



**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 videosektor 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 kiritsin;

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 bakalavriyat, 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



"TASDIQLAYMAN"
Virusologiya ITI direktori
E.I. Musabayev

14 iyun 2024 yil

**PARENTERAL GEPATITLAR: B, C, D NATIJASIDA KELIB
CHIQQAN JIGAR SIRROZI BILAN KASALLANGAN
BEMORLARNI DAVOLASH BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2024

Sog'liqni saqlash vazirining
2024-yil 14-iyundagi
195-son buyrug'iga
8-ilova

**PARENTERAL GEPATITLAR: B, C, D NATIJASIDA KELIB
CHIQQAN JIGAR SIRROZI BILAN
KASALLANGAN BEMORLARNI DAVOLASH BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2024

Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarni davolash bo‘yicha milliy klinik protokolni ishlab chiqish sanasi:

Ishlab chiqilgan sana	14.06.2024
Qayta ko‘rib chiqish sanasi	ko‘rib chiqish sanasi 2026-yilda yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda rejalashtirilgan.

Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarni davolash bo‘yicha milliy klinik protokolni ishlab chiqishda asosiy mualliflar ro‘yxati:

1.	Musabayev Erkin Isakovich	Respublika ixtisoslashtirilgan epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi (RIEMYUPKIAT) ning Virusologiya ITI direktori, akademik, t.f.d., prof.
2.	Tuychiyev Laziz Nadirovich	Toshkent Tibbiyot Akademiyasining Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrasini mudiri, t.f.d., prof.
3.	Raxmanov Maxmarajab Ibadovich	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasining davolash ishlari bo‘yicha bosh shifokor muovini, t.f.n.
4.	Bayjanov Allabergan Kadirovich	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI Bo‘lim boshlig‘i, t.f.d., k.i.x.
5.	Kasimova Ra‘no Ibroximovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI Bo‘lim boshlig‘i, t.f.d., k.i.x.
6.	Fayzullayev Xayrulla Norkulovich	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi Reanimatsiya bo‘limi mudiri, t.f.d.
7.	Ismoilov Umed Yusupovich	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi Gepatomarkaz mudiri, t.f.n.
8.	Egamova Intizor Narzullayevna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi tashkiliy-metodik masalalar bo‘yicha bosh shifokor muovini, PhD
9.	Raximova Visola Shavkatovna	Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazining Yuqumli kasalliklar kafedrasini dotsenti, t.f.n.
10.	Brigida Krestina Stepanovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti, PhD

11.	Bakiyeva Shoxista Rustamovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti, PhD
12.	Raxmanova Aziza Maxmarajabovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti
13.	Abdiyeva Ramilya Maratovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti
14.	Rasulova Marxabo Baxtiyarovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti
15.	Abduraximova Dilnoza Ravshanovna	RIEMYUPKIAT ning Virusologiya ITI klinikasi shifokor-infeksionisti
16.	Dolimov T.K.	RIEMYUPKIAT klinikasi shifokor- infeksiionisti

Taqrizchilar:

1.	Kamilov Farxod Xaydarovich	Toshkent tibbiyot akademiyasi yuqumli, bolalar yuqumli kasalliklari, epidemiologiya, ftiziatriya va pulmonologiya kafedrasida dotsenti, t.f.d.
2.	Abuova Guljan Narkenovna	Yuqumli kasalliklar va teri-tanosil kasalliklari kafedrasida professori, Janubiy Qozog‘iston tibbiyot akademiyasi AJ, Chimkent, Qozog‘iston

Milliy klinik protokol quyidagi hujjatlar asosida tayyorlangan:

EASL 2018 Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis European Association for the Study of the Liver, April 10, 2018
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024>

EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. European Association for the Study of the Liver
<https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b/>

EASL recommendations on treatment of Hepatitis C 2020
<https://easl.eu/publication/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2020/>

EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease, 2018
<https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024>

Practical Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases, 2021. Hepatology, 74(3)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9134787/>

Prakticheskiye rekomendatsii Yevropeyskoy assotsiatsii po izucheniyu bolezney pecheni i Amerikanskoy assotsiatsii po izucheniyu bolezney pecheni. Pechenochnaya ensefalopatiya pri xronicheskix zabolevaniyax pecheni, 2014 god
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>

Klinicheskiye rekomendatsii Rossiyskogo obshchestva po izucheniyu pecheni i Rossiyskoy gastroenterologicheskoy assotsiatsii po diagnostike i lecheniyu fibroza i sirroza pecheni i ix oslojneniy
<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

Dalillar bazasini baholash uchun Grade tizimi

Dalil darajasi	Dalillar bazasi
I	Random nazorat ostidagi sinovlar
II-1	Randomizatsiyasiz boshqariladigan sinovlar
II-2	Kogort tadqiqotlar yoki “sluchay-kontrol” takdqiqotlar
II-3	Ko‘p sonli vaqtinchalik qatorlarga asoslangan tajribalar, nazoratsiz tadqiqotlar
III	Nufuzli ekspertlarning fikrlari, tavsiflovchi epidemiologiya
Dalillar bazasining ta’rifi sifati	
Yuqori (A)	Keyingi tadqiqotlar joriy ish faoliyatini baholash natijalariga bo‘lgan ishonchni o‘zgartira olmaydi
O‘rta (B)	Keyingi tadqiqotlar hozirgi natijalarga bo‘lgan ishonchni o‘zgartirishi va bu samaradorlikni qayta baholashga olib kelishi mumkin
Past (C)	Keyingi tadqiqotlar bizning hozirgi natijalarga bo‘lgan ishonchni o‘zgartirishi mumkin va ehtimol samaradorligini ortiqcha baholashga olib keladi. Samaradorlikni har qanday baholash noaniqdir
Tavsiyaning kuchliligi	
Kuchli (1)	Tavsiyaning kuchiga ta’sir qiluvchi omillarga dalillar bazasining sifati, kasallikning natijasi va xarajatlariga kutilayotgan ta’sir
Kuchsiz (2)	Baholash va afzal davolash usullarining o‘zgarishi aralash tavsiyalarni keltirib chiqaradi. Kamroq ishonch, yuqori moddiy va moliyaviy xarajatlar talab etiladi

FOYDALANILGAN QISQARTMALAR RO'YXATI

Anti-HCV	Gepatit C virusiga qari antitana
HBsAg	Hepatitis B surface antigen, poverxnostnyy antigen gepatit B virusining yuzaki antigeni
HBV	Hepatitis B virus, gepatit B virusi
HCV	Hepatitis C virus, gepatit C virusi
HDV	Hepatitis D virus, gepatit D virusi
HIV	Human immunogenicity virus, odamning immunitet tanqisligi virusi
NS3/4A ingibitorlari	Gepatit C virusini davolash uchun virusga qarshi preparatlar, gepatit C virusining NS3 va NS4A nostrukturaviy oqsillarini bloklaydi (J05AE proteaza ingibitorlari)
NS5A ingibitorlari	Gepatit C virusini davolash uchun virusga qarshi preparatlar, gepatit C virusining NS5A nostrukturaviy oqsilini bloklaydi (J05AX boshqa virusga qarshi preparatlar)
GT	Genotip
ALT	Alaninaminotrasferaza
AST	Aspartataminotrasferaza
AFP	Alfa-fetoprotein
AK	Antikoagulyant terapiya
AS	Assit suyuqligi
AQTV	Aktivlashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
QVVK	Qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi
BCAA	Branched-chain amino acids, tarmoqlangan yon zanjirli aminokislotalar
GGTP	Gammaglutamiltranspeptidaza
GPS	Gepatopulmonal sindrom
GRS	Gepatorenal sindrom
GSK	Gepatotsellyulyar karsinoma
DVS	Tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiya
TVI	Tana vazni indeksi
KT	Kompyuter tomografiyasi
KJS	Kompensirlangan jigar sirrozi
DV	Dori vositalari
MTA	Mikroto'lqinli ablyatsiya

XNN	Xalqaro normallashtirilgan nisbat
MRS	Magnit rezonansli spektroskopiya
MRT	Magnit rezonansli tomografiya
MRXPG	Magnit rezonansli xolangiopankreatografiya
MSKT	Multispiral kompyuter tomografiyasi
JNYOK	Jigarning noalkogolli yog‘li kasalligi
NASG	Noalkogolli steatogepatit
NYAQV	Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar
BE	Bilvosita elastometriya
ZUTBQ	Qon zardobining umumiy temirni bog‘lash qobiliyati
O‘JE	O‘tkir jigar yetishmovchiligi
O‘JP	O‘tkir jigar patologiyalari
PMYAL	Polimorfyadroli leykotsitlar
PTI	Protrombin indeksi
PIVKA II	Dez- γ -karboksiprotrombin
KFT	Koptokchalar filtratsiyasi tezligi
O‘BE	O‘tkir buyrak yetishmovchiligi
SBE	Surunkali buyrak yetishmovchiligi
SBK	Surunkali buyrak kasalligi
BO‘Sh	Buyrakning o‘tkir shikastlanishi
KHA	Katta hajmli assit
KHP	Katta hajmli paratsentez
JE	Jigar elastografiyasi

I. JIGAR SIRROZI.

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

XKT-10	XKT-11
K70.3 - Alkogolli jigar sirrozi	DB93.1 – Jigar sirrozi
K71.7 - Jigar fibrozi va sirrozi bilan kechuvchi jigarning toksik zararlanishi	DB93.21 – Jigar sirrozi, misning jigarda patologik yig‘ilishi bilan bog‘liq
Jigar fibroz va sirrozi (K74):	DB93.Y - Boshqa belgilangan fibroz yoki jigar sirrozi
K74.0 – Jigar fibrozi K74.1 - Jigar sklerozi	DB94.3 – Alkogolli jigar sirrozi
K74.2 - Jigar fibrozi, skleroz bilan	DB95.5 - Dori yoki toksik jigar shikastlanishi bilan bog‘liq jigar fibrozi yoki sirrozining rivojlanishi
K74.3 - Jigar birlamchi biliar sirrozi Surunkali yiringli bo‘lmagan destruktiv xolangit	DB98.7 - Portal gipertenziya
K74.4 - Ikkilamchi biliar sirroz	DB99.7 - O‘tkir yoki surunkaliligi aniqlanmagan jigar yetishmovchiligi
K74.5 - Noma’lum biliar sirroz	DB99.8 – Surunkali jigar yetishmovchiligi
K74.6 - Boshqa va noma’lum jigar sirrozi	
K76.6 - Portal gipertenziya	
Jigar sirrozi asoratlari:	
K72 - Boshqa bo‘lim (rubrika)larda tasniflanmagan jigar yetishmovchiligi	
K76.7 - Gepatorenal sindrom	

Ta'rif:

Jigar sirrozi (JS) JSST tomonidan berilgan ta'rifga ko'ra – bu tarqalgan jarayon bo'lib, jigarining normadagi tuzilmalarining fibrozi va transformatsiyasi bilan ta'riflanadi hamda regenerat tuguncha paydo bo'lishi bilan kechadi. [17; 23]. JS jigarining ko'pchilik surunkali diffuz kasalliklarining yakuniy bosqichi xisoblanadi.

JS surunkali diffuz jigar kasalliklarining ko'pchiligining yakuniy bosqichini ifodalaydi. Sirrozning tabiiy kechishi asimptomatik bosqich (kompensatsiyalangan sirroz) bilan tavsiflanadi, bu portal tizimda bosimning oshishi va jigar funksiyasining yomonlashishi bilan almashtiriladi, bu esa asoratlarni ko'rinishidagi jigar sirrozi (dekompensatsiya bosqichi) klinik ko'rinishning paydo bo'lishiga olib keladi [41; 42]. Kompensatsiya bosqichida bemorlar odatda yaxshi hayot sifatiga ega bo'lib, kasallik bir necha yil yashirin bo'lishi mumkin. Dekompensatsiya bosqichi aniq klinik belgilarning rivojlanishi bilan namoyon bo'lib, shundan eng muhimlari quyidagilardan iborat:

- assit (infektsiyasiz yoki infeksiya mavjud assit suyuqligi/SBP);
- qizilo'ngach va oshqozonning varikoz tomirlaridan qon ketish (QvaOVVK);
- jigar ensefalopatiyasi (JE);
- o'tkir buyrak shikastlanishi/disfunksiyasi (O'BSH) va gepatorenal sindrom (GRS);
- o'pka asoratlari (jigar gidrotoraksi, gepatopulmonar sindrom (GPS), portopulmonar gipertenziya (PPG));
- sirrozli kardiomiopatiya va ikkilamchi buyrak usti bezi etishmovchiligi;
- yuqumli kasalliklar asoratlari (spontan bakterial peritonit (SBP), siydik yo'llari infeksiyasi, pnevmoniya, yumshoq to'qimalar infeksiyalari va bakteriyemiya) [32].

Dekompensatsiyalangan sirrozni davolashda, birinchi navbatda, yallig'lanishni kamaytirish, fibroz regressiyasi, portal va arterial qon aylanishini tartibga solish, hujayralar soni va funksiyasini normallashtirish orqali jigar arxitekturasining yaxlitligini tiklash uchun jigardagi patologik o'zgarishlarni bartaraf qilishga qaratilgan bo'lishi kerak. Davolash jarayonida kelgusida dekompenatsiya holatlarini oldini olish asosiy mezon bo'lib hisoblanadi.

<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

Jigar sirrozining etiologiyasi va patogenezi:

Jigar sirrozining sabablariga quyidagilar bo‘lishi mumkin - virusli gepatit (V, S, D), alkogol, metabolik kasalliklar (noalkogolli steatogepatit, irsiy gemokromatoz, Uilson kasalligi, α 1-antitripsin etishmovchiligi, mukovissidoz, galaktozemiya, glikogenozlar, irsiy tirozinemiya, irsiy fruktozaga nisbatan murosasizlik, irsiy gemorragik telangiyektaziya, abetalipoproteinemiya, porfiriya), o‘t yo‘llari kasalliklari (o‘t yo‘llarining ekstragepatik obstruksiyasi, o‘t yo‘llarining jigar ichi obstruksiyasi: birlamchi biliar xolangit, birlamchi sklerotik xolangit, bolalardagi xolangiopatiya), jigardan venoz qon chiqishining buzilishi: Baddi-Kiari sindromi, veno-okklyuziv kasallik, og‘ir o‘ng qorincha etishmovchiligi, dori-darmonlar, toksinlar, gepatotoksik ta’sirga ega kimyoviy moddalar, immunitetning buzilishi: autoimmun gepatit, “transplantat ho‘jayinga qarshi” kasalligi, boshqa kam uchraydigan sabablar: sifilis, shistosomoz, sarkoidoz, gipervitaminoz A, kriptogen sirroz [2; 32; 36; 41].

JS ning shakllanishi jigar parenximasining shikastlanishiga javoban yuzaga keladi, uning tarkibiy qismlari sintezining kuchayishi va ularning parchalanish tezligining pasayishi natijasida ekstratsellyulyar matritsaning haddan tashqari to‘planishi bilan tavsiflanadi [6; 7]. Fibrozning rivojlanishi disse bo‘shlig‘ida I, III, IV kollagen turlari, laminin, fibronektin, glikozaminoglikanlar, proteoglikanlar, elastin va boshqalarning to‘planishi va cho‘kishi bilan kechadi, bu esa lobulyar venoz kapillyarlarning devorida biriktiruvchi to‘qima pardasining shakllanishiga olib keladi.

Portal vena tizimi orqali kiradigan qon va gepatotsitlar o‘rtasidagi metabolik jarayonlarning buzilishi gipoksiyaning rivojlanishiga va ikkinchisining fibrogenez jarayonida ishtirok etishiga olib keladi. Presinusoidal yulduzsimon hujayralarning faol qisqarishi va kollagen tolalar bilan to‘lgan Disse bo‘shlig‘ining kengayishi natijasida portal vena tizimi orqali oqadigan qon oqimida to‘siq paydo bo‘ladi, darvoza venasida bosim kuchayadi, portal gipertenziya sindromi hosil bo‘ladi va portakaval shuntlari faollashadi. Ushbu o‘zgarishlarning yanada rivojlanishi oqibatida vaqt o‘tishi bilan jigar to‘qimalarining arxitektonikasi qayta tuziladi va sirroz rivojlanadi [13; 21; 22; 33].

Jigar sirrozi mavjud bemorlarning hayot prognozi ko‘p jihatdan uning yuqorida keltirilgan asoratlarining rivojlanishiga bog‘liq [23].

Dekompensatsiya bosqichida jigar sirrozi poliorgan etishmovchiligi bilan kechadigan tizimli kasallikdir [23], bemorlar tug‘ma va orttirilgan

immunitet tizimining buzilishi natijasida kelib chiqadigan immunitet disfunktsiyasi natijasida bakterial asoratlarning rivojlanishiga juda moyil bo‘ladi. Yuqumli kasalliklar asoratlari, o‘z navbatida, sirrozning kechishini og‘irlashtiradi, surunkali jigar yetishmovchiligi fonida o‘tkir jigar yetishmovchiligi xavfini sezilarli darajada oshiradi va yuqori o‘lim ko‘rsatkichi bilan birga kuzatiladi [7; 26].

<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

Tasnifi: <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>

Jigar sirrozining klinik tasnifi:

- I – kompensatsiyalangan;
- II – subkompensatsiyalangan;
- III – dekompensatsiyalangan.

Jigar sirrozi morfologik xususiyatlarga ko‘ra quyidagicha tasniflanadi:

- a) makronodulyar — (katta tugunli) - diametri 5 sm gacha bo‘lgan tartibsiz joylashgan, turli kenglikdagi biriktiruvchi to‘qima bilan ajratilgan katta tugunlar;
- b) mikronodulyar — (kichik tugunli) - tartibli ravishda diametri 1-3 mm bo‘lgan, chandiq to‘qimalari tarmog‘i bilan ajratilgan kichik tugunlar;
- c) mikro-makronodulyar (aralash).

Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarning ahvoli og‘irligini baholash uchun Child-Turcotte-Pugh tasnifi ishlatiladi (1-2jadval).

1-jadval.

Jigar sirrozi og‘irlik darajasining Child-Turcotte-Pugh bo‘yicha tasnifi, 1973y

Parametrlar	1 ball	2 ball	3 ball	O‘lchov birliklari
Umumiy bilirubin*	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)	mkmol/l (mg/dl)
Albumin	>35	28-35	<28	g/l
Protrombin vaqtini qisqarishi	<4 (<1,7)	4-6 (1,71-2,20)	>6 (>2,20)	Sekundlar
XNM (MNO)	<1,7	1,7-2,3	>2,3	
Assit	Mavjud emas	Qorinning simmetrik kattalashishi. Medikamentoz	Yaqqol namoyon bo‘lgan taranglashgan	O‘lchov birligi yo‘q
		davolanganda ijobiy o‘zgarish olish mumkin	qorin. Davoga refrakter	

Jigar ensefalopati yasi	Mavjud emas yoki latent (EEG va psixologik testda(Reyton) aniklanadi)	I-II daraja (Medikamentoz davolanganda ijobiy o'zgarish olish mumkin)	III-IV daraja (Davoga refrakter)	O'lchov birligi yo'q reyton testi buyicha
-------------------------	---	---	----------------------------------	---

2-jadval.

Child-Turcotte-Pugh bo'yicha og'irlik sinflarini ballar bilan baholash.

Ballar yig'indisi	Og'irlik sinfi	1 yillik yashovchanlik, %	2 yillik yashovchanlik, %
5-6	A	100	85
7-9	B	81	57
10-15	C	45	35

Yana bir baholash shkalasi, MELD (Model for End-stage Liver Disease) 2002-yilda ishlab chiqilgan jigar transplantatsiyasi tartibini aniqlashda ishlatiladi.

Jigar sirrozi bilan og'irgan bemorning og'irligini va uning jigar transplantatsiyasi uchun kutish ro'yxatidagi navbatini baholashning yanada aniqroq usuli bu shkalaning modifikatsiyasi - MELDNa, bu yerda yuqoridagi ko'rsatkichlar bilan bir qatorda qon zardobida natriy darajasi ham hisobga olinadi. Jigarning so'nggi bosqichidagi surunkali kasalligi bo'lgan bemorlar asosiy jarayonning tez-tez kompensatsiyasi va og'ir asoratlarni rivojlanishi bilan og'irgan bemorlarning o'ta beqaror toifasini ifodalashini hisobga olsak, MELDni muntazam ravishda qayta hisoblash zarurati mavjud (3-jadval).

Bemorning ko'ruvi

1) Shikoyatlar:

Jigar sirrozining klinik ko'rinishlari juda xilma-xil bo'lib, kasallikning minimal belgilaridan aniq belgilariga qadar namoyon bo'ladi:

- umumiy shikoyatlar: holsizlik, tez charchash, vazn yo'qotish, ich qotishi, bo'g'imdagi og'riqlar;

- ensefalopatiya: uyquchanlik, asabiylashish, tajovuzkor xatti- harakatlar, uyqusizlik, qo‘llarning titrashi, xotiraning pasayishi;
- jigar va taloqdagi o‘zgarishlar: o‘ng va/yoki chap qouvrig‘aosi qismida va/yoki epigastriyada og‘riq va og‘irlik xissi;
- sariqlik: sklera va shilliq pardalarning sarg‘ishi, terining qichishi, siydikning biroz to‘qlashishi, og‘izda achchiq ta‘m, ko‘ngil aynishi;
- gemorragik sindrom: milklarning qonashi, burundan qon ketish, petexial qon talashlar, inyeksiya joylarida ko‘karishlar, qora najas, kofe quyqasi kabi qusish;
- assit: qorinning kattalashishi, kindikning bo‘rtib chiqishi, ba‘zan uning yorilishi, qorin dam bo‘lishi, boldir mushaklarining tortishishi, oyoqlarning shishishi, subfebril isitma, nafas qisilishi, xansirash, diurezning pasayishi;
- portal gipertenziya: beqaror qon bosimi, bivosildan qon ketish, telangiyektaziyalar.

2) Kasallik tarixi:

- yillar davomida surunkali virusli gepatit V, S, V+D yoki V+S+D natijasida rivojlangan xolat, ya‘ni surunkali jigar kasalligining oxirgi bosqichi.

3) Epidemiologik anamnez:

C

- HBV va HDV etiologiyali JS - qayta ishlatiladigan asboblarda yordamida parenteral aralashuvlarning mavjudligi, stomatologga tashriflar, endoskopik aralashuvlar, qon quyish va qon o‘rnini bosuvchi vositalar, gepatit V virusi tashuvchilari bilan uzoq muddatli yaqin uy sharoitidagi aloqalari, bolaning HBV infeksiyasi bo‘lgan onadan tug‘ilishi, HBV va HDV infeksiyasi bo‘lgan sherikdan jinsiy yo‘l bilan o‘tish;

- HCV etiologiyali JS - asosiy yuqish yo‘li bu qon va qon o‘rnini bosuvchi vositalarni quyish, qon zarralari bilan ifloslangan asboblardan foydalanish, turli invaziv tibbiy muolajalar (jarrohlik aralashuvlari, stomatologga tashriflar, endoskopik tekshiruvlar). HCV gemodializ va gematologiya bo‘limidagi bemorlarda ko‘proq uchraydi. HCV infeksiyasi bo‘lgan onadan bolaning tug‘ilishi, shuningdek jinsiy va maishiy aloqa orqali infeksiya (bu yo‘llardan kam foiz hollarda yuqadi).

4) Obyektiv xolati:

C	Jigar sirrozining belgilari fizik tekshiruv vaqtida aniqlanmasligi yoki ko‘rinmasligi mumkin. Agar jigar sirrozi belgilari mavjud bo‘lsa, bemorda assit, "jigar kafti", qorin devorining varikoz tomirlari, shish, taloq, sklera va terining sarg‘ayishi, telangiektaziya va jigar ensefalopatiyasi rivojlanadi. (
----------	---

5) Fizikal tekshiruvlar:

C	Fizikal tekshiruvda jigar sirrozi simptomlari aniqlanmasligi yoki alomatlarini ko‘rish mumkin. Agar sirroz belgilari mavjud bo‘lsa, bemorda assit, "jigar kafti", qorin devorining varikoz kengayishi, shish, splenomegaliya, sklera va terining sarg‘ishi, telangiyektaziya va jigar ensefalopatiyasi belgilari aniqlanadi <i>(klass/shkala, dalil I C).</i>
----------	--

JIGAR SIRROZI DIAGNOSTIKASI

Laborator tekshiruvlar

Asosiy laborator tekshiruvlar*:

Qonning immunoferment tahlili:

A	VGV markerlarini aniqlash: HBsAg (sifat tekshiruvi), anti-HBs, anti-HBc, HBeAg, anti-HBe
B	HBsAg skriningi umumiy xalq orasida, ayniqsa yuqori xavf guruhidagi shaxslar va homilador yoki tug‘ish yoshidagi ayollarda o‘tkazilishi kerak.
A	HBsAg ijobiy bo‘lgan barcha bemorlar HDV antikorlarini tekshirish kerak.
A	HCV infeksiyasining skriningi IFT usuli yordamida qon zardobida yoki plazmasida VGS ga qarshi antikorlarni aniqlashga asoslangan bo‘lishi kerak
A	VGS antikorlarini skriningni osonlashtirish va tibbiy yordam olish imkoniyatini yaxshilash uchun klassik IFT o‘rniga zardob, plazma, barmoqdan olingan butun qon yoki tupurik yordamida tezkor diagnostika testlarini qo‘llash mumkin.

Real vaqt rejimidagi polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR):

A	Surunkali VGS infeksiyasida VGS RNKni aniqlash kerak .
A	Gepatit C virusining genotipini aniqlash faqat surunkali VGS infeksiyasi bo‘lgan bemorlarga genotipga xos virusga qarshi terapiya rejimini rejalashtirish uchun tavsiya etiladi.
A	Yaqin orada orttirilgan VGS infeksiyasiga shubha qilingan bemorlarda VGS-musbat, VGS RNK-manfiy bo‘lganda yakuniy klirensni tasdiqlash uchun 12 va 24-haftalarda takroriy VGS RNK tekshiruvidan o‘tishlari kerak.
A	HBsAg ijobiy bo‘lgan barcha bemorlarda HBV DNK ni aniqlash va uning konsentratsiyasini aniqlash tavsiya etiladi.
A	VGD antikorlari ijobiy bo‘lgan barcha bemorlar faol VGD infeksiyasini tashxislash uchun teskari transkripsiyali standartlashtirilgan va sezgir PZR tahlilidan foydalangan holda miqdoriy VGD RNK PZR tekshiruvidan o‘tishlari kerak.

Umumiy qon tahlili:

C	UQT trombositlar soni bilan
---	-----------------------------

Qonning biokimyoviy tahlili:

C	Qondagi umumiy bilirubin darajasi va fraksiyalari, qondagi ALT va AST faolligi, umumiy oqsil, albumin, kreatinin, ishqoriy fosfataza, gamma-glutamin transpeptidaza, qondagi glyukoza, kaliy va natriy, qondagi kalsiy, PTI, XNN (MNO).
---	---

Alfa-fetoprotein darajasini tekshirish (AFP)

A	Har olti oyda bir marta qorin bo‘shlig‘i ultratovush tekshiruvi va alfa-fetoprotein tahlilidan foydalangan holda GSK uchun muntazam kuzatuv: <ul style="list-style-type: none">• yoshi va boshqa xavf omillaridan qat’i nazar, jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlar;• oilada GSK bilan kasallangan bemorlar mavjudligi.
---	---

***Zarur sharoitlar va moddiy-texnik jihozlar bo‘lmasa, yuqori darajadagi tibbiy muassasada standart laboratoriya va instrumental tekshiruv usullari ta’minlanishi mumkin.**

Qo‘shimcha laborator tekshiruvlar:

Qonning biokimyoviy tahlili:

C	D va A vitaminlari, IL-6, ferritin, qondagi erkin temir, C-reaktiv oqsil, prokalsitonin darajasini tekshirish.
---	--

Umumiy peshob tahlili:

C	Siydikda oqsil, albumin, epitelii, mikrogematuriyani aniqlash.
---	--

PIVKA II tekshiruvi

A	Har olti oyda bir marta qorin bo‘shlig‘i ultratovush tekshiruvi va PIVKA II tahlilidan foydalangan holda GSK uchun muntazam kuzatuv: <ul style="list-style-type: none">• yoshi va boshqa xavf omillaridan qat‘i nazar, jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlar;• oilada GSK bilan kasallangan bemorlar mavjudligi.
---	---

Instrumental tekshiruvlar

Asosiy instrumental tekshiruvlar: Qorin

bo‘shlig‘i a‘zolarining UTTsi:

A	Ultratovush tekshiruvi fibrozning tuzilishini, belgilarini, jigar sirrozini (notekis qirrasi, tugunli tuzilishi, o‘ng bo‘lakning atrofiyasi, assitning mavjudligi, jigar va taloq tomirlarining kengayishi va trombozi, shuntlar mavjudligi, splenomegaliya va portal gipertenziyaning boshqa belgilari), shuningdek, katta hajmli hosilalar mavjudligini baholashga imkon beradi (GSK va b.). Qon aylanishidagi o‘zgarishlarni aniqlash uchun portal, taloq, pastki kovak vena, yuqori mezenterik va jigar venalarining Doppler ultratovush tekshiruvi o‘tkaziladi.
---	--

EFGDS: ezofagogastroduodenoskopiya

S	Jigar sirrozi bilan og‘rigan barcha bemorlarda ezofagogastroduodenoskopiya (EFGDS) o‘tkazish tavsiya etiladi. Sharh: kengaygan qizilo‘ngach varikoz venalarini aniqlash, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining shikastlanish xususiyatini aniqlash uchun amalga oshiriladi.
---	--

Paratsentez

C	Jigar sirrozi bilan ogʻrigan bemorlarda assit kuzatilganda paratsentez oʻtkazish tavsiya etiladi.
---	---

Qoʻshimcha instrumental tekshiruvlar: EKG:

C	Sirrozli kardiomiopatiyalarni aniqlash uchun oʻtkaziladi.
A	Jigardagi yalligʻlanish, nekroz va fibroz darajasini aniqlash uchun, bemorni davolashdagi samaradorlikni baholashda tavsiya etiladi.

Koʻkrak qafasi rentgenografiyasi:

C	Gidrotoraks, pnevmoniya, empiyema belgilarining mavjudligini aniqlash maqsadida qoʻllaniladi.
---	---

Qorin boʻshligi aʼzolarining MSKTsi:

C	Qorin boʻshligʻining kompyuter tomografiyasi vena ichiga kontrastli modda bilan (kontrastli preparatni qoʻllash uchun qarshi koʻrsatmalar boʻlmaganda) ultratovush tekshiruvida portal tizim tomirlarida tromboz, bakterial peritonitga shubha boʻlgan yoki jigarda fokal oʻzgarishlar bilan ogʻrigan bemorlarga trombozni istisno qilish va fokal oʻzgarishlarning kelib chiqishini aniqlash uchun tavsiya etiladi.
---	--

Jigar elastografiyasi

C	<p>Jigar sirrozida klinik mezonlarga, APRI ballga $>1,0$ va JE $>12,5$ kPa) ga asoslanishi kerak.</p> <p>APRI (aspartat aminotransferaza-trombotsitlar nisbati indeksi) resurs cheklangan sharoitlarda kattalardagi rivojlangan jigar fibrozini yoki sirrozi mavjudligini baholash uchun noinvaziv test sifatida tavsiya etiladi. Tashxisni yanada aniqlashtirish uchun elastografiya mavjud boʻlsa va bemor imkoniyati boʻlgan hollarda tavsiya qilish mumkin.</p> <p>Sharh: Jigarning bilvosita elastografiyasi (JE) fibrozning zardob biomarkerlariga qaraganda koʻproq klinik foyda keltiradi. JE aks ettirilgan tebranish impulslari va ularning keyingi kompyuter tahlillari asosida jigarning elastik xususiyatlaridagi oʻzgarishlarni baholashga imkon beradi. Shubhali holatlarda, jigar biopsiyasi tavsiya etiladi.</p>
---	--

Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarni kuzatish

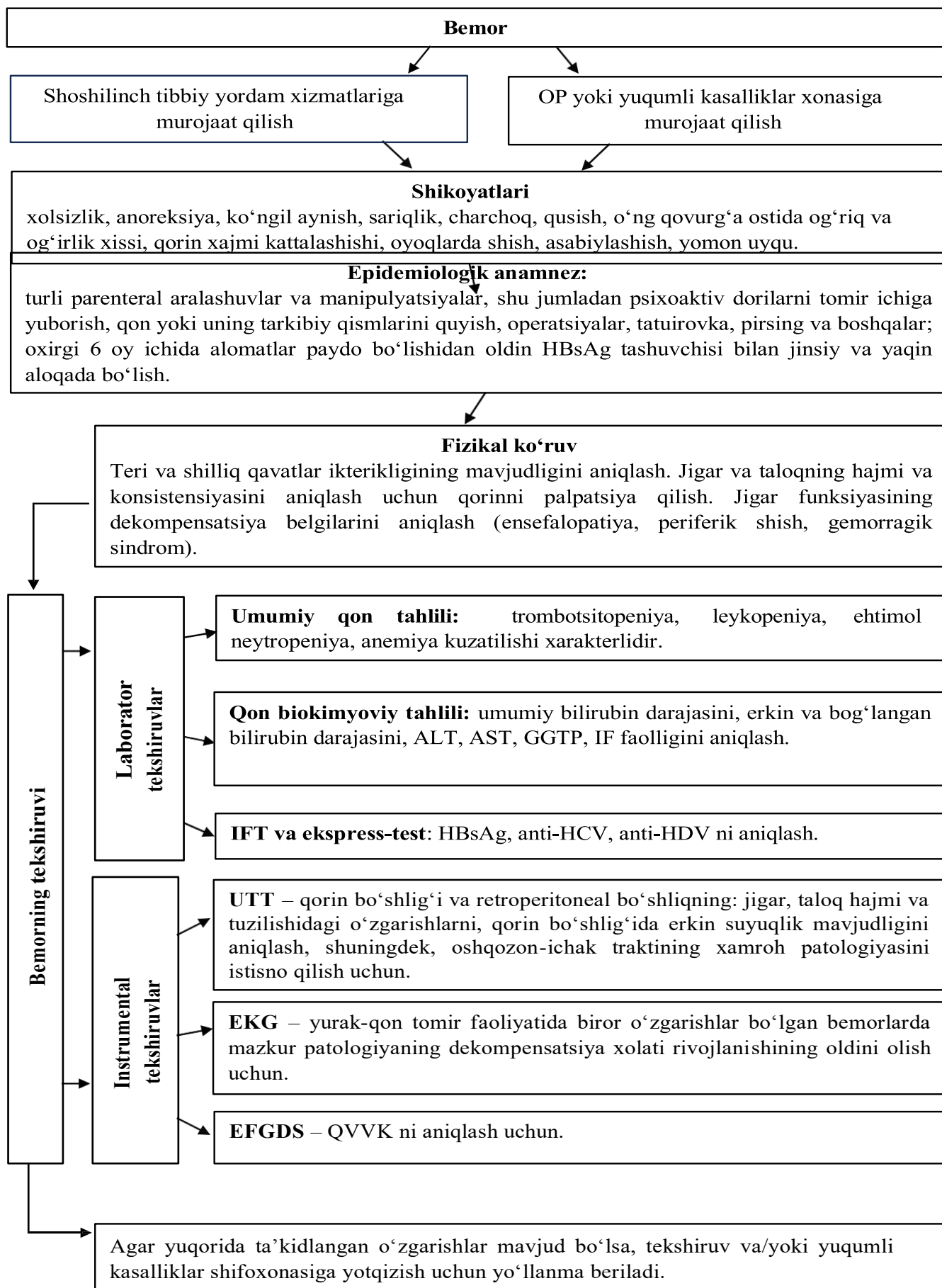
Laboratoriya va instrumental tekshirish usullari	Virus etiologiyali JS
Qonning klinik tahlili	Har 3 oyda
Jigar funksional sinamalari umumiy bilirubin va uning fraksiyalari, ALT, AST, GGTP, IF, albumin, XNN, xolesterin, kreatinin	Har 3 oyda
Alfa-fetoprotein	Har 3 oyda
PSR usulida miqdoriy HBV DNA, HCV RNA	Har 3 oyda
Bilvosita jigar elastometriyasi	Yilda 1 marta
Qorin bo‘shlig‘i a‘zolari UTT	Har 6 oyda
EFGDS	Qizilo‘ngach va oshqozon varikoz tomirlarining yo‘qligi va sirrozning kompensatsiya bosqichida har 1-2 yilda; Qizilo‘ngach va oshqozon varikoz tomirlari mavjud bo‘lganda va (yoki) sirrozning dekompensatsiya bosqichida har 6-12 oyda

Bemorlarga kerak bo‘lgan hollarda qo‘shimcha tekshiruvlar (masalan, assit bo‘lganda diuretik terapiya uchun qon elektrolitlarini tekshirish, gidrotoraks uchun ko‘krak qafasi rentgenogrammasi), o‘tkazilishi mumkin.

JS ning rivojlanishi va dekompensatsiyasida tekshiruvlarning chastotasi ko‘proq bo‘lishi mumkin (ko‘rsatkichlarga ko‘ra).

B, C va D virusli gepatitlarning asorati sifatida rivojlangan jigar sirrozining kompensatsiyalangan bosqichida (Chayld – Pyu bo‘yicha A sinf) bemorlarga patogenetik va simptomatik terapiya surunkali B, C, D virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlarni davolash tartibi bo‘yicha amalga oshiriladi.

JIGAR SIRROZI SKRININGI ALGORITMI



Turli virus etiologiyali jigar sirrozning differensial diagnostikasi

Tashxis	Differensial diagnostika asoslari	Tekshiruvlar	Tashxis mezonlari
Virusli gepatit natijasidagi JS	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari: asteniya, sariqlik, dispepsiya, gemorragik, shish-assitik, portal gipertenziya, gepatosplenomegaliya, gipersplenizm, sitoliz, xolestaz, albumin, protrombin va xolesterinning pasayishi.	anti-HCV, HBsAg, anti-HDV – IFT, HBV DNK, HDV RNK va HCV RNK – PZR, UQT, qon biokimyosi: AST, ALT, IF, bilirubin, albumin, protrombin, xolesterin, kreatinin, anemiya, trombositopeniya, jigar elastometriyasi, QBA UTTsi va KTsi, EFGDS	Virusli gepatit belgilarining mavjudligi, qon biokimyosidagi o'zgarishlar, anemiya, trombositopeniya, fibroz 4 (F4)
NASG natijasidagi JS	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Tana vazni indeksi, qon biokimyosi, lipidogramma, glyukoza, insulin, UQT, QBA UTTsi, EKG	Metabolik sindromning tarkibiy qismlari: semizlik, QD-2, AG, dislipidemiya, UTTda steatoz, KT va jigarining punktsion biopsiyasi, (F4), VG markerlari (-)
Alkogolli gepatit natijasidagi JS	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	alimantar faktorni aniqlash, AUDIT so'rovnomasi, qon biokimyosi, jigar elastorgafiyasi, QBA UTTsi va KTsi, EKG	Spirтли ichimliklarni suiiste'mol qilish, spirtli ichimliklar stigmasi, polineyropatiya, kardiomiopatiya, sitoliz, makrotsitoz, GGTP va amilaza oshishi, IgA, B12-etishmovchilik anemiyasi
Autoimmun gepatit	JSning umumiy klinik va	Qon biokimyosi + gamma-globulinlar, auto-antitanalar	Yosh ayollar ko'roq kasallanadi, sitoliz darajasi yuqori,

natijasidagi JS	laboratoriya sindromlari	(AMA, ANA, anti-LKM-1, anti-SLA), jigar UTTsi va biopsiyasi	autoantitanalar titri (+), gipergammaglobulinemiya
Birlamchi biliar sirroz	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi, UQT, AMA2, IgM, QBA UTTsi va KTsi, jigar biopsiyasi	Ko'pincha o'rta va keksa yoshdagi ayollarda, tizimli ko'rinishlar (Shegren sindromi va b.), klinik va biokimyoviy xolestaz va sitoliz sindromi, AMA2 oshishi, IgM, BBSning gistologik belgilari
Birlamchi sklerotik xolangit	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi, pANCA, QBA UTTsi va KTsi, endoskopik restrograd xolangiopankreatografiya, MR-xolangiografiya	Ko'pincha erkaklar kasallanadi, klinik va biokimyoviy xolestaz sindromining ichakning yallig'lanish kasalliklari bilan birga kechishi, xolangiogrammada o't yo'llarida o'zgarish
Irsiy gemoxromatoz natijasidagi JS	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi + glyukoza, temir, ferritin, genetik tekshiruvlar, QBA UTTsi va KTsi	40 yoshdan oshgan erkaklarda, qonda temir va ferritin oshishi, jigarda sideroz mavjudligi, QD-2, yura kva bo'g'imlar zararlanishi, genetik buzilishlar
Vilson-Konovalov kasalligi natijasidagi jigar sirrozi	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi, qondagi mis va seruloplazmin darajasi, peshobdagi mis darajasi, QBA UTTsi va KTsi, oftalmolog va nevropatolog konsultatsiyasi, jigar biopsiyasi	Ko'pincha yoshlik paytida, serebral buzilishlar, shox pardada Kayzer-Fleysher halqasi, qonda seruloplazmin pasayishi, kundalik siydik bilan mis ajralishi, jigar to'qimalarida mis miqdori ortishi
Jigarning yurak sirrozi	JSning umumiy klinik va	Qon biokimyosi, EKG, Exo KG, QBA UTTsi, EFGDS,	SYUE va yurak kasalliklari mavjudligi, jigar

	laboratoriya sindromlari	ko'krak qafasi KT va MRTsi	o'zgarishlarining yo'qligi, oshqozon va QVVK, giperxolesterinemiya
Baddi-Kiari sindromidagi JS	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi, UT-dopplerografiya, MR- angiografiya, kontrast bilan KT, EFGDS	Pastki kovak vena tizimida tromboz, anamnezda qorin travmasi, o'ng qovurg'a ostida kuchli og'riq, jigar zararlanishi va qon biokimyosida o'zgarishning yo'qligi
Assit bilan kuzatiluvchi konstruktiv perikardit	JSning umumiy klinik va laboratoriya sindromlari	Qon biokimyosi, rentgenografiya va transtorokal ExoKG, EKG, yurak KT yoki MRTsi, yurak kateterizatsiyasi	Anamnezda perikardit, venoz bosimning oshishi, venoz dimlanish, plevra oqishi, jigar fermentlari o'zgarishsiz, QVVK, qon biokimyosining buzilishi

Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar

C 5	Anesteziolog-reanimatolog maslahati - favqulodda vaziyatlar (jumladan, jigar komasi) mavjud bo'lganda, shifoxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 30 daqiqadan kechiktirmay intensiv terapiya bo'limiga (ITB) o'tkazish uchun ko'rsatmalarni aniqlash maqsadida.
C 5	Jarroh maslahati - EFGDS, jigar biopsiyasi va paratsentez, qon tomirni shuntlash operatsiyasi, jigar transplantatsiyasi bo'yicha qarorlar, kuchli qorin og'rig'i bo'lganda, o'tkir jarrohlik patologiyalarini va gemorragik sindromni istisno qilish uchun va jarrohlik bo'limiga ko'chirib o'tkazish ko'rsatmalarini aniqlash maqsadida.
C 5	Nevrolog maslahati - ensefalopatiya belgilari mavjud bo'lsa, nevrologik patologiyani istisno qilish uchun.
C 5	Akusher-ginekolog maslahati - homilador ayollarda homiladorlikni birgalikda boshqarish, reproduktiv organlarning patologiyalarini istisno qilish uchun.
C 5	Gematolog maslahati - trombositopeniya, leykopeniya, anemiya, pansitopeniya yoki boshqa qon kasalliklari xolatlarini hal qilish maqsadida.

C 5	Endokrinolog maslahati – bemorda qo‘shimcha endokrinologik kasalliklar kuzatilganda.
C 5	Kardiolog maslahati - yurak-qon tomir kasalliklari, sirrozli kardiomiopatiyalar xolatini aniqlashtirish maqsadida.
C 5	Onkolog maslahati - GSK bilan kasallangan bemorlarni, shuningdek, boshqa onkologik patologiyalari bo‘lgan bemorlarni erta tashxislash va davolash maqsadida.

Jigar sirrozi tashxisini shakllantirish tamoyillari:

- Kasallikning etiologiyasi aniqlanishi kerak.
- Chayld-Pyu sinfini hisoblash (“A”; “V”; “S”).
- Jigar sirrozining barcha mavjud asoratlarini ko‘rsatish.

Yakuniy tashxisni shakllantirishga misollar:

1. HBV etiologiyali jigar sirrozi, Chayld-Pyu bo‘yicha "A" sinfi. Asorati: Portal gipertenziya. Splenomegaliya.
2. HDV etiologiyasi bilan HBV etiologiyali jigar sirrozi, Chayld-Pyu bo‘yicha "V" sinfi. Asorati: Portal gipertenziya. Splenomegaliya. 2-darajali QVVK. Assit.

Jigar sirrozida bemorlarning ovqatlanishi

Surunkali jigar kasalliklari uchun ovqatlanish bo‘yicha EASL 2018 klinik amaliyoti bo‘yicha ko‘rsatmalar.

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Sirroz va noto‘g‘ri ovqatlangan bemorlarga ovqatlanish bo‘yicha maslahat berilishi kerak: 5/5a parhez stollari	II-2, C, 2
Oddiy kunlik energiya iste‘moli kuniga tavsiya etilgan 35 kkal/kg haqiqiy tana vaznidan past bo‘lmasligi kerak. Masalan: sog‘lom erkak kuniga 2600-2800 kkal, ayol kuniga 2000-2200 kkal iste‘mol qiladi.	II-2, B, 1
Oddiy kunlik oqsil miqdori kuniga tavsiya etilgan 1,2- 1,5 g/kg haqiqiy tana vaznidan past bo‘lmasligi kerak. Masalan: sog‘lom odam kuniga o‘rtacha 1,2 -1,5 g/kg oqsil iste‘mol qiladi.	II-2, B, 1

Dekompensatsiyalangan bemor ratsioniga kechqi ovqat va nonushtaga peroral ozuqa qo‘shimchalar qo‘shing. Dekompensatsiyalangan sirrozli bemorlarga VCAA qo‘shimchalari va leysin bilan boyitilgan aminokislota qo‘shimchalari tavsiya etiladi.	II-1, C, 1
Noto‘g‘ri ovqatlanish va jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarga enteral ovqatlanish davri tavsiya etiladi.	II-1, B, 1
Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarga sarkopeniyaning oldini olish uchun jismoniy faollik tavsiya etiladi.	II-1, C, 2

Mikroelementlar EASL 2018

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Sirroz bilan og‘rigan bemorlarga tasdiqlangan yoki klinik jihatdan shubhali etishmovchilikni davolash uchun mikroelementlar va vitaminlar buyuriladi	II-1, C, 1
Sirrozli bemorlarning qonidagi vitamin darajasini baholash kerak	II-3, B, 1
D vitamini darajasi <20 ng/ml bo‘lgan bemorlarga D vitamini qo‘shimchalari og‘iz orqali buyuriladi. Qondagi D vitamini darajasi D(25(OH)d) 30 ng/ml ko‘p bo‘lishi kerak.	II-1, B, 1
Assitli jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarda natriyni cheklash kerak (kuniga 5 g tuz).	II-2, B, 1

Jigar sirrozi va suyak kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarni parhez davolash usullari EASL 2018

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Jigar sirrozi va kortikosteroidlar bilan uzoq muddatli davolanadigan bemorlarda suyak mineral zichligini baholash kerak	II-2, A, 1
Osteoporoz va osteopeniya tashxisini qo‘yish uchun lumbosakral densitometriyadan (DEXA) foydalaning. Suyak mineral zichligi normal bo‘lgan bemorlarda ikki-uch yilda va suyaklarning zichligi kamayishi	II-1, B, 1

kutilayotgan bo'lsa bir yil davomida DEXA-ni takrorlash kerak	
Surunkali jigar kasalligi bo'lgan va T-ball -1,5 dan past bemorlarga kalsiyni (kuniga 1000-1500 mg) va 25(OH)D (har ikki haftada 400-800 UI/d 260) tavsiya etiladi	II-3, A, 1
Sirroz va osteoporoz bilan og'rikan bemorlarda, shuningdek jigar transplantatsiyasini kutayotgan bemorlarga bifosfonatlardan foydalaning tavsiya etiladi	I, A, 1
Gemoxromatoz va gipogonadizm bilan og'rikan erkaklarda testosteronni qabul qilish va veneseksiya qilishni o'ylab ko'rish kerak	II-2, B, 1

Jigar sirrozi bilan og'rikan og'ir bemorning ovqatlanishi

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
Og'ir bo'lgan barcha bemorlarda ovqatlanish holatini va sarkopeniya mavjudligini baxolash kerak	II-3,C1
Og'iz orqali ovqatlanishga qarshi ko'rsatmalarga bo'lsa, enteral ovqatlanishni ta'minlash kerak	III,A1
Nazogastroenteral zondlar foydalanish kerak, agar qizilo'ngachdan qon ketish belgilari bo'lmasa	II-2,A1
Og'ir sirroz bilan og'rikan bemorlarda kunlik energiya iste'moli 35-40 kkal/kg dan kam bo'lmasligi kerak	II-2,B1
Og'ir sirrozli bemorlarda kunlik oksil miqdori 1,2-1,3 g/kg tana vazniga tavsiya etiladi	II-2,B1
JE rivojlangan bemorlarda xolatini yaxshilash uchun VCAA bilan boyitilgan eritmalardan foydalanish kerak	I,A1
JE rezolyutsiyasini tezlashtirish va kaloriya miqdori past bo'lgan bemorlarning yashash darajasini oshirish uchun ozuqaviy yordam ko'rsatilishi kerak	II-1,A1

Parhez:

1. Kundalik kaloriya miqdori 35-40 kkal / kg "ideal" tana vaznida saqlanishi kerak (I, A,1).
2. Kundalik oqsil miqdori kuniga 1,2-1,5 g/kg bo'lishi kerak. (I, A, 1)

3. Oziq-ovqat yoki suyuq ovqat qo‘shimchalar kun davomida teng ravishda taqsimlanishi kerak. Kechki uykuqa yotishdan oldin bemorga ozroq ovqat qabul qilishni taklif qilish kerak (I, A, 1).

4. Oziq-ovqatdan oqsil qabul kila olmagan bemorlarga BCAA aminokislotalarni og‘iz orqali qabul qilish tavsiya etiladi (II-2, V, 2).

II. JIGAR SIRROZI ASORATLARINING TASNIFI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOSI

PORTAL GIPERTENZIYA VA OSHQOZON-QIZILO‘NGACH VARKOZ KENGAYGAN VENALARIDAN QON KETISH

Portal gipertenziya - bu gemodinamik jihatdan portal bosim gradiyentining patologik o‘shishi bilan namoyon bo‘ladigan klinik simptomlar majmuasi bo‘lib, u jigarni chetlab o‘tib, portal venadan qon chiqariladigan portosistemik kollaterallarning shakllanishi bilan birga keladi [3; 14; 32].

Portal gipertenziya – bu darvoza vena tomir tizimida qon oqimining buzilishi bilan kechadigan turli patologik jarayonlardir. Qon oqimiga to‘sqinlik qilishning anatomik joylashishiga ko‘ra, portal gipertenziya shaklini jigar osti (taloq, tutqich yoki portal venalarni o‘z ichiga olgan), jigar ichi (jigar kasalliklari) va jigar usti (jigardan chiqadigan venoz qon oqimi buzilishiga olib keladigan kasalliklar) deb tasniflash mumkin [25]. **QvaOVV dan qon ketish** - bu portal tizimdagi bosimning kuchayishi tufayli QvaOVV devori cho‘zilgan va yorilib ketganda paydo bo‘ladigan jiddiy holatdir [3; 17; 19; 33].

Portal gipertenziyani portal blok darajasi bo‘yicha tasnifi:

1. Jigar usti:

- jigar venalarining trombozi/torayishi va pastki v kavak venasining obstruksiyasi (Badda - Kiari sindromi, o‘simta invaziyasi, pastki kavak vena bo‘shlig‘idagi membrana);

- yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (konstriktiv perikardit, trikuspidal regurgitatsiya).

2. Jigar:

A) Presinusoidal:

- Randyu-Osler kasalligi;
- tug‘ma jigar fibrozi;
- Portal vena tomir shoxlarining trombozi (og‘ir bakterial xolangit, yomon sifatli o‘smalar);
- birlamchi sklerozlangan xolangit;
- granulomatoz (shistosomatoz, sarkoidoz, sil);
- surunkali virusli gepatit;
- birlamchi biliar sirroz;

- miyeloproliferativ kasalliklar;
- tugunli regenerativ giperplaziya;
- idiopatik (sirrotik bo'lmagan) portal gipertenziya / portosinusoidal kasallik;
- Vilson-Konavalov kasalligi;
- gemoxromatoz;
- polikistoz;
- amiloidoz;
- toksik moddalarga ta'sir qilish (mis, mishyak, 6-merkaptopurin).

B) Sinusoidal:

- barcha jigar sirrozi holatlari;
- alkogolli gepatit;
- og'ir virusli gepatit;
- homiladorlarning o'tkir yog'li gepatozi;
- A vitamini intoksikatsiyasi;
- tizimli mastotsitoz;
- jigar purpurasi;
- Sitotoksik dorilar. V)

Post-sinusoidal:

- venookklyuziv kasallik;
- alkogolli sentrolobulyar gialin sklerozi.

3. Jigar osti:

- portal vena tomir trombozi va portal venasining kavernoza transformatsiyasi;
- taloq venasining trombozi;
- visseral arteriovenoz fistula;
- idiopatik tropik splenomegaliya.

Portal gipertenziyaning klinik jihatdan ahamiyati darajasiga ko'ra:

- klinik ahamiyatli
- klinik ahamiyatsiz

Klinik ahamiyatga ega portal gipertenziyaning yo'qligi yoki mavjudligiga qarab kompensatsiyalangan sirrozni 2 bosqichga bo'lish mumkin. Klinik jihatdan ahamiyatli portal gipertenziyasi bo'lgan bemorlarda dekompensatsiya rivojlanish xavfi yuqori. Kompensatsiyalangan sirrozni davolashning maqsadi dekompensatsiyani belgilaydigan asoratlarni oldini olishdir (A.1). Virusli va alkogolli jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda jigar venoz bosimi gradiyentini o'lchash klinik jihatdan ahamiyatli portal gipertenziya mavjudligini aniqlash uchun oltin standart bo'lib, u jigar venoz bosim gradiyenti ≥ 10 mm sim. ust. sifatida aniqlanadi (A.1).

Klinik amaliyotda portal gipertoniyani aniqlash uchun noinvaziv to'g'ri testlar yetarlicha **(A.1)**.

Klinik amaliyotda elastografiyadan foydalanish klinik portal gipertenziya rivojlanishi xavfi ostida bo'lgan va shuning uchun jigar kasalliklari bilan bog'liq dekompensatsiya va o'lim xavfi ostida bo'lgan davolanmagan/faol surunkali jigar kasalligi bilan og'rigan bemorlarni erta bosqichda aniqlash imkoniyatini yaratdi **(A.1)**.

Baveno VI mezonlari (ya'ni jigar qattiqligi <20 kPa va trombositlar $>150 \times 10^9/L$) gepatit C virusi va gepatit B virusi tufayli kelib chiqqan kompensatsiyalangan progressiv surunkali jigar kasalligi bo'lgan bemorlarda yuqori xavfli varikoz tomirlarini istisno qilish uchun qo'llaniladi **(B.1)**.

Dekompensatsiya boskichining oldini olish uchun NSBB qo'llab bo'lmaydigan (qorshi ko'rsatma/qabul qila olmaslik) kompensatsiyalangan sirroz bosqichidagi bemorlar, agar jigar qattiqligi ≥ 20 kPa yoki trombositlar soni $\leq 150 \times 10^9/L$ bo'lsa, varikoz tomirlarini tekshirish uchun endoskopiyadan o'tishlari kerak **(A.1)**.

PG tashxisini bilvosita tasdiqlash EGDS paytida qizilo'ngachning varikoz tomirlarini (QVT) aniqlashdan iborat. Varikoz tomirlarining yo'qligi kamida 2 yilda bir marta endoskopik tekshiruv o'tkaziladi, varikoz tomirlari mavjudligida esa har yili endoskopiya tekshiruvini talab qiladi. Bundan tashqari, EGDSni o'tkazishda qizilo'ngach va/yoki oshqozondan qon ketish xavfi va shunga mos ravishda profilaktik davolanish zarurati baholanadi.

Vena varikozi rivojlanishi bo'yicha tasnifi:

I-daraja – tomirlarning diametri 2-3 mm;

II-daraja – tomirlarning diametri 3-5 mm;

III-daraja – tomir diametri >5 mm.

Varikoz tomirlarini lokalizatsiya bo'yicha tasniflash:

I-tip – gastroezofageal QOVVK (qizilo'ngach va oshqozon venalarining varikoz kengayishi) oshqozonning kichik egriligining kardial va subkardial bo'limlari;

II-tip – gastroezofageal QOVVK oshqozon tubi bo'ylab oshqozon tomon katta egrilik bo'ylab;

III-tip – qizilo'ngach venasini kengaymasdan alohida oshqozon varikoz venalarini kengayishi-oshqozon fundal qismi venasini varikoz transformatsiyasi;

IV-tip – oshqozon antral, o'n ikki barmoqli ichakning ektopik tugunlari [35].

Vaskulopatiyaning tasnifi:

- 1) yengil - oq kontur bilan o'ralgan pushti rangli kichik joylar;
- 2) o'rta - pushti areola markazida yassi qizil dog'lar;
- 3) og'ir - qon ketishi bilan birikmalari bilan.

Hozirda portal gipertoniya bo'lmagan bemorlarda NSBBdan foydalanish bo'yicha hech qanday ma'lumot yo'q **(A.1)**

Agar klinik jihatdan tavsiya ko'rsatilsa, NSBB bilan davolash to'g'risidagi qaror GPLD o'lchash mumkin bo'lishidan qat'i nazar, qabul qilinishi kerak **(B.2)**.

Klinik ahamiyatga ega bo'lgan portal gipertenziya bo'lgan bemorlarda dekompensatsiyaning oldini olish uchun NSBB (propranolol, nadolol yoki o'ymakorligi*) bilan davolashni ko'rib chiqish kerak. **(B.1)** * An'anaviy NSBB (ya'ni propranolol va nadolol) farqli o'laroq, karvedilol ichki anti-alfa- adrenergik vazodilatlovchi ta'sirga ega bo'lib, yanada aniqroq portal bosimini pasaytirish ta'siriga ega.

Karvedilol kompensatsiyalangan sirrozda afzal ko'rgan NSBB hisoblanadi, chunki u porto-venoz bosim gradiyentini kamaytirishda samaraliroqdir. **(A.1)** Dekompensatsiyaning oldini olishda foydaliroq bo'lishga va an'anaviy NSBBdan ko'ra yaxshiroq o'zlashtirilishga moyil bo'lib, yashovchanlikni yaxshilash ko'rsatilgan **(V.1)**

Dekompensatsiyaning oldini olish uchun NSBBni qabul qiladigan kompensatsiyalangan sirrozga chalingan bemorlar varikoz tomirlarini aniqlash uchun yendoskopiyani tekshirishni talab qilmaydi, chunki yendoskopiya davolash taktikasini o'zgartirmaydi. **(B.2)**

NSBB ga qarshi ko'rsatma yoki o'zlashtira olmaslikgi bor yuqori xavfli kompensatsiyalangan varikoz tomirlari bo'lgan bemorlarda birinchi varikoz qon ketishining oldini olish uchun endoskopik ligatura tavsiya etiladi. **(A.1)** Sirroz va tasdiqlangan statin ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlarda statinlarni tavsiya qilish kerak, chunki bu dori-darmonlar portal bosimini **(A.1)** kamaytirishi va umumiy yashovchanlikni yaxshilashi mumkin. **(B.1)**

Varikoz qon ketishiga shubha bo'lsa, vazokinli dori vositalari (terlipressin, somatostatin, oktreotid) iloji boricha tezroq boshlanishi va 2-5 kun davom etishi kerak. **(A.1)**

Giponatremiya terlipressin qabul qilayotgan bemorlarda, xususan, jigar funksiyasi saqlanib qolgan bemorlarda tasvirlangan. Shuning uchun natriy darajasini nazorat qilish kerak. **(B.1)**

Antibiotik profilaktikasi oshqozon-ichak traktining yuqori qismidan qon ketgan jigar sirrozi bilan ogʻrigan bemorlar terapiyasining ajralmas qismi boʻlib, shifoxonaga qabul qilingan paytdan boshlab buyurilishi kerak. **(A.1)**

Vena ichiga seftriakson 1 g/24 s xinolonga chidamli bakterial infeksiyalarning yuqori tarqalishi bilan shifoxona sharoitida va oldingi xinolon profilaktikadan oʻtgan bemorlarda zoʻrayib boruvchi sirroz (A.1) bilan ogʻrigan bemorlarda koʻrib chiqilishi kerak va har doim chidamlilikning mahalliy shakllariga muvofiq amalga oshirilishi kerak. **(D.2)**

Ligatura qoʻyish - bu qiziloʻngach varikoz venalaridan oʻtkir qon ketishda tavsiya etiladigan endoskopik terapiya hisoblanadi. **(A.1)**

72 soat davomida(ideal <24 soat) poliyetrafluoroyetilen (PTFE) qoplangan stentlar bilan TIPS qiziloʻngach varikoz venalaridan qon ketishi hamda qiziloʻngach va oshqozon varikoz venalarining kengayishi ½ tip qaysiki quyidagi mezonlardan birortasiga javob beradigan : Chayld-Pyu klass C <14 ball yoki Chayld-Pyu V sinf >7 birlamchi endoskopiyada faol qon ketishi bilan yoki qon ketish paytida HVPG >20 mm.simob.ust.da tavsiya etiladi. **(A.1)**

Qizil qon hujayralarini quyish konservativ ravishda amalga oshirilishi kerak, maqsadli gemoglobin darajasi 7 dan 8 g /dL gacha. Vaholanki, alohida bemorlarda qon quyish qoidasi yurak-qon tomir kasalliklari, yosh, gemodinamik holat va davom etayotgan qon ketishi kabi boshqa omillarni ham hisobga olish kerak. **(A.1)**

ASSIT

Assit - qorin boʻshligʻida suyuqlikning patologik toʻplanishi boʻlib, 10 yillik jigar kasalligi tarixi boʻlgan bemorlarning 50% dan koʻprogʻida uchraydi va sirrozli bemorlarning hayot prognozini sezilarli darajada yomonlashtiradi. Assit boshlanganidan boshlab birinchi yil davomida bemorlarning 45 dan 82% gachasi, besh yil ichida esa - 50% dan kamrogʻi tirik qoladi [17; 19; 24].

Assitning tasnifi.

Amaliyotda assitni oʻrganish boʻyicha International Ascites Club (IAC) tomonidan taklif qilingan tasnif juda qulay boʻlib, uning ogʻirligiga qarab 3 darajani oʻz ichiga oladi:

1-daraja – qorin boʻshligʻidagi suyuqlik faqat ultratovush tekshiruvi bilan aniqlanadi;

2-daraja – qorin boʻshligʻining simmetrik oʻsishi bilan namoyon boʻladi;

3-daraja – bu tarang assit.

Agar diuretik preparatlarni to'g'ri qabul qilish assitning pasayishiga olib kelmasa, u chidamli deb ataladi, bu 10% hollarda jigar sirrozi assitli bemorlarda uchraydi. Bunday bemorlarning 1 yil ichida yashovchanlik darajasi 50% dan oshmaydi. Chidamli (rezistent) assitlarning diagnostik mezonlari:

1. Davolashning davomiyligi: diuretiklar bilan jadal terapiya (maksimal dozalari: aldosteron antagonistlari kuniga 400 mg, furosemid 160 mg/sut) 1 hafta davomida tuz miqdori kuniga 5,2 g gacha bo'lgan parhez bilan;

2. Davolashga javob yo'qligi: har 4 kunda 0,8 kg dan kam vazn yo'qotish;

3. Assitning erta takrorlanishi: 2-3 darajali assitning davolash boshlanganidan keyin 4 hafta ichida qaytishi;

4. Diuretik dorilarni qabul qilish bilan bog'liq asoratlar:

- boshqa sabablar bo'lmaganda rivojlangan portosistem ensefalopatiya,

- diuretik terapiya tufayli buyrak yetishmovchiligi: diuretiklar bilan davolanishga javob bergan bemorlarda qon zardobida kreatinin 100% ga > 2 mg/dl qiymati bilan oshishi,

- giponatriyemiya-qon zardobida natriy darajasining 10 mmol/l dan 130 mmol/l dan kam darajaga pasayishi (bir qator mualliflar 135 mmol/l qiymati ko'rsatilgan),

- gipokaliyemiya-qon zardobida kaliy darajasining 3,5 mmol/l dan pasayishi,

- giperkaliyemiya-qon zardobida kaliy darajasining 5,5 mmol/l dan oshishi.

Assitni o'rganish xalqaro klubi bo'yicha assitning tasnifi

(International Ascites Club)

Assitning turi	Aniqlash	Davolash
1- daraja	Assit suyuqligi fakat UTT da aniqlanadi	Talab etilmaydi
2-daraja	Vizual belgilar (qorinning simmetrik kattalashishi)	Diuretiklar va osh tuzini cheklash*
3-daraja	Taranglashgan assit	Ko'p miqdordagi paratsentez, diuretiklar va osh tuzini cheklash
Rezistent	Davolash chora tadbirlariga nisbatan javobning yo'qligi – tana vaznining har 4 kunda kamida 0.8kg ga kamaymasa, bir hafta	Ko'p miqdordagi paratsentez, shunt qo'yish operatsiyasi va jigar ko'chirib o'tkazish operatsiyasiga ro'yxatga qo'yish

	davomida maksimal dozadagi diuretiklar bilan davolaganda va 5,2g/sut dan kam natriy saqlovchi parhezga rioya qilganda	
Erta retsidiv	Davo muolajalari boshlangandan keyin 4 hafta davomida assitning 2-3-darajaga qaytishi	Ko'p miqdordagi paratsentez, shunt qo'yish operatsiyasi va jigar ko'chirib o'tkazish operatsiyasiga ro'yxatga qo'yish**

*Ovqat mahsulotlariga tuzdan foydalanmaslik va yarim tayyor ovqat mahsulotlarini iste'mol qilmaslik (= 4.6-6.9 g osh tuzi bir kunda);

**Assitning 2-3-darajasida transplantolog shifokor maslahatiga yuborish.

Suyuqlikni iste'mol qilishni cheklash

- Jigar sirrozi assit bilan bemorlarda qon zardobida natriy miqdori 126 mmol/lga teng yoki yuqori bo'lganda suyuqlik cheklanmaydi. Diuretiklar qabul qilish davomida buyrak funksiyasida patologik o'zgarish bo'lmasa yoki bilinarli o'zgarish bo'lmasa, bu holatda diuretiklar qabul qilish davom ettiriladi.

- Qon zardobida natriy miqdori 126-135 mmol/l va kreatinin normada bo'lsa, elektrolitlar miqdorini nazorat qilgan holatda diuretik terapiya davom ettiriladi. Suyuqlik cheklanmaydi.

- Qon zardobida natriy miqdori 121-125 mmol va kreatinin normada bo'lsa, Xalqaro fikr: diuretik terapiya davom ettiriladi, Transplantologlar fikri: diuretik terapiyani bekor qilish yoki mumkin qadar extiyotkor yondashish.

- Qon zardobida natriy miqdori 121-125 mmol/l va kreatinin yuqori (150mkmol/l yoki 120 mkmol/ldan yuqori) bo'lsa, diuretik terapiya bekor qilinadi.

- Qon zardobida natriy 120mmol/lga teng yoki past bo'lsa, diuretiklar bekor qilinadi.

Isbot darajasi: 5; tavsiya:D.

- Natriy o'rtacha cheklash (kuniga 80-120 mmol, 4,6-6,9 g tuzga to'g'ri keladi) asoratlanmagan o'rtacha assitli bemorlarga tavsiya etiladi (I; 1).

- Bemorlarga, shuningdek, yetarli ovqatlanishni ta'minlash uchun ovqat ratsionidagi natriy iste'molini tartibga solish tavsiya etiladi. Juda kam natriyli diyetalardan (<40 mmol/kun) qochish kerak (II-2; 1).

- Uzoq muddatli yotoq rejimi tavsiya etilmaydi (III; 1).

Assitni davolash.

Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

Asoratlanmagan assitni davolash.

Ambulatoriya sharoitida amalga oshirilishi mumkin bo'lgan terapevtik tadbirlar ro'yxati:

- O'rtacha asoratlanmagan assit bo'lgan bemorlarga natriy iste'molini o'rtacha cheklash (kuniga 80-120 mmol, bu 4,6–6,9 g tuzga to'g'ri keladi) tavsiya etiladi (I; 1).
- Shuningdek, bemorlarga diyetada natriy iste'molini qanday tartibga solish bo'yicha yetarli ovqatlanish bo'yicha tavsiya beriladi. Natriy miqdori juda past (<40 mmol/kun) diyetalardan saqlanish kerak (II-2; 1).
- Uzoq muddatli yotoq rejimi tavsiya etilmaydi (III; 1).
- 2-darajali o'rtacha assitning birinchi epizodi bo'lgan bemorlarga kuniga 100 mg veroshpiron (aldosteron antagonistlari) beriladi va dozani har 72 soatda 100 mg dan kuniga 400 mg gacha bosqichma-bosqich oshirish mumkin (I; 1).
- Aldosteron antagonistlariga (veroshpironga) javob bermagan bemorlarga (agar tana vazni haftasiga 2 kg yoki undan ko'p kamaymasa yoki giperkalemiya rivojlansa), furosemid kuniga 40 mg dan qo'shiladi. Agar tana vazni haftasiga 2 kg yoki undan ko'p kamaymasa yoki giperkalemiya rivojlansa bosqichma - bosqich 40 mg dan maksimal 160 mg gacha ko'paytirib borish mumkin (I; 1).
- Assitni davolanishning birinchi oyida bemorlar tez – tez (har 5-10 kunda) klinik va biokimyoviy monitoringdan o'tishlari kerak (I; 1).
- Takroriy assit rivojlangan bemorlarni antagonist aldosteron + furosemid kombinatsiyasi bilan davolash kerak, ularning dozasi yuqorida ko'rsatilgan javobga muvofiq ketma-ket oshirilishi kerak (I; 1).
- Furosemidga kam javob beradigan bemorlarga torasemid berilishi mumkin (I; 2).
- Tavsiya etilgan maksimal vazn yo'qotish diuretik davolash paytida shish bo'lmagan bemorlarda kuniga 0,5 kg va shish bo'lgan bemorlarda kuniga 1 kg bo'lishi kerak (II-2; 1).

Ambulator sharoitida ham, statsionar sharoitda ham amalga oshirilishi mumkin bo'lgan muolajalar ro'yxati:

- Diuretiklar bilan uzoq muddatli davolashning maqsadi – bemorlarda assit suyuqligi yo'qolganda yoki juda kam miqdorda qolganda assit suyuqligi ko'paymasligi uchun diuretiklarning eng kam dozasi tavsiya qilinadi. Shunday qilib, diuretiklar dozasini kamaytirish va hatto to'xtatish mumkin (III; 1).
- Buyrak yetishmovchiligi, giponatriyemiya yoki qon zardobida kaliy miqdori me'yorda bo'lmagan, jigar sirrozi bor bemorlarda diuretiklarni ehtiyotkorlik bilan ishlatish kerak. Ushbu holatlarni diuretik terapiyasini boshlashdan oldin davolash kerak (III; 1).
- Ushbu bemorlar tez - tez klinik va biokimyoviy monitoring ostida bo'lishi kerak. Diuretiklar buyrak yetishmovchiligi va giponatriyemiyaning dastlabki bosqichlarida boshlanmasligi kerak. Diuretik muolaja boshlanishidan oldin qon zardobida kaliy miqdorini korreksiyalash kerak.

- Odatda jigar ensefalopatiyasi bo'lgan bemorlarda diuretiklar qo'llashga qarshi ko'rsatma mavjud (III; 1).

- Gepatorneal sindrom (GRS), jigar ensefalopatiyasi yoki mushak tortishishi (talvasa), og'ir giponatriyemiya (qon zardobida natriy konsentratsiyasi <125 mmol/l) rivojlansa, diuretiklarni to'xtatish kerak (III; 1).

- Agar og'ir gipokaliyemiya (<3 mmol/l) yuzaga kelsa, furosemidni qabul qilishni to'xtatish kerak. Agar og'ir giperkalemiya (>6 mmol/l) bo'lsa, antimineralokortikoidlarni qabul qilishni to'xtatish kerak (III; 1).

- Mushak tortishishi bo'lgan bemorlarga albumin infuziyasi yoki baklofenni yuborish tavsiya etiladi (birlamchi doza sutkada 10 mg, keyin har haftada sutkasiga 10 mg dan 30 mg gacha oshirish mumkin) (I; 1).

Bemorni statsionar sharoitda davolash chora-tadbirlar ro'yxati:

Bemorning yozma roziligini olish muhim!

- Tashxisiy paratsentez yangi aniqlangan 2-darajali yoki 3-darajali assit bilan og'irgan barcha bemorlarda va assit yoki jigar sirrozining boshqa asoratlari bilan shifoxonaga yotqizilgan barcha bemorlarda o'tkazilishi kerak (II-2; 1). Bakterial peritonitni istisno qilish uchun assitik suyuqlikda neyetrofillar soni tekshirish va bak.ekma o'tkazish kerak. (II-2; 1).

- Umumiy assitik oqsil konsentratsiyasini o'lchash juda muhim, chunki assitik oqsil konsentratsiyasi 15 g/l dan kam bo'lgan bemorlarda o'z-o'zidan paydo bo'ladigan spontan bakterial peritonit (II-2; 1) rivojlanish havfi ortadi va antibiotiklarning profilaktik kursi bilan osonlikcha davolanadi.

- Qon zardobida va assitik suyuqlikda albumin nisbatini jigar sirrozi tashxisi aniq bo'lmagan bemorlarda (assit bulganda ham) o'lchash kerak (II-2; 1):

Qon zardobida va assitik suyuqlikda albumin nisbati = Qon zardobidagi albumin – Assitik suyuqlikdagi albumin;

Bu onlayn kalkulator: <https://www.mdcalc.com/calc/3096/serum-ascites-albumin-gradient-saag> orqali hisoblanadi.

Qon zardobida va assitik suyuqlikda albumin nisbatini darajasiga qarab assit rivojlanishining sabablarini qiyosiy tashxislash

Gradiyent >1,1 g/dl (portal gipertenziya)	Gradiyent <1,1 g/dl
Jigar sirrozi Alkogolli hepatit, Yurak yetishmovchiligi, Darvoza venasi trombozi, Badda — Kiari sindromi, Jigar metastazlari	Qorin bo'shlig'i karsinomatozi, Sil peritoniti, Pankreatit sababli assit, Biliar assit, Nefrotik sindrom, Serozit

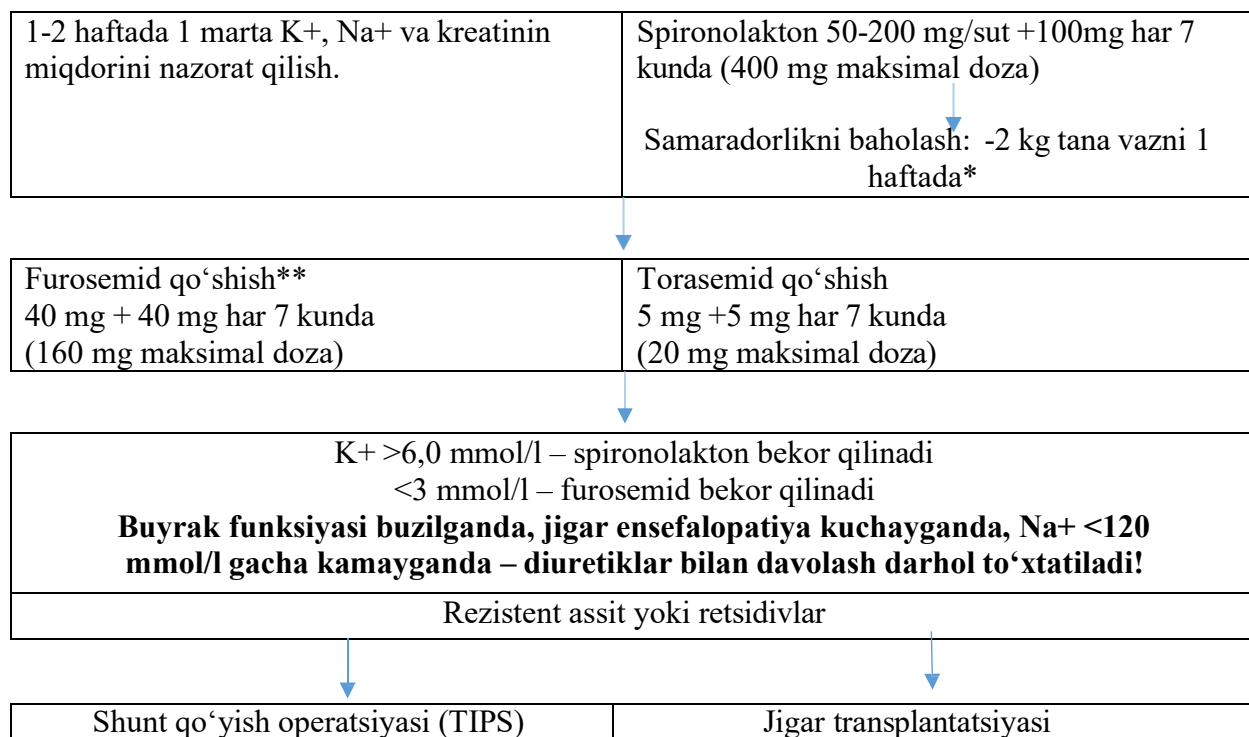
Tashxisiy paratsentez o'tkazilishi kerak (Quality of evidence: moderate; Recommendation: strong. <https://gut.bmj.com/content/70/1/9>):

- oshqozon-ichakdan qon ketganda;
- shokda;
- isitma yoki tizimli yallig'lanishning boshqa belgilari kuzatilganda;
- oshqozon-ichak tizimi faoliyati buzilganda;
- jigar va/yoki buyrak faoliyatida chuqur o'zgarishlar bo'lganda;
- jigar ensefalopatiyasi rivojlangan bemorlarda.

Paratsentezga qarshi ko'rsatmalar:

1. Bemor hushining aniq buzilishi.
2. Punksiya qilinadigan taxminiy joylarda qorin terisi infeksiyasi.
3. Homiladorlik.
4. Kuchli koagulopatiya (tezlashgan fibrinoliz yoki tarqalgan tomir ichi koagulyatsiyasi).
5. Kuchli ichak meteorizmi.

Assitni davolash algoritmi



Izoh: *Periferik shish bo'lmagan bemorlar uchun maksimal vazn yo'qotish - kuniga 0,5 kg, periferik shish bo'lgan bemorlar uchun vazn yo'qotish – kuniga 1 kg (buyrak yetishmovchiligi va giponatriyemiya xavfi!);

**Spironolakton va halqali diuretiklar funksional antagonizmga ega - dorilarni 3 soatlik interval bilan buyurish tavsiya etiladi.

Asoratlangan assitni davolash.

Bemorni statsionar sharoitda davolash chora-tadbirlari ro'yxati:

- Ikkilamchi bakterial peritonit (IBP) tashxisi mikroskopiya (II-2; 1) yordamida assitik suyuqlikdagi neytrofillar soniga asoslanadi. IBP tashxisi assitik suyuqlikdagi neytrofillar soni 250/mm³ dan ortiq bo'lsa tasdiqlanadi. Ko'pincha qon kultural flakonlarida amalga oshirilsa ham assitik suyuqlikning bakteriologik ekma natijasi manfiy bo'ladi va SBP tashxisi uchun juda muhim bulmaydi, ammo bakteriologik ekma musbat natija chiqsa, antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash muhimdir (II-2; 1).

- Ba'zi bemorlarda assitik suyuqlikda neytrofillar soni 250/mm³ dan kam bo'lishi mumkin, ammo assitik suyuqlikdagi bak.ekma natijasi musbat buladi. Ushbu holat bakterio-assit deb nomlanadi. Agar bemorda tizimli yallig'lanish yoki infeksiya belgilari bo'lsa, ular SBP (II-2; 1) uchun assitik suyuqlikning bakteriologik ekma manfiy natija ko'rsatkichlari bo'lsa ham, antibiotiklarni buyurishlari va takroriy paratsentezni buyurishlari kerak.

- Qayta assitik neytrofillar soni > 250/mm³ bo'lgan bemorlarni SBP bilan og'rigan bemorlar deb hisoblash kerak (II-2; 1).

- Spontan bakterial plevra empiyemasi jigar sirrozi gidrotoraks asoratidir. Plevrit va shubhali infeksiya bo'lgan bemorlarda tashxisiy plevrotsentez o'tkazilishi kerak. Tashxis plevra suyuqligidagi musbat bakteriologik ekma natijasiga, neytrofillarning ko'payishi > 250 / mm³ yoki plevra suyuqligidagi bak.ekma manfiy natijasiga va neytrofillar/>500mm³ kupaysa pnevmoniya bo'lmagan holatga asoslanadi (II-2; 1).

- Ikkilamchi bakterial peritonitga shubha qilingan bemorlar rentgen (III; 1). kabi tegishli KT tekshiruvidan o'tishlari kerak. Ikkilamchi bakterial peritonit tashxislash uchun assitik suyuqlikdagi glyukoza yoki laktat degidrogenaza o'lchovlari kabi boshqa testlardan foydalanish tavsiya etilmaydi.

- Katta hajmli paratsentez (KHP) katta hajmdagi assiti bor bemorlar uchun davolashning birinchi bosqichidir (3-darajali assit) (I; 1).

- KHP bir seansda bajarilishi kerak (I; 1).

- KHP 5 litrdan ortiq assitik suyuqlik olingan bemorlarda KHP albumin infuziyasi bilan birgalikda bajarilishi kerak (har bir litr olib tashlangan assitik suyuqlikka 8 g albumin yuborish kerak) (I; 1).

- KHP 5 litrdan dan ortiq assitik suyuqlik olingan bemorlarda albumindan boshqa plazma o'rnini bosuvchi moddalar tavsiya etilmaydi, chunki ular paratsentezdan keyin kelib chiqadigan qon aylanish disfunksiyasini oldini olishda samarasi past (I; 1).

- KHP 5 litrdan kam assitik suyuqlik olingan bemorlarda paratsentezdan keyin qon aylanish disfunksiyasining rivojlanish havfi past. Biroq, bu bemorlar albumin preparatlarini qabul qilishni davom ettirishlari kerak (III; 1).

- KHPdan keyin bemorlar assitning qayta to'planishiga yo'l qo'ymaslik uchun zarur bo'lgan diuretiklarning minimal dozasini olishlari kerak (I; 1).

Umumiy tavsiyalar.

1) assit rivojlangan bemorlarda nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYAQD) ishlatish tavsiya etilmaydi, chunki ularda natriyni ushlab qolish, giponatremiya va buyrak yetishmovchiligini rivojlanishini keltirib chiqarishi mumkin (II-2; 1).

2) APF ingibitorlari, angiotenzin II antagonistlari yoki A1 - adrenoretseptor blokatorlari buyrak yetishmovchiligi havfi tufayli assiti bor bemorlarda ishlatilmaslik tavsiya qilinadi (II-2; 1).

3) aminoglikozidlardan foydalanish buyrak yetishmovchiligi havfi bilan bog'liq. Ulardan foydalanish boshqa antibiotiklardan foydalana olmaydigan bakterial infeksiya bilan og'rigan bemorlar uchun tavsiya etiladi (II-2; 1).

4) buyrak yetishmovchiligi bo'lmagan assitli bemorlarda kontrastli vositalardan foydalanish buyrak yetishmovchiligi rivojlanish xavfini keltirib chiqarmaydi (II; 2). Biroq, kontrastli vositalardan ehtiyotkorlik bilan foydalanish kerak (III; 1).

Refrakter assit.

Xalqaro assitlar klubi mezonlariga ko'ra, o'ta chidamli, tibbiy muolajalar va KHP dan keyin tez takrorlanadigan "bartaraf qilinmaydigan assitlar" deb ta'riflanadi.

Jigar sirrozida refrakter assitning ta'rifi va tashxisiy mezonlari.

Ta'rifi	
Diuretiklarga chidamli assitlar	Natriyni cheklash va diuretiklar bilan davolashga javob yo'qligi sababli barqaror bo'lmaydigan yoki erta qaytalanadigan assitlar
Davolash qiyin bo'lgan assit	Diuretiklar keltirib chiqaradigan asoratlarning rivojlanishi tufayli barqaror qilib bo'lmaydigan yoki erta qaytalanadigan assitlar, bu diuretikning samarali dozasini qo'llashni istisno qiladi.
Tashxislash mezonlari	
Davolash davomiyligi	Bemorlarga kamida bir hafta davomida jadal diuretik muolaja (spironolakton 400 mg/kun va furosemid 160 mg/kun) berilishi va kuniga 90 mmol dan kam tuz iste'mol qilish cheklangan parhez.
Javob bermaslik	To'rt kun davomida 0,8 kg dan kam vazn yo'qotish va iste'mol qilingan natriyning miqdori siydik bilan chiqariladigan natriyning miqdoridan ko'pligi
Assitning erta qaytalanishi	Dastlabki davodan keyin to'rt hafta ichida 2 yoki 3 darajali assitlarning qayta paydo bo'lishidir
Diuretiklar keltirib	Diuretiklar keltirib chiqaradigan jigar ensefalopatiyasi - bu boshqa qo'zg'atuvchi omil bo'lmagan

chiqaradigan asoratlari	<p>taqdirda ensefalopatiyani diuretiklar keltirib chiqaradi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buyrak faoliyatining buzilishi - bu davolanishga javob beradigan assitli bemorlarda qon zardobida kreatinin miqdori >2 mg/dl (177 nmol/l) ning 100% qiymatiga oshishidir. - Diuretiklar keltirib chiqaradigan giponatriyemiya - qon zardobidagi natriy miqdorining 10 mmol/l dan ko'p kamayishi, qon zardobidagi natriy darajasi 125 mmol/l dan kam - Diuretiklar keltirib chiqaradigan gipo yoki giperkalemiya - qon zardobidagi kaliy miqdorining <3 mmol/l yoki >6 mmol/l ga o'zgarishi - Mushak tortilishi kuzatiladi
-------------------------	---

Tavsiyalar:

- Qayta KHP va albumin (har bir litr olib tashlangan assitik suyuqlikka 8 g albumin yuborish kerak) refrakter assitni davolashning birinchi bosqichi sifatida tavsiya etiladi (I; 1).

- Assitning diuretik muolaja va tuzni cheklashga javobini baholash faqat qon ketish yoki infeksiya kabi asoratlarsiz barqaror bemorlarda amalga oshirilishi kerak (III:1).

- Refrakter assit bilan og'ir bemorlarning prognozi yomon va shuning uchun ular jigar transplantatsiyasi uchun nomzod sifatida ko'rib chiqilishi kerak (III: 1).

- Diuretiklar bilan davolashda kuniga > 30 mmol natriy chiqarmaydigan refrakter assitli bemorlarda diuretiklarni to'xtatish kerak (III: 1).

- Refrakter assit uchun noselektiv beta blokator (NSBB) dan foydalanish bo'yicha qarama-qarshi dalillar mavjudligi sababli, og'ir yoki refrakter assitda qo'llashda ehtiyot bo'lish kerak. NSBB ning yuqori dozalaridan (masalan, propranolol >80 mg/kun) foydalanishda ehtiyot bo'lish kerak (II-2; 1).

- Transyugulyar intragepatik portosistematik shunt (TIPSH) refrakter assitni boshqarishda samarali, ammo jigar ensefalopatiyasining yuqori havfi bilan bog'liq.

Paratsentez.

Paratsentez – bu qorin bo'shlig'idagi ortiqcha to'plangan peritoneal suyuqlikni (assit) teri orqali punktsion aspiratsiya yordamida olib tashlash usuli.

U diagnostik maqsadlarda, assitli suyuqlikni tahlil qilish yoki davolash uchun, odatda surunkali kuchlanish assitlari bo'lgan bemorlarda amalga oshirilishi mumkin.

Paratsentez uchun qarshi ko'rsatmalar.

Mutlaq qarshi ko'rsatmalar:

- og'ir, korreksiya qilib bo'lmaydigan qon ivishining buzilishi;
- ichak tutilishi bilan bog'liq ichak pnevmatozi (agar vizual tekshiruvlar orqali peritoneal suyuqlikga ignaning xavfsiz kirib borishi mumkin bo'lgan maydoni aniqlamagan bo'lsa);

- qorin devorining infeksiyon jaroxati/shikastlanishi. Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- bemor va tibbiyot xodimlari o'rtasida to'liq hamkorlik imkonining yo'qligi;
- punksiya joyida jarrohlik chandiqlari: paratsentez joyi har qanday chandiq joyidan yetarlicha masofada joylashgan bo'lishi kerak. Jarrohlik chandiqlari ichakning qorin devoriga yopishishiga olib kelishi mumkin, bu esa paratsentez paytida ichak teshilishi xavfini oshiradi;

- 2 yoki 3 trimestrdagi homiladorlik yoki qorin bo'shlig'ida katta miqdordagi hosila mavjudligi: bunday bemorlarga ultratovush tekshiruvi ostida paratsentez o'tkazilishi kerak;

- Qorin bo'shlig'ining kollateral sirkulyatsiyasi bilan birgalikdagi og'ir portal gipertenziya: bu xolat qorin devorining kengaygan tomirlariga igna orqali jarohat yetishi xavfini oshiradi.

Paratsentezga ko'rsatmalar:

1. Diagnostik paratsentez:

- yangi tashxis qo'yilgan peritoneal suyuqlik yoki noaniq etiologiyali peritoneal suyuqlik bo'lgan bemorlarda;

- assit suyuqligida infeksiya mavjudligini ko'rsatuvchi (masalan, spontan bakterial peritonit) isitma yoki og'riqning kuchayishi kabi simptomlar kuzatilgan assit bilan og'riqan bemorlarda.

2. Terapevtik paratsentez:

- Ko'p miqdordagi assitik suyuqlik natijasida kelib chiqqan simptomlarni, masalan, nafas qisishi yoki og'riqni bartaraf etish uchun.

Paratsentezdan so'ng bemorning keyingi parvarishi.

Assitik suyuqlikning sezilarli darajada oqishi kuzatilsa, bosim bandajini qo'llang. Paratsentez yordamida katta hajmdagi suyuqlik chiqarilgandan so'ng, protseduradan keyin 2-4 soat davomida qon bosimini kuzatib boring.

Paratsentez paytida ogohlantirishlar va keng tarqalgan xatolar.

Ignani kiritishdan oldin belgilab olingan joyda perkussiyani bajarish kerak, tovushning to'ntoqlashishi bu joyda suyuqlik mavjudligini va ichakning yo'qligini ko'rsatadi. To'liq ishonch bo'lmasa, ultratovush yordamida assitik suyuqlik mavjud bo'lgan va teri ostida ichak yo'qligini tasdiqlovchi hududni aniqlash kerak.

Paratsentezni bajarish uchun maslahatlar va tavsiyalar.

Agar paratsentez paytida assitik suyuqlik oqimi to'xtasa, igna yoki kateterni ehtiyotkorlik bilan aylantiring va 1-2 mm uzunlikda oldinga itaring. Agar oqim tiklanmasa, suyuqlik so'rishni (odatda 3 tomonlama kran yordamida) qisqa muddatga to'xtating va keyin yana so'rishni davom ettiring. Shu bilan bir qatorda, kateterni 1-2 mmlik qadamlar bilan asta-sekin tortib olish

mumkin, ammo qorin pardadan chiqqandan so'ng, kateterni qayta kiritish mumkin emas va uni ehtiyotkorlik bilan bajarish kerak.

Ba'zi bemorlarga takroriy paratsentez kerak bo'ladi. Keyingi kateterni kiritish joyini aniqlash va xavfsiz olib tashlanishi mumkin bo'lgan suyuqlik miqdorini aniqlash uchun oldingi tajribadan qo'llanma sifatida foydalaning.

Paratsentez asoratlari:

- Arteriya yoki tomirdan igna jarohati tufayli qon ketish: qorin bo'shlig'idagi qon ketishni nazorat qilish qiyin va o'limga olib kelishi mumkin;
- Igna bilan punksiya qilingan joydan assitik suyuqlikning uzoq muddat oqishi;
- Infeksiya (masalan, igna bilan yoki teri mikroflorasi tufayli ifloslanish);
- Ichakning teshilishi oqibatida uning tarkibining qorin pardaga oqib chiqishi va assitik suyuqlikning infeksiyasiga olib kelishi;
- Agar katta hajmdagi assitik suyuqlik mavjud bo'lsa, paratsentez paytida gipotenziya va ehtimol vaqtinchalik giponatremiya, shuningdek, kreatinin darajasining oshishi sodir bo'ladi.

SPONTAN BAKTERIAL PERITONIT (SPB)

Spontan bakterial peritonit (SPB) - bu infeksiyaning aniq manbai bo'lmagan holda infeksiyalar bilan assit suyuqligidir [21; 33].

Spontan bakterial peritonit bakterial – assit suyuqligidagi infeksiyani intra-abdominal jarrohlik aralashuvisiz davolasa bo'ladigan infeksiya manbaidir. Sirroz va assitli bemorlarda SBP juda keng tarqalgan.

Diagnostik paratsentez natijasiga asoslanib SBP tashxisi qo'yiladi. SBP bilan og'riq bemorlarda quyidagilar biri kuzatilishi mumkin:

- mahalliy belgilari va/yoki peritonit belgilari: qorin og'rig'i, qusish, diareya, ichak tutilishi;
- tizimli yallig'lanish belgilari: giper yoki gipotermiya, titroq, leykotsitlar sonining o'zgarishi, taxikardiya va / yoki taxipnoye;
- jigar faoliyatining yomonlashishi;
- jigar ensefalopatiya;
- shok;
- buyrak yetishmovchiligi;
- oshqozon-ichak traktidan qon ketishi.

Ammo shuni ta'kidlash kerakki, SBP asimptomatik bo'lishi mumkin, ayniqsa ambulatoriya sharoitida.

SBP klinikasiga qorinni paypaslash paytida og'riq, turli darajadagi qorin og'rig'i, aniq lokalizatsiyasiz, isitma va qo'zg'atuvchi omillarsiz JE ni ko'payishi kiradi. Bemorlarning 8-10 foizida qorin terisi tasirlanish alomati musbat bo'ladi. Qorin mushaklarining rigidligi tarang assitda kamdan-kam uchraydi. Isitma SBP bilan kasallangan bemorlarning 50 foizida

qayd etiladi va septik shok bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin, ko‘pincha tana haroratining faqat subfebril raqamlarga ko‘tarilishi kuzatiladi. 10-15% bemorlarda qusish, ich ketishi, ichak parezi belgilari kuzatiladi. Bir qator bemorlarda kasallik og‘ir gipotenziya, taxikardiya, oliguriya bilan septik shok belgilarini namoyon qiladi. Shu bilan birga, 10-33% bemorlarda dastlabki alomatlar yo‘q va kasallik assitik suyuqlikni tekshirish paytida tasodifan aniqlanadi. Buning sababi shundaki, odatda bunday bemorlarda JE klinikasi ustunlik qiladi, bu esa boshqa alomatlarni yashiradi.

Tavsiyalar:

- SBPni inkor qilish uchun, jigar sirrozi va assit bilan kasallangan barcha bemorlarda kechiktirilmasdan tashxisiy paratsentez o‘tkazilishi kerak. Tashxisiy paratsentez oshqozon ichakdan qon ketganda, shok, isitma yoki tizimli yallig‘lanishning boshqa belgilari, oshqozon-ichak trakti buzilishining alomatlari, shuningdek jigar va/yoki buyrak faoliyati buzilgan va jigar ensefalopatiyasi (II-2; 1) bo‘lgan bemorlarda ham o‘tkazilishi kerak.

- SBP tashxisi assitik suyuqlikdagi neytrofillar soni $>250/\text{mm}^3$ (II-2; 1) ga asoslangan. Neytrofillar soni mikroskopiya bilan aniqlanadi, uni oqimli sitometriya asosida hisoblash mumkin (II-2; 1).

- Assitik suyuqlik bak.ekma natijasi ijobiy chiqishi SBP tashxisi uchun zarur bakteriologik ekma natijasi to‘g‘ridan-to‘g‘ri antibakterial muolaja (II- 2; 1) uchun asos bo‘ladi.

- Assitik suyuqlikda bak.ekma natijasi ko‘pincha manfiy bo‘ladi, hatto u qon kultura flakonlarida o‘tkazilsa ham va SBP tashxisi uchun juda zarur emas, ammo musbat natija bo‘lsa, antibiotiklarga sezgirlikni aniqlashda muhim (II- 2; 1).

- Ba‘zi bemorlarda assitik suyuqlikda neytrofillar soni $250/\text{mm}^3$ dan kam bo‘lishi mumkin, ammo bak.ekma natijasi musbat bo‘ladi. Ushbu holat bakterial assit deb nomlanadi. Agar bemorda tizimli yallig‘lanish yoki infeksiya belgilari bo‘lsa, unga SBP (II-2;1) da assitik suyuqlik taxlilida manfiy ko‘rsatkichlar bilan ham antibiotiklar buyurilishi kerak, shuningdek takroriy paratsentezni buyurish kerak. Agar bak.ekma musbat bo‘lib, neytrofillar sonidan qat‘iy nazar, bemor davolanishi lozim (III; 1).

JS gidrotoraksi plevranning spontan bakterial empiyemasi bilan asoratlanishi mumkin. Tashxisiy plevrotsentez plevrit va infeksiyaga shubha qilingan bemorlarda o‘tkazilishi kerak. Tashxis plevral suyuqligini bak.ekma musbat natijasiga, neytrofillar ko‘payishi $> 250/\text{mm}^3$ yoki plevral suyuqlikda bak.ekma manfiy natijasiga va neytrofillar miqdori $>500/\text{mm}^3$ va pnevmoniya inkor bo‘lganda asoslanadi (II-2; 1).

SBPni davolash:

- Antibiotik terapiyasini SBP (spontan bakterial peritonit) tashxisidan so‘ng emperik vena orqali antibiotik terapiyasini darhol boshlash kerak (II-2; 1).

- Nozokomial va/yoki shifoxonadan tashqari infeksiya mahalliy bakterial

rezistent profillari va infeksiyaning og'irligiga qarab empirik antibiotik terapiya buyuriladi (I; 1).

- Antibiotik muolajasi sefalosporinlarga rezistentligi past bo'lgan davlatlarda uchinchi avlod sefalosporinlar tanlanadi (I; 1). Sefalosporinlarga bakterial qarshilik darajasi yuqori bo'lgan mamlakatlarda piperatsillin/tazobaktam yoki karbapenem ishlatilishi kerak (II-2; 1).

- Antibiotik terapiyaning samaradorligi davolash boshlanganidan 48 soat o'tgach, ikkilamchi paratsentez orqali tekshiriladi. Antibiotik terapiyaning samaradorsizligi 48 soat ichida klinik belgilar va simptomlarning yomonlashishi va/yoki leykotsitlar sonining ko'tarilishi va/yoki sezilarli darajada pasaymasligi (kamida 25%) (II-2; 1).

- Davolash muddati kamida 5-7 kun bo'lishi zarur (III; 1).

- Spontan bakterial empiyemani davolash SBPni davolashga o'xshash bo'lishi kerak (II-2; 2).

- SBP bo'lgan bemorlarga albumin buyuriladi (tashxis qo'yilgan kuni 1,5 g/kg va 3-kuni 1 g/kg) (I; 1).

SBPda antibakterial terapiya

Klinik vaziyat	Tanlov preparati	O'rin bosar sxema
Empirik terapiya	Sefotaksim 2.0 g/8 soat v/i 5 kun davomida	Seftriakson 1.0g/12 soat (2.0g/24 soat) v/i 5 kun davomida
Asoratsiz SBP*	Ofloksatsin 400 mg sutkada 2 marta ichishga 8 kun davomida	Siprofloksatsin 500mg 2- marta sutkada ichishga yoki Levofloksatsin 500 mg 1- marta sutkada ichishga
Nozokomial yoki tibbiy yordam bilan bog'liq SBP	Pastdagi sxemaga qaralsin	
Anamnezida antibiotiklar profilaktika	Sefotaksim 2.0 g/8 soat v/i 5 kun davomida	Seftriakson 1.0g/12 soat (2.0g/24 soat) v/i 5 kun davomida
	Siprofloksatsin 400 mg / 12soat v/i	Levofloksatsin 750 mg /24 soat v/i
Yaqqol ifodalangan jigar yoki buyrak yetishmovchiligi: -Kreatinin >1.0 mg / dl -azot mochevinasi >30 mg/dl -bilirubin >4.0 mg/dl	Sefotaksim 2.0 g/8 soat v/i 5 kun davomida + albumin 1.5 g/kg birinchi 24 soatda, keyin 1.0 g/kg 72 soatga	-

Izoh: - *Shifoxonadan tashqari infeksiya va shokning yo‘qligi, ichak tutilishi, oshqozon-ichakdan qon ketishi, jigar ensefalopatiyasi > 2 daraja, kreatinin darajasi > 3,0 mg/dl dan oshishi.

Spontan bakterial peritonitning birlamchi va ikkilamchi antibakterial profilaktikasi

Kursatma	Tanlov preparatlari	O‘rin bosar sxema	Davomiyligi
Birlamchi profilaktika	Norfloksatsin 400 mg/sut. ichishga*	Ko-trimoksazol 800/160 mg/sut. Siprofloksatsin 500 mg/sut. ichishga Levofloksatsin 250 mg/sut. ichishga	Assitning regressiyasigacha
Ikkilamchi profilaktika	Norfloksatsin 400 mg/sut. ichishga	Ko-trimoksazol 800/160 mg/sut. Siprofloksatsin 500 mg/sut. ichishga Levofloksatsin 250 mg/sut. ichishga	Assitning regressiyasigacha
Oshqozon – ichakdan o‘tkir qon ketishi	Seftriakson 1.0 g/sut. v/i**	Norfloksatsin 800 mg/sut. ichishga Siprofloksatsin 1000 mg/sut. ichishga (yoki 800 mg/sut. v/i)	7 kun

Tavsiyalar:

- Chayld-Pyu balli ≥ 9 va zardob bilirubini darajasi ≥ 3 mg/dl (≥ 50 mkm/l), buyrak funksiyasi buzilgan yoki giponatremiya va assit suyuqlik oqsili 15 g/l dan past bo‘lgan bemorlarga birlamchi profilaktika norfloksatsin (kuniga 400 mg) tavsiya etiladi (I; 1).
- Bemorlarda klinik holatining uzoq muddatli yaxshilanishi va assitlarning yo‘qolishi bilan norfloksatsinning profilaktikasi to‘xtatilishi kerak (III; 1).
- SBP epizodidan tuzalgan bemorlarga profilaktik Norfloksatsinni buyurish (400 mg/sutka, og‘iz orqali) tavsiya etiladi (I; 1).
- SBPning ikkilamchi profilaktikasi uchun ba’zi istiqbolli dalillarga qaramay, hozirgi vaqtda rifaksiminnorfloksatsinga alternativ sifatida tavsiya etilmaydi (I; 2). Agar JEning profilaktikasi uchun rifaksiminni qabul qilayotgan bo‘lsa uni davom ettirish kerak.
- SBP dan tuzalgan bemorlarning ahvoli yomonligini inobatga olgan holatda jigar transplantatsiyasi tavsiya qilinadi (II-2, 1).
- Proton-pompa ingibitorlari (PPI) SBP rivojlanishi xavfni oshirishi sababli undan foydalanish aniq ko‘rsatma bo‘lganlar bilan chegaralanadi (II-2, 1).

GIPONATREMIYA

Giponatremiya - bu qon zardobidagi natriy miqdorining 130 mmol/l dan past bo'lishi. Sirroz va assit bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning o'rtacha uchdan bir qismida uchraydi [17; 19].

Giponatriyemiya – bu qon zardobida natriy konsentratsiyasining 130 mmol/l dan kam qayd qilinishi bo'lib, jigar sirrozida ko'p uchraydi. Natriy darajasining 135 mmol/l dan past bo'lishi ham ushbu holat rivojlanishi bo'yicha xavf tug'dirishini hisobga olish kerak.

Giponatriyemiya o'rtacha jigar sirrozi va assit bilan shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning uchdan birida (30-35%) uchraydi va yuqori o'lim ko'rsatkichi, nevrologik asoratlarning rivojlanishi va jigar transplantatsiyasidan keyin yashovchanlikning pastligi bilan bog'liq. Sirrozli bemorlarda gipervolemik va gipovolemik giponatriyemiya rivojlanishi mumkin. Gipervolemik giponatriyemiya ko'proq kuzatiladi, bunda hujayradan tashqari suyuqlik hajmining ortishi, assit va periferik shish paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bu holat o'z-o'zidan yoki organizmga gipotonik eritmalarni katta hajmda yuborish natijasida yoki qon aylanishining keskin yomonlashuvi bilan kechadigan sirroz asoratlari fonida paydo bo'lishi mumkin.

Giponatriyemiya rivojlanishiga ko'pincha nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llash va plazma o'rnini bosuvchi eritmalarni kiritmasdan katta hajmda paratsentezni o'tkazish sabab bo'ladi. Gipervolemik giponatriyemiyadan farqli o'laroq, gipovolemik giponatriyemiya assit va shish bo'lmagan bemorlarda diuretiklarning katta dozada buyurilishi tufayli plazma hajmining kamayishi natijasida rivojlanadi.

Giponatremiyani davolash.

Odatda giponatriyemiyani qon zardobida natriy darajasi 130 mmol/l dan past bo'lganda davolash kerak. Gipovolemik giponatriyemiya fiziologik eritma yordamida plazma hajmini oshirishni va omillarni korreksiyalashni talab qiladi. Gipervolemik giponatriyemiyani davolash manfiy suv muvozanatiga erishishni taqozo qiladi. Osmotik bo'lmagan suyuqlikni cheklash qon zardobida natriy darajasining yanada pasayishini oldini olish uchun foydalidir, ammo natriyemiyani yaxshilashda kam samara beradi. Giponatriyemiya holatini o'z vaqtida davolamasa bemorlarda yurak-nafas sindromi, chuqur uyquchanlik, konvulsiyalar va koma kuzatilishi mumkin. Amalda klinik alomatlarini yengillashtirishga qaratilgan dastlabki tezkor korreksiyadan so'ng (birinchi soatda 5 mmol/l) qon zardobida natriyning konsentratsiyasi sutkasiga 8 mmol/l dan ortmasligi kerak. Albumin infuziyasi qon zardobida natriy konsentratsiyasini yaxshilaydi.

Tavsiyalar:

- Jigar sirrozi bo'lgan bemorlarda giponatremiya (qon zardobida natriy konsentratsiyasi <130 mmol/l) rivojlanishi, bu havfli prognozni keltirib chiqaradi, chunki bu o'lim va kasallikni og'irlashishi bilan bog'liq. Ushbu bemorlarga jigar transplantatsiyasini tavsiya etish kerak (II-2; 1).

- Gipovolemik giponatremiyani davolashda sababni bartaraf etish va normal 0.9% li fiziologik eritma kiritish tavsiya etiladi (III; 1).

- Gipervolemik giponatremiya davolashda suyuqlikni kuniga 1000 ml gacha cheklash tavsiya etiladi, chunki bu qon zardobidagi natriy darajasining yanada pasayishini oldini oladi (III; 1).

- Gipervolemik giponatriyemiyani davolashda gipertonik 3% li natriy xlor eritmasidan foydalanish hayot uchun xavfli asoratlardan kechadigan holatlarda cheklanishi kerak. Qaytmas nevrologik oqibatlarini oldini olish uchun giponatriyemiya simptomlari susaygandan keyin qon zardobida natriy konsentratsiyasini koreksiyalash sekin (sutkasiga 8 mmol/l dan kam) bo'lishi kerak (II-3; 1).

- Gipervolemik giponatriyemiyada albuminni yuborish tavsiya qilinishi mumkin (II-3; 2).

O'TKIR BUYRAK SHIKASTLANISHI

O'tkir buyrak shikastlanishi (O'BSh) va gepatorenal sindrom (GRS) - bu tizimli yallig'lanish va / yoki vazokonstriksiya (boshqa sabablar bo'lmaganda) natijasida kelib chiqqan va adekvat davolash o'rnini bosuvchi terapiyaga javob bermagan buyrak funksiyasining potensial qaytar jarayonlardir [3; 12; 33].

Buyraklar funksiyasining buzilishi tashxisoti surunkali buyrak kasalligi (CBK) va o'tkir buyrak yetishmovchiligiga (O'BE) asoslangan bo'lishi kerak. Dekompensatsiyalangan sirrozli bemorlarda ko'pincha hamrox kasalliklar (masalan, diabet, gipertoniya) tufayli surunkali buyrak yetishmovchiligi (SBE) rivojlanishi mumkin. O'BE - bu jigarning dekompenatsiyalangan sirrozi bo'lgan bemorlarda keng tarqalgan asoratdir.

Buyrak kasalliklarining ta'rifi.

1. Buyrakning o'tkir shikastlanishi (BO'Sh): Qon zardobida kreatinin miqdorining 7 kun davomida $\geq 50\%$ (boshlang'ichdan 1,5-marta) ortishi, yoki 48 soatdan kamroq vaqt ichida sCr (qon zardobidagi kreatinin) $\geq 0,3$ mg/dl (26,5 mkmol/l) ga ortishi.

2. O'tkir buyrak kasalligi (O'BK): KFT 3 oydan kam vaqt davomida 60 ml/min/1.73 m² dan kamayishi yoki 3 oydan kam vaqt ichida KFT ning 35% va undan ko'pga kamayishi bilan aniqlanadi.

Tavsiyalar:

- Jigar kasalliklari bo'lgan bemorlarda qon zardobidagi kreatininining ozgina ko'payishini ham hisobga olish kerak, chunki u KFT (II-2;1)ning sezilarli pasayishiga asoslanishi mumkin.

- Tashxislash jarayonida birinchi qadam bemorda CBK, O'BK yoki BO'Sh mavjudligini, shuningdek ushbu tashxisot toifalari o'rtasidagi farqni aniqlashdir (II-2; 1). CBKning tashxisoti kamida uch oy davomida buyrak parenximasining shikastlanish belgilari (proteinuriya/gematuriya/ultratovush tekshiruvda aniqlangan o'zgarishlar) dan qat'iy nazar KFT<60 ml/min/1,73 m² da tasdiqlanadi (qon zardobidagi kreatininga asoslangan formulalar onlayn kalkulator: <https://boris.bikbov.ru/2013/07/21/kalkulyator-skf-rascheta-skorosti-klubochkovoy-filtratsii/> orkali hisoblanadi) (II-2, 1).

Sirrozli bemorlarda buyrak o'tkir shikastlanishini (BO'Sh) tashxislash va davolash uchun yangi ta'riflar (Xalqaro assit klubi (ICA-AKI):

Keyingi uch oy davomida sCr (qon zardobidagi kreatinin) bo'yicha tahlillar mavjud bo'lsa, shifoxonaga yotqizilgan vaqtga eng oxirgi natijalardan foydalanish kerak. Agar tahlillar mavjud bo'lmasa, statsionarga qabul qilishda 24 soat ichida sCr ning natijasi aniqlanib, bu dastlabki tahlil sifatida qaralishi kerak.

BO'Sh ni tashxislash mezonlari:

- sCr ning 48 soat davomida $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ mkmol/l) ga ortishi; yoki,
- yetti kun davomida sCr ning 50% dan ortishi.

BO'Sh bosqichlari:

- 1-bosqich: scr $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ mkmol/l) ortishi yoki scr $\geq 1,5$ -2-marta ortishi;
- 2- bosqich: scr boshlang'ich darajasidan >2 -3 baravar ko'payishi;
- 3- bosqich: scr boshlang'ich darajasidan >3 baravar ko'payishi yoki scr $\geq 4,0$ mg/dl ($353,6$ mkmol/l) keskin ortishi yoki bemorga dializ muolajasi boshlanganligi.

Davolash samarasini aniqlash:

- Javob yo'q yoki regressiyaning yo'qligi;
- Qisman javob yoki BO'Sh bosqichining regressiyasi sCr ning asl qiymatidan $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ nmol/l) gacha pasayishi bilan;
- To'liq javob sCr ning asl qiymatidan $0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ mkmol/l) gacha bo'lgan qiymatga qaytishi.

BO'Sh ga olib keluvchi omillar.

- Yuqumli kasalliklar, diuretiklar tufayli kelib chiqqan ortiqcha diurez, oshqozon ichakdan qon ketishi, yetarli xajmsiz terapevtik paratsentez, nefrotoksik dorilar va NYAQP lar sirrozli bemorlarda BO'Shni qo'zg'atuvchi omillar.

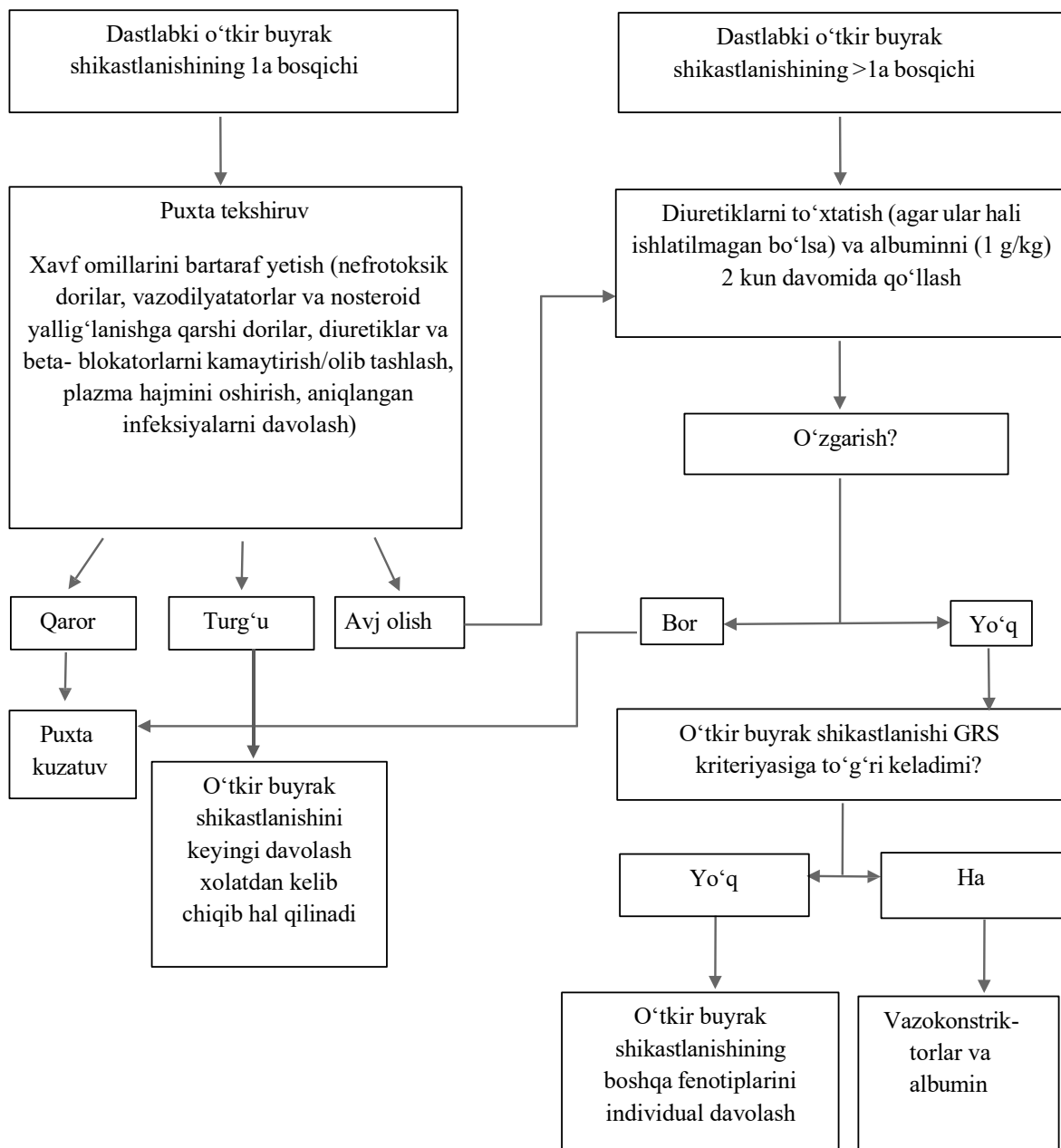
- Sirroz bemorlarda kontrast moddalarni qo'llash extiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak.

- Paratsentezdan keyingi, diareya natijasida, diuretiklar ta'sirida yo'qotilgan suyuqliklarning sababi va og'irligiga qarab infuzioli terapiya qo'llanilishi kerak (II-2;1).

- Agar BO‘Shning aniq sababi bo‘lmasa, BO‘Sh bosqichi >1a yoki infeksiyadan kelib chiqqan BO‘Sh bo‘lsa, ketma-ket ikki kun davomida 1 g tana vazniga (maksimal 100 g albumin dozasida) 20% albumin eritmasidan foydalanish kerak (III; 1).

- BO‘Sh va tarang assit bilan og‘rigan bemorlarda terapevtik paratsentezni albumin infuziyasi bilan birga olib borish kerak, hatto oz miqdordagi assitik suyuqlik chiqarilganda ham (III; 1).

Jigar sirrozi mavjud bemorlarda o‘tkir buyrak shikastlanishini davolash algoritmi.



Tavsiyalar:

- BO‘Sh tashxisi qo‘yishda yoki rivojlanishining oldini olish uchun uning sababini iloji boricha tezroq aniqlab, aniq sabab bo‘lmasa ham, darhol davolanishni boshlash kerak.

- Diuretiklar va/yoki betta-blokatorlarni, shuningdek, BO‘Sh paydo bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘lgan dorilarni, masalan, vazodilyatatorlar, NYAQP va nefrotoksik dorilarni darhol to‘xtatish kerak (II-2; 1).

- Diareya va diurez kuchaygan bemorlarga kristalloidlar berilishi kerak, o‘tkir oshqozon-ichakdan qon ketishi bo‘lgan bemorlarga gemoglobin miqdorini 7-9 g/dl oralig‘ida ushlab turish uchun qadoqlangan qizil qon tanachalari berilishi kerak.

- Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarda BO‘Sh ning barcha turlari paydo bo‘lishi mumkin, ya‘ni prerenal, GRS, parenximal, ayniqsa o‘tkir naychali nekroz va postrenal. Shuning uchun ularning ikkalasini farqlash muhimdir (II- 2; 1).

GEPATORENAL SINDROM

Gepatorenal sindrom (GRS) - og‘ir jigar yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda o‘tkir funksional buyrak yetishmovchiligidir. Klinik kechishining og‘irligiga qarab, GRSning ikki turi ajratiladi:

Birinchi tur - o‘tkir, tez progressiyalanuvchi - tashxis ikki hafta ichida zardobda kreatininning dastlabki darajasini ikki baravardan ortishi (2,5 mg/dl =176.8 mkmol/l dan ko‘p) yoki kreatinin klirensining 50% dan pasayishi (20 ml/min dan kam darajagacha). Ushbu turning prognozi bo‘yicha ikki hafta ichida o‘lim ko‘rsatkichi 80-90% ni tashkil qiladi.

Ikkinchi tur - buyraklar faoliyatining bir necha oy davomida bosqichma- bosqich pasayishi bilan tavsiflanadi. Bu qon zardobida kreatinin darajasining 1,5 mg/dl (88.4 mkmol/l) dan 2,5 mg/dl (176.8 mkmol/l) gacha oshishi bilan xarakterlanadi. Mazkur turning asosiy klinik sindromi refrakter assitdir <https://mknc.ru/spravochnik-zabolevaniy/10369/gepatorenalnyy-sindrom/2/>.

Gepatorenal sindromli bemorlarni olib borish.

Bu bemorlar jadal yoki reanimatsiya bo‘limlarida davolanishi tavsiya etiladi. Davolashni boshlashdan oldin barcha bemorlarga to‘liq klinik skrining, shu jumladan elektrokardiogramma o‘tkaziladi.

GRS-BO‘Sh tashxisi qo‘yilgandan so‘ng, bemorlar darhol albumin bilan birgalikda vazokonstriktor dori-darmonlar qabul qilishi kerak. Vazokonstriktorlardan foydalanish uchun splanxnik arterial vazodilyatatsiya xolatini davolash va buyrak perfuziyasini yaxshilash zarur. Vazopressinlardan eng ko‘p ishlatiladigan terlipressinni GRSni davolashda albumin bilan birgalikda samaradorligi ko‘plab tadqiqotlarda isbotlangan. Eng so‘nggi tadqiqotlarda ushbu davolanishga javob darajasi qisman 64% dan 76% gacha, to‘liq javob 46% dan 56% gacha aniqlangan.

JIGAR ENSEFALOPATIYASI

Jigar ensefalopatiyasi (JE) - bu jigar yetishmovchiligi va/yoki qonning portotizimli shuntidan kelib chiqadigan potensial qayta tiklanishi mumkin bo'lgan neyro-ruhiy kasalliklar majmuasidir [31; 33; 41].

Jigar ensefalopatiyasi - bu jigar yetishmovchiligi va/yoki portosistemik shunt tufayli kelib chiqqan miya funksiyasining buzilishi. JE ning klinik ko'rinishi turli darajadagi og'irlik darajasiga ega bo'lgan turli xil nevrologik yoki ruhiy kasalliklar bilan ifodalanadi – subklinik turidan dan komaga qadar.

To'plangan malumotlar shuni ko'rsatadiki, sirroz bilan og'irgan bemorlarning 30-40% da davolashning u yoki bu bosqichida jigar ensefalopatiyasi uchraydi.

Minimal (MJE) yoki latent (LJE) si sirroz bilan og'irgan bemorlarning 20-80% da uchraydi.

Jigar ensefalopatiyasining tasnifi:

JE klinikasi simptomsiz shakllardan (minimal JE) koma holatiga qadar holatlar bilan tavsiflanadi. JE ning asosiy belgisi - bu ong darajasining o'zgarishi. Mavjud tasnifga ko'ra, JE turi, davomiyligi va klinik xususiyatlariga qarab bo'linadi. Minimal JE alohida shakl sifatida ko'rib chiqiladi.

Uning rivojlanishiga sabab bo'lgan sabablarga qarab JEning bir nechta turlari mavjud:

- A turi – o'tkir jigar yetishmovchiligida uchraydigan;
- V turi – surunkali jigar yetishmovchiligi bo'lmaganda portosistem shuntirlangan tufayli kelib chiqqan;
- C turi – eng keng tarqalgan, JE sababli.

Klinik ko'rinishlarning og'irligiga ko'ra, JEning ikki shaklga bo'linadi: yashirin (minimal JE va 1-darajali JE) va namoyon bulgan JE. Minimal JE (ilgari latent JE deb ataladi) subyektiv va obyektiv klinik belgilarning yo'qligi bilan tavsiflanadi. Ushbu shaklni o'z vaqtida aniqlash quyidagi ikkita sababga ko'ra muhimdir:

- 1) minimal JE chastotasi jigar kasalligining etiologiyasidan qat'iy nazar, 32-85% ga yetadi;
- 2) minimal JE shoshilinch holatlarda bemorning noadekvat javob reaksiyasi tufayli xavf tug'diradi (masalan, avtomobil boshqarayotgan vaqtida).

Jigar sirrozi asorati bo'lgan jigar ensefalopatiyasining aniqlash mezonlari.

West-Haven mezonlaridan foylanish oltin standart xisoblanadi. Ongning og'ir buzilishi bo'lgan bemorlarning holatini baholash uchun Glazgo koma shkalasi keng qo'llaniladi, bu bizga nevrologik kasalliklar haqida aniq tasavvurga ega bo'lishga imkon beradi.

Glazgo koma shkalasi.

	Ballar					
	1	2	3	4	5	6
Ko'zlarni ochish	yo'q	Og'riqqa reaksiya ko'rinishida	Nutqli aloqa paytida ochiladi	Ixtiyoriy	-	-
Gapirish	yo'q	Noaniq tovushlar	Grammatik jihatdan nomuvofiq nutq	Chigal nutq, bemor parishonxotir	Bemor yo'naltirilgan, odatdagi muzokaralar	-
Xarakter reaksiyasi	yo'q	Og'riq tirnash javoban patologik kengayishlar (detserebral regidlik)	Og'riq tirnash javoban patologik bukilish (dekortikal rigidlik)	Og'riq ta'siriga javoban oyoq-qo'llarining qaltirashi	Og'riq tirnash joyini belgilab beradi	Buyruqqa asosan harakatlarni bajarish

O'lchov ko'zni ochish reaksiyasini, nutq va vosita reaksiyalarini baholaydigan uchta testdan iborat. Shifokor har bir ko'rsatkichni alohida baholaydi va keyin umumiy ballni hisoblab chiqadi. Mumkin bo'lgan eng kam ball (jami) - 3 (chuqur koma yoki miya o'limi), maksimal – 15 (aniq ong).

West-Haven mezonlari va klinik tavsifi.

West-Haven mezonlari	ISHEN	Tarifi	Tavsiya etilgan mezonlar	Izoh
O'zgarishlarsiz		Ensefalopatiya belgilarisiz, anamnezda JEsiz.	Tekshiruvlarda normal ko'rsatkichlar	
Minimal o'zgarishlar bilan	Latent	Psixomotor reaksiya /ijro funksiyalari tezligini tekshirish paytida aniqlangan psixometrik yoki neyropsikologik o'zgarishlar yoki ruhiy o'zgarishlarning	JE klinik ko'rinishlariga ega bo'lmagan bemorlar orasida standart psixometrik yoki neyropsikologik testlar natijasida	Tashxis qo'yish uchun universal mezonlar mavjud emas. Tibbiy yordamning mahalliy standartlari va davolovchi shifokorning
		klinik belgilarisiz neyrofiziologik o'zgarishlar.	olingan og'ishlar.	tajribasi qo'llaniladi.

I Bosqich		<ul style="list-style-type: none"> •Yengil dezoriyentatsiya. •Eyforiya yoki tashvish. •Diqqat konsentratsiyasining pasayishi. •Arifmetik qo‘shish yoki ayirish amallarini bajarishning murakkabligi. •Uyqu ritmidagi o‘zgarishlar. 	Vaqt va makonda qoniqarli yo‘nalishga qaramay (pastroqqa qarang), bemorlarni klinik tekshirish paytida yoki ularni parvarish qiluvchilar tomonidan tekshirish paytida ba’zi kognitiv/xulq-atvor buzilishlari aniqlanadi.	Klinik ko‘rinish har bir holatda farq qiladi.
II Bosqich	Aniq	<ul style="list-style-type: none"> • Letargiya yoki befarqlik. • Vaqtdagi dezoriyentatsiya • Ravshan shaxs o‘zgarishlar. • Noo‘rin xatti-harakatlar. • Dispraksiya. • Asteriksis. 	Vaqt bo‘yicha dezoriyentatsiya (quyidagi vaqt parametrlaridan kamida uchta bemorlar tomonidan noto‘g‘ri ko‘rsatiladi: sana, hafta kuni, oy, yil yoki yil vaqti).	Klinik ko‘rinishi boshqacha, ammo ma’lum darajada takrorlanadigan.
III Bosqich		<ul style="list-style-type: none"> •Uyquchanlik, stuporga qadar. • Stimullarga reaksiya. • Ongning chalkashligi. • Qattiq dezoriyentatsiya 	Shuningdek, tashqi muxitda dezoriyentatsiya (quyidagi joylardan kamida uchta bemorlar tomonidan noto‘g‘ri	Klinik ko‘rinish ma’lum darajada takrorlanadi.
		<ul style="list-style-type: none"> •Noo‘rin xatti-harakatlar. 	ko‘rsatiladi: mamlakat, davlat [yoki mintaq], shahar yoki turar joy).	

IV Bosqich	Koma	Bemor hatto og‘riqli stimullarga ham e‘tibor qilmaydi.	Komatoz holat odatda takrorlanadi.
-------------------	------	--	------------------------------------

Jigar sirrozi asorati bo‘lgan jigar ensefalopatiyasining differensial diagnostikasi

Yaqqol JE yoki ongning chalkashishi	
Diabet	(gipoglikemiya, ketoatsidoz, giperosmolyarlik, sut kislotasili atsidoz)
Alkogoldan zaxarlanish	(intoksikatsiya, inkor etish sindromi, Vernike ensefalopatiyasi)
Dori vositalari	(benzodiazepinlar, neyroleptiklar, opioidlar)
Neyroinfeksiyalar	
Elektrolitlar muvozanatining buzilishi	(giponatriyemiya va giperkalsemiya)
Konvulsiv bo‘lmagan epileptik tutqanoqlar	
Ruhiy kasalliklar	
Miya ichiga qon quyilishi va insultlar	
Og‘ir shok	(poliorgan yetishmovchilik, yallig‘lanish)
Boshqa ko‘rinishlari	
Demensiya	(birlamchi va ikkilamchi)
Bosh miyaning zararlanishi	(jarohat, xosilalar, normotenziv gidrotsefaliya)
Obstruktiv uyqu apnoyasi sindromi	

Barcha patologik holatlar jigar yetishmovchiligi va / yoki portosistemik shunt bilan bog‘liq bo‘lishi kerak.

Asosiy kasallikka ko‘ra, JE quyidagilarga bo‘linadi:

- A turi - O‘BE oqibatida;
- B turi - asosan portosistema shunti bilan bog‘liq;
- S turi - jigar sirrozidan kelib chiqqan.

B va C turlarining klinik ko‘rinishlari o‘xshash, A turi esa o‘ziga xos xususiyatlarga ega va xususan, intrakranial bosimning oshishi va miya tuzilmalarining dislokatsiyasi xavfi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Kasallik dinamikasiga ko‘ra JE quyidagilarga bo‘linadi:

- epizodik JE;

- qaytalanuvchi JE – ushbu turkumda JE ning o‘z ichiga oladi, tez-tez har 6 oy yoki vaqti-vaqti bilan sodir;
- doimiy JE – ushbu turda aniq JE epizodlari bilan aralashgan doimiy xulq-atvor o‘zgarishlari majmuasi qayd etiladi.

Qo‘zg‘atuvchi omillar mavjudligiga muvofiq JE quyidagilarga bo‘linadi:

- sababsiz (spontan); yoki,
- qo‘zg‘atilgan – bu holda qo‘zg‘atuvchi omillar ko‘rsatilishi kerak.

Shifokor bunday omillarni faol ravishda aniqlashi va tegishli terapiyani buyurishi kerak.

JE ni qayta yuzaga kelishini qo‘zg‘atadigan omillar

Epizodik	Qaytalanuvchi
Infeksiyalar*	Qondagi elektrolitlarning o‘zgarishlari
OIT-qon ketishlar	Infeksiyalar
Diuretiklarning dozasini ortib ketishi	Aniqlanmagan omillar
Qondagi elektrolitlarning o‘zgarishlari	Qabziyat
Qabziyat	Diuretiklarning dozasini ortib ketishi
Aniqlanmagan omillar	Oshqozon-ichak traktidan qon ketishi

Tavsiyalar:

1. Jigar ensefalopatiyasi asosiy kasallikning turiga, namoyon bo‘lishining og‘irligiga, shakli va qo‘zg‘atuvchi omillarga qarab tasniflanishi kerak (III, A, 1);
2. Diagnostik tekshiruv talab qilinadi, chunki miya kasalliklariga olib keladigan va JE klinik ko‘rinishini taqlid qiladigan boshqa turdagi kasalliklar mavjud (II-2, A, 1).

JE tavsifi va klinik misol

Turi	Daraja		Forma	Spontan yoki qo‘zg‘atilgan
A	Minimal JE	Latent	Epizodik	Spontan
	1			
B	2	Yaqqol	Qaytalanuvchi	Qo‘zg‘atilgan (sababi ko‘rsatilsin)
	3			
C	4		Persistirlanuvchi	

JE bilan kasallangan har bir bemorni har bir ustundagi belgilardan biri yordamida tavsiflash kerak. JE bilan kasallangan bemorni tavsiflashning tavsiya etilgan shakliga misol: JE bilan kasallangan bemor, S turi, 3-bosqich, siydik yo‘li infeksiyasi qo‘zg‘atadigan takroriy shakl. Tavsifni boshqa tasnif bilan to‘ldirish mumkin (masalan, Glazgo koma shkalasi yoki psixometrik ko‘rsatkichlar bo‘yicha ballar bilan).

Tavsiyalar:

1. Jigar ensefalopatiyasini aniq tuzilishga ega bo‘lmagan patologik jarayon deb hisoblash kerak, bu ham kognitiv funksiyalarni buzmasdan davom etishi va komaga olib kelishi mumkin (III, A, 1);

2. JE tashxisi miya disfunktsiyasining boshqa sabablarini istisno qilish orqali amalga oshiriladi (II-2, A, 1);

3. Kasallikning og‘irligiga qarab, JE bir necha bosqichlarga bo‘linadi (III, V, 1);

4. Aniq jigar ensefalopatiyasi klinik mezonlarni hisobga olgan holda aniqlanadi va West-Haven va Glazgo koma shkalasiga qarab tasniflanishi mumkin (II-2, V, 1);

5. Minimal JE va latent JE diagnostikasi va tasnifi tajribali xodimlar tomonidan o‘tkazilishi kerak bo‘lgan bir nechta neyrofiziologik va psixometrik testlar yordamida amalga oshiriladi (II-2, V, 1);

6. Minimal JE va latent JE diagnostikasi undan foyda ko‘radigan bemorlarda, masalan, bemorlarda hayot sifati pasaygan bo‘lsa, shuningdek kasallik kasbiy faoliyatga xalaqit beradigan yoki boshqalar uchun xavf tug‘dirishi mumkin bo‘lgan hollarda amalga oshirilishi mumkin (II-2, V, 1);

7. Qonda ammiakning ko‘payishi tashxis qo‘yish, kasallikning bosqichini aniqlash yoki SJK fonida JE bilan og‘rigan bemorlarda natijani bashorat qilish uchun ahamiyatli emas. Qonda ammiakning normal darajasi takroriy diagnostika choralari talab qiladi (II-3, A, 1). Agar aniq JE bo‘lgan bemorda qonda ammiak darajasi normal diapazonda bo‘lsa, unda JE tashxisi shubxa ostida qoladi.

Bosh miya tomografiyasi.

Kompyuter tomografiyasi (KT), magnit-rezonans tomografiya (MRT) va boshqa diagnostik usullar kasallikning diagnostikasi yoki og‘irligini aniqlash uchun hech qanday ahamiyatga ega emas. Shu bilan birga, ushbu guruhdagi bemorlarda bosh miya ichiga qon quyilish xavfi kamida 5 baravar oshadi. Bunday holatning alomatlari JEning klinik ko‘rinishiga to‘g‘ri kelishi mumkin, shuning uchun boshqa patologik holatlar inkor qilish uchun tavsiya qilinadi.

Davolash.

Jigar ensefalopatiyasini parhez davolash usullari (JE) EASL 2018

Tavsiyalar	Dalillar darajasi
JE bilan ogʻrigan bemorlarda ovqatlanish holatini va sarkopeniya mavjudligini baholash kerak	II-3, B, 1
Proteinni cheklashdan saqlaning	II-1, A, 1
Oksil va kaloriyalarning optimal kunlik isteʼmoli jigar sirrozi bilan ogʻrigan bemorlar uchun umumiy tavsiyalardan past boʻlmasligi kerak	II-1, A, 1
Sabzavot va sut oqsilini isteʼmol qilishni ragʻbatlantirish	II-3, B, 1
Tarmoqli zanjirli qoʻshimchalarni (VCAA) qabul qilish tavsiya etiladi	I-1, A, 1
Oziq-ovqat qabul qila olmaydigan 3-4 darajadagi ensefalopatiya rivojlangan bemorlar nazogastral naycha orqali yoki parenteral yoʻl bilan oziqlanishi kerak	II-1, B, 1

Epizodik JE ning C turini davolash uchun umumiy tavsiyalar:

1. Aniq JE (oʻz-oʻzidan yoki qoʻzgʻatilgan) faol davolanishni talab qiladi (II-2, A, 1).
2. Ikkilamchi profilaktika aniq JE epizodidan keyin tavsiya etiladi (I, A,1).
3. JE rivojlanish xavfi yuqori boʻlgan jigar sirrozi boʻlgan bemorlar bundan mustasno, aniq JE epizodlarini oldini olish uchun birlamchi profilaktika majburiy emas (II-3, C, 2).
4. Jigar yetishmovchiligi bilan birgalikda takroriy, terapiyaga chidamli JE jigar transplantatsiyasi uchun koʻrsatma hisoblanadi (I).

Aniq JEni davolash uchun maxsus yondashuv.

JE bilan kasallangan bemorlarni davolash uchun toʻrt tomonlama yondashuv tavsiya etiladi (II -2, A, 1):

1. Ong buzilgan bemorlarda terapiyani boshlash.
2. Ruhiy holatning oʻzgarishiga olib keladigan boshqa qoʻshma kasalliklar mavjudligini aniqlash va ularni davolash kerak.
3. Qoʻzgʻatuvchi omillarni aniqlash va ularni korreksiyalash.
4. JE ning empirik terapiyasining boshlash.

Aniq JEni davolash:

1. JE rivojlanishini qoʻzgʻatadigan omillarni aniqlash va bartaraf qilish kerak (II-2, A, 1).
2. Laktuloza epizodik aniq JEni davolash uchun birinchi tanlov dori hisoblanadi (II -1, V, 1).

3. Rifaksimin aniq JE oldini olish uchun laktulozani tayinlashda samarali yordamchi terapiya hisoblanadi (I, A,1).

4. An'anaviy terapiya bilan kasallikning og'irligini korreksiya qilib bo'lmaydigan bemorlarga VCAA og'zaki qabul qilish alternativ yoki qo'shimcha terapiya sifatida ishlatilishi mumkin (I, V, 2).

5. L-ornitin L-aspartatnini vena ichiga yuborish alternativ yoki qo'shimcha terapiya sifatida ishlatilishi mumkin (I, V, 2).

6. Neomitsin – bu aniq JEni davolash uchun alternativ dori (II-1, V, 2).

7. Metronidazol – bu aniq JEni davolash uchun alternativ dori (II-3, V, 2).

Laktuloza siropi kun davomida 25 mldan har 12 soatda buyuriladi, yumshok najas kuniga kamida 2-marta kelishi kerak. Keyinchalik preparatning dozasi kun davomida ichak 2 yoki 3-marta bo'shatilishini ta'minlash uchun tanlanadi. Keyin preparatning dozasi asta-sekin kamayishi kerak. Laktulozaning haddan tashqari yuqori dozalarini qabul qilish aspiratsiya, suvsizlanish, gipernatremiya, perianal terining tiralishsh va JEning kuchayishiga olib kelishi mumkin.

Aniq JEdan keyin aniq JEni oldini olish:

1. Laktuloza birinchi epizod to'xtatilgandan keyin JEning qaytalanishini oldini olish uchun tavsiya etiladi (II-1, A, 1).

2. JEning ikkinchi epizodidan keyin JEni qaytalanishini oldini olish uchun Rifaksimin laktuloza bilan birga terapiya sifatida tavsiya etiladi (I, A, 1).

3. TIPSdan keyin JEning oldini olish uchun standart profilaktika terapiyasi (laktuloza yoki rifaksimin) tavsiya etilmaydi (III, V, 1).

Profilaktik chora-tadbirlarni bekor qilish:

- Qo'zg'atuvchi omillar bartaraf etilganda (ya'ni infeksiyalar va varikoz tomirlaridan qon ketish) yoki jigarning funksional holati yaxshilangandan yoki parhez holati tiklanganda profilaktika terapiyasi to'xtatilishi mumkin (III, C, 2).

Minimal va latent JEni davolash:

- MJE (minimal JE) va LJE (latent JE) ni davolash odatda tavsiya etilmaydi, ba'zi holatlar bundan mustasno (II-2, V, 1).

OVQATLANISHNING BUZILISHI

Noto'g'ri ovqatlanish kompensatsiyalangan sirrozli bemorlarning 20% va dekompensatsiyalangan jigar kasalligi bo'lgan bemorlarning 50% dan ortig'ida kuzatiladi. Ham yog', ham mushak to'qimalari kamayishi mumkin; ayollarda yog' birikmalarining kamayishi ehtimoli ko'proq, erkaklar esa

mushak to'qimasini tezroq yo'qotadilar. Noto'g'ri ovqatlanish va sarkopeniya sirrozning asoratlari hisoblanib, bu esa sirroz bilan og'riqan bemorlarning prognozini yomonlashtiradi.

Sarkopeniya - bu qarish (birlamchi sarkopeniya), o'tkir yoki surunkali kasallik (ikkilamchi sarkopeniya), shu jumladan surunkali jigar kasalligi tufayli mushak massasi va funksiyasining umumiy pasayishidir.

Sirroz bilan og'riqan barcha bemorlarda ovqatlanishning tez skriningini o'tkazing va to'yib ovqatlanmaslik xavfi mavjudligini va uning og'irlik darajasini tasdiqlash uchun to'yib ovqatlanmaslik xavfi bo'lganlarni batafsil baholashni amalga oshiring (II-2, B1 sinf).

Semirib ketish tashxisini qo'yishda (TVI >30kg/m²), har doim suyuqlikni ushlab turishning birgalikdagi ta'sirini hisobga oling va aniqligi past bo'lsa ham, quruq tana vaznini hisoblang (II-2, B2 sinf).

Shish yoki assit mavjudligida vazni baholash

Darajasi	Assit	Periferik shish
Minimal	2,2 kg	1,0 kg
O'rtacha	6,0 kg	5,0 kg
Og'ir	14,0 kg	10,0 kg

Misol: bemorda tizzagacha shish paydo bo'ladi. Uning vazni 72 kg. Uning quruq vaznini taxmin qilish uchun o'rtacha periferik shish uchun uning vaznidan 5 kg ni olib tashlash kerak. Uning taxminiy quruq vazni 67 kg ni tashkil qiladi. Hisoblangan quruq vazndan "Universal to'yib ovqatlanmaslik skrining vositasi"ni hisoblash uchun foydalanish kerak.

Oziqlanishni baholashda sarkopeniyani baholashni qo'shing (klass II-2, V1).

Har safar tekshiruv o'tkazganingizda, kompyuter tomografiyasi yordamida mushak massasini baholang. Mumkin bo'lgan alternativ yo'llar - antropometriya, ikki energiyali rentgen absorptiometriya yoki bioimpedans tahlili, bu ham takroriy ketma-ket o'lchovlarni o'tkazishga imkon beradi (klass II-2, V1).

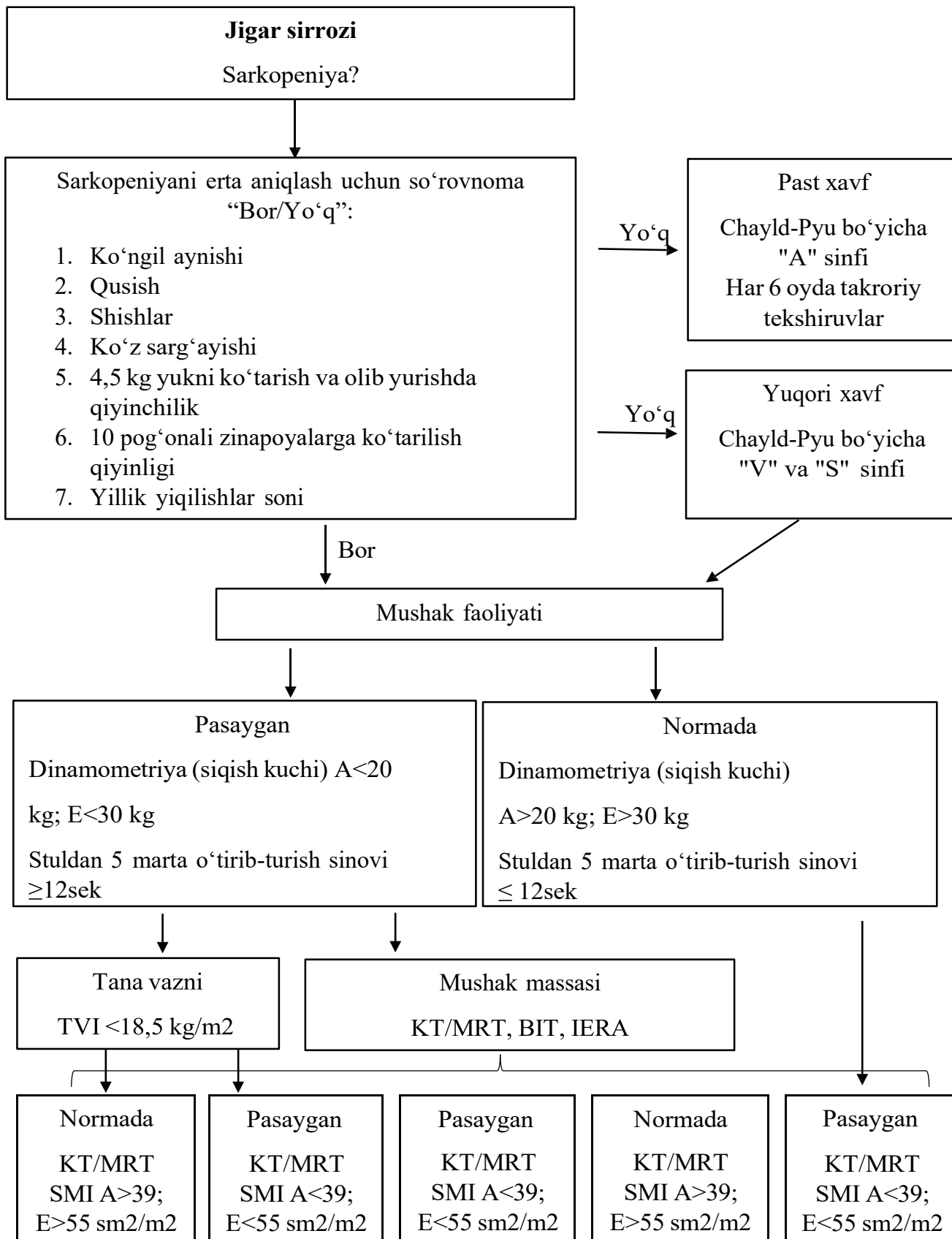
Mushaklar funksiyasini klinik sharoitda bilak dinamometri yoki qisqa jismoniy testlar kabi eng mos asbob yordamida baholang (klass II-2, V1).

Gepatolog bilan bir jamoada ishlaydigan o‘qitilgan xodimlar (ideal holda, jigar kasalligi bilan og‘riqan bemorlarni boshqarish bo‘yicha tajribaga ega bo‘lgan shifokor-diyetolog) tomonidan ovqatni iste‘mol qilishni baholang. Baholash quyidagilarni o‘z ichiga olishi kerak: oziq-ovqat va ozuqaviy qo‘shimchalarning sifati va miqdori, suyuqliklar, ratsiondagi natriyning minimal miqdori, kun davomida ovqatlanishning miqdori va vaqti, shuningdek ovqatlanishdagi to‘siqlar (klass II-2, V1).

2021 Amerika Jigar kasalliklarini o‘rganish bo‘yicha amaliy qo‘llanma.

	Shifokor savollari	Fizika tekshiruv natijalari	Obyektiv chora-tadbirlar
Noto‘g‘ri ovqatlanish skriningi va xolsizlik va/yoki sarkopeniyani baholash	Shkalalardan foydalanish Kundalik faoliyat	O‘mrov, yelka, kurakdagi, bosh barmog‘i va ko‘rsatkich barmoqlari orasidagi to‘rt boshli mushaklar atrofiyasi. Yurish vositalaridan foydalanish. Stuldan mustaqil turolmaslik, sekin harakat.	L3 mushaklari KT indeksi Dinamometriya 6 daqiