TAF га алмаштириш учун маслаҳат олиш керак.
	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида СВГВ нинг кечиши хусусиятлари

ВГВ ДНК ёки HBeAg учун текшириш имкони мавжуд бўлган шароитларда ҳомиладор аёллар орасида вирусга қарши профилактика	
В	Вирусга қарши даво фонидида режалаштирилмаган ҳомиладорлик кузатилганда, тенофовир қўлланилганда ҳомиладорликни сақлаб қолиш тавсия этилади, энтекавир қўлланилганда ҳомиладорликни тўхтатиш мумкин ва тенофовирга ўтказиш тавсия этилади. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/
В	ВГВ ДНКси $\geq 200\ 000$ ХБ/мл ёки HBeAg-мусбат бўлган HBV мусбат (HBeAg мусбат) барча ҳомиладор аёлларга онадан болага ВГВ юқишининг олдини олиш учун тенофовир дисопроксил фумарат TDF профилактика мақсадида тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг иккинчи уч ойлигидан бошлаб, ҳеч бўлмаганда туғиш вақтигача ёки боланинг ВГВ га қарши эмланиши тугашига қадар. Шарҳ: Ҳамма аралашувлар барча эмизилувчи чақалоқлар учун гепатит В га қарши эмланишнинг камида учта дозасига қўшимча равишда бўлиши керак, шу жумладан, туғилганда ўз вақтида дозани олиши инобатга олинади. Репродуктив ёшдаги аёллар ва барча ҳомиладорлар биринчи навбатда ВҚД билан узоқ муддатли даволаш тамойилларига текширилиши керак. Ҳомиладорликнинг тўлиқ муддатини ўтказишни режалаштираётган аёллар учун TDF профилактикаси аёлнинг хоҳишига кўра туғруқдан кейин ҳам, кейинги ҳомиладорлик даврида ҳам давом эттирилиши мумкин.
С	Эмизиш тенофовир терапиясига қарши кўрсатма эмас. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/
	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

Эмлаш	
В	<p>Барча чакалоқлар гепатит В га қарши вакцинанинг биринчи дозасини туғилгандан кейин имкон қадар тезроқ, 24 соат ичида олиши керак.</p> <p>Туғилгандан кейин 24 соат ичида гепатит В га қарши вакцинани олиш барча эмлаш дастурлари самарадорлигининг кўрсаткичи бўлиши керак ва ҳисобот ҳамда мониторинг тизимлари эса, туғилиш вақтида доза маълумотларининг сифатини яхшилаш учун кучайтирилиши керак.</p> <p>Бирламчи эмлаш сериясини яқунлаш учун туғилганда олинадиган дозадан кейин икки ёки учта қўшимча дозаларни олиш керак.</p>
	<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

Болалар ва ўсмирларга этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

Болалар ва ўсмирлар учун даволаш қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади:	
В	<p>ВГВ ДНКси ёки АЛТ даражасидан қатъий назар, ифодаланган фиброз (F2) белгилари APRI >0,5 ёки транзитор эластография қиймати >7 кПа қийматлари асосида ёки жигар циррози (F4) белгилари клиник мезонлар асосида (ёки APRI >1 ёки транзитор эластография >12,5 кПа қийматлари) бўлганда.</p>
С	<p>ВГВ ДНК >2000 ХБ/мл ва АЛТ даражаси меъёрнинг юқори чегарасидан (МЮЧ) юқори. Ўсмирлар учун бу 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда камида икки марта АЛТ>МЮЧ га асосланган бўлиши керак.</p>
С	<p>APRI кўрсаткичи ёки ВГВ ДНК ёки АЛТ даражасидан қатъий назар, коинфекцияларнинг мавжудлиги (ОИВ, гепатит D ёки гепатит C кабилар); оилада жигар саратони ёки жигар циррози анамнези; иммунитетнинг сусайиши (масалан, узоқ муддат стероидларни қабул қилиш, паренхиматоз органлар ёки ўзак ҳужайралар трансплантацияси); ёндош касалликлар (диабет ёки метаболик-ассоциирланган жигарнинг стеатотик касаллиги); ёки жигардан ташқари кўринишлар (масалан, гломерулонефрит ёки васкулит).</p>
С	<p>APRI баҳосидан қатъий назар, турғун аномал АЛТ даражалари (6 ойдан 12 ойгача бўлган номаълум ораликларда меъёрнинг юқори чегарасидан икки баравар юқори бўлган АЛТ қиймати сифатида аниқланади).</p>
	<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

Болалар ва ўсмирларда вирусга қарши дорилар дозаси

Дори	Беморлар гуруҳи	Доза
ETV ^a	Вазн <30 кг	0,015 мг/кг кунига 1 марта (максимал 0,5 мг кунига)

	Вазн ≥ 30 кг	0,5 мг кунига 1 марта
TDF ^b	Ёш ≥ 2 лет	8 мг/кг кунига 1 марта (максимал 300 мг кунига)
	Ёш ≥ 12 лет	300 мг кунига
TAF ^c	Ёш ≥ 12 лет	25 мг кунига 1 марта

^a ETV: Икки ёш ва ундан катта ёшдаги болалар учун маъқулланган.

^b TDF ЕМА СГВ бўлган икки ёш ва ундан катта болалар учун маъқуллаган, FDA эса, уни 10 кг дан ортиқ бўлган вазндаги икки ёш ва ундан катта болалар учун маъқуллаган.

^c TAF: ЕМА вазни 25 кг дан ортиқ бўлган олти ёш ва ундан катта болалар учун TAF ни маъқуллаган, FDA эса, компенсирланган жигар касаллиги бўлган 12 ёш ва ундан катта болалар учун маъқуллаган.

Этиотроп даволаш вақтида мониторинг

Даволанаётган шахсларни йилига камида бир марта кузатиш тавсия этилади:	
B	Ҳар 6 ойда касалликнинг босқичини ва жигар фибрози ёки циррознинг зўрайишини баҳолаш учун ноинвазив текширувларни (APRI шкаласи ёки транзитор эластография) ўтказиш.
B	АЛТ (ва APRI учун АСТ), ВГВ ДНК ёки HBeAg/анти-HBe ва УТТ ва/ёки билвосита эластометрия скринингини ҳар 6 ойда ўтказиш.
B	<p>Ҳар 6 ойда ва/ёки ҳар бир ташрифда мунтазам равишда даволаш режимига риоя қилишни назорат қилиш керак.</p> <p>Шарҳ: Вирусга қарши давонинг бирламчи самарасизлиги уч ой давомида вирусга қарши дорининг ВГВ ДНК даражасини $1 \times \log_{10}$ ХБ/мл дан ортиқ пасайтира олмаслиги сифатида аниқланиши мумкин. Вирусга қарши давонинг иккиламчи самарасизлиги, дастлаб самарали вирусга қарши даво олган беморларда (зардобда ВГВ ДНК даражаси $> 1 \times \log_{10}$ ХБ/мл пасайиши билан тавсифланади) 3 ой ўтгач ВГВ ДНК даражаси бошланғич даражасидан $> 1 \times \log_{10}$ ХБ/мл ошганда гумон қилиниши мумкин.</p> <p>ВГВ ДНК текширувини ўтказиш имкони бўлмаган шароитларда вирусга қарши давонинг самарасизлиги қон зардобдаги аминотрансфераза (АЛТ) даражасининг ошиши ва/ёки дорини қабул қилиш фонида жигар касаллигининг зўрайиш белгилари сифатида аниқланиши мумкин.</p>
B	<p>Қисман вирусологик жавоб ВГВ ДНК даражасининг $> 1 \times \log_{10}$ ХБ/мл пасайиши, лекин 12 ойдан кейин ВГВ ДНК аниқланиши билан белгиланади.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
B	<p>Вирусологик рецидив даволаш давомида эришилган ВГВ ДНК нинг энг паст даражасига нисбатан ВГВ ДНК даражасининг $> 1 \times \log_{10}$ ХБ/мл тасдиқланган ошиши сифатида аниқланади, бу АЛТ фаоллигининг ошиши билан намоён бўладиган биокимёвий рецидивдан олдин кузатилиши мумкин.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
B	<p>HBeAg серологик жавоби – бу HBeAg сероконверсияси, яъни HBeAg даражасининг пасайиши ва анти-HBe пайдо бўлиши (фақат HBeAg мусбат беморларда).</p>

	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/
В	<p>HBsAg серологик жавоби - HBsAg элиминацияси ва сероконверсияси, яъни HBsAg даражасининг пасайиши ва анти-HBs пайдо бўлиши (барча беморлар учун). Биокимёвий жавоб анъанавий 40 ХБ/мл га тенг бўлган АЛТ даражасининг меъёрлашиши орқали аниқланади. Гистологик жавоб дастлабки маълумотларга нисбатан фиброз кучаймасдан яллиғланиш-некротик жараён фаоллигининг пасайиши сифатида аниқланади.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
С	<p>Даволашни тез-тез мониторинг қилиш (биринчи йилда ҳар 3-6 ойда) қуйидаги ҳолатларда амалга оширилиши мумкин:</p> <ul style="list-style-type: none"> • касалликнинг кеч босқичларида (компенсирланган ёки декомпенсирланган жигар циррози) бўлган шахслар; • даволанишнинг биринчи йилида даволанишга риоя қилиш ташвиш туғдирадиган ҳолатларда, даволанишга жавобни ва даволанишга риоя қилишни баҳолаш; • ОИВ коинфекцияси бўлган шахсларда; • буйрак етишмовчилиги бўлган шахслар.
	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

Кимётерапия, таргет дорилар ва иммунодепрессантларни қабул қилаётган беморларни кузатиш	
А	<p>Кимётерапия, таргет дорилар ва иммуносупрессив даво олаётган HBsAg ва/ёки HBV ДНК-мусбат беморларга ETV, TDF ёки TAF вирусга қарши давоси тавсия этилади.</p> <p>Вирусга қарши давони бошлаш - асосий давони бошлашдан камида бир ҳафта олдин.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
В	<p>HBsAg манфий, анти-HBc мусбат беморларга моноклонал В лимфоцитларни қўллаганда ёки гематопозтик ўзак хужайралари трансплантацияси ёки зўрайган жигар фибрози/циррозида ETV, TDF ёки TAF вирусга қарши давоси тавсия этилади.</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/</p>
	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

Даво олмаётган шахсларни кузатиш

С	<p>Ҳозирги вақтда вирусга қарши даво мезонларига жавоб бермайдиган шахслар (зардобда аминотрансфераза натижалари турғун равишда меъёрда ва ВГВ ДНК даражаси 2000 ХБ/мл дан паст (ВГВ ДНК текшируви имкони мавжуд бўлса)) ёки даволанишни кечиктириш истагини билдирган инсонларни ҳар йили (12 ойда 1 марта) касалликнинг зўрайиши, АЛТ ва ВГВ ДНК даражаси (ВГВ ДНК текшируви имкони мавжуд бўлса), УТТ ва/ёки БЭ кўрсаткичларини аниқлаш учун кузатиб бориш керак.</p>
	<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

Нуклеозид аналоглари хавфсизлигининг мониторинги	
С	<p>Вирусга қарши давони бошлашдан олдин, буйрак дисфункцияси ривожланиш хавфини баҳолаш ва буйракнинг функциясини (қон зардобда креатинин, КФТ) аниқлаш мумкин.</p>
С	<p>Тенофовир дизопроксил фумаратни узоқ муддат қабул қилаётган инсонлар ҳар 6 ойда буйрак функциясини ва болалар бўйини диққат билан мониторинг қилишлари керак.</p>
	<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

