



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24 yil "14-" iyun _____

№ -195

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokollarni tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyev rahbarligida 2024-yil 5-fevral kuni kengaytirilgan tarzda o'tkazilgan videoselektor yig'ilishining 9-son bayonida berilgan topshiriqlar hamda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti yordamchisining 2024-yil 11-martdagi Sog'liqni saqlash sohasida 2024-yilda amalga oshiriladigan islohotlarni amalga oshirish yuzasidan berilgan topshiriqlar ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Quyidagilar:

Antenatal parvarish, "xavf guruhi"ga kirgan homilador va tug'ruq yoshidagi ayollarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 1-ilovaga muvofiq;

Oilani rejalashtirish, kontratsepsiya vositalarini qo'llash bo'yicha milliy klinik qo'llanmasi 2-ilovaga muvofiq;

Arterial gipertenziya bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 3-ilovaga muvofiq;

Surunkali yurak ishemik kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 4-ilovaga muvofiq;

Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 5-ilovaga muvofiq;

O'pka surunkali obstruktiv kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 6-ilovaga muvofiq;

Qandli diabet (1 va 2-turlari) bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 7-ilovaga muvofiq;

Virus etiologiyali jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 8-ilovaga muvofiq;

Delta agentisiz virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 9-ilovaga muvofiq;

Delta agentli virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 10-ilovaga muvofiq;

Virusli gepatit C bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 11-ilovaga muvofiq;

O'quv dasturlarini ishlab chiqishga jalb etiladigan tibbiyot va ta'lim muassasalari ro'yxati 12-ilovaga muvofiq **tasdiqlansin**.

2. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) va Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) Loyiha ofisi (E.Adilov) bilan hamkorlikda:

ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni barcha davlat va nodavlat tibbiyot tashkilotlariga yetkazilishini ta'minlasin;

yil yakuniga qadar ilovadagi nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga joriy qilsin, **bunda:**

milliy klinik protokollar asosida namunaviy o'quv dasturiga muvofiq onlayn platforma orqali tibbiyot mutaxassislarini bosqichma-bosqich o'qitish jarayoni tashkillashtirilsin;

milliy klinik protokollardan tashxislash va davolash jarayonida to'liq foydalanishni yo'lga qo'yish maqsadida joylarda baholash va monitoring o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari amalga oshirilsin;

milliy klinik protokollar bo'yicha tibbiyot xodimlarini o'qitish va amaliyotga joriy etishda milliy klinik protokollarni qayta o'rganish orqali takomillashtirib borish choralari ko'rilsin.

3. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari (12-ilova bo'yicha), Tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, respublika o'rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ularni ixtisoslashtirish markazi rahbarlari, respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari:

joriy yilning 1 iyuliga qadar malaka oshirish o'quv dasturining tarkibi, o'qitish usuli va uslubiyoti, imtihon o'tkazish va baholash mezonlari, shuningdek sertifikatsiyalash tartibini ishlab chiqsin va tasdiqlash uchun kiritсин;

joriy yilning 10 iyuliga qadar onlayn platforma orqali hamshiralar, oilaviy shifokorlar va tor soha mutaxassilarini tibbiy yordam ko'rsatish algoritmlari bo'yicha bosqichma-bosqich o'qitish uchun milliy klinik protokollar asosida o'zbek va rus tillarida malaka oshirish o'quv dasturlari ishlab chiqilishini hamda Loyiha ofisiga taqdim etilishini ta'minlasin. Bunda, o'quv dasturining tarkibi – taqdimot (prezentatsiyalar, audio va video darslar), amaliy mashg'ulotlar va imtihondan iborat bo'lishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti bilan birgalikda **joriy yilning 10 iyuliga qadar** ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni qoraqalpoq tiliga tarjima qilinishini ta'minlansin.

5. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari mazkur jarayonlarga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar va viloyatlar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlari:

tasdiqlangan milliy klinik protokollarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini;

joriy yilning 10 iyuliga qadar OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlari "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini ta'minlasin.

7. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha milliy klinik protokollarni 2024/2025 o'quv yilidan boshlab Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek, shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

8. Tashkiliy kadrlar va inson resurslarini rivojlantirish boshqarmasi (M.Mirtalipov) OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlarini **joriy yilning 10 iyuliga qadar** "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini nazorat qilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan milliy klinik protokollarini vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirsin.

10. Jamoatchilik bilan aloqalar bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan milliy klinik protokollarni mazmun mohiyatini yoritish bo'yicha tashviqot va targ'ibot ishlari o'tkazilishini ta'minlasin.

11. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan birgalikda 2024 yil 1 avgustga qadar tasdiqlangan milliy klinik protokollar asosida davolash va diagnostika standartlari qayta ko'rib chiqilishini ta'minlasin.

12. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva):

joriy yilning 10 iyuliga qadar O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2024-yil 24-fevraldagi “Milliy/mahalliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish, tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish metodologiyasini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 52-son buyrug‘iga tegishli o‘zgartirish va qo‘shimchalar kiritish bo‘yicha;

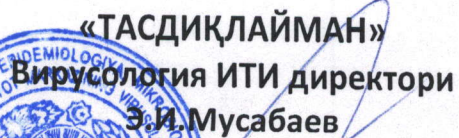
joriy yilning 20 sentyabriga qadar O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi “Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 273-son buyrug‘ining ilovalaridagi tegishli nozologiyalar bo‘yicha klinik protokollar va standartlari o‘z kuchini yoqotgan deb topish bo‘yicha asoslantirilgan taklif kiritsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o‘rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.



A. Xudayarov



"14" июн 2024 йил

ДЕЛТА АГЕНТЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2024

Соғлиқни сақлаш вазирининг
2024-йил 14-июндаги
195-сон буйруғига
10-илова

**ДЕЛТА АГЕНТЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2024

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В билан касалланган беморларни даволаш бўйича миллий клиник протоколи:

Ишлаб чиқилган санаси	14.06.2024
Қайта кўриб чиқиш муддати	2029 йил ёки далилларга асосланган янги маълумотлар пайдо бўлганда қайта кўриб чиқилади

Ишчи гуруҳ таркиби:

1.	Мусабаев Э.И.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ, директор, т.ф.д., профессор , ЎзР ФА академики
2.	Туйчиев Л.Н.	ТТА, Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., профессор
3.	Абдукадырова М.А.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ, к.и.х., т.ф.д.
4.	Хикматуллаева А.С.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, к.и.х., т.ф.д.
5.	Байжанов А.К.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ , бўлим бошлиғи, к.и.х., т.ф.д.
6.	Рахимова В.Ш.	ТХКМРМ, Юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.
7.	Исмоилов У.Ю.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ клиникаси, Гепатология маркази раҳбари, т.ф.н.
8.	Долимов Т.К.	РИЭМЮПКИАТМ клиникаси, инфекционист, т.ф.д.
9.	Эгамова И.Н.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ, ташкилий-услубий ишлар бўйича бош шифокор ўринбосари, PhD
10.	Бригида К.С.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ клиникаси, инфекционист, PhD
11.	Абдурахимова Д.Р.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ клиникаси, инфекционист
12.	Ходжаева М.Э.	РИЭМЮПКИАТМ Вирусология ИТИ клиникаси, инфекционист, PhD, к.и.х.

Тақризчилар:

1.	Камилов Ф.Х.	ТошПТИ, Юқумли ва болалар юқумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти, т.ф.д.
2.	КошEROва Б.Н.	Қозоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош инфекционисти, т.ф.д., профессор, НАЖ “Остона тиббиёт университети”

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқишда қуйидаги халқаро қўлланалардан фойдаланилган:

1. Сурункали гепатит В билан касалланган беморларни олиб бориш бўйича ЖССТнинг тавсиялари (март 2024 й.).

Кейинги ўринларда:

2024 WHO Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection

Ҳавола:

[Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection: web annex B: evidence-to-decision making tables and GRADE tables \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/9789240069057)

2. Сурункали гепатит В олдини олиш ва даволаш. Хитой тиббиёт ассоциацияси, гепатология бўлими. 2022 й.

Кейинги ўринларда:

2022 Chinese / Guidelines for the Prevention and Treatment of Chronic Hepatitis B

Ҳавола:

[Guidelines for the Prevention and Treatment of Chronic Hepatitis B \(version 2022\) \(xiahepublishing.com\)](https://www.xiahepublishing.com/guidelines-for-the-prevention-and-treatment-of-chronic-hepatitis-b-version-2022)

3. Дельта гепатит вируси билан касалланган беморларни олиб бориш: Жигар касалликларини ўрганиш бўйича Европа ассоциацияси клиник қўлланмаси EASL. 23 июн 2023 й.

Кейинги ўринларда:

2023 EASL Clinical Practice Guidelines on Hepatitis Delta Virus

Ҳавола:

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(23\)00317-3/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(23)00317-3/fulltext)

Далилларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончилилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар ҳулосаси

**Далилларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончилилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар ҳулосаси

Тавсияларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича ҳулосалари келишилмаган)

ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

HbsAg	–	Hepatitis B surface antigen гепатит В вируси юзаки антигени
NA	–	нуклеоз(т)ид аналог
HBV	–	hepatitis B virus, вирусли гепатит В
HDV	–	hepatitis D virus, вирусли гепатит D
HCV	–	hepatitis C virus, вирусли гепатит C
АЛТ	–	аланин аминотрансфераза
АСТ	–	аспарагин аминотрансфераза
АФП	–	альфа-фетопротеин
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ВВК	–	веналарнинг варикоз кенгайиши
ГЦК	–	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	–	дезоксирибонуклеин кислотаси
ХБ	–	халқаро бирлик
ХКТ-10	–	10-халқаро касалликлари таснифи
ХПН	–	халқаро патентланмаган номи
ВҚТ	–	вирусга қарши терапия
РНК	–	рибонуклеин кислотаси
КФТ	–	коптокчалар фильтрацияси тезлиги
таб.	–	таблетка
УТТ	–	ультратовуш текшируви
ЖЦ	–	жигар циррози

Таърифи

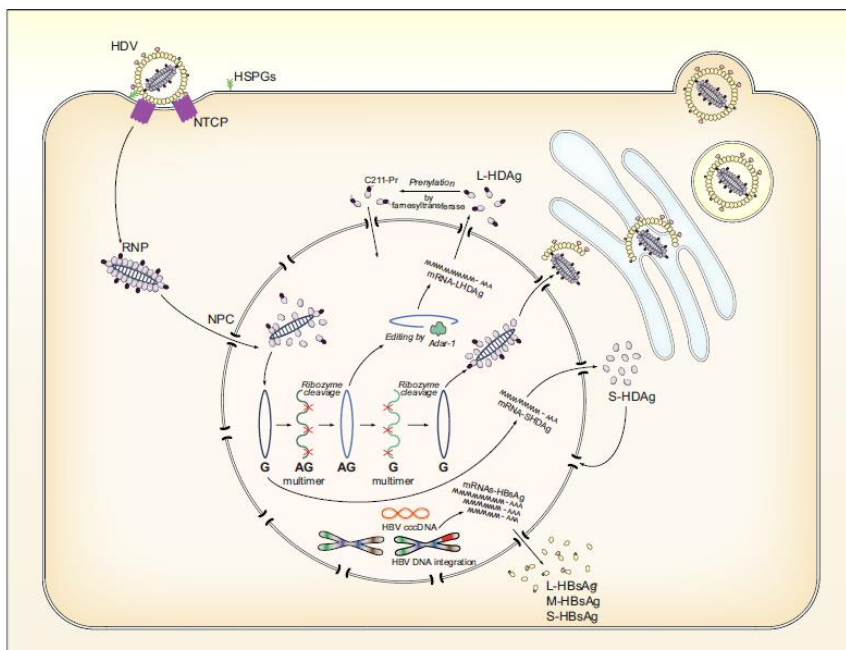
Сурункали вирусли гепатит D (дельта агентли СВГВ) D гепатити вируси келтириб чиқарадиган жигар касаллиги бўлиб, B гепатити вирусининг юзаки антигени (HBsAg-мусбат) мавжуд шахсларда кузатилади ва 6 ойдан ортиқ вақт давом этувчи жигар тўқималарида турли хил оғирликдаги морфологик яллиғланиш, некротик ва фибротик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Патогенези

Сурункали вирусли гепатит D патогенезида қуйидаги босқичлар кузатилади (1-расм):

HDV HBV билан коинфекция ёки суперинфекция сифатида кечиши мумкин. Коинфекция HBV/HDV - иккала вирусларни элиминация қилишга олиб келадиган бир вақтнинг ўзида икки вирус билан зарарланиш, одатда, кенг клиник спектрга эга белгиларсиз/енгил гепатитдан то ўткир жигар етишмовчилигига олиб келувчи ўткир гепатитга олиб келади. Ўткир гепатитнинг оғир ҳолатлари HBV бирламчи моноинфекциясига нисбатан HBV/HDV коинфекциясида кўпроқ учрайди. HBsAg-мусбат инсонларда HDV суперинфекцияси сурункали гепатит D ривожланишига олиб келади, бу HBV моноинфекциясига нисбатан тез ва кўпроқ жигар циррози зўрайиши билан боғлиқ ёмон клиник оқибатга олиб келади.

HDV бутун дунёда мавжуд ва унинг эпидемиологияси маълум даражада HBV ни такрорлайди, гарчи тарқалиши ва соғлиқ юки тўғрисида аниқ маълумотлар аҳолининг тизимли сўровлари йўқлиги сабабли тўлиқ эмас.



1-расм. HDV ҳаётий даври.

Гепатит D вируси (ВГД) РНК таркибидаги вирус бўлиб, Deltavirus (дельтавируслар) авлодига мансуб, жуда юқумли бўлиб, гепатит В вирусининг нуқсонли ҳамроҳ вирусидир (ёрдамчи вирус), қобик ҳосил қилиши ва ҳаёт циклини яшаши (ҳужайрага кириш, ҳужайрадан секреция) учун гепатит В вируси юзаки антигени (HDsAg) мавжудлигини талаб қилади.

HDV геномини бир занжирли халқали РНК (РНК таркибидаги барча инсон вируслари орасида энг кичиги) томонидан шаклланади, у билан боғлиқ дельта антиген (HDAg) мавжуд. Вируснинг ўз полимерлари йўқ ва репликация учун инсон полимерларидан фойдаланади. Диагн

HBV нинг ҳужайра ичига кириб бориши мембрана оқсиллини бириктириш орқали амалга оширилади, гепатит В вируси (L-HBsAg) нинг катта юзаки антигени деб аталади, гепатоцитларнинг базалатерал мембранаси бўйича рецепторга - сафро тузларининг оқсил-ташувчиси бўлган натрий-таурохолатли котранспорт полипептиди, бу ВГД нинг ҳужайрага кириш рецептори ҳисобланади.

ВГД популяцияси 8 та генотипдан иборат.

Сурункали вирусли гепатит D таснифи

Умумий қабул қилинган тасниф мавжуд эмас. Ташхисда HBV ва HDV-инфекциянинг аниқланган маркерлари, биокимёвий ва/ёки гистологик фаоллик, фиброз индекси кўрсатилади.

- Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В.

ХКТ-10/ХКТ-11 бўйича кодланиши

Сурункали вирусли гепатит В ХКТ-10 (В 18.0)	Сурункали вирусли гепатит D ХКТ-11 (1F01.2)
▪ В18.0 Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В	▪ 1F01.2 Сурункали вирусли гепатит D

Ташхисни шакллантириш тамойиллари

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит Внинг таснифи

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В

Ташхисни шакллантириш тамойиллари

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В

Якуний ташхисни шакллантиришга мисол:

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В

Диагностикаси

Дельта агентли СВГВ ташхисоти қўйидаги босқичларни ўз ичига олади:

- шикоятларни аниқлаш ва анамнезни йиғиш;
- холисона текшириш;
- лаборатор ва инструментал тадқиқот усуллари: биринчи босқичда мунтазам ва текширувнинг иккинчи босқичида ўзига хос (кўрсатмаларга мувофиқ);
- жигардан ташқари белгиларни намоёнларни истисно қилиш;
- жигар ҳолатини баҳолаш.

Шикоятлар

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В кам белгили ёки белгисиз кечиши мумкин

Анамнез тўплаш вақтида қўйидаги касалликни юқтириш хавф омилларини аниқлаш керак:

- ота-онада HBV-инфекцияси, HDV-инфекциянинг мавжудлиги;
- касалликнинг исталган босқичида бўлган HBV-инфекцияси, HDV-инфекцияси билан касалланган шахснинг оилада мавжудлиги;
- HBV ва HDV-инфекцияси мавжуд шахслар билан ҳимояланмаган жинсий алоқа;
- қон қуйиш, органлар ва тўқималар трансплантацияси;
- детоксикациянинг экстрокорпорал усуллари 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, татуаж ва бошқалар);
- инъекцион ва бошқа наркотик дори воситаларини, шу жумладан, ўтмишда фойдаланиш;
- HBV-инфекцияси бўйича эндемик бўлган мамлакатлардан иммиграция;
- силга қарши муассасаларда даволаниш.

<https://diseases.medelement.com/disease/хронический-гепатит-в-у-взрослых-2019/16388>
(синф/ишончлилик даражаси I C).

Физикал текширув

Барча беморларга умумий кўрик вақтида 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 аниқланади (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром) (синф/ишончлилик даражаси I C).

Эслатма: 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.

Анамнез

Касаллик анамнезини йиғишда дельта агентли вирусли гепатит В билан касалланиш учун хавф омилларининг кўрсаткичларини ҳисобга олиш керак

Изоҳ: Анамнезни йиғишда қон қўйиш, аъзолар ва тўқималарни трансплантация қилиш, хавфли инвазив (тиббий бўлмаган) муолажалар, хавф гурӯҳларига мансублик (психик фаол моддаларни истеъмол қилувчилар, сурункали гемодиализ билан оғриган беморлар, онкогематологик касалликлар билан оғриган беморлар, ОИВ ва бошқа парентерал инфекциялар билан яшовчи шахслар, HCV билан касалланган шахсларнинг жинсий шериклари, тиббиёт ходимлари, HCV билан касалланган оналардан туғилган болалар, жигар функцияси тестлари ўзгарган шахслар). (синф/ишончилилик даражаси I C).

Физикал текширувлар

Умумий қўриқда тери ва шиллиқ пардаларнинг иктерик бўялганлигининг аниқланиши. Жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталишиши ёки камайишини) ва консистенциясини аниқлаш билан қоринни пайпаслаш. Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром) (класс/ишончилилик даражаси I C).

Изоҳ: Умумий қўриқда одатда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмайди. Жигар циррози белгилари бўлиши мумкин (асцит, "жигарга хос пальмар", қоринда веналарнинг варикоз кенгайиши, шиш, спленомегалия). Иммунологик сабаб бўлган жигардан ташқари кўринишларнинг ривожланиши билан тегишли ўзгаришлар содир бўлади.

Лаборатор ташхисоти

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В га шубҳа қилинган барча беморлар қуйидаги серологик қон тестларидан ўтишлари керак (ИФА, ПЗР) (синф/ишончилилик даражаси 1 A).

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

HBsAg мусбат бўлган барча беморлар HDV антитаналарига скринингдан ўтказилиши керак. (синф/ишончилилик даражаси 1 A).

Изоҳ: HBsAg-мусбат тасдиқланган таҳлили бўлган барча беморлар йилига бир марта HDV антитаналарига скринингдан ўтказилиши керак.

HDV-мусбат шахсларда HDV антитаналарини такрорий текшириш клиник кўрсатмалар бўлганда (масалан, аминотрансфераза ошиши ёки сурункали жигар касаллигининг ўткир декомпенсацияси ҳолатларида) ўтказилиши керак ва касалликни юқтириш хавф гуруҳларида ҳар йили текшириш мумкин.

(синф/ишончилилик даражаси I A).

Реал вақт режимидаги полимераза занжир реакцияси (ПЗР):

HDV инфекцияси фаоллигининг ташхисоти учун HDV антитанаси мусбат барча шахслар стандартлаштирилган ва сезгир тескари транскрипцияли ПЗР таҳлилни қўллаган ҳолда миқдорий РНКга текширилиши керак. (синф/ишончилилик даражаси I A).

Изоҳлар: Бу ташхис қўйиш, терапия масаласини ҳал қилиш ва беморларни кейинги мониторинг қилиш учун жуда муҳимдир. Полимераза занжири реакцияси (ПЗР) асосида HDV РНК даражасини реал вақтда аниқлаш учун миқдорий усуллардан фойдаланиш уларнинг юқори сезувчанлиги, ўзига хослиги, аниқлиги ва кенг динамик диапозони тўғрисида қатъий тавсия этилади. Натижаларни таққослаш учун зардобдаги HDV РНК концентрацияси ХБ/мл билан ифодаланиши керак. Вирусга қарши терапия самарадорлигини баҳолаш учун ҳудди шу беморда бир хил тадқиқот усули қўлланилиши керак.

Жигарнинг шикастланиш даражасини аниқлаш учун қуйидагиларни бажариш керак:

Биокимёвий қон таҳлили. Дельта агентли сурункали гепатит В билан оғирган барча беморларга трансаминазаларнинг (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) фаоллигини, гепатоцитлар шикастланишининг оғирлигини аниқлаш, жигар ва буйраклар фаолиятини баҳолаш учун **биокимёвий қон таҳлилин**и ўтказиш тавсия қилинади. (далиллар синфи/шкаласи I A).

Изоҳлар: жигар циррози белгилари бўлмаса, трансаминазалар фаоллиги ва жигар функциясининг бошқа кўрсаткичларининг (билирубин, альбумин) клиник аҳамияти юқори эмас. Бу жигар патологияси мавжуд бўлсагина катта аҳамиятга эга бўлади. Дельта агентли сурункали гепатит В натижасида жигар циррози бўлган беморларда гепатоцитлар шикастланишининг оғирлиги ва декомпенсация белгилари беморни олиб бориш тактикасини танлашда ВҚТ дориларини ва касаллик кечишини прогноз қилишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Бундан ташқари инструментал текширув ўтказиш имкони бўлмаганда АЛТ ва АСТ жигар фиброзининг оғирлигини мустақил равишда баҳолаш учун ишлатилиши мумкин (масалан, APRI, FIB-4 индекслари). Тенофовирни ўз ичига олган ВҚТ схемаларини режалаштиришда буйрак функциясини (креатинин) баҳолаш керак.

Дельта агентли СВГВ бўлган барча беморларга қон ёки плазмадаги протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, жигар белгилари ва синдромларининг мавжудлиги ва оғирлигини баҳолаш учун халқаро нормаллаштирилган нисбатни (ХНН) аниқлаш тавсия этилади (далиллар синфи /шкаласи I A).

Изоҳлар: жигар етишмовчилигини баҳолаш учун протромбин (тромбопластин) қон ёки плазмадаги вақти, халқаро нормаллаштирилган нисбат. (далиллар синфи/шкаласи 1 C).

Инструментал текширувлар

Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В билан оғриган беморларда инструментал диагностика усуллари ўтказиш жигар шикастланиш даражасини аниқлаш, шунингдек, жигар циррози, ГЦК ва қорин бўшлиғининг бирга келадиган патологиясини истисно қилиш учун зарурдир.

Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви. Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В билан оғриган барча беморларга жигар циррози ва ГЦК белгиларини аниқлаш учун қорин бўшлиғи (комплекс) ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текширувидан ўтиш тавсия этилади. (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Изоҳ: Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текшируви ГЦК, портал гипертензия белгилари (талоқнинг катталашishi, портал тизим веналарини кенгайishi), асцитни аниқлаш, ошқозон-ичак йўллариининг патологиясини истисно қилиш учун амалга оширилади, бу баъзи ҳолларда касаллик босқичи ва даволаш тактикаси аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В натижасидаги ЖЦ ва ГЦК белгиларсиз бўлиши мумкин ва фақат ультратовуш текшируви ёрдамида аниқланиши мумкин. Агар жигарда ГЦК учун шубҳали хосила аниқланса, текширувлар ГЦК ни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсияномаларга мувофиқ давом эттирилиши керак.

Барча дельта агентли СВГВ билан оғриган беморларга жигар фибрози босқичини ташхислаш учун (жигар эластометрияси, агар у мавжуд бўлмаса – зардоб тестлари APRI, FIB-4ни ҳисоблаш) тавсия этилади (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Изоҳлар: инвазив бўлмаган ташхисот фиброз босқичини юқори аниқликда баҳолаш имконини беради. Буни жигарнинг эластометрияси (фиброскан текшируви) (тасдиқланган ускунада бажарилиши керак) ёки зардоб тестлари ёрдамида амалга ошириш мумкин. Агар эластометрия мавжуд бўлмаса, лаборатор текширувлари натижаларига кўра ҳисобланган кўрсаткичлардан фойдаланиш мумкин (APRI, FIB-4 индексларини ҳисоблаш)

Жадвал. Дельта агентли СВГВ беморларни ташхислашда қўлланиладиган тестлар*

Лабораторные исследования
Қоннинг иммунофермент таҳлили anti-HDV
Реал вақт режимидаги полимераза занжирли реакцияси (ПЗР) - РНК миқдорий
Қоннинг биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин)
Умумий қон таҳлили
Қонда креатинини аниқлаш
Инструментал текширувлар
Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви
Жигар эластометрияси, агар мавжуд бўлмаса-зардобни ҳисоблаш тестлари APRI, FIB-4)

АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза,

** Зарур шарт-шароитлар ва моддий-техник жиҳозлар бўлмаган тақдирда, юқори даражадаги тиббий-профилактика муассасасида стандарт лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари тақдим этилиши мумкин*

Дельта агентли СВГВ беморларни текширув учун қўшимча текширувлар

Қонда Альфа-фетопротеин (АФП) даражасини текшириш. Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В оғир жигар фибрози (Ф3-Ф4) билан кечганда ГЦКни ўз вақтида ташхислаш учун беморларнинг қон зардобидаги алфа-фетопротеин (АФП) даражасини аниқлаш тавсия қилинади. (синф/ишончлилик даражаси I A).

Изоҳлар: хавф ЖЦ босқичида ГЦК ривожланиши йилига тахминан 1-5% ни ташкил қилади. ГЦК билан оғриган беморларда ташхисдан кейинги биринчи йил ичида ўлим эҳтимоли 33% ни ташкил қилади.

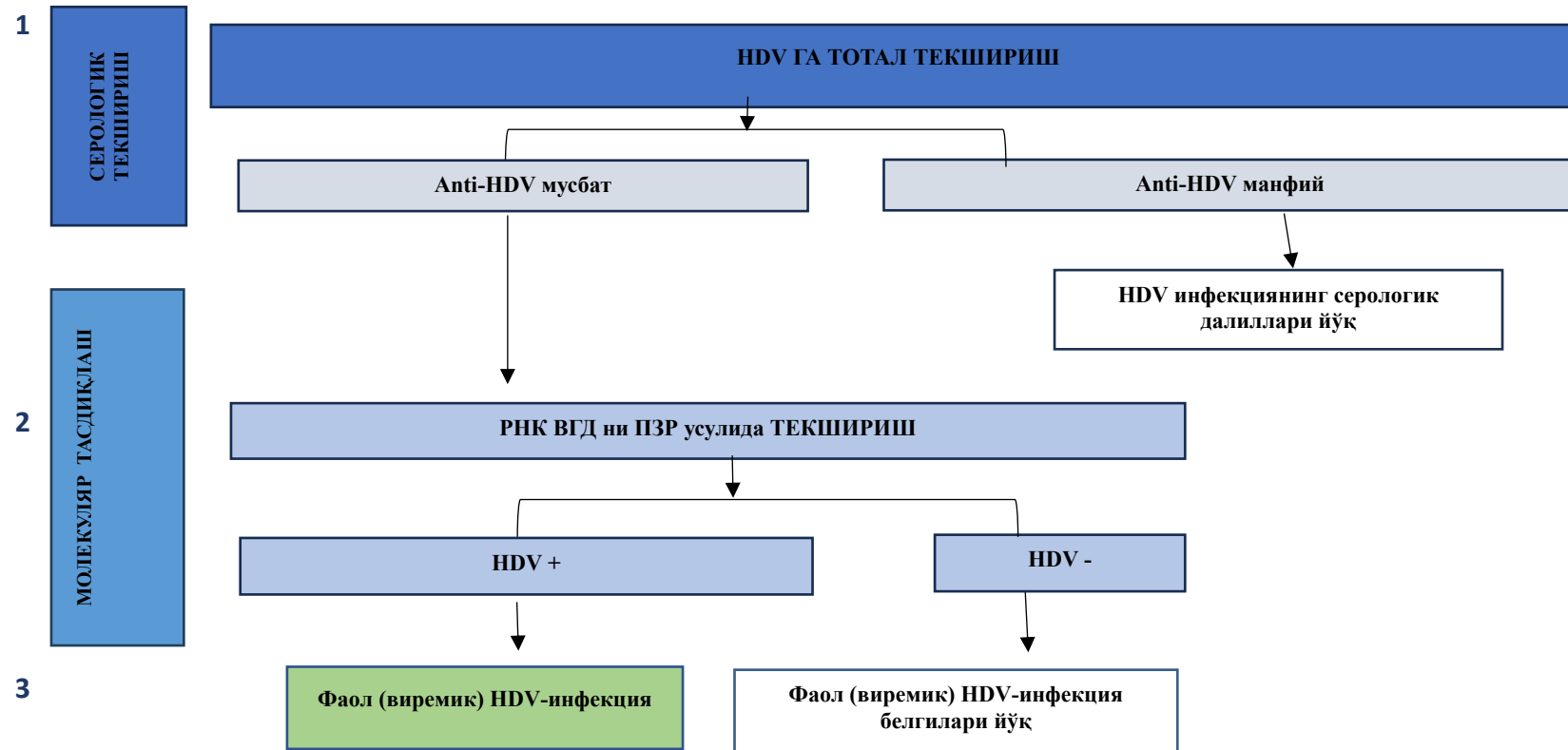
Жигар биопсияси. Ноинвазив ташхислашда маълумотлар баҳсли бўлганда жигар биопсияси ўтказилиши керак. (синф/ишончлилик даражаси I A).

Жадвал. Дельта агентли СВГВ беморларда ўтказиладиган қўшимча текширувлар

Текширув тури	Кўрсатма (интерпретация)
Альфа-фетопротеин (АФП) даражасини текшириш	Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В оғир жигар фибрози (Ф3-Ф4) билан кечганда ГЦКни ўз вақтида ташхислаш учун беморларнинг қон зардобидаги алфа-фетопротеин (АФП) даражасини аниқлаш тавсия қилинади. Қондаги альфа-фетопротеин даражасининг кўтарилиши жигар циррози (ЖЦ) бўлган беморларда ГЦК ривожланиши учун хавф омилидир. Сурункали вирусли гепатитда жигарда фиброз даражаси ва АФП даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланди.
Жигар биопсияси	Нонинвазив ташхисотда қарама-қарши маълумотлар олинганда, ВҚТ тактикасини аниқлаш ва беморни кейинги бошқариш (ЖЦ ҳолатида) учун тери орқали жигар биопсиясини ўтказиш ҳақида ўйлаш тавсия этилади.

Ташхисот алгоритми

HBsAg МУСБАТ ШАХСЛАР ОРАСИДА HDV-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ УЧУН ТЕКШИРИШ СТРАТЕГИЯСИ



Амбулатор бўғинда даволаш тактикаси

1) Дельта агентли СВГВ нинг дори воситаларисиз даволаш

- чекишдан воз кечиш;
- спиртли ичимликлар ва бошқа зарарли одатлардан воз кечиш;
- рационал овқатланиш - касалланиш вақтида Певзнер бўйича 5/5а парҳез столлари;
- жисмоний фаоллик, ҳаракатсиз турмуш тарзидан кечиш;
- рационал овқатланиш тамойилларига риоя қилиш; ортиқча вазн ёки семизлик бўлса - паст калорияли парҳез;
- етарли миқдорда суюқлик истеъмол қилиш (кунига 2-3 литргача);
- ривожланиш учун хавф омилларини минималлаштириш (спиртли ичимликлар, гепатотоксик дорилар, шу жумладан биологик фаол моддалар қабул қилмаслик).

Дельта агентли СВГВ ташхиси қўйилган барча беморларга дори-дармонлар билан (вирусга қарши) даволашни бошлаш тавсия этилади (синф/ишончлилик даражаси I A).

Этиотроп даволашнинг мақсади

2) Дельта агентли СВГВ ни дори воситалари билан даволаш

Этиотроп (вирусга қарши) даволашни бошлаш учун кўрсатмалар:

1. ВГД репликациясининг мавжудлиги (қонда ВГД РНК)
2. Вирусга қарши давога беморнинг розилиги
3. Ҳомиладорлик манфий тест
4. Дориларига қарши кўрсатмалар йўқлиги

	Дельта агентли СГВ билан касалланган барча беморлар вирусга қарши даво учун потенциал номзодлардир; аммо даволанишни бошлаш тўғрисидаги қарор ҳолатни тўлиқ баҳолагандан сўнг индивидуал равишда қабул қилиниши керак
A	Дельта агентли СГВ билан касалланган барча беморларга вирусга қарши даво буюрилиши кўриб чиқилиши керак.
A	Декомпенсирланган жигар циррози мавжуд беморлар жигар трансплантацияси учун текширилиши керак.
A	ГЦК билан касалланган беморларга индивидуал тартибда вирусга қарши даво тавсия этилиши мумкин.

Дельта агентли СГВ ва компенсирланган жигар касаллиги бўлган барча беморларни уларда жигар циррози бор ёки йўқлигидан қатъий назар PegIFN α билан даволаш кўриб чиқилиши керак.

Афзал даволаш схемаси 48 ҳафта давомида PegIFN α бўлиши керак.

Даволаш давомийлиги HDV РНК ва HBsAg даражаси, шунингдек, даволашга бардошлиги асосида индивидуал равишда белгиланиши мумкин.
(синф/ишончилилик даражаси I A).

Шарҳ: IFN α дельта агентли СГВ ни даволашнинг ягона усули бўлган. IFN кўплаб вирусларга, шу жумладан HBV ва HCV, га қарши кенг вирусга қарши самарага эга молекулалар ҳисобланади, IFN α нинг вирусга қарши ва иммуномодуляцияловчи фаоллиги ўртасидаги синергизм СГВ назоратида муҳим роль ўйнайди. Дельта агентли СГВ да IFN α билан самарали даволаш HBV ва HDV маркерларининг камайиши билан боғлиқ бўлиб, иккала вирусли инфекцияга комбинирланган таъсир қилиш HDV инфекциясини тўлиқ назорат қилишга эришиш учун зарурлигини кўрсатади. IFN α нинг HDV га таъсирининг ўзига хос механизми тўлиқ аниқланмаган. Ретроспектив когорт тадқиқотлар IFN α билан даволаш давосиз ёки NA билан даволашга нисбатан дельта агентли СГВ нинг табиий кечишига яхши таъсир кўрсатади, шу билан бирга некроаллиғланишни бартараф этиш ва фиброзни камайтириш билан кейинги жигар биопсияларида сезиларли гистологик яхшиланишлар кузатилди, аммо у декомпенсирланган жигар циррози билан касалланган беморларга қарши кўрсатма ҳисобланади.

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(23\)00317-3/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(23)00317-3/fulltext)

Дельта агентли СГВ ва компенсирланган жигар касаллиги билан касалланган барча беморларни BLV (булевирдит) билан даволаш эҳтимоллигини кўриб чиқиши керак.
(синф/ишончилилик даражаси C).

Шарҳ: BLV (булевирдит) билан узоқ муддатли самарадорлиги ва хавфсизлиги ёки даволашнинг оптимал давомийлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд бўлмаса-да, II фаза тадқиқотларининг дастлабки натижалари (BLV монотерапия сифатида ёки pegIFNa билан биргаликда), III фазадаги BLV монотерапиясининг даволаш маълумотлари ва реал ҳаётдаги тадқиқотлар, мумкин бўлган ҳолатларда BLV ни дельта агентли СГВ ни даволаш варианты сифатида кўриб чиқишни таклиф қилади. BLV (ёки булевирдит, илгари мирклудекс В), HBV нинг катта юзаки оқсилнинг preS1 доменининг 47 та аминокислоталаридан ташкил топган синтетик миристоирланган липопептиди, HBsAg нинг ҳужайрага кириш рецептори NTCP га бирикишини блоклайди. Қўшимча маълумотлар мавжуд бўлгунга қадар, BLV билан 2 мг дан кунига бир марта узоқ муддатли даволашни кўриб чиқиш мумкин. PegIFNa ва BLV комбинациясини pegIFNa га қарши кўрсатмаси бўлмаган ёки уни кўтара оладиган беморларда кўриб чиқиши мумкин.

Нуклеозидларни - тескари транскриптаза ингибиторларини (тенофовир, тенофовир алафенамид, энтекавир) дельта агентли СГВ билан касалланган беморларда қўллаш фақат СГВ ни даволаш учун тавсия этилади, агар СГВ ни даволаш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса (ВГВ ДНК 2000 ХБ/мл дан ортиқ, жигар циррози мавжудлигида), лекин интерферонлар билан биргаликда эмас, шу жумладан дельта агентли СГВ да этиотроп (вирусга қарши) даволаш бекор қилинганда ВГВ реактивацияси кузатилганда. .

Декомпенсирланган жигар циррози бўлган беморларга ДНК HBV аниқланишидан қатъий назар НА берилиши керак. (синф/ишончлилик даражаси C).

Компенсирланган жигар циррози бўлган беморларга ва ДНК HBV аниқланганда НА берилиши керак. (синф/ишончлилик даражаси C).

Даволашни бошлашдан олдин мониторинг

Барча беморлар ВҚТ бошлашдан олдин ҳамроҳ касалликларни, жигар касалликларининг ривожланиш кўрсаткичларини баҳолашлари ва тегишли даволаш чораларини кўришлари керак (синф/ишончлилик даражаси I A).

Шарҳ: Дельта агентли СГВ ни даволашда вирусологик жавоб даволаш пайтида ва ундан кейин аниқланиши керак. РНК HDV миқдорини даволаш пайтида ва клиник кўрсатмалар бўлганда ҳар 6 ойда бир марта аниқлаш керак. PegIFN α асосидаги чекланган давода РНК HDV даволаш охирида, 6 ва 12 ойларда ва ундан кейин ҳар йили текширилиши керак.

Агар BLV тўхтатилса, РНК HDV даволаш тўхтатилган вақтда, 1, 3, 6, 12 ойлардан кейин ва ундан кейин ҳар йили вирус репликациясининг рецидивини мониторинг қилиш учун текширилиши керак. PegIFN α асосидаги давода HBsAg ни миқдорий аниқлаш даволаш давомида ҳар 6 ойда ва даволанишдан кейин ҳар 12 ойда аниқлаш мумкин. НА давосини олмаётган барча даволанган беморларда ДНК ВГВ ҳар 6 ойда аниқланиши керак; BLV тўхтатилган тақдирда, ДНК ВГВ ни тез-тез текшириш зарур.

Дельта агентли СВГВ билан оғриган беморларга этиотроп (вирусга қарши) даволанишни бошланганидан 2 ҳафта ўтгач, сўнгра ҳар 4 ҳафтада (ёки кўрсатилгандек тез-тез) қондаги альбумин даражасини ўрганиш, умумий билирубин даражасини боғланган (конюгацияланган), боғланмаган (конюгацияланмаган) даражасини ўрганиш, қондаги аспартат аминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, қондаги аланин аминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, қондаги гамма-глутамилтрансфераза фаоллигини аниқлаш, қондаги ишқорий фосфатаза фаоллигини аниқлаш, даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини назорат қилиш учун биокимёвий умумий терапевтик қон текшируви ўтказиш тавсия этилади. (синф/ишончлилик даражаси C)

Шарҳ: Вирусга қарши даволаш пайтида жигар касаллиги фаоллигининг биокимёвий белгиларини (аминотрансфераза, билирубин, ишқорий фосфатаза, ГТТ) умумий қон таҳлилини текшириш керак.

Таҳлил частотаси камида ҳар 3-6 ойда бир марта бўлиши керак, вақт жигар касаллиги босқичига ва даволаш турига қараб ўрнатилади.

PegIFN α асосида чекланган давода таҳлил даволаш охирида, даволаш тугаганидан кейин камида 6 ва 12 ой ўтгач ва кейинчалик ҳар йили ўтказилиши керак.

Агар BLV билан даволаш тўхтатилган тақдирда, таҳлил даволашни тўхтатиш вақтида ва камида 1, 3, 6 ва 12 ойдан кейин ёки клиник заруриятга қараб тез-тез ўтказилиши керак.

Биокимёвий кўрсаткичлар фаоллигининг мониторинги аминотрансферазалар даражасининг пасайиши вирус репликациясининг ингибирланишига мос келиши ёки келмаслигини баҳолаш учун даволаш вақтида мажбурийдир, ёки PegIFN α асосидаги даволаш пайтида ёки ундан кейин юзага келиши мумкин бўлган АЛТ ошишини аниқлаш ва даволашни ўз вақтида коррекция қилиш учун зарур.

PegIFN α билан даволашда аминотрансфераза таҳлилини биринчи 12 ҳафтада ҳар 4 ҳафтада ва кейинчалик ҳар 6-8 ҳафтада ўтказиш керак. PegIFN α билан даволаш тугагандан сўнг, 24 ва 48-ҳафталарида таҳлил ўтказиш тавсия этилади, қўшимча назорат касалликнинг босқичига қараб 4, 8 ва 12 ҳафталарда ўтказилиши мумкин. BLV монотерапияси пайтида камроқ текшириш етарли бўлиши мумкин: ҳар 12 ҳафтада. Агар BLV тўхтатилса, HDV репликациясининг рецидиви туфайли АЛТнинг эҳтимолли ошишини аниқлаш учун дастлабки 6 ой давомида мониторинг талаб қилиниши мумкин.

PegIFN α олаётган беморларда қон умумий таҳлили ҳар ойда ва BLV монотерапиясини олғаётган беморларда камида ҳар 3 ойда бир марта ўтказилиши керак.

Дельта агентли СВГВ билан оғриган беморларга даволашнинг ҳар 12 ҳафтасида интерферон билан даволаш тавсия этилади (ёки кўпинча кўрсатилгандек) қон зардобидagi эркин тироксин (СТ4) даражасини текшириш, қондаги қалқонсимон безни гормон (ТТГ) даражасини текшириш, микросомага антитаналарнинг таркибини аниқлаш қондаги антигенлар, интерферонларнинг мумкин бўлган салбий ҳодисаларини аниқлаш учун Sm антигенига антинуклеар антитаналарнинг таркибини аниқлаш (далиллар синфи/шкаласи С).

Шарҳ: ВГД РНК даражасининг бошланғич даражага нисбатан 2 ёки ундан ортиқ log10 МЕ/мл га пасайишини аниқлаш. - СВГД билан оғриган беморларга этиотроп (вирусга қарши) даволаш, 48 ҳафталик даволанишдан сўнг, қондаги гепатит В вирусининг юзаки антигенини (HBsAg) аниқлаш, гепатит В вирусининг юзаки антигенига (HBsAg) антитаналарни аниқлаш серологик жавобни тасдиқлаш учун тавсия этилади.

СВГД билан оғриган беморларга этиотроп (вирусга қарши) даволанишни 24 ва 48 ҳафталик даволанишдан сўнг қондаги гепатит Д вирусининг (гепатит Д вируси) РНКни ПЗР орқали сифат тадқиқотини ўтказиш тавсия этилади, бу вирусологик жавобни тасдиқлаш учун муҳим ҳисобланади (синф/далиллар шкаласи В).

Этиотроп (вирусга қарши) даволанишни бекор қилишни режалаштираётган СВГД билан оғриган беморларга даволашнинг бекор қилиниши ва қондаги аспартатаминотрансфераза ва аланинаминотрансфераза фаоллигининг ошиши муносабати билан ВГВ ва ВГД нинг мумкин бўлган реактивациясини кузатиб, кейинги даволаш тактикасини аниқлаш тавсия этилади

Интерферонларни буюришга қарши кўрсатмалар қуйидагилар:

- аутоиммун касалликлар;
- депрессив ҳолатлар;
- юрак ишемик касаллиги;
- бош миянинг томир касалликлари;
- буйрак етишмовчилиги;
- қандли диабет;
- ҳомиладорлик;
- камқонлик

Нохуш ҳолатлар юзага келганда даволаш схемасини коррекциялаш

Лаборатор кўрсаткич	PegIFN дозасини терапевтик дозанинг ярмигача камайтириш қуйидаги кўрсаткичларда	PegIFN инъекциясини тўхтатиш қуйидаги кўрсаткичларда
Нейтрофиллар	$<0,75 \times 10^9/\text{л}$	$<0,5 \times 10^9/\text{л}$
Тромбоцитлар	$<50 \times 10^9/\text{л}$	$<25 \times 10^9/\text{л}$

ИНФ терапиянинг ножўя эффектлари	Частота
Гриппга ўхшаш синдром: иситма, бош оғриғи, қўшма оғриқ, миялжи, заифлик	60-80%
Кўнгил айнаши, анорексия, диарея, депрессия, асабийлашиш	15-25%
Алопеция, танада тошма, терида қуруқлик	10-30%
Анемия, нейтропения, тромбоцитопения	5-15%
Аритмия, кардиомиопатия, стенокардия	10-20%
Қандли диабет, гипотирозидизм, гипертирозидизм, гинекомастиянинг намоён бўлиши	<5

Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. касалхонага режалаштирилган ётқизиш учун кўрсатмалар:

- этиотроп (вирусга қарши – ИНФ терапияси) дельта агентли СВГВ ни даволашни бошлаш,
- этиотроп (вирусга қарши – ИНФ терапияси) дельта агентли СВГВ ни даволашда ножўя таъсирлар кузатилганда,
- АЛТ ва / ёки АСТ ва / ёки қондаги умумий билирубинининг меъёрдан 2 мартта ортиши,
- Ф3–Ф4 фиброз босқичи бўлган беморлар
- клиник кўринишга эга беморлар (ташхисни аниқлаштириш ва даволаш тактикасини ишлаб

чиқиш учун)

- Касалликнинг авж олиши, гематологик ўзгаришларнинг пайдо бўлиши, жигардан ташқари ва аутоиммун белгилар.
- Амбулатория шароитида амалга ошириб бўлмайдиган диагностика муолажалари ва аралашувларга эҳтиёж (жигар биопсияси).

2. касалхонага шошилиш ётқизиш учун кўрсатмалар:

- * қон кетиш,
- * қорин оғриғи,
- * гипербилирубинемия,
- * онгнинг бузилиши

Дельта агентли СВГВ билан оғриган беморларнинг патогенетик терапияси
Симптоматик терапияни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак бўлган шартлар жадвали

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Қўлланиш усули	Қарши кўрсатмалар	Эҳтиёткорлик билан қўллаш
Гепатопротектор восита	Адеметионин	дорининг суткалик 500 мг дозаси 1-2 таблеткани/сут. (суткада 500-1000 мг адеметионин) ташкил этади ва 3 таблеткагача/суткада (1500 мг) ошириш мумкин.	18 ёшгача бўлган болалар	Ҳомиладорликнинг I ва II триместрларида адеметионин фақат ўта зарурат туғилганда, фақат она учун кутилаётган фойда ҳомила учун потенциал хавфдан юқори бўлган ҳолатлардагина қўлланилади. Эмизиш даврида адеметиониндан фойдаланиш, фақат агар она учун кутилаётган фойда бола учун потенциал хавфдан юқори бўлса, мумкин. Кекса беморларда жигар, буйрак ёки юрак фаолиятининг пасайиши, ёндош патологик ҳолатлар мавжудлиги ва бошқа дориларни қўллашни ҳисобга олган ҳолда, тавсия этилган энг паст дозадан даволашни бошлаш тавсия этилади.

Гепатопротектор восита	Глицирризин кислотаси	перорал кунига 1-2 капсуладан 3 марта суткасига овқатланиш вақтида. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	• Дорига юқори сезувчанлик • антифосфолипид синдроми; • ҳомиладорлик (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); • лактация даври (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); • 12 ёшгача бўлган болалар; • глицирризин кислота, фосфатидилхолин ёки дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Қон босимининг ошиши.
Гепатопротектор восита	Глицирризин кислотаси+Фосф олипидлар	перорал 80-120 мг дан/сут овқатланиш вақтида қабул қилиш. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда	▪ Дорининг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик. ▪ 3 ёшгача бўлган болалар - инъекциялар. ▪ 12 ёшгача бўлган болалар - капсулалар.	Ҳомиладорлик пайтида дори таркибида плацента тўсиғидан ўтиши мумкин бўлган бензил спирти мавжудлиги сабабли (муддатида туғилган ёки муддатидан олдин туғилган чақалоқларда бензил спиртини ўз ичига олган дориларни қўллаш ўлимга олиб келадиган хансираш синдромининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган).
Гепатопротектор восита	Фосфолипидлар	Ампулалар 50, 250, 500 мг. Дори вена ичига юборилади.	▪ Дорининг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Ҳомиладорлик пайтида дори таркибида плацента тўсиғидан ўтиши мумкин бўлган бензил спирти

		Капсулалар 35, 65, 300, 400 мг, перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	3 ёшгача бўлган болалар – инъекциялар. 12 ёшгача бўлган болалар - капсулалар.	мавжудлиги сабабли (муддатида туғилган ёки муддатидан олдин туғилган чақалоқларда бензил спиртини ўз ичига олган препаратларни қўллаш ўлимга олиб келадиган хансираш синдромининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган).
Гепатопротектор восита	Селимарин (силибилин сифатида ҳисобланган) 140 мг	Доза, қўллаш усули ва схемаси, даво давомийлиги индивидуал равишда белгиланади.	Расторопшага юқори сезувчанлик.	Силимариннинг иохимбин ва фентоламин билан боғланиши.
Гепатопротектор восита	Бетаин глюкуронат (глюкометамин)	Ампулалар 150 мг вена ичига. Капсулалар 150 мг перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади. Сироп 3,75 г перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	Сувсиз бетаин ёки бетаиннинг бошқа шаклларига аллергия ёки юқори сезувчанлик. Кекса беморлар, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир патологиялар билан касалланган беморлар.	Кекса ёшдаги, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир ёндош патологиялар мавжуд беморлар. Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита	L-аргинина	Флакон. 100 мл кунига 1 маҳал Эритма вена ичига томчилаб 10 томчи/мин бошланғич	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси

		тезликда юборилади. Юбориш бошланганидан 20 дақиқа ўтгач, тезлик 30 томчи/мин гача оширилади. Препаратнинг кунлик дозаси 4,2 грамм, яъни 100 мл ни ташкил қилади. Даволаш курси давомийлиги - 8-15 кун; керак бўлса, даволаш курси такроран	атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита средство	L-аргинина аспартат	Сироп 10 мл кунига 2 маҳал овқат вақтида 14 - 60 кун	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита средство	Глутатион	Қайта тикланган глутатион ампулалари 300, 600, 1200, 1800 мг	Дорининг фаол моддалари ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар; Ҳомиладорлик ва лактация.	Буйрак етишмовчилиги мавжуд беморлар.
Гепатопротектор восита средство	Моноаммоний Глициризинат	1-2 капсуладан суткасига 3 маҳал овқатланиш вақтида перорал қабул қилиш.	- антифосфолипид синдроми; - ҳомиладорлик (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас);	Портал гипертензия ва артериал гипертензия мавжуд беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

		Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	▪ лактация даври (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); ▪ 12 ёшгача бўлган болалар; ▪ глицирризин кислотаси, фосфатидилхолин ёки дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	
Гепатопротектор таъсирга эга антиоксидант восита	Тиазот кислотасининг морфолин тузи	ампулалар – 25 мг Даволаш курс давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	буйрак етишмовчилиги, ҳомиладорлик, эмизиш даври, 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар, дорига юқори сезувчанлик	65 ёшдан ошган кекса беморларда қўлланганда, буйрак функциясининг ёшга боғлиқ ёмонлашиш эҳтимоли сабабли, қондаги креатинин ва мочевина концентрациясини назорат қилиш керак.
Метоболик дори	Янтар кислотаси Янтар кислотаси + метионин	Инфузиялар учун эритма. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	инозин, меглюмин, метионин, никотинамид, янтар кислота ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик; ҳомиладорлик; эмизиш даври; 18 ёшгача бўлган болалар.	Дорини нефролитиазда эҳтиёткорлик билан буюриш керак.
Фиброзга қарши дори	Оксиматрин	Кунига 0,2 г, кунига 3 марта. Зарурат бўлганда кундузги дозани 0,3 г. ча ошириш мумкин.	оксиматрин ва дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Дорини ифодаланган буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда қўллаш тавсия этилмайди.

				Жигар етишмовчилиги бўлган беморларда ва аёллар лактация даврида инъекция учун эритмаси эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак, ҳомиладорлик вақтида буюрш тавсия этилмайди. Болаларда етарли даражада назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган. Кекса беморлар учун дозани коррекциялаш талаб қилинади.
Гепатопротектор таъсирга эга биологик фаол қўшимча (БФҚ)	Расторопша	Перорал қабул қилинади. Дозаси, қўлланиш частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.		
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 – кечқурун, овқатланишдан олдин.	▪ Ҳомиладорлик ▪ Эмизиш даври ▪ 18 ёшгача бўлган болалар	

Спазмолитик восита	Дротаверин	Таблеткалар: Катталарга 40-80 мг дан суткасига 3 марта. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	Юқори сезувчанлик, кардиоген шок, артериал гипотензия, ёпиқ бурчакли глаукома, простата бези аденомаси, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, лактация даври, 3 ёшгача бўлган болалар.	Коронар артерияларнинг ифодаланган атеросклерозида эҳтиёткорлик билан.
Спазмолитик восита	Папаверин	Перорал 40-60 мг дан суткасига 3-5 маҳал. Ректал 20-40 мг дан суткасига 2-3 марта. 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. Кекса ёшдаги беморлар учун бошланғич бир марталик доза 10 мг дан ошмаслиги керак. 1 ёшдан 12 ёшгача болалар учун максимал бир марталик доза 200-300 мг/кг.	Юқори сезувчанлик, кардиоген шок, артериал гипотензия, ёпиқ бурчакли глаукома, простата бези аденомаси, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, лактация даври, 3 ёшгача бўлган болалар.	Коронар артерияларнинг ифодаланган атеросклерозида эҳтиёткорлик билан.

Ўт хайдовчи ва холелитолитик таъсирга эга гепатопротектор	УДХК (ўт хайдовчи таъсирга эга гепатопротектор)	Капсулалар 150, 250, 300, 500 мг. Ўртача суткалик доза 10-15 мг/кг 2-3 қабул учун. Даволаш давомийлиги 6-12 ой ва ундан ортиқ.	■ урсодеоксихол кислотасига юкори сезувчанлик; ■ рентген-мусбат (кальций микдори юкори) ўт пуфагида тошлар; ■ ишламайдиган ўт пуфаги; ■ ўт пуфаги ва ўт йўлларининг ўткир яллиғланиш касалликлари; ■ декомпенсация боскичида жигар циррози; ■ буйрак функциясининг жиддий бузилиши; ■ жигар функциясининг жиддий бузилиши; ■ ошқозон ости беи функциясининг жиддий бузилиши.	Урсодеоксихол кислотасини қўллаш учун ёш чекловлари йўқ, аммо 3 ёшгача бўлган болаларда дорини ушбу шаклда қўллаш тавсия этилмайди. Ҳомиладорлик пайтида урсодеоксихол кислотасини қўллаш фақат она учун кутилаётган фойда ҳомила ёки чақалоқ учун потенциал хавфдан устун бўлганда мумкин (ҳомиладор аёлларда урсодеоксихол кислотасини қўллаш бўйича тегишли, қатъий назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган). Урсодеоксихол кислотасининг она сути билан ажралиши ҳақида маълумотлар йўқ. Агар лактация даврида урсодеоксихол кислотасини қўллаш зарур бўлса, эмизишни тўхтатиш керак.
Ўт хайдовчи восита	Дала артишоки янги баргларининг тозаланган шарбат экстракти	Доза кўрсатмаларга ва ишлатиладиган дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	Жигар, ўт чиқариш, буйраклар, сийдик чиқариш йўллари, ошқозон-ичак трактининг ўткир касалликлари; ўт ва сийдик чиқариш йўлларида йирик тошлар; гиперкинетик турдаги ўт чиқариш	

			йўллари дискинезияси; дала артишокига юқори сезувчанлик.	
Ўт хайдовчи восита	Берберин	Перорал, 5-10 мг дан 3 марта/суткасига овқатланишдан олдин. Даволаш курси - 2-4 ҳафта.	Қон босимининг пасайиши, брадикардия. Миометрия тонусининг ошиши.	
Ўт хайдовчи восита	Силимарин Таблеткалар 35, 100, 165, 300 мг	Перорал қабул қилинади. Дори дозаси, қабул частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.	Расторопшага юқори сезувчанлик.	Силимариннинг иохимбин ва фентоламин билан боғланиши.
Ўт хайдовчи восита	Артишок	Қобик билан қопланган таблетка. Доза кўрсатмаларга ва ишлатиладиган дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	Жигар, ўт чиқариш, буйраклар, сийдик чиқариш йўллари, ошқозон-ичак трактининг ўткир касалликлари; ўт ва сийдик чиқариш йўлларида йирик тошлар; гиперкинетик турдаги ўт чиқариш йўллари дискинезияси; дала артишокига юқори сезувчанлик.	Даволашнинг бошида, баъзи ҳолларда, қонда холестерин миқдори ошиши мумкин, кейин бу кўрсаткич меъёрлашади ва ҳатто камаяди.

Парентерал овқатланиш учун восита	Хушбўй аминокислоталар ни кам сақлаган аминокислоталар (триптофан, тирозин, фенилаланин) тармоқли занжирли аминокислоталар га бой (изолейцин, валин, лейцин)	Перорал қабул. Дори дозаси, қабул частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга ва беморнинг ёшига боғлиқ.	- Дори таркибий қисмларига юқори сезувчанлик; 3 ёшгача бўлган болалар; - гипервитаминоз А ва D.	Қандли диабетда эҳтиёткорлик билан қўлаш.
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	Декстрозанинг изотоник эритмаси (5%)	Вена ичига томчилаб 5% эритма: максимал 150 томчигача/мин, максимал суткалик доза катталар учун - 2 л.	Гипергликемия, қандли диабет, гиперлактацидемия, гипергидратация, глюкоза утилизациясининг жарроҳликдан кейинги бузилишлари; мия ва ўпка шиши билан таҳдид қилувчи циркулятор бузилишлар; мия шиши, ўпка шиши, ўткир чап қоринча етишмовчилиги, гипертоник кома.	Декстрога декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги, сурункали буйрак етишмовчилиги (олигоанурия), гипонатриемияда эҳтиёткорлик билан буюрилади. Осмолярликни ошириш учун 5% декстрога эритмаси натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан қўшилиши мумкин.
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал	Натрий хлорид эритмаси инфузия учун 0.9%	Вена ичига томчилаб. Катталар учун натрий хлорид эритма дозаси	Натрий хлоридга юқори сезувчанлик; гипернатриемия, гипергидратация ҳолатлари, ўпка ва мия шиши хавфи.	Натрий хлориднинг катта ҳажмини буйраклар ажратиш функцияси бузилган беморларда, гипокалиемияда эҳтиёткорлик билан қўлаш керак.

кўлаш учун дори воситаси		суткасига 500 мл дан 3 л гача. Болалар учун учун натрий хлорид эритма дозаси тана вазнига суткасига 20 мл дан 100 мл гача (ёш ва тана вазнига нисбатан). Юбориш тезлиги бемор ҳолатига боғлиқ.		Кўп миқдорда эритманинг юборилиши хлорид ацидозига, гипергидратацияга, организмдан калий чиқарилишининг кўпайишига олиб келиши мумкин. Гипертоник эритма тери остига ёки мушак ичига юборилмайди. Узоқ муддат қўлланилганда плазмада электролитлар концентрациясини ва кунлик диурезни назорат қилиш керак. Инфузион эритманинг ҳарорати 38°C бўлиши керак.
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал кўлаш учун дори воситаси	Натрий хлорид мураккаб эритмаси (натрий хлорид 8.6 г калий хлорид 300 мг кальций хлорид дигидрат 330 мг)	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок ривожланиш сабабига боғлиқ.	Дори компонентларига юқори сезувчанлик; гипернатриемия, гиперхлоремия, гиперкальциемия, гиперкалиемия, ацидоз, NYHA бўйича III-IV функционал синфдаги сурункали юрак етишмовчилиги, ўпка шиши, мия шиши, гиперкоагуляция, гипervолемия, тромбофлебит, метаболик алкалоз, олиго- ва анурия билан оғир сурункали	Эҳтиёткорлик билан: артериал гипертензия; юрак-қон томир касалликлари (шу жумладан, NYHA бўйича I-II функционал синфдаги сурункали юрак етишмовчилиги), бир вақтда юрак гликозидларини қабул қилиш, бир вақтда коагуляция хавфи туфайли қон маҳсулотларини юбориш, жигар етишмовчилиги; презеклампсия; турли хил генездаги периферик шишлар; гиперталдостеронизм ва

			буйрак етишмовчилиги, ГКС билан ёндош даволаш. D витамини концентрациясининг ошишига мойиллик (шу жумладан саркоидоз).	гипернатриемия ёки гиперкалиемия билан боғлиқ бошқа патологиялар (енгил ва ўртача оғирлик даражасидаги буйрак етишмовчилиги, буйрак усти етишмовчилиги, ўткир дегидратация, тўқималарнинг экстенсив парчаланиши).
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	Сорбитол натрий лактат натрий хлорид кальций хлорид калий хлорид магний хлорид	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок ривожланиш сабабига боғлиқ. 6-7 мл/кг тана вазнига	алкалоз; катта ҳажмдаги суюқлик юборилиши қарши кўрсатма бўлган ҳолатларда (мияга қон қуйилиши, тромбоэмболия, юрак-қон томир декомпенсацияси, III босқич артериал гипертензия); дори компонентларига юқори сезувчанлик.	Жигар функциясининг бузилиши, яра касаллиги, геморрагик колит кузатилган беморлар.
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,	Левокарнитинга юқори сезувчанлик; ҳомиладорлик, эмизиш даври.	Эҳтиёткорлик билан: қандли диабетда

		клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.		
Аминокислоталар	L-Аргинин L-Аспартат	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.	L-аргинин-L-аспартатга ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; буйрак функциясининг жиддий етишмовчилиги (зардобдаги креатинин даражаси >3 мг/100 мл бўлган буйрак етишмовчилиги).	
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. липазалар 10000 Бирлик амилазалар 8000 Бирлик протеазалар 600 Бирлик	фаол моддага ёки дори шаклига қўшилган ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик. ўткир панкреатит.	

		липазалаар 25000 Бирлик амилазалаар 18000 Бирлик. протеазалаар 1000 Бирлик		
Ич юмшатувчи дори	Лактулоза	Сироп 667 мг/мл: 5 мл, 10 мл ёки 15 мл пакетчалаар 10 ёки 20 дона.; 100 мл, 200 мл, 250 мл, 500 мл ёки 1000 мл фл. Перорал. Доза, қўлланиш схемаси, даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади.	Лактулозага юқори сезувчанлик; ичак тутилиши; фруктоза, галактозани кўтара олмаслик; лактаза етишмовчилиги; глюкоза- галактоза мальабсорбцияси; галактоземия; ректал қон кетиш (сабаблари бавосил эмас); аппендицитга шубҳа, қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.	Эҳтиёткорлик билан: қандли диабет, колостома ёки илеостомада.
Ич юмшатувчи дори	Натрий пикосульфат	Перорал. Доза бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади.	Натрий пикосульфатга юқори сезувчанлик; ичак тутилиши ёки ичакнинг обструктив касалликлари; қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари ёки кўнгил айнаши, қусиш, ҳарорат кўтарилиши билан кечиши мумкин бўлган кучли қорин оғриғи, шу жумладан аппендицит; ичакнинг ўткир яллиғланиш касалликлари; кучли дегидратация; ҳомиладорликнинг I триместри; ёш болалар - дори шаклига қараб.	Эҳтиёткорлик билан: кекса ёш, гипокалиемиа, қонда магний концентрациясининг ошиши, астения, буйрак етишмовчилиги.

Антибактериал восита	Рифаксимин	Жигар энцефалопатиясида катталар ва 12 ёшдан катталар учун 400 мг дан (20 мл суспензия) ҳар 8 соатда	- иситма ва суюқ, қонли ахлат билан кечадиган диарея; - ичак тутилиши (шу жумладан қисман); - ичакнинг оғир ярали шикастланиши; 12 ёшгача бўлган болалар (самарадорлик ва хавфсизлик аниқланмаган); - ирсий фруктозани кўтара олмаслик, глюкоза-галактоза сўрилишининг бузилиши, сахароза-изомалтаза етишмовчилиги; - рифаксиминга ёки бошқа рифамицинларга ёки дори таркибидаги ҳар қандай таркибий қисмларга юқори сезувчанлик.	Эҳтиёткорлик билан: буйрак етишмовчилиги, перорал контрацептивлар билан бир вақтда қўллаш, циклоспорин каби Р-гликопротеин ингибитори билан бир вақтда қўллаш.
Антибактериал восита	Цефалоспоринлар ва бошқа b-лактаам антибиотиклар Тизимли таъсирга эга антибиотиклар	Юбориш усули ва дозаси дори турига боғлиқ.	ҳомиладорлик; лактация; цефалоспоринлар гуруҳининг дориларига ва бошқа бета-лактаам антибиотикларига юқори сезувчанлик.	Эҳтиёткорлик билан - буйрак/жигар етишмовчилиги, псевдомембраноз энтероколитда.

Диспансер назорати

Дельта агентли СВГВ билан касалланган беморларни текшириш ва текшириш частотаси ва юқумли касалликлар бўйича мутахассислар / оилавий шифокорлар томонидан диспансер кузатувини ўтказиш

НОЗОЛОГИ Я	Оилавий шифокор томонидан тиббий кўрикларнинг частотаси	Диспансерное наблюдение			Функционал текширувнинг частотаси	Кратность лабораторного обследования
		Текширувлар частотаси	“Д” кузатув давомийлиг и	Ихтисослашган мутахассислар томонидан текширувлар		
Нуклеозид аналогларини қабул қилувчи дельта агентли СВГВ	1-текширув дельта агентли СВГВ беморни скрининг натижасида аниқланганда ёки мурожаат қилганида. 2-текширув Жигар ҳолатини баҳолаш ва ВҚТ муаммосини ҳал қилиш учун 1 ой ичида такрорий текширув Кейин диспансер кўриги	Йилига 2 мартта тиббий кўрик Йилига 2 мартта патронаж ҳамшира томонидан текшириш	Хаёт давомида	Чуқур диспансер текшируви, тор мутахассисларни текшириш билан: Эндокринолог Гастроэнтеролог Йилига 1 марта	• УТТ ва/ёки бевосита эластметрия • <i>Хар 6 ойда</i>	• Умумий қон таҳлили • АЛТ, АСТ, билирубин • Қонда Креатинин • Йилига 2 мартта • ВГВ ПЗР ДНК, ВГД РНК миқдорий таҳлили 12 ойда 1 мартта
ВҚТ қабул қилмаётган дельта агентли СВГВ беморлар	1-текширув дельта агентли СВГВ беморни скрининг натижасида аниқланганда ёки мурожаат қилганида. 2-текширув Жигар ҳолатини баҳолаш ва ВҚТ муаммосини ҳал қилиш учун 1 ой ичида такрорий текширув Кейин диспансер кўриги	Йилига 2 мартта тиббий кўрик Йилига 2 мартта патронаж ҳамшира томонидан текшириш	Хаёт давомида	Чуқур диспансер текшируви, тор мутахассисларни текшириш билан: Эндокринолог Гастроэнтеролог Йилига 1 марта	• УТТ ёки билвосита эластметрия • <i>ҳар 12 ойда</i>	• умумий қон таҳлили • АЛТ, АСТ, билирубин • Креатинин қонда • ПЗР ВГВ ДНК миқдорий • Йилига 2 марта • ПЗР ВГВ ДНК, ВГД РНК миқдорий • 12 ойда 1 марта

ИНФ терапия олаётган дельта агентли СВГВ беморлар	1-текширув дельта агентли СВГВ беморни скрининг натижасида аниқланганда ёки мурожаат қилганида. 2-текширув Жигар ҳолатини баҳолаш ва ВҚТ муаммосини ҳал қилиш учун 1 ой ичида такрорий текширув Кейин диспансер кўриги	Керак бўлганда ҳар 3 ойда кўрик Диспансер кўрик Патронаж хашираси томонидан ҳар 2 ойда кўрик	Хаёт давомида	Чуқур диспансер текшируви, тор мутахассисларни текшириш билан: Эндокринолог Гастроентеролог Онколог ҳар 3 ойда	• УТТ ва/ёки билвосита эластометрия • Ҳар 6 ойда	• Умумий қон таҳлили • АЛТ, АСТ, билирубин • Қонда креатинин • Қонда альбумин • Ҳар 3 ойда • ПЗР ВГВ ДНК, ВГД РНК миқдорий 12 ойда 1 марта
---	--	--	----------------------	---	--	--

**Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В ни даволаш бўйича амалий
кўникмаларнинг компетенциялари
(вазифани ўзгартириш)**

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор Бирламчи тиббий санитария поликлини каси (бакалавр)	Топ мутахасс ис (амбулат ор)	Топ мутахас сис (стацион ар)
Шикоятлари ва анамнез				
Анамнез йиғиш				
Беморнинг шикоятларини тўплаш қобилиятини намоиш этиш	+	+	+	+
Беморнинг анамнезини йиғишда Жигар патологиясининг белгилари ҳақида билимларни қўллаш (- чарчоқ; - қўшма оғриқ; - қичишиш; - уйқу ва иштаҳанинг бузилиши; - кўнгил айниш; - - депрессия)	+	+	+	+
Жигар патологияси бўлган беморларнинг тўлиқ тарихини шакллантириш	+	+	+	+
Хавф омиллари	+	+	+	+
Физикал кўрик				
Беморни дастлабки текширувдан ўтказиш				
Беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказишда ваколатни намоиш этиш-терининг ва шиллиқ пардаларнинг сариқлик бўялганлигини аниқлаш учун умумий текширув	+	+	+	+
Беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказишда ваколатни намоиш этинг-жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталашиши ёки камайиши) ва мустақамлигини аниқлаш билан қоринни палпация қилиш.		+	+	+
Беморни кенг қамровли физик текширувдан ўтказишда ваколатни намоиш этиш - Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шиш, геморрагик синдром).	+/-	+	+	+
Беморни текшириш режасини ишлаб чиқиш				+
Ташхис қўйиш				
Дельта агентли СВГВ ташҳисини қўйиш		+	+	+

Беморни касалхонага ётқизиш кўрсаткичларини аниқлаш		+	+	+
Беморни тегишли мутахассисга мурожаат қилиш		+	+	+
Асосий лаборатор ташхисот				
Асосий лаборатор таҳлилларни тайинлаш	+	+	+	+
ИФА Anti-HDV	+	+	+	+
ПЗР ВГД миқдорий		+	+	+
- умумий қон таҳлили	+	+	+	+
Жигар функциясининг кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, билирубин)	+	+	+	+
Қонда креатинин	+	+	+	+
Ҳисобланган КФТ		+	+	
Асосий лаборатор таҳлиллар натижаларини талқин қилиш		+	+	+
Мажбурий инструментал ташхисот				
УТТ буюриш (мажбурий текширув)	+	+	+	+
Қўшимча инструментал ташхисот				
Эластометрия буюриш		+	+	+
Жигар биопсиясини буюриш		+	+	+
Дельта агентли СВГВ ни даволаш				
Дори воситаларсиз даволаш	+	+	+	+
Дельта агентли СВГВ беморларга дори воситаларини буюриш ваколати		+	+	+
Диспансеризация				
Диспансеризация ўтказиш	+	+	+	
Мунтазам тиббий кўриклар ва скрининг дастурлари ҳақида маълумот бериш	+	+	+	
Профилактика				
Вақтинча меҳнатга қобилиятсизлик тиббий экспертизасини ўтказиш ва тиббий ҳужжатларни расмийлаштириш.		+	+	+
Иммунопрофилактика бўйича маслаҳат бериш	+	+	+	+
Ҳаётнинг турли соҳаларида хавфсизлик ва гигиенани таъминлаш бўйича санитария талаблари, озиқ-овқат, сув, санитария шароитлари, уй-жой шароитлари, шахсий гигиена қоидалари ва тавсиялари ҳақида маълумот бериш	+	+	+	+
Ҳужжатларни тайёрлаш	+	+	+	+

Асосий мутахассис-юқумли касалликлар бўйича мутахассис.

* Ушбу ваколатларга амалиётчи ҳамшираларни тайёрлашдан сўнг эришиш мумкин.

Дельта агентли СВГВ бошқаруви учун билим ваколатлари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор (бакалавр) Бирламчи тиббий санитария поликлини каси	Топ мутахассис #
Дельта агентли СВГВ ни аниқлаш		+	+
Шикоятлар, хавф омиллари ва аломатларини тавсифлаш	+	+	+
Этиология,симптомлар ва текширувларга (асосий лаборотор текширувлар ва УТТ) дельта агентли сурункали вирусли гепатитни даволашга ёндошиш	+*	+	+
Асосий таҳлиллар ва ультратовушни талқин қилиш		+	+
Дельта агентли СВГВ ни дори-дармонларсиз даволашни тасвирлаш	+	+	+
Дельта агентли СВГВ ни дори-дармон билан даволашни тасвирлаш		+	+
Дельта агентли СВГВ да ишлатиладиган дори дармонларига кўрсатмалар, таъсир механизмлари ва ножўя эффектларини муҳокама қилиш		+	+
Вирусга қарши препаратни қабул қилиш мониторингини ўтказиш		+	+
Вирусга қарши дориларни тўхтатиш учун кўрсатмаларни аниқлаш			
Иммунопрофилактика босқичларини тавсифлаш	+	+	+
Санитария-гигиена талабларини муҳокама	+	+	+

Асосий мутахассис-юқумли касалликлар бўйича мутахассис.

* Ушбу ваколатларга амалиётчи ҳамшираларни тайёрлашдан сўнг эришиш м

Профилактика

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 меъёردаги 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-HBs) текшируви ҳар йили 10 мХБ/мл дан кам бўлса ёки ҳар 3 йилда бир марта вакцинанинг бир бустер дозасини юбориш.
- Иммунитет танқислиги бўлган инсонлар (шу жумладан ОИВ билан яшовчи инсонлар, гематопозтик ўзак ҳужайралари реципиентлари, кимётерапия олувчи шахслар) ва инфекцияни доимий юқтириш хавфи бўлган шахслар ҳар йили анти-HBs тестлари асосида (анти-HBs даражаси <10 мХБ/мл гача камайиши).

https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/immunizacziya-vzroslyh_site.pdf

- Агар анти-HBs ≥ 10 мХБ/мл бўлса бустер доза шарт эмас.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802139/>

- инфекцияни юқтириш хавфи бўлган шахслар, масалан, касалланган шахсларнинг шериклари, инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул қилувчи шахслар ва зарарланган қон ёки биологик суюқликлари 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 ҳамиртурушларга 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).

ПРОФИЛИКТИК ЭМЛАШЛАР ТАҚВИМИ	
Ёш	Эмлаш номи
1 сутка	ВГВ-1
2 ой	пента-1(АҚДС-1, ВГВ-2, ХИБ-1)
3 ўй	пента -2 (АҚДС-2, ВГВ-3, ХИБ-2)
4 ой	пента -3 (АҚДС-3, ВГВ-4, ХИБ-3)

Ўзбекистон Республикаси эмлашлар тақвими 2024 йил

https://nrm.uz/contentf?doc=520693 &products=1 vse zakonodatelstvo_uzbekistana

Илова

Жигарни пайпаслаш қоидаси

Бемор тепага қараб оёқлари чўзилган ва қўллари танаси бўйлаб ён ҳолатда бўлади. Беморнинг боши пастроқ жойлашган бўлиши керак, бошнинг юқори ҳолатда бўлиши қорин девори мушакларида сезиларли таранлашишини келтириб чиқаради, бу эса, пайпаслашга тўсиқ бўлади. Бемор очиқ оғиз билан чуқур нафас олиши керак, иложи бўлса, қорин бўшлиғи мушаклари нафас олишда иштирок этиши керак - бу қорин олд деворининг бўшашишига олиб келади. Шифокор беморнинг ўнг томонида туриши керак.

Жигарни пайпаслаш ушбу органнинг пастки чегараларини, унинг консистенциясини, оғриғини, жигар юзасининг табиатини ва пастки қиррасини аниқлашга имкон беради.

Шифокор чап қўли билан ўнг қовурға ёйи майдони ушлайди ва уни босади. Бунда, чап қўлнинг 2- ва 3-бармоқлари 9 ва 10-қовурғаларнинг орқа юзасида, 4- ва 5-бармоқлар - бел соҳасида, қовурға ёйи остида ва бош бармоғи (1-бармоқ) - олд томондан ўнг қовурға ёйида жойлашади.

Ўнг қўл қориннинг тўғри мускулларининг латерал ташқи четига аввал топилган жигар пастки чегараси даражасида текис жойлаштирилади. Қўлнинг тўрт бармоғи бир-бирига теккан ҳолда, уларнинг учлари бир хил чизикда бўлган ҳолатда жойлаштирилади.

Нафас чиқариш пайтида қўл аста-секин ўнг қовурға остига ботирилади, қорин деворидан ўзига хос чўнтак ҳосил қилиш орқали. Бемордан чуқур нафас олиш сўралади, бунда жигар қисқарувчи диафрагма таъсирида пастга тушади. Бунда, ўнг қўл юқorigа сурилади ва бармоқ учлари бир оз олдинга силжийди (ярим эгилган фалангаларда текисланиб) жигарнинг тушаётган қирраси билан учрашади. Жигар бармоқлар учи фалангалари тўқимасига таянади ва кейин уларни четлаб ўтиб сирпанади.

Шундай қилиб, иложи борица, жигарнинг бутун пастки қирраси пайпасланади, аммо шунинг ёдда тутиш керакки, қориннинг тўғри мушаклари кўпинча жигар чап бўлагини пайпаслашни қийинлаштиради.

Жигарни пайпаслашда жигарни пастки қиррасининг ҳолатини баҳолаш керак: 1) жойлашиши, 2) шакли (ўткир, юмалоқ), 3) консистенцияси (юмшоқ, зичлашган, зич), 4) нотекисликнинг мавжудлиги, қирраси ғадир-будурлиги, 5) пайпаслашда оғриқ.

Бундан ташқари, агар жигар катталашганда ёки сезиларли даражада тушганда, жигар юзаси ҳам тавсифланиши керак (силлиқ ёки нотекис, ғадир-будур, зич ёки юмшоқ, оғриқли ёки оғриқ йўқ ва бошқалар).

Жигар перкуссияси

Жигарнинг перкуссияси ушбу органнинг хажми ва унинг юқори ва пастки чегаралари ҳақида тасаввурга эга бўлишга имкон беради. Жигарнинг ўнг ўпканинг пастки чети билан қопланган қисмини перкуссия қилганда перкуссия товушининг бўғиқлиги аниқланади. Бу жигарнинг

нисбий бўғиқлиги деб аталади, унинг юқори чегараси аъзонинг ҳақиқий чегарасига ва диафрагма гумбазининг даражасига тўғри келади. Жигарнинг ўнг ўпка билан қопланмаган соҳасига перкутор зарбалар қўлланилганда, мутлақо бўғиқ (сон) товуш кузатилади. Бу жигарнинг мутлақ бўғиқлиги, унинг юқори чегараси ўнг ўпканинг пастки чегараларига тўғри келади.

Курлов М.Г. услуга кўра, жигарнинг чегаралари учта чизиқ бўйлаб аниқланади: ўнг ўрта ўмров чизиқ, олдинги ўрта чизиқ ва чап қовурға ёйи бўйича.

М.Г.Курлов усули бўйича жигарнинг мутлақ бўғиқлигининг юқори чегараси фақат ўнг ўрта ўмров чизиқ бўйлаб перкутор аниқланади. Шартли равишда, жигарнинг юқори чегараси олдинги ўрта чизиғи бўйлаб бир хил даражада (меъёрда 6-қовурға) жойлашган деб ҳисобланади.

Жигарнинг пастки чегараси бўғиқ товуш пайдо бўлгунча пастдан юқорига перкуссия қилинган учта айтилган чизиқлар бўйлаб аниқланади.

Жигарнинг пастки чегараси меъёрда ўнг ўрта ўмров чизиқ бўйлаб қовурға ёйи даражасида, олдинги ўрта чизиқ бўйлаб - киндикдан ханжарсимон ўсимтагача бўлган юқори ва ўрта учдан бир қисми чегарасида ва чап қовурға ёйи - чап парастернал чизиқ даражасида жойлашган.

Меъёрда, қуйидаги жигар ўлчамлари аниқланади (М.Г. Курлов усули бўйича):

- 1) ўнг ўрта ўмров чизиқ бўйлаб 9 ± 1 см;
- 2) олдинги ўрта чизиқ бўйлаб 8 ± 1 см;
- 3) чап қовурға ёйи бўйлаб 7 ± 1 см.