Вирусга қарши давони қачон тўхтатиш ва қайта бошлаш керак

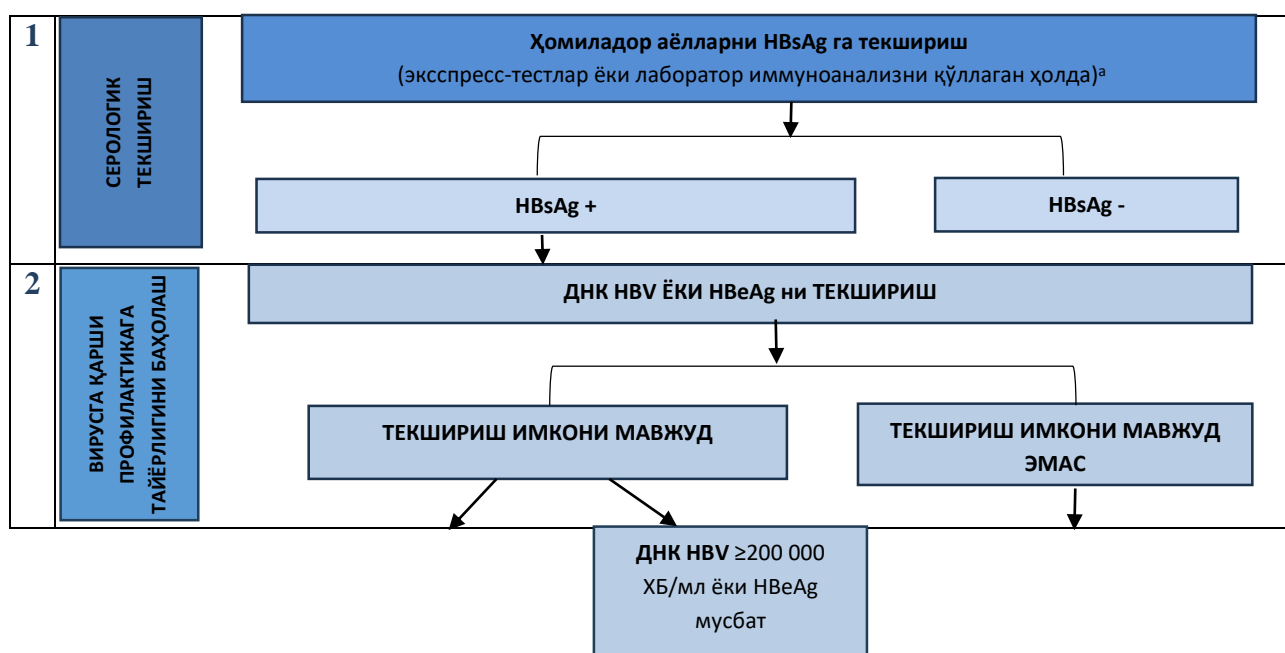
НУКЛЕОЗИД АНАЛОГЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ БУТУН УМР ДАВОМИДА	
	<p>Нуклеозид аналоглари билан даволашни тўхтатиш истисно ҳолатларда кўриб чиқилиши мумкин:</p>
С	<p>Жигар циррозининг клиник белгилари бўлмаган СВГВ билан касалланган беморлар (ёки ноинвазив тест натижаларига кўра - APRI ёки транзитор эластография - зўраювчи фиброз тахмин қилинганда);</p>
С	<p>Агар HBeAg йўқолиши ва анти-HBe сероконверсиясида (дастлаб HBeAg мусбат инсонлар учун) ва камида қўшимча бир йил даволаш тугаганидан кейин.</p>
С	<p>Дориларни узоқ муддатли (камида 12 ой) узлуксиз истеъмол қилишдан сўнг, дориларни қабул қилишнинг сўнгги 6 ойида доимий меъёрдаги АЛТ ва ВГВ ДНКнинг аниқланмайдиган даражаси бўлган беморларда давони тўхтатиш мумкин, ҳар 6 ойда доимий кузатиш шарти билан.</p>
С	<p>Рецидив кўпинча нуклеозид аналоглари давоси тўхтатилгандан кейин содир бўлади. Қайта фаоллашувнинг турғун белгилари мавжуд бўлганда: HBsAg ёки HBeAg мусбат бўлади, АЛТ даражаси кўтарилади ёки ВГВ ДНК яна қайта аниқланганда қайта даволаш тавсия этилади.</p>

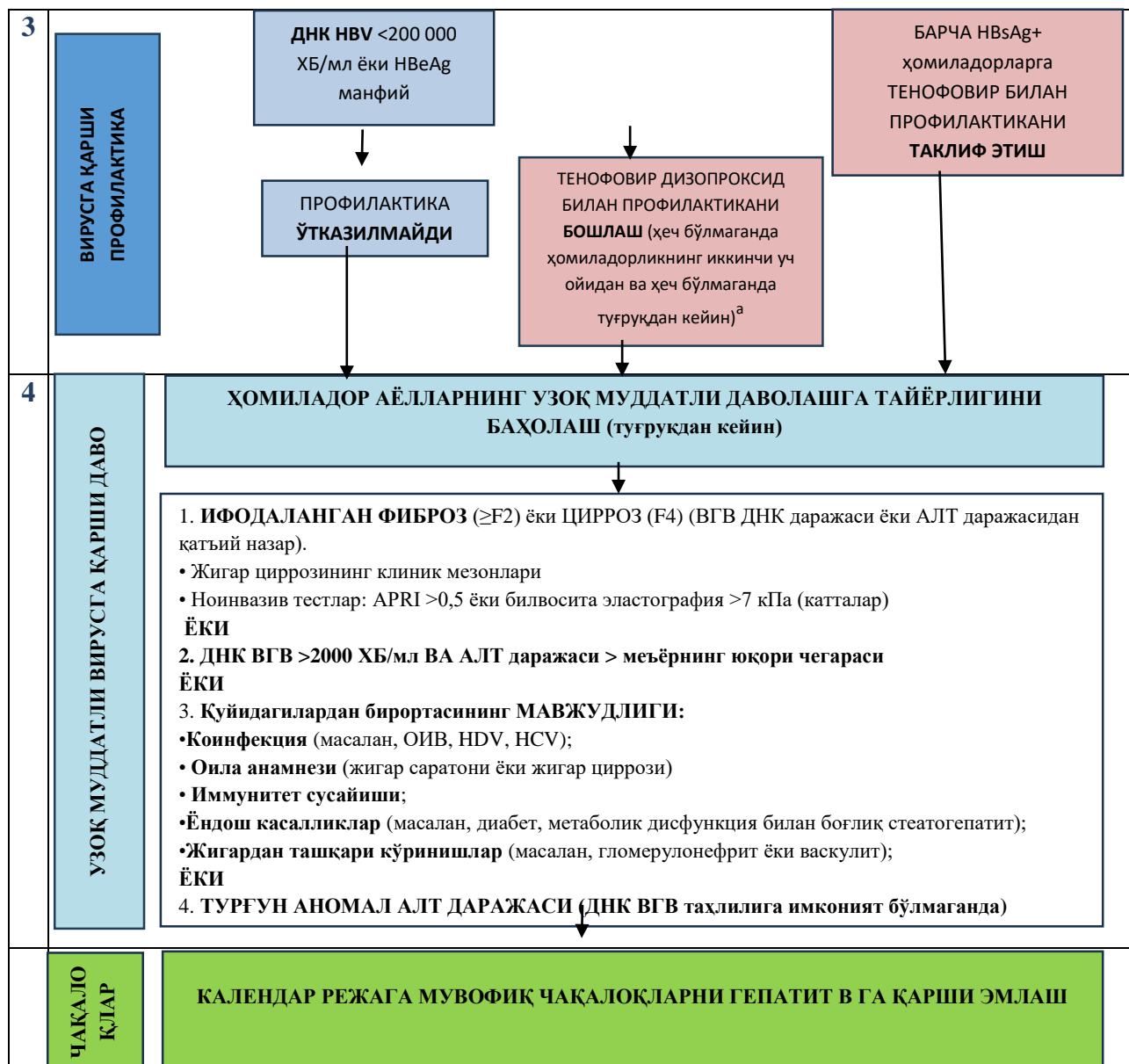
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>

Даволашнинг самарасизлигида иккинчи қатордаги вирусга қарши даво

B	Ламивудин, энтекавир, адефовир ёки телбивудинга вирусга қарши резистентлик (олдин қабул қилган ВҚДга бирламчи жавоб йўқлиги асосида) туфайли даволаш самарасизлиги исботланган ёки шубҳа қилинган инсонлар учун тенофовир дизопроксил фумаратга ўтиш тавсия этилади. Тенофовир алафенамид, агар мавжуд бўлса, альтернатив даволаш режими сифатида кўриб чиқилиши мумкин.
A	Вирусга қарши дориларга чидамлилиги тасдиқланган ёки шубҳа қилинган беморлар дорини ичишга риоя қилиши бўйича кузатилиши керак.
B	Энтекавир, тенофовир дизопроксил фумарат ёки тенофовир алафенамид билан 48 ҳафта давомида даволанган СГВ билан касалланган беморлар учун, агар ВГВ ДНК >20 ХБ/мл бўлса, режимга риоя қилмаслик истисно қилингандан сўнг, даволаш TDF ёки TAF ни ETV билан алмаштириш орқали коррекция қилиниши мумкин. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/
	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

СГВ МАВЖУД ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ВИРУС ОНАДАН БОЛАГА ЮҚИШИНING ОЛДИНИ ОЛИШ УЧУН ВИРУСГА ҚАРШИ ПРОФИЛИКАНИ ҚЎЛЛАШ АЛГОРИТМИ

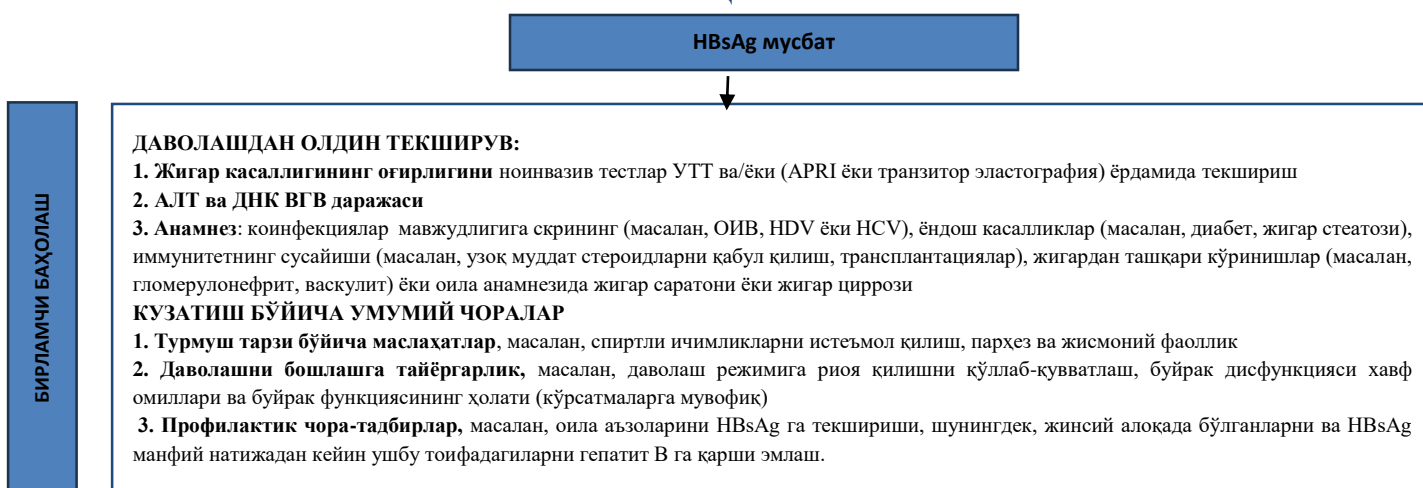




^а Ҳомиладорлик даврида камида бир марта ва имкон қадар эрта муддатда. HBsAg ни аниқлаш учун текшириш ОИВ, сифилис ва HBsAg учун урта текширув учталли элиминация ташаббуси доирасида ўтказилиши керак.

^б Ҳомиладор онанинг HBsAg статусидан қатъий назар, бола туғилганда тезда (24 соат ичида) ва кейинчалик 2-чи ёки 3-чи дозани юбориш орқали гепатит В га қарши ўз вақтида эмлаш керак.

СУРУНҚАЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ШАҲСЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА КУЗАТИШНИ БАҲОЛАШ АЛГОРИТМИ



БАРЧА КАТТАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИ ДАВОЛАШ
(шу жумладан ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган аёллар)

ВҚД

ВИРУСГА ҚАРШИ
ДАВО СХЕМА СИ

МОНИТОРИНГ^б

АЛТ
турғун меъёрда ^{f,г}

ва

ДНК ВГВ >2000 ХБ/мл

ва

Коинфекциялар, ёндош касалликлар, иммуносупрессиялар, жигардан ташқари кўринишлар, оила анамнезининг (жигар саратони ёки жигар циррози) йўқлиги

**ДАВОЛАШНИ
КЕЧИКТИРИНГ ВА
КУЗАТИНГ**

Қўйдаги омилларнинг бирортасининг МАВЖУДЛИГИ (APRI, ДНК HBV ёки АЛТ даражасидан қатъий назар).

- **Коинфекция** (масалан, ОИВ, HDV, HCV)
- **Оила анамнези** (жигар саратони ва жигар циррози)
- **Иммунитетнинг сусайиши**
- **Ёндош касалликлар** (масалан, диабет, метаболик дисфункция билан боғлиқ стеатогепатит)
- **Жигардан ташқари кўринишлар** (масалан, гломерулонефрит ёки васкулит)

ёки

**ДНК HBV таҳлилига имкон йўқлигида АЛТ НИНГ ТУРҒУН АНОМАЛ
ДАРАЖАСИ** ^{f,г}

ВИРУСГА ҚАРШИ ДАВОНИ БОШЛАШ ВА КУЗАТИШ^в

- TDF ёки ETV
- ETV ёки TAF остеопороз ёки буйрак функцияси бузилган шахсларда, шунингдек, болалар ва ўсмирларда

Ҳар 6 ойда КУЗАТИШ

- Ҳар бир ташрифда даволаниш режимига риоя қилиш
- АЛТ, ДНК ВГВ, УТТ (АФП – жигар циррози мавжуд шахслар ёки оила анамнезида жигар циррози ва саратони мажуд шахслар)
- Ноинвазив тестлар (APRI ёки транзитор эластография)
- АЛТ ва ДНК ВГВ даражаси
- Буйрак функцияси мониторинги (креатинин) кўрсатмалар бўйича

аниқланади.

^б Даволашни бошлашдан олдин буйрак функциясини баҳолаш имконини кўриб чиқиш: қон зардобдаги креатинин даражаси, ҳисобланган коптокчали филтрация тезлиги, сийдикда протеинурия ва гликозурияни аниқлаш учун экспресс тестлар ва буйрак дисфункцияси хавф омиллари (декомпенсирланган цирроз, креатинин клиренси <50 мл/мин, ёмон назорат қилинувчи гипертензия, протеинурия, назорат қилинмайдиган диабет), фаол гломерулонефрит, бир вақтда нефротоксик дориларни қўллаш, паренхиматоз органлар трансплантацияси, кекса ёш, тана вазни индекси (ТВИ) <18,5 кг/м² (ёки тана вазни <50 кг), бир вақтда нефротоксик дорилар ёки ОИВ да кучайтирилган протеаза ингибиторларини қўллаш). Буйрак дисфункцияси хавфи юқори бўлган шахслар учун мониторинг тез-тез ўтказилиши керак.

^д Ноинвазив тестлар, шу жумладан, APRI ва транзитор эластография болалар ва ўсмирларда ҳали валидациядан ўтмаган.

^е Декомпенсирланган жигар циррозининг клиник хусусиятлари: портал гипертензия (асцит, варикоз кенгайган веналардан қон кетиши ва жигар энцефалопатияси), коагулопатия ёки жигар етишмовчилиги (сариклик). Жигарнинг зўраювчи касалликлари ва циррозининг бошқа клиник белгилари қўйдагилардан иборат бўлиши мумкин: гепатомегалия, спленомегалия, қичишиш, чарчок, артралгия, қафт эритемаси ва шиш.

^ф АЛТ учун меъёрнинг юқори чегараси (МНОЧ) эркеклар ва ўғил болалар учун <30 Бирлик/л, аёллар ва қизлар учун <19 Бирлик/л сифатида аниқланади. АЛТ нинг даражасининг (бошқа сабаблар истисно қилингандан сўнг) 6 ойдан 12 ойгача вақт давомида ошиши доимий ошган деб ҳисобланади.

^г Ҳомиладор аёллар туғруқдан кейин қайта текширувдан ўтиши керак.

^г СГВ билан касалланган барча шахслар ҳар 12 ойда текширувдан ўтиши керак ва даволашни тўхтатгандан сўнг ГЦҚ мониторинги ўтказилиши керак. Ёки даволаш режимига риоя қилинмаса.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>

Буйрак етишмовчилиги ва декомпенсирланган жигар циррози бўлган катталар учун тавсия этилган дозалар ва тавсия этилган дозани ёки доза оралиғи камайтириш

Дори	Креатинин клиренс (мл/мин)			
	>50	30–49	10–29	<10 Гемодиализ ёки узлуксиз амбулатор перитонеал диализ
TDF^b	Бир таблетка 300 мг ҳар 24 соатда	Бир таблетка 300 мг ҳар 48 соатда	Бир таблетка 300 мг ҳар 72–96 соатда	Ҳар етти кунда 300 мг 1 таблетка ёки диализ тугагандан 12 соатдан кейин 300 мг 1 бир таблетка
ETV^d	0,5 мг кунига бир марта	0,25 мг кунига бир марта	0,5 мг кунига бир марта	0,25 мг кунига бир марта
ETV (жигарнинг декомпенсирланган касаллиги)	1 мг кунига бир марта	0,5 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 48 соатда	0,3 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 72 соатда	0,1 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 7 кунда
TAF	25 мг перорал кунига бир марта	25 мг перорал кунига бир марта	25 мг перорал кунига бир марта. Креатинин клиренси камида 15 мл/мин: коррекция тавсия этилмайди. 25 мг кунига бир марта	Доимий гемодиализ олмаганда креатинин клиренси 15 мл/мин дан кам бўлса дори тавсия этилмайди

^b 300 мг тенофовир дизопроксил фумарат (TDF) 245 мг тенофовир дизопроксил ёки 136 мг тенофовирга тенг.

^d ETV ламивудинга чидамлилиги бўлган инсонлар учун тавсия этилмайди.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903>

Коинфекциялар

ОИВ ва ВГВ коинфекцияси	ОИВ коинфекцияси ВГВ инфекцияси табиий кечишининг деярли барча жиҳатларига таъсир кўрсатади ҳамда жигар циррози ва ГЦКнинг тезроқ зўрайиши, жигар циррозидан юқори
--------------------------------	--

	<p>ўлим, спонтан клиренсинг пастлиги, ВГВ репликацияси ва реактивация тезлиги, яширин ВГВ нинг юқори кўрсаткичлари (HBsAg мусбат бўлмаганида ВГВ ДНКси мусбат бўлиши) ва ОИВ коинфекцияси бўлмаган беморларга нисбатан даволанишга жавобнинг пасайишини ўз ичига олади. ОИВ ва ВГВ коинфекциясини даволаш гепатит В га қарши фаол TDF ёки TAF дан иборат АРВ-дорилар схемасини ўз ичига олади.</p>
ВГС ва ВГВ коинфекцияси	<p>ВГВ ва ВГС биргаликда кузатилган инсонларда ГЦК ривожланиш хавфи анча юқори, бу тезлашган гепатокарциногенезни кўрсатади. ВГВ ва ВГС инфекцияларини одатда бир вақтнинг ўзида даволаш талаб этилади.</p>
HDV ва HBV коинфекцияси	<p>СГВ ташхиси қўйилган беморларда сурункали HDV-инфекцияси сурункали СГВ моноинфекциясига нисбатан жигар циррози ёки жигар саратонига тез зўрайиши сабабли вирусли гепатитнинг энг агрессив шакли ҳисобланади. Шунингдек, эркакларда, қарияларда, ОИВ ёки HCV-инфекцияси ёндош кузатилганда, диабет ва семиришда касалликнинг зўрайиши кузатилади. PEG-IFNα HDV-инфекциясини нуклеозид аналоглари билан даволашнинг ягона усули ҳисобланади, гарчи унинг қўлланилиши ёмон даволаш натижалари, ножўя таъсирлари ва қарши кўрсатмалар туфайли чекланган бўлса-да. Ҳозирги вақтда ВГДга қарши дориларнинг клиник синовлари давом этмоқда.</p>

Асосий дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100%)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Қўлланиш усули	ИД	Ҳаволалар
Вирусга қарши дори	Энтекавир (Entecavir)	<p>Катталарга: 0,5 мг ҳар куни</p> <p>Болаларга: 0,015 мг/кг кунига бир марта</p>	С	<p>https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903</p>

		(максимал кунига 0,5 мг)		
	Тенофовир дизопроксил (tenofovir disoproxil)	Катталарга: 300 мг ҳар куни Болаларга: 8 мг/кг кунига бир марта (максимал кунига 300 мг)	С	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903
	Тенофовир алафенамид (Tenofovir alafenamide)	Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 25 мг ҳар куни	С	https://www.who.int/publications/i/item/9789240090903

4. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Касалхонага режали равишда ётқизиш учун кўрсатмалар:

- қонда АЛТ ва/ёки АСТ 2 меъёрдан ортиқ ошиши;
- билирубиннинг 85 мкмоль/л дан ошиши;
- F3–F4 фиброз босқичи бўлган беморлар;
- СГВ ташхиси илк бор қўйилиши (ташхисни аниқлаштириш ва даволаш тактикасини ишлаб чиқиш учун);
- касалликнинг зўраювчи кечиши, жигардан ташқари ва аутоиммун кўринишларнинг пайдо бўлиши;
- амбулатор шароитда амалга ошириб бўлмайдиган ташхисот муолажалар ва аралашувларга эҳтиёж (жигар биопсияси);
- амбулатор даволаниш вақтида гепатит В вируси фаол репликациясининг давом этиши.

2. Касалхонага шошилиш ётқизиш учун кўрсатмалар: йўқ

5. Стационар даражада даволаш тактикаси:

СВГВ билан касалланган беморларни симптоматик даволаш

Жадвал

Асосий дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори востасининг халқаро патентланмаган номи	Қўлланиш усули	ИД	Ҳаволалар
Гепатопротектор восита	Адеметионин	500 мг дорининг суткалик дозаси 1-2 таб/сут. (суткада 500-1000 мг адеметионин) ва 3 таблеткагача/сут. (суткада 1500 мг	С	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1

		адеметионин) ошириш мумкин		
Гепатопротектор восита	Глицирризин кислота	Перорал кунига 1-2 капсуладан 3 марта овқатланиш вақтида. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	С	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)
Гепатопротектор восита	Глицирризин кислота+Фосфолипидлар	Перорал 80-120 мг/сут овқатланиш вақтида. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	С	https://www.vidal.ru/drugs/essentigliv
Гепатопротектор восита	Фосфолипидлар	Ампулалар 50, 250, 500 мг. Дори вена ичига юборилади. Капсулалар 35, 65, 300, 400 мг, перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827
БАД Гепатопротектор восита	Селимарин (силибилин сифатида ҳисобланган) 140 мг	Доза, қўллаш усули ва схемаси, даво давомийлиги индивидуал равишда белгиланади	С	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/
Дезинтоксикация воситаси	Глутатион	Ампулалар 300, 600, 1200, 1800 мг (қайта тикланган глутатион)	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule-in/2254
Гепатопротектор восита	Л-Аргинин Л-Аспаргат	Комплекс даво таркибида перорал,	С	http://www.сeмaнт.иссчoлaр.орг/пaпep/Ултpaстpyктyрe-оф-тхe-

		<p>мушак орасига, вена ичига қўлланилади.</p> <p>Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.</p> <p>Перорал Сироп сифатида 10 мл 2 маҳал кунига 14 – 60 кун</p>		<p>xemo-misrosirsulatoj-ber-and-tverdokhlib-zinenko/7566c50de28643d813be061f448ee89d526374</p> <p>www.semantissscholar.org/paper/O-znachimosti-vzaimosvazi-i-vzaimodejstviya-arginazy-Lobanova-Vismont/240dc4649993328ee3f21a001f792ca19a666a6</p> <p>https://cyberleninka.ru/article/n/disfunktsii-endoteliya-pri-hronicheskikh-diffuznyh-zabolevaniyah-pecheni</p>
Дезинтоксикатсия воситаси	<p>сорбитол 60,0 мг, натрия лактат 19,0 мг, натрия хлорид 6,0 мг, калсия хлорид дигидрат 0,1 мг, калия хлорид 30, 40, 75 мг/1мл, магния хлорид гексагидрат 0,2 мг;</p>	<p>400 мл (6-7 мл/кг тана вазнига) вена ичига. 10 кун</p>	С	<p>(PDF) Effects, possibilities and advantages of complex infusive preparation sorbilactum</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/rheosorbilact/18716</p>
Гепатопротектор восита	Моноаммоний глициризинат	<p>1-2 капсуладан суткасига 3 маҳал перорал, овқатланиш вақтида.</p> <p>Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.</p>	С	<p>https://liki.uz/shop/prometey-rastvor-d-info-100-ml-flakon-p52135</p>
Гепатопротектор таъсирга эга антиоксидант восита	Тиазот кислотасининг морфолин тузи	<p>Ампулалар 25 мг.</p> <p>Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.</p>	С	<p>http://www.vidal.ru/dругс/тхиотриасолине</p>
Гепатопротектор	Янар кислотаси	Инфузиялар учун эритма.		<p>http://www.vidal.ru/dругс/молесулеин/2337</p>

	Янтар кислотаси+метионин никотинамид+инозин	Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.		хттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%BE%D0%BB&бад=он хттпс://ср.минздра.в.гов.ру/схема/488_2
Фиброзга қарши дори	Оксиматрин	Кунига 0,2 г 3 марта. Зарурият бўлганда кундузги дозани 0,3 г. ча ошириш мумкин.	С	хттпс://пубмед.нсб.и.нлм.них.гов/31733326/
Гепатопротектор таъсирга эга биологик фаол қўшимча (БФҚ)	Расторопша	Перорал қабул қилинади. Дозаси, қўлланиш частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.	С	хттпс://www.видал.ру/другс/молесуле/178
Миотроп спазмолитик восита	Мебеверин гидрохлорид	Мебеверин гидрохлорид капсулалари, таблеткалари 135, 200 мг. Перорал қабул учун. 1 та капсуладан суткада 2 марта, битта – эрталаб ва битта – кечкурун, овқатланишдан олдин.	С	хттпс://ср.минздра.в.гов.ру/схема/672_1 А систематис ревию оф еффисасй анд толерабилитй оф мебеверине ин ирритабле bowel сйndrome - ПМС (них.гов)
Спазмолитик восита	Дротаверин	Таблеткалар. Катталарга 40-80 мг дан суткасига 3 марта. Болаларга 3 ёшдан 6 ёшгача 40-80 мг суткасига 3 махал. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	С	хттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD&бад=он

Спазмолитик восита	Папаверин	<p>Перорал 40-60 мг дан суткасига 3-5 махал.</p> <p>Ректал 20-40 мг дан суткасига 2-3 марта.</p> <p>Мушак орасига, тери остига ёки вена ичига бир марталик юбориш дозаси катталар учун 10-20 мг ни ташкил этади; дорини юбориш интервали 4 соатдан кам бўлмаслиги керак.</p> <p>Кекса ёшдаги беморлар учун бошланғич бир марталик доза 10 мг дан ошмаслиги керак.</p> <p>1 ёшдан 12 ёшгача болалар учун максимал бир марталик доза 200-300 мг/кг.</p>	С	хттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D0%B%D0%B%D0%B%D0%B%D1%80%D0%B%D&бад=он
Ўт хайдовчи ва холелитолитик таъсирга эга гепатопротектор	УДХК (ўт хайдовчи таъсирга эга гепатопротектор)	<p>Капсулалар 150, 250, 300, 500 мг.</p> <p>Ўртача суткалик доза 10-15 мг/кг 2-3 қабул учун.</p> <p>Даволаш давомийлиги 6-12 ой ва ундан ортиқ.</p>	С	хттпс://ср.минздра.в.гов.ру/схема/6721 хттпс://www.жоурнал-оф-гепатологй.еу/артисле/С0168-8278(03)00192-2/фуллтхт
Ўт хайдовчи восита	Дала артишокининг янги баргларининг тозаланган шарбат экстракти	Доза кўрсатмаларга ва ишлатиладиган дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	С	хттпс://www.видал.ру/другс/чопхйтол932
БФҚ Ўт хайдовчи восита	Берберин	Перорал, 5-10 мг дан 3 марта/сут овқатланишдан олдин. Даволаш курси - 2-4 ҳафта	С	хттпс://www.видал.ру/другс/берберин20921

БФҚ ЎТ хайдовчи восита	Силимарин	<p>Таблеткалар 35, 100, 165, 300 мг</p> <p>Перорал қабул қилинади. Дори дозаси, қабул частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/силимарина_седисо_12779
БФҚ ЎТ хайдовчи восита	Артишок	<p>Қобик билан қопланган таблетка</p> <p>Доза кўрсатмаларга ва ишлатиладиган дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/артисхок
Парентерал овқатланиш учун восита	Хушбўй аминокислоталарни кам сақлаган аминокислоталар (триптофан, тирозин, фенилаланин) тармоқли занжирли аминокислоталарга бой (изолейцин, валин, лейцин)	<p>Перорал қабул</p> <p>Дори дозаси, қабул частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга ва беморнинг ёшига боғлиқ.</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/слинис-групп/615
Парентерал кўлаш учун регидрация ва дезинтоксикация дори воситаси	Декстрозанинг изотоник эритмаси (5%)	<p>Вена ичига томчилаб</p> <p>5% эритма: максимал 150 томчигача/мин, максимал суткалик доза катталар учун - 2 л;</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/дехтросе_41191
Парентерал кўлаш учун регидрация ва дезинтоксикация дори воситаси	Натрий хлорид эритмаси инфузия учун 0.9%	<p>Вена ичига томчилаб</p> <p>Катталар учун натрий хлорида эритма дозаси суткасига 500 мл дан 3 л гача</p> <p>Болалар учун учун натрий хлорида эритма дозаси суткасига тана вазнига 20 мл дан 100</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/содиум_члорид_31235

		мл гача (ёш ва тана вазнига нисбатан). Юбориш тезлиги бемор ҳолатига боғлиқ.		
Парентерал кўлаш учун регидрация ва дезинтоксикация дори воситаси	Натрий хлорид мураккаб эритмаси (натрия хлорид 8.6 г калия хлорид 300 мг кальция хлорид дигидрат 330 мг)	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок ривожланиш сабабига боғлиқ.	С	ҳттпс://www.видал.ру/другс/рингерс_с_олутион_5420
Метоболик восита	Левокарнитин	Вена ичига ва мушак орасига юбориш учун эритма 100, 200 мг/мл. Комплекс даво таркибида перорал, мушак орасига, вена ичига қўлланилади. Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	С	ҳттпс://www.видал.ру/другс/левосарнитине
Фермент дорилар	Панкреатин	Ичакда эрувчи капсулалар Ичакда эрувчи гранулалар микрпеллетлар Перорал. Доза, қўлланиш схемаси ва қўлланиш давомийлиги кўрсатмаларга қараб индивидуал равишда белгиланади. Катталар учун ўртача доза - 150 000 Бирлик/сут.	С	ҳттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D0%B%D0%B%D0%B%D1%80%D0%B5%D0%B%D1%82%D0%B8%D0%BД&бад=он

		<p>липазалар 10000 Бирлик амилазалар 8000 Бирлик протеазалар 600 Бирлик липазалар 25000 Бирлик амилазалар 18000 Бирлик. протеазалар 1000 Бирлик</p>		
Ич юмшатувчи дори	Лактулоза	<p>Сироп 667 мг/мл: 5 мл, 10 мл ёки 15 мл пакетчалар 10 ёки 20 дона.; 100 мл, 200 мл, 250 мл, 500 мл ёки 1000 мл фл.</p> <p>Перорал. Доза, қўлланиш схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/ластулосе-1
Ич юмшатувчи дори	Натрий пикосульфат	<p>Перорал. Доза бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади</p>	С	хттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D0%BD%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%8Ф+%D0%BФ%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0%D1%82&бад=он
Антибактериал восита	Рифаксимин	<p>Жигар энцефалопатиясида катталар ва 12 ёшдан катталарга 400 мг дан (20 мл суспензия) ҳар 8 соатда буюрилади</p>	С	хттпс://www.видал.ру/другс/молесулеин/1708
Антибактериал восита	Цефалоспоринлар ва бошқа б-лактама антибиотиклар	<p>Юбориш усули ва дозаси дори турига боғлиқ</p>	С	хттпс://www.видал.ру/сеарч?т=алл&к=%D0%A6%D0%B5%D1%84%D0%B0

	Тизимли таъсирга эга антибиотиклар			%Д0%ББ%Д0%БЕ %Д1%81%Д0%БФ %Д0%БЕ%Д1%80 %Д0%Б8%Д0%БД %Д1%8Б&бад=он
--	------------------------------------	--	--	---

Скрининг

ЖССТ ва бошқа кўпгина халқаро кўрсатмалар юқори хавф гуруҳларини ХБсАг ни аниқлаш учун скринингдан ўтказиш ва иммунитетни бўлмаган хавф гуруҳида бўлган шахсларни гепатит В га қарши эмлашни тавсия қилади.

Буларга қуйидагилар киради:

- СГВ билан касалланган бемор билан мулоқат қилувчи шахслар (маиший ва жинсий мулоқат);
- ОИВ билан яшаётганлар;
- инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул қилувчи шахслар.

ЖССТ тавсиясига кўра, қон ва органлар донорлари ВГВ юқишининг олдини олиш учун ХБсАг ва қон орқали юқадиган бошқа патогенларга ҳам текширилиши керак.

Барча катталар мунтазам текширувдан ўтиш имконига эга бўлиши тавсия этилади.

Аёллар маслахатхоналарида сифилис, гепатит В ва ОИВ учун кенг қамровли уч карра скринингнинг бир қисми сифатида барча ҳомиладор аёлларга рутин ХБсАг скрининги тавсия этилади.

ЖССТ минимал самарадорлик стандартларига жавоб берадиган ХБсАг ни аниқлаш учун битта серологик ташхисот лаборатория имунотаҳлил (иммунофермент таҳлил) текширувидан фойдаланишни тавсия қилади.

[хтпс://www.wxo.int/публикации/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/публикации/и/итем/9789240090903)

4) Жаррохлик аралашувлар: йўқ

5) Кейинги кузатувлар:

Диспансер кузатув	
С	СВГВ билан касалланган беморларни яшаш жойида ёки гепатомарказда оила шифокори, юқумли касалликлар шифокори томонидан кузатиш тавсия этилади.
С	СВГВ билан касалланган беморларга этиотроп (вирусга қарши) даво тугагандан сўнг, йилига бир марта (12 ой) оила шифокори, юқумли касалликлар шифокорининг динамик кузатувидан ўтиш тавсия этилади.
С	Касаллик босқичини ва жигар фибрози ёки циррознинг ривожланишини баҳолаш учун ҳар 6 ойда ноинвазив текширувларни (АПРИ шкаласи ёки транзитор эластография) ўтказилиши тавсия этилади.
С	АЛТ (ва АПРИ учун АСТ), ВГВ ДНК ёки ХБсАг/анти-ХБс скринингини ўтказиш. Ҳар 6 ойда ва/ёки ҳар бир ташрифда мунтазам равишда даволаш режимига риоя қилишни назорат қилиш керак. <i>Шарҳ:</i> Вирусга қарши давонинг бирламчи самарасизлиги уч ой давомида вирусга қарши дорининг ВГВ ДНК даражасини 1×10^{10} ХБ/мл дан ортиқ пасайтира олмаслиги сифатида аниқланиши мумкин. Вирусга қарши давонинг иккиламчи самарасизлиги, дастлаб самарали вирусга қарши даво олган беморларда (зардобда

	ВГВ ДНК даражаси >1хлог10 ХБ/мл пасайиши билан тавсифланади) 3 ой ўтгач ВГВ ДНК даражаси бошланғич даражасидан >1хлог10 ХБ/мл ошганда гумон қилиниши мумкин.
С	ВГВ ДНК текширувиини ўтказиш имкони бўлмаган шароитларда вирусга қарши давонинг самарасизлиги қон зардобдаги аминотрансфераза (АЛТ) даражасининг ошиши ва/ёки дорини қабул қилиш фонида жигар касаллигининг зўрайиш белгилари сифатида аниқланиши мумкин.
	Даволашни тез-тез мониторинг қилиш (биринчи йилда ҳар 3-6 ойда) қуйидаги ҳолатларда амалга оширилиши мумкин: - касалликнинг кеч босқичларида (компенсирланган ёки декомпенсирланган жигар циррози) бўлган шахслар; - даволанишнинг биринчи йилида даволанишга риоя қилиш ташвиш туғдирадиган ҳолларда, даволанишга жавобни ва даволанишга риоя қилишни баҳолаш; - ОИВ қоинфекцияси бўлган шахслар; - буйрак етишмовчилиги бўлган шахслар.

ГЦК скрининги

Ҳар олти ойда қорин бўшлиғини УТТ ва альфа-фетопротеин таҳлили билан ГЦКни мунтазам равишда кузатиб бориш тавсия этилади:	
В	ёши ёки бошқа хавф омилларидан қатъий назар, жигар циррози билан касалланган инсонлар
В	оиласида ГЦК мавжуд инсонлар
С	40 ёшдан ошган ва ВГВ ДНК даражаси >20 000 ХБ/мл бўлган инсонлар (ВГВ ДНК га таҳлил мавжудлигида)

6) Баённомада тавсифланган даволаш самарадорлиги ҳамда ташхисот ва даволаш усуллариининг хавфсизлиги индикаторлари

- барқарор вирусологик жавобга эришиш;
- серологик жавобга эришиш;
- биокимёвий жавобга эришиш;
- гистологик жавобга эришиш;
- регрессия/жигар касалликларининг зўрайишини секинлаштириш.

7) Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: йўқ

2) Такризчилар маълумотлари:

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошерава Бахыт Нурғалиевна

Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг юқумли касалликлар бўйича

бош мутахассиси, тиббиёт фанлари доктори,
“Остона тиббиёт университети” НАЖ
профессори

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

4) Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Руководство по профилактике, диагностике, уходу и лечению людей с хронической инфекцией гепатита В, 2024 год.
[хттпс://www.wxo.int/publicationс/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/publicationс/и/итем/9789240090903)
2. Руководство по профилактике и лечению хронического гепатита В. Китайская медицинская ассоциация и Гепатологическое отделение Китайской медицинской ассоциации.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/36891718/](https://пубмед.нсби.нлм.них.гов/36891718/)
3. Хронический гепатит В у взрослых [Хронический гепатит В у взрослых > Клинические протоколы МЗ РК - 2018 \(Казахстан\) > МедЕлемент](#)
4. Рекомендации ЕАСЛ по клинической практике по вирусу гепатита дельта 2023 год
[хттпс://www.жoурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278\(23\)00317-3/фуллтехт](https://www.жoурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278(23)00317-3/фуллтехт)
5. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи.

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

Тошкент – 2025

1. Кириш қисми

1) Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10 кодлари:

B 18.0	Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В
B 18.1	Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-11 кодлари:

1E51.0	Сурункали вирусли гепатит В
--------	-----------------------------

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:

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

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

3) Асосий муаллифлар рўйхати:

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

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

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошерава Бахыт Нурғалиевна

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

5) Муҳокама ўтказилган сана

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

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

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

- 1.
- 2.

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

- 1.
- 2.

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

6) Қисқартмалар рўйхати

ҲБсАг	ҳепатитис Б сурфасе антиген, гепатит В вирусининг юзаки антигени
ҲБВ	ҳепатитис Б вирус, гепатит В вируси
ҲСВ	ҳепатитис С вирус, гепатит С вируси
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АФП	альфа-фетопротеин
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ГГТ	гамма-глутамилтрансфераза
ГЦҚ	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	дезоксирибонуклеин кислота
ХБ	Халқаро бирлик
ХКТ-10	Халқаро касалликлар таснифи, 10-марта қайта кўриб чиқилган
РНК	рибонуклеин кислота
м/к	марта кунига

ПАМ	психоактив моддалар
КФТ	коптокчалар фильтрация тезлиги
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текширув
БВЖ	барқарор вирусологик жавоб
СБК	сурункали буйрак касаллиги
ЖЦ	жигар циррози

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

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

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

8) Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларга асосланган тиббиёт асосида ишончлилик даражаси шкаласи.

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ТИД	Тафсили
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг оқибатлари бўйича хулосалар мувофиқлаштирилган)

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

ДЕЛЬТА АГЕНТСИЗ СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В

Асосий қисм

1.1. Кириш

Вируси гепатит В (ХБВ) инфекцияси жамоат соғлиғини сақлашнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, сурункали жигар касаллигининг сабаби ҳисобланади ва маълумотларга кўра, 2019 йилда жигар циррози ва саратони туфайли 820 000 ўлим кузатилган.

ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда 296 миллион кишида сурункали гепатит В кузатилган, касалликнинг номутаносиб юки паст ва ўрта даромадли мамлакатларга тўғри келган.

Сурункали гепатит В (СГВ) глобал юкининг катта қисми туғруқ пайтида ёки ундан кейин қисқа вақт ичида онадан болага юкиши билан боғлиқ бўлиши мумкин ва бундай перинатал инфекциялар сурункали касалликнинг юқори кўрсаткичларига олиб келади. В гепатит вирусига қарши оммавий эмлаш, жумладан, туғилган вақтида гепатит В вирусига қарши эмлашнинг ўз вақтида амалга оширилиши орқали гепатит В вирусининг перинатал юкишини бартараф этишда сезиларли ютуқларга эришилди, бу болалар ўртасида касалликни янги юктиришни камайтиришда юқори самара берди. СГВ инфекцияси бўлган инсонларни нуклеозид аналоглари, ҳозирда тавсия этилган тенофовир ва энтекавир билан даволаш жуда самарали бўлиб, жигар циррознинг зўрайишини кечиктириши, гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) касаллигини камайтириши ва узоқ муддат яшашини яхшилаши мумкин.

Бироқ, текширув ва даволашда катта бўшлиқ сақланиб қолмоқда. 2019 йилда СГВ билан касалланган тахминан 296 миллион кишининг атиги 10% га ташхис қўйилган ва 2% даво олган. Элиминация мақсадларига эришиш учун текширув ва даволашни кенгайтириш, гепатит В текшируви ва даволанишига тўсиқларни бартараф этиш учун текширув ва ёрдам кўрсатиш мезонларини тубдан соддалаштириш талаб қилинади.

[хтtps://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903)

Гепатит В инфекциясини ДНК сақловчи гепатит В вируси (ХБВ) чақиради. ВГВ инфекцияси ўткир ёки сурункали бўлиши мумкин ва белгиларсиз ёки касалликнинг энгил шаклидан то оғир ёки камроқ тарқалган фульминант гепатит шаклида кечиши мумкин. Ўткир гепатит В одатда ўз-ўзидан соғайиб кетадиган касаллик бўлиб, ўлим даражаси 0,5-1% ни ташкил қилади. Сурункали вирусли гепатит В қон ёки қон зардобида ХБсАг нинг олти ойдан ортиқ вақт давомида мавжудлиги билан белгиланади. Эпидемиологик омилнинг давомийлиги сурункали инфекция хавфининг асосий ҳал қилувчи омилдир. Маълумотларга кўра, дунё бўйлаб тахминан 296 миллион одамда ХБсАг аниқланган. ХБсАг нинг ёшга ҳос серологик тарқалганлиги географик минтақага қараб сезиларли даражада фарқ қилади. Умуман олганда, дунё аҳолисининг деярли ярми юқори эндемик бўлган ҳудудларда яшайди. ХБсАг-манфий касалликнинг тарқалиши сўнгги ўн йил ичида ХБВ билан касалланган аҳоли қариши билан ошди ва бу баъзи ҳудудларда кўпчилик ҳолатларни ташкил қилади. Маълумотларга кўра, 2022 йилда гепатит В 1,1 миллион ўлимнинг сабаби бўлган. Самарали

аралашувсиз, ВГВ инфекциясидан ўлим даражаси ўсишда давом этади ва 2034 йилга келиб ўлим даражаси 1,14 миллионга етади. Осиё ва бошқа кўпгина минтақаларда гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) ва жигар циррози билан касалланиш 35-40 ёшгача паст, сўнгра экспонент равишда ошади. Ф генотиби (Аляскада топилган) билан касалланган ёшроқ ёшдаги инсонлар орасида, шунингдек, Жанубий Африкада аниқланган А1 субгенотиби ва Ғарбий Африкада Е генотиби билан касалланган одамларда ГЦК учрайди, гарчи Африка жанубидан Сахарагача афлатоксин таъсири муҳим рол ўйнаши мумкин.

(Гуиделинес фор тхе превентион, диагносис, саре анд тратмент фор пеопле витх хронис хепатитис Б инфестион 29 Марч 2024-ВҲО).

ДЕЛЬТА АГЕНТЛИ СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В

ХДВ вирусини юктириш гепатит В билан касалланган беморларда ёки коинфекция сифатида бир вақтнинг ўзида ХБВ вирусини юктириш ёки гепатит В вирусини сурункали ташувчиларда суперинфекция сифатида ривожланиши мумкин. Ўткир гепатитнинг оғир ҳолатлари бирламчи ХБВ моноинфекциясига нисбатан ХБВ/ХДВ коинфекциясида тез-тез учрайди. ХБсАг-мусбат шахсларда ХДВ суперинфекцияси, одатда, ХДВнинг персистенциясига олиб келади ва натижада сурункали гепатит Д (СГД) ривожланади, бу эса, ХБВ моноинфекциясидан кўра ёмонроқ клиник оқибатларга ва жигар циррози зўрайишига олиб келади.

ХДВ инфекциясининг табиий кечиши дунёнинг турли минтақаларида ХБВ ва ХДВ эпидемиологиясининг динамик ўзгаришлари ва қонуниятлари билан узвий боғлиқдир. Бундан ташқари, ХБВ ва ХДВ нинг генетик гетерогенлиги иккала вирус ўртасидаги патогенетик ўзаро боғлиқликка таъсир қилиши мумкин, ва уларнинг мураккаблиги ҳали ўрганилиши керак. ХДВ бутун дунёда мавжуд бўлиб, унинг эпидемиологияси маълум даражада ХБВ эпидемиологиясини такрорлайди, аммо аҳоли орасида тизимли текширувлар ўтказилмаганлиги сабабли тарқалиши ва соғлиқ учун юки бўйича аниқ маълумотлар ноаниқ ва тўлиқ эмас.

ХДВ тарқалишидаги катта географик фарқлар юкиш йўллариининг ўзгарувчанлиги, гигиеник ва ижтимоий-иқтисодий шароитлар, гепатит В га қарши эмлаш вақти ва қамрови, миграция оқимлари ва ХДВ гетерогенлиги (ХДВ генотипларининг вирулентлигидаги фарқлар ёки ХБВ билан касалланган беморларнинг ХДВ суперинфекциясига генетик мойиллиги) каби омилларга боғлиқ.

[хтtps://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/)

1.2. Таъриф:

Сурункали гепатит В (СВГВ) гепатит В вируси келтириб чиқарадиган некрояллиғланишли жигар касаллиги бўлиб, қон ёки зардобда 6 ойдан ортиқ вақт давомида гепатит В вирусининг юзаки антигени (ХБсАг) аниқланиши билан намоён бўлади.

[хтtps://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388](https://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388)

Сурункали вирусли гепатит Д (СВГД) – гепатит Д вируси келтириб чиқарадиган жигар касаллиги ҳисобланиб, гепатит В вирусининг юзаки антигени (ХБсАг-мусбат шахслар) бўлган шахсларда кузатилади ва 6 ойдан ортиқ вақт давом этувчи жигар тўқималарида турли хил оғирликдаги морфологик яллиғланиш, некротик ва фибротик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

[хтtps://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920](https://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920)

2.3. Тасниф:

ХКТ-10 бўйича Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

ХКТ-10 бўйича: Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В

ХКТ-11 бўйича: Сурункали вирусли гепатит D

Ташхисот ва даволаш усуллари, ёндошувлари, муолажалари

Физикал текширув

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

А	<p>Физикал текширувда симптомлар бўлмаслиги мумкин ёки жигар сурункали касаллигининг аломатлари аниқланиши мумкин.</p> <p>Умумий кўрик тери ва шиллиқ пардаларнинг сариқлигини аниқлаш, қорин бўшлиғини пальпация қилиш жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталашиши ёки кичрайиши) ва жигар ва талоқ консистенциясини аниқлаш учун амалга оширилади. Жигар декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром).</p> <p><i>Эслатма:</i> Физикал текширувда одатда ўзгаришлар аниқланмайди. Жигар циррози белгилари бўлиши мумкин (асцит, "жигар кафтлари", қорин девори веналарининг варикоз кенгайиши, шишлар, спленомегалия). Иммуниетга боғлиқ жигардан ташқари кўринишлар ривожланганда тегишли ўзгаришлар содир бўлади.</p> <p>хтtps://дисеасес.медемент.ком/дисеасе/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388</p>
----------	--

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар: йўқ.

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: сурункали вирусли гепатит В ва дельта агентли сурункали вирусли гепатит В бўлган барча беморлар.

4) Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

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

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

Ташхисот муолажалари

Инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ:

А	<p>Ультратовуш текшируви жигар фибрози, циррозининг тузилиши, белгиларини (текис бўлмаган қирраси, тугунли тузилиши, ўнг бўлагининг атрофияси, асцит мавжудлиги, жигар ва талоқ томирларининг кенгайиши ва тромбози, шунтларнинг мавжудлиги спленомегалия ва портал гипертензиянинг бошқа белгилари), шунингдек, ҳосилали ўсимталар (ГЦК ва бошқалар) мавжудлигини баҳолашга имкон беради Қон оқими ўзгаришларини аниқлаш учун портал, талоқ, пастки кавак вена, юқори тутқич ва жигар веналарининг доплер ультратовуш текшируви ўтказилади.</p> <p>хтtps://пубмед.нсби.нлм.ниҳ.гов/37364791/</p>
----------	---

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

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар: йўқ.

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: сурункали вирусли гепатит В ва дельта агентли сурункали вирусли гепатит В бўлган барча беморлар.

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

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

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

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

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

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

Фибросканирлаш

А	<p>Ифодаланган фиброз белгилари ($\geq\Phi 2$) АПРИ $>0,5$ ёки билвосита эластография (БЭ) $>7,0$ кПа қийматига, жигар циррози ($\Phi 4$) эса, АПРИ $>1,0$ ёки БЭ $>12,5$ кПа клиник мезонларига асосланиши керак.</p> <p>АПРИ (аспартатаминотрансфераза ва тромбоцитлар нисбати индекси) ресурслар чекланган шароитларда катталардаги сезиларли жигар фибрози ёки циррози мавжудлигини баҳолаш учун афзал бўлган ноинвазив тест сифатида тавсия этилади. Транзитор эластографияни қўллаш имкони мавжуд бўлган ва нархи асосий чеклов бўлмаган ҳолларда афзал бўлган ноинвазив тест бўлиши мумкин.</p> <p><i>Шарҳ:</i> Жигарнинг билвосита эластографияси (БЭ) фибрознинг зардоб биомаркерларига қараганда кўпроқ клиник аҳамиятга эга. БЭ акс эттирилган тебраниш импульслари ва уларнинг кейинги компьютер таҳлиллари асосида жигарнинг эластик хусусиятларидаги ўзгаришларни баҳолашга имкон беради. Шубҳали ҳолатларда, агар бу беморни кузатишга таъсир қилса, жигар биопсияси тавсия этилади.</p> <p>хтпс://www.wxo.int/publisatiонс/и/итем/9789240090903</p>
----------	---

1) Муолажани ўтказишдан мақсад: жигар фибрози босқичларининг ташхисоти.

- 2) **Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:** йўқ.
- 3) **Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар:** сурункали вирусли гепатит В ва дельта агентли сурункали вирусли гепатит В бўлган барча беморлар.
- 4) **Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:** мутахассислик бўйича олий тиббий маълумот.
- 5) **Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташхисот тадбирлари рўйхати:** йўқ.
- 6) **Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар:** – кўрсатмаларга мувофиқ.
- 7) **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:** йўқ.
- 8) **Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари:** фиброз даражасини ёки унинг йўқлигини аниқлаш.

ЭФГДС: эзофагогастродуоденоскопия

С	Ошқозон-ичак трактининг ўткир патологиясини аниқлаш учун қорин оғриғи ва "кофе қуйқалари" кўринишидаги қусиш кузатилган беморларда эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) текшируви тавсия этилади.
	<p>Шарҳ: қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун амалга оширилади.</p> <p>хттпс://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920</p>

- 1) **Муолажани ўтказишдан мақсад:** кўрсатмаларга мувофиқ қизилўнгачнинг варикоз томирларини истисно қилиш учун қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватини визуал текшириш.
- 2) **Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:**
 - инфаркт, инсульт ўткир даврда;
 - юракнинг оғир касалликлари, юрак-қон томир етишмовчилиги;
 - гипертоник криз;
 - бронхиал астма;
 - қон ивишининг бузилиши;
 - руҳий касалликларнинг ҳар хил турлари;
 - юқори ҳарорат, умумий оғир аҳвол, нафас олиш тизимининг касалликлари;
 - хомиладорлик
- 3) **Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар:** қон кетиш.
- 4) **Муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:** мутахассислик бўйича олий тиббий маълумот.
- 5) **Муолажага тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча ташхисот тадбирлари рўйхати:** йўқ.
- 6) **Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар:** – эндоскоп ва талабларга мувофиқ барча тиббий асбоблар мавжудлиги.
- 7) **Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:**
 - барча перорал қабул қилинадиган дори-дармонларни 10-12 соат олдин бекор қилиш керак.
 - гастроскопияни ўтказишдан 8 соат олдин овқатланишдан тўлиқ воз кечиш керак.

Кечки овқат енгил бўлиши керак. Эрталаб нонушта қилиш тақиқланади, чунки ЭФГД қатъий равишда оч қоринга амалга оширилади.

 - текширувдан олдин сийдик пуфагини бўшатиш керак. Агар беморда протезлар ўрнатилган бўлса, муолажадан олдин уларни ечиш керак.
- 8) **Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари:**

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

Жигар биопсияси:

А	<p>Жигар биопсияси беморни даволаш ёки жигар касаллигини баҳолаш ва даражаларини аниқлашда, клиник белгилар ноаниқ бўлган ҳолатларда ёрдам бериш учун тавсия этилади.</p> <p>хтпс://www.wxo.int/публикации/и/итем/9789240090903</p>
	<p><i>Шарҳ:</i> Яллиғланиш, некроз ва фиброз даражасини аниқлаш учун жигар пункцион биопсияси (ЖПБ) тавсия этилади, чунки жигардаги морфологик ўзгаришлар тўғрисидаги маълумотлар клиник, лаборатор ва инструментал кўрсаткичлар мос келмайдиган мураккаб ҳолатларда давони бошлаш тўғрисида қарор қабул қилишда фойдалидир. Биопсия жигар шикастланишининг бошқа сабабларини аниқлаши мумкин, масалан, стеатоз, стеатогепатит, аутоиммун гепатит ва бошқалар. Жигар биопсияси инвазив муолажа бўлса-да, оғир асоратлар хавфи жуда кам (1:4000-10 000).</p> <p>Пункцион биопсия пайтида олинган намунанинг ўлчами жигар шикастланиш даражасини ва фибрознинг оғирлигини аниқ баҳолаш учун етарли бўлиши жуда муҳимдир. ЖБП БЭ нинг кулранг зонасида (6 дан 10 кПа гача) бўлган беморларда қўлланилиши мумкин. Жигар циррозининг аниқ белгилари бўлган беморлар учун ЖПБ талаб қилинмайди, шунингдек, ЖПБ эластография натижалари 6 кПа дан кам бўлган беморларга, АЛТ меъёрида бўлганда ЖПБ тавсия этилмайди. ЖПБ натижаларини баҳолаш некро-яллиғланиш ўзгаришлар ва жигар тўқималарининг фиброз даражаларини тавсифловчи ярим микдорий шкалалар ёрдамида амалга оширилади.</p>

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

2) Муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:

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

3) Муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар: ЖЦ ёки ГЦК шубҳа қилинган сурункали вирусли гепатит В ва дельта агентли сурункали вирусли гепатит В билан касалланган барча беморлар.

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

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

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

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

6) Муолажа ёки аралашувни ўтказиш учун талаблар:

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

7) Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар:

- текширувдан камида бир ҳафта олдин антикоагулянтлар, антиагрегантлар ва доимий равишда қабул қилинадиган ностероид яллиғланишга қарши дорилар бекор қилинади;
- муолажадан 3 кун олдин, қорин дам бўлишини келтириб чиқарадиган овқатларни (янги сабзавот ва мевалар, пиширилган маҳсулотлар, дуккакдилар, нон) истисно қилувчи рационга ўзгартирилиши керак;
- текширувдан бир кун олдин сауна ва ҳаммомга ташриф буюришни, иссиқ ванналар ва душ қабул қилиш, оғирлик кўтариш ва оғир жисмоний меҳнатни бекор қилиш;
- қорин дам бўлишида фермент препаратлари ва газ ҳосил бўлишини камайтирадиган воситаларини қабул қилиш (эспумизан, панкреатин);
- охириги овқатланиш биопсияни ўтказишдан камида 10 соат олдин бўлиши керак;
- муолажадан бир кун олдин кечкурун тозаловчи хўкна қилиниши керак.

8) Муолажа ёки аралашувнинг самарадорлик индикаторлари:

- Кнодел усули ёрдамида жигар биопсиясини баҳолашда гистологик фаоллик индекси ҳисобланади. Гистологик фаоллик индекси аъзо паренхимасидаги яллиғланиш ифодаланишини акс эттиради ва сурункали ҳолатни кўрсатувчи фиброз даражаси ва жигарда цирроз хавфини аниқлайди.
- Дистрофия белгилари бўлган ҳужайралар сонига, некроз майдони, яллиғланиш инфильтратининг табиати ва унинг ифодаланганлиги, фиброз ўзгаришларга қараб, аъзонинг гистологик фаолликни ва фибрознинг босқичини аниқлайдиган умумий баллар сони ҳисобланади.

Ҳисоблаш формуласи

АПРИ = (АСТ / (АСТ юқори чегараси)) * 100 / тромбоцитлар (10⁹ /л)

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

Натижани талқин қилиш.

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

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

АПРИ ни аниқлаш учун калкуляторга ҳавола

<http://www.бинг.ком/ск/а?!&&п=дф657ф4сбаф5ад83ЖмлтдХМ9МТсхМжИЗНТИwМС3пЗ3ВпЗД0wМмВмНзФжЙй01МмУхЛТЗмНТУтМДИ1Ми02Мжк0НТМ3Мж3лЙжсмаW5заWК9НТЕ4Мw&птн=3&вер=2&хсх=3&фслид=02еф71сс-52е1-6ф55-0252-629453726еб7&псқ=%д1%80%д0%б0%д1%81%д1%87%д0%б5%д1%82+%д0%б0%д0%бф%д1%80%д0%б8&у=а1аХР0чМ6Лй9т3ГНхбГМуснУвЙХБяС9жЙWхжЛнБосА&нтб=1>

4.Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: йўқ

2) Рецензентлар маълумотлари:

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошеров Бахыт Нурғалиевна

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

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

4) Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Руководство по профилактике, диагностике, уходу и лечению людей с хронической инфекцией гепатита В, 2024 год.
[хттпс://www.wxo.int/publicationс/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/publicationс/и/итем/9789240090903)
2. Руководство по профилактике и лечению хронического гепатита В. Китайская медицинская ассоциация и Гепатологическое отделение Китайской медицинской ассоциации.
[хттпс://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36891718/)
3. Хронический гепатит В у взрослых [Хронический гепатит В у взрослых > Клинические протоколы МЗ РК - 2018 \(Казахстан\) > МедЕлемент](#)
4. Рекомендации ЕАСЛ по клинической практике по вирусу гепатита дельта 2023 год
[хттпс://www.жжурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278\(23\)00317-3/фуллтехт](https://www.жжурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278(23)00317-3/фуллтехт)
5. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи.
6. Хронический вирусный гепатит Д у взрослых
[Хронический вирусный гепатит Д у взрослых > Клинические рекомендации РФ 2021 \(Россия\) > МедЕлемент](#)

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

Тошкент-2025

1. Кириш қисми

1) Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10 кодлари:

B 18.0	Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В
B 18.1	Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-11 кодлари:

1E51.0	Сурункали вирусли гепатит В
--------	-----------------------------

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга хисса қўшганлар:

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

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

3) Асосий муаллифлар рўйхати:

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

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

4) Такризчилар

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошерова Бахыт Нургалиевна

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

5) Муҳокама ўтказилган сана

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

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

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

- 1.
- 2.

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

- 1.
- 2.

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

6) Қисқартмалар рўйхати

ҲБсАг	ҳепатитис Б сурфасе антиген, гепатит В вирусининг юзаки антигени
ҲБВ	ҳепатитис Б вирус, гепатит В вируси
ҲСВ	ҳепатитис С вирус, гепатит С вируси
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АФП	альфа-фетопротеин
ВЮ	вирус юкламаси
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ГГТ	гамма-глутамилтрансфераза
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	дезоксирибонуклеин кислота
ХБ	Халқаро бирлик
ХКТ-10	Халқаро касалликлар таснифи, 10-марта қайта кўриб чиқилган
РНК	рибонуклеин кислота
м/к	марта кунига
ПАМ	психоактив моддалар
КФТ	коптокчалар фильтрация тезлиги
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текширув

БВЖ	барқарор вирусологик жавоб
СВГС	сурункали вирусли гепатит С
ЖЦ	жигар циррози

7) Протоколдан фойдаланувчилар:

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

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

Ушбу нозологиядаги беморларнинг тоифаси:

Болалар, катталар, ҳомиладор аёллар.

9) Далилларга асосланган тиббиёт асосида ишончлилик даражаси шкаласи.

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Асосий қисм

1.1. Кириш

Вируси гепатит В (ХБВ) инфекцияси жамоат соғлиғини сақлашнинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб, сурункали жигар касаллигининг сабаби ҳисобланади ва маълумотларга кўра, 2019 йилда жигар циррози ва саратони туфайли 820 000 ўлим кузатилган.

ЖССТ маълумотларига кўра, 2019 йилда 296 миллион кишида сурункали гепатит В кузатилган, касалликнинг номутаносиб юки паст ва ўрта даромадли мамлакатларга тўғри келган.

Сурункали гепатит В (СГВ) глобал юкининг катта қисми туғруқ пайтида ёки ундан кейин қисқа вақт ичида онадан болага юқиши билан боғлиқ бўлиши мумкин ва бундай перинатал инфекциялар сурункали касалликнинг юқори кўрсаткичларига олиб келади. В гепатит вирусига қарши оммавий эмлаш, жумладан, туғилган вақтида гепатит В вирусига қарши эмлашнинг ўз вақтида амалга оширилиши орқали гепатит В вирусининг перинатал юқишини бартараф этишда сезиларли ютуқларга эришилди, бу болалар ўртасида касалликни янги юктиришни камайтиришда юқори самара берди. СГВ инфекцияси бўлган инсонларни нуклеозид аналоглари, ҳозирда тавсия этилган тенофовир ва энтекавир билан даволаш жуда самарали бўлиб, жигар циррознинг зўрайишини кечиктириши, гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) касаллигини камайтириши ва узоқ муддат яшашини яхшилаши мумкин.

Бирок, текширув ва даволашда катта бўшлиқ сақланиб қолмоқда. 2019 йилда СГВ билан касалланган тахминан 296 миллион кишининг атиги 10% га ташхис қўйилган ва 2% даво олган. Элиминация мақсадларига эришиш учун текширув ва даволашни кенгайтириш, гепатит В текшируви ва даволанишига тўсиқларни бартараф этиш учун текширув ва ёрдам кўрсатиш мезонларини тубдан соддалаштириш талаб қилинади.

[хтtps://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903)

(Гуиделинес фор тхе превентивон, диагносис, саре анд третатмент фор пеопле витх chronic гепатитис В инфестивон 29 Марч 2024-WXO)

ДЕЛЬТА АГЕНТЛИ СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В

ХДВ вирусини юктириш гепатит В билан касалланган беморларда ёки коинфекция натижасида бир вақтнинг ўзида ХБВ вирусини юктириш ёки гепатит В вирусини сурункали ташувчиларда суперинфекция сифатида ривожланиши мумкин. Ўткир гепатитнинг оғир ҳолатлари бирламчи ХБВ моноинфекциясига нисбатан ХБВ/ХДВ коинфекциясида тез-тез учрайди. ХБсАг-мусбат шахсларда ХДВ суперинфекцияси, одатда, ХДВнинг персистенциясига олиб келади ва натижада сурункали гепатит Д (СВГД) ривожланади, бу эса, ХБВ моноинфекциясидан кўра ёмонроқ клиник оқибатларга ва жигар циррози зўрайишига олиб келади.

ХДВ инфекциясининг табиий кечиши дунёнинг турли минтақаларида ХБВ ва ХДВ эпидемиологиясининг динамик ўзгаришлари ва қонуниятлари билан узвий боғлиқдир. Бундан ташқари, ХБВ ва ХДВ нинг генетик гетерогенлиги иккала вирус ўртасидаги патогенетик ўзаро боғлиқликка таъсир қилиши мумкин, ва уларнинг мураккаблиги ҳали ўрганилиши керак. ХДВ бутун дунёда мавжуд бўлиб, унинг эпидемиологияси маълум даражада ХБВ эпидемиологиясини такрорлайди, аммо аҳоли орасида тизимли текширувлар ўтказилмаганлиги сабабли тарқалиши ва соғлиқ учун юки бўйича аниқ маълумотлар ноаниқ ва тўлиқ эмас.

Гепатит Д вируси (ВГД) РНК сақловчи вирус бўлиб, Делтавирус (дельтавируслар) туркумига мансуб, ўта юқумли, гепатит В вирусининг нуқсонли ҳамроҳ вируси (ёрдамчи вирус), қобиғининг қурилиши ва ҳаёт цикли учун (хужайрага кириш, хужайрадан секреция) гепатит В вирусининг юзаки антигени (ХБсАг) мавжудлигини талаб қилади.

ВГД геноми бир занжирли халқасимон РНКдан (ўлчами бўйича барча инсон РНК сақловчи вируслари орасида энг кичиги) иборат ва у билан делмта антигени (ХДАг) боғланади. Вируснинг ўз полимеразаларига эга эмас ва репликация учун инсон полимеразаларидан фойдаланади.

ГД вируси гепатит В вирусининг (Л-ХБсАг) катта юзаки антигени деб аталадиган қобик оксиленинг гепатоцитлар базолатерал мембранасидаги рецептори - натрий таурохолат котранспорт полипептидига, ўт кислотаси тузларини ташиш оксидига бирикиш орқали хужайра ичига киради, бу ГД вирусининг хужайрага кириш рецептори ҳисобланади.

ВГД нинг 8 та генотип мавжуд.

[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/37364791/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37364791/)

1.2.Таъриф

Сурункали гепатит В (СВГВ) гепатит В вируси келтириб чиқарадиган некрояллиғланишли жигар касаллиги бўлиб, қон ёки зардобда 6 ойдан ортиқ вақт давомида гепатит В вирусининг юзаки антигени (ХБсАг) аниқланиши билан намоён бўлади.

[хттпс://дисеасес.меделемент.ком/дisease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388](https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388)

Сурункали вирусли гепатит Д (СВГД) – гепатит Д вируси келтириб чиқарадиган жигар касаллиги ҳисобланиб, гепатит В вирусининг юзаки антигени (ХБсАг-мусбат шахслар) бўлган шахсларда кузатилади ва 6 ойдан ортиқ вақт давом этувчи жигар тўқималарида турли хил оғирликдаги морфологик яллиғланиш, некротик ва фибротик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

[хттпс://дисеасес.меделемент.ком/дisease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920](https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920)

1.3. Тасниф

ХКТ-10 бўйича: Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В

ХКТ-10 бўйича: Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В

ХКТ-11 бўйича: Сурункали вирусли гепатит В

3) Профилактика ва реабилитация турлари:

- специфик
- носпецифик

4) Жамоат профилактика тадбирларини ва шахсий профилактикани ўтказиш тамойиллари:

Вирусли гепатитларга қарши профилактика ва эпидемияга қарши жамоат тадбирлари касаллик эпидемиологиясининг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда парентерал (гемоконтакт) инфекциялар гуруҳлари учун ишлаб чиқилган тамойилларга асосланади. Профилактика чора-тадбирлар мажмуи қуйидагиларга йўналтирилган бўлиши керак:

- шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш;
- аҳолини гигиеник тарбиялаш.

Гепатит В нинг олдини олиш вирус манбалари, юқиш йўллари ва омиллари, шунингдек касалликка мойил аҳоли, шу жумладан қўзғатувчи юқиши эҳтимоли бўлган хавф гуруҳидаги шахслар, гепатит В билан касалланган бемор билан яқин мулоқатда бўлган шахсларга нисбатан мажмуавий амалга оширилиши керак, чунки бу ҳолатларда қўзғатувчини юқтириш эҳтимоли мавжуд.

Гепатит В вирусини юқтиришнинг хавф омилларига қуйидагилар киради:

- жигарнинг сурункали касалликлари, масалан, гепатит С, жигар циррози, жигарнинг ёғли

касаллиги, жигарнинг алкоголь касаллиги, аутоиммун гепатит кабилар

- ОИВ инфекцияси
- Жинсий йўл билан юктириш хавфи, масалан, гепатит В юзаки антигени (ХБсАг) мусбат бўлган шахсларнинг жинсий шериклари, жинсий йўл билан юқадиган инфекцияни текшириш ёки даволашни талаб қиладиган шахслар.
- инъекцион психоактив моддаларни қабул қилиш ёки яқин орада қўллаш.
- қон билан тери ёки шиллиқ қават орқали мулоқатда бўлиш хавфи, маслан, ХБсАг мусбат шахслар билан маиший мулоқатлар, қон ёки қон билан ифлосланган биологик суюқликлари билан таъсир қилишнинг тахминий хавфи бўлган соғликни сақлаш ва жамоат хавфсизлиги ходимлари.
- диализ олувчи шахслар (шу жумладан, марказда ёки уйда гемодиализ ва перитонеал диализ), диализ олишдан олдин бўлган шахслар ва диабет билан касалланган беморлар.
- гепатит В юқори ёки ўртача эндемик бўлган мамлакатларга саёҳат қилиш.

[хттпс://www.cdc.gov/vaccines/schedule/download/adult/adult-combined-schedule.pdf](https://www.cdc.gov/vaccines/schedule/download/adult/adult-combined-schedule.pdf)

3.1. Профилактика усуллари ва муолажалари:

1) Профилактика мақсади (профилактика мақсади кўрсатилади):

Гепатит В ва Д профилактикаси вирус манбалари, юкиш йўллари ва омиллари, шунингдек касалликка мойил аҳоли, шу жумладан хавф гуруҳларига нисбатан амалга оширилиши керак.

ВГВ нинг специфик профилактикаси

А	Гепатит В га қарши мажбурий эмлаш барча чақалоқлар ва декретирланган гуруҳлар учун тавсия этилади.
А	ХБсАг-мусбат оналардан туғилган чақалоқларни гепатит В га қарши вакцина билан эрта эмлаш (белгиланган ҳужжатларга мувофиқ) амалга оширилади.
А	ХБсАг-мусбат шахслар ХБВ инфекцияси, касалликдан ёки эмлашдан кейин иммунитетга эга бўлмаган жинсий шериклар билан алоқада бўлганда контрацепциянинг тўсик усулларида фойдаланиши тавсия этилади.
В	ХБВ инфекцияси бўлмаса, касалликдан ёки эмлашдан кейинги иммунитет бўлмаса, жинсий шериклар ва оила аъзоларини эмлаш. Гепатит В га қарши эмлаш хавфсиз ва самарали, шу жумладан, ҳомиладорлик даврида ҳам.
В	Шахсий гигиена воситаларидан фойдаланиш (тиш чўткаси, устара ва бошқалар).
А	Гемодиализ олаётган беморларни ва бошқа хавф гуруҳларини гепатит В га қарши эмлаш ва уларни мониторинг қилиш

[хттпс://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920](https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920)

Иммунизация қилинадиган шахслар

- касаллик ўчоқларида мулоқатда бўлган шахслар ва 18–55 ёшдаги касал бўлмаган катталар, илгари эмланмаган ва вирусли гепатит В га қарши профилактик эмлашлар ҳақида маълумотга эга бўлмаган шахслар эмланиши керак.
- Илгари гепатит В га қарши эмлашнинг 3 та доза курсини олган меъёрдаги иммун статусига эга шахсларга қайта эмлаш тавсия этилмайди.

Иммунизация препаратлари ва техникаси

ВГВ га қарши эмлаш учун ген муҳандислиги усулида олинган рекомбинант вакциналар қўлланилади.

- Илгари эмланмаган шахслар 0-1-6 ойлик тақвим бўйича эмланади. Вакцинанинг 1 ва 2-чи дозалари орасидаги интервал 1 ойни ташкил қилади, агар интервал узайтирилса, биринчи дозани такрорлаш шарт эмас ва 3-чи доза эмлаш бошланганидан 6 ойдан кейин амалга оширилади. 2 ва 3-чи дозалар орасидаги интервал камида 8 ҳафта бўлиши керак. Агар биринчи ва иккинчи эмлашлар орасидаги интервал 5 ойгача ёки ундан кўп муддатга узайтирилса, учинчи эмлаш иккинчи эмлашдан 1 ой кейин амалга оширилади.

Бустер эмлаш - қуйидаги ҳолларда вакцинанинг 1 дозаси тавсия этилади:

- Катталар, айниқса гепатит В инфекцияси учун хавф омиллари бўлганлар.
- Гемодиализдаги беморларда гепатит В юзаки антигенига қарши антитана (анти-ҲБс) текшируви ҳар йили 10 мХБ/мл дан кам бўлса ёки ҳар 3 йилда бир марта вакцинанинг бир бустер дозасини юбориш.
- Иммуниетет танқислиги бўлган инсонлар (шу жумладан ОИВ билан яшовчи инсонлар, гематопоестик ўзақ хужайралари реципиентлари, кимётерапия олувчи шахслар) ва инфекцияни доимий юқтириш хавфи бўлган шахслар ҳар йили анти-ҲБс тестлари асосида (анти-ҲБс даражаси <10 мХБ/мл гача камайиши).

[хттпс://гниспм.ру/wp-сонтент/уploадс/2020/08/иммунизасзия-взрослйх_сите.пдф](https://гниспм.ру/wp-сонтент/уploадс/2020/08/иммунизасзия-взрослйх_сите.пдф)

- Агар анти-ҲБс ≥ 10 мХБ/мл бўлса бустер доза шарт эмас.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/26802139/](https://пубмед.нсби.нлм.них.гов/26802139/)
- инфекцияни юқтириш хавфи бўлган шахслар, масалан, касалланган шахсларнинг шериклари, инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул қилувчи шахслар ва зарарланган қон ёки биологик сууюқликлари билан мулоқатда бўлувчи шахслар.
- гепатит В хавф омиллари маълум бўлмаган 60 ёш ва ундан катта ёшдагилар учун ҳам бустер эмлаш тавсия этилади.
- гепатит В вируси юқори эндемик бўлган мамлакатларга саёҳат қилувчилар учун эмлашни янгилаш тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар

Гепатит В га қарши вакциналарни қўллашга доимий қарши кўрсатмаларга хамиртурушларга ва вакцинанинг бошқа компонентларига юқори сезувчанлик, кучли реакция (ҳарорат 40°C дан юқори, шиш, инъекция жойида диаметри >8 см гиперемия) ёки ВГВ вакциналарининг олдинги қўлланилишидаги асорат (сурункали касалликларнинг зўрайиши).

Эмлашдан кейинги реакциялар ва асоратлар

ВГВ га қарши вакциналар кам реактоген, клиник синовлар ва маркетингдан кейинги тадқиқотлар натижаларига кўра, маҳаллий ва тизимли реакциялар эмланган инсонларнинг 5% дан камроғида учрайди. 1980 йилдан бери 1 миллиард дозадан ортиқ ВГВ га қарши вакциналар қўлланилган, анафилактик шокнинг ягона ҳолатлари (1:600 000), эшак еми (1: 100 000), тошма (1: 30 000), артралгия, миалгия, тугунли эритема кузатилган.

ВГД нинг специфик профилактикаси

С	ВГД нинг олдини олиш учун барча инсонларга миллий профилактик эмлашлар тақвими ва эпидемик кўрсатмалар бўйича профилактик эмлашлар тақвими мувофиқ гепатит В га қарши вакцина олиш тавсия этилади.
С	СВГД билан касалланган беморларга агар қон зардобиди гепатит А вирусига қарши антитаналар йўқ бўлса, вирусли гепатит А нинг олдини олиш учун гепатит А га қарши вакцина тавсия этилади.

[хттпс://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920](https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920)

3) Носпецифик профилактика

В	Инфекция манбаларини (инфекцияни юктириш хавфи юқори бўлган ва/ёки эпидемиологик аҳамиятга эга бўлган шахсларни текшириш) фаол аниқлаш тавсия этилади.
С	Сунъий юқиш механизмларининг (хаётий кўрсатмалар бўйича қон қуйиш, текширишнинг инвазив усулларининг асосланганлиги, бир марта ишлатиладиган асбоблардан фойдаланиш, тиббий асбоблар ва жиҳозларига ишлов бериш режимларига қатъий риоя қилиш, тиббиёт ходимлари томонидан ҳимоя воситаларидан фойдаланиш) олдини олиш тавсия этилади.

[хттпс://дисеасес.меделемент.ком/дисеасе/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920](https://diseases.medelement.com/disease/хронический-вирусный-гепатит-д-у-взрослых-кп-рф-2021/16920)

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

4. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари:

4.1. Профилактика учун кўрсатмалар:

4.2. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари (халқаро стандартлар, далилларга асосланган тиббиёт маълумотларига мувофиқ):

ПРОФИЛИКТИК ЭМЛАШЛАР ТАҚВИМИ

Ёш	Эмлаш номи
1 сутка	ВГВ-1
2 ой	пента-1(АКДС-1, ВГВ-2, ХИБ-1)
3 ўй	пента -2 (АКДС-2, ВГВ-3, ХИБ-2)
4 ой	пента -3 (АКДС-3, ВГВ-4, ХИБ-3)

Ўзбекистон Республикаси эмлашлар тақвими 2024 йил

[хттпс://нрм.уз/сонтентф?дос=520693 &продустс=1](https://нрм.уз/сонтентф?дос=520693 &продустс=1) **все законодательство узбекистана**

5. Реабилитация босқичлари ва ҳажми: Реабилитация чоралари ишлаб чиқилмаган.

ДИСПАНСЕР КУЗАТУВ

Диспансер кузатув	
С	СВГВ билан касалланган беморларни яшаш жойида ёки гепатомарказда оила шифокори, юқумли касалликлар шифокори томонидан кузатиш тавсия этилади.
С	СВГВ билан касалланган беморларга этиотроп (вирусга қарши) даво тугагандан сўнг, йилига бир марта (12 ой) оила шифокори, юқумли касалликлар шифокорининг динамик кузатувидан ўтиш тавсия этилади.
С	Касаллик босқичини ва жигар фибрози ёки циррознинг ривожланишини баҳолаш учун ҳар 6 ойда ноинвазив текширувларни (АПРИ шкаласи ёки транзитор эластография) ўтказилиши тавсия этилади.

	АЛТ (ва АПРИ учун АСТ), ВГВ ДНК ёки ҲБеАг/анти-ҲБе скринингини ўтказиш. Ҳар 6 ойда ва/ёки ҳар бир ташрифда мунтазам равишда даволаш режимига риоя қилишни назорат қилиш керак.
С	<i>Шарҳ:</i> Вирусга қарши давонинг бирламчи самарасизлиги уч ой давомида вирусга қарши дорининг ВГВ ДНК даражасини 1×10^{10} ХБ/мл дан ортиқ пасайтира олмаслиги сифатида аниқланиши мумкин. Вирусга қарши давонинг иккиламчи самарасизлиги, дастлаб самарали вирусга қарши даво олган беморларда (зардобда ВГВ ДНК даражаси $>1 \times 10^{10}$ ХБ/мл пасайиши билан тавсифланади) 3 ой ўтгач ВГВ ДНК даражаси бошланғич даражасидан $>1 \times 10^{10}$ ХБ/мл ошганда гумон қилиниши мумкин.
С	ВГВ ДНК текширувиини ўтказиш имкони бўлмаган шароитларда вирусга қарши давонинг самарасизлиги қон зардобдаги аминотрансфераза (АЛТ) даражасининг ошиши ва/ёки дорини қабул қилиш фонида жигар касаллигининг зўрайиш белгилари сифатида аниқланиши мумкин.
	Даволашни тез-тез мониторинг қилиш (биринчи йилда ҳар 3-6 ойда) қуйидаги ҳолатларда амалга оширилиши мумкин: - касалликнинг кеч босқичларида (компенсирланган ёки декомпенсирланган жигар циррози) бўлган шахслар; - даволанишнинг биринчи йилида даволанишга риоя қилиш ташвиш туғдирадиган ҳолларда, даволанишга жавобни ва даволанишга риоя қилишни баҳолаш; - ОИВ коинфекцияси бўлган шахслар; - буйрак етишмовчилиги бўлган шахслар.

ГЦК скрининги

Ҳар олти ойда қорин бўшлиғини УТТ ва альфа-фетопротеин таҳлили билан ГЦКни мунтазам равишда кузатиб бориш тавсия этилади:	
В	ёши ёки бошқа хавф омилларидан қатъий назар, жигар циррози бўлган инсонлар;
В	оила анамнезида ГЦК бўлган инсонлар;
С	40 ёшдан ошган ва ВГВ ДНК даражаси $>20\,000$ ХБ/мл бўлган инсонлар (ВГВ ДНК таҳлили мавжуд бўлса)
С	Сурункали гепатит Д билан касалланган беморлар яшаш жойидаги тиббиёт ташкилоти ёки худудий ихтисослаштирилган марказда оилавий шифокор, юқумли касалликлар шифокорининг диспансер кузатувидан ўтиши тавсия этилади.
С	СВГД билан касалланган беморлар этиотроп (вирусга қарши) даво тугагандан сўнг, йилига 1 марта оилавий шифокор, юқумли касалликлар шифокорининг диспансер кузатувидан ўтиши тавсия этилади.

6. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар: йўқ

2) Такризчилар маълумотлари:

Камилов Фарход Хайдарович

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

Кошеров Бахыт Нургалиевна

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

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

4) Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Руководство по профилактике, диагностике, уходу и лечению людей с хронической инфекцией гепатита В, 2024 год.
[хттпс://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903](https://www.wxo.int/публисатионс/и/итем/9789240090903)
2. Руководство по профилактике и лечению хронического гепатита В. Китайская медицинская ассоциация и Гепатологическое отделение Китайской медицинской ассоциации.
[хттпс://пубмед.нсби.нлм.них.гов/36891718/](https://пубмед.нсби.нлм.них.гов/36891718/)
3. Хронический гепатит В у взрослых [Хронический гепатит В у взрослых > Клинические протоколы МЗ РК - 2018 \(Казахстан\) > МедЕлемент](#)
4. Рекомендации ЕАСЛ по клинической практике по вирусу гепатита дельта 2023 год
[хттпс://www.жожурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278\(23\)00317-3/фуллтехт](https://www.жожурнал-оф-хепатологй.еу/артисле/С0168-8278(23)00317-3/фуллтехт)
5. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 27 августдаги “Ўзбекистон Республикасида вирусли гепатитларнинг ташхисоти, давоси ва профилактикаси бўйича чора-тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида” ги 542-сон буйруғи.
6. Хронический вирусный гепатит Д у взрослых-
[Хронический вирусный гепатит Д у взрослых > Клинические рекомендации РФ 2021 \(Россия\) МедЕлемент](#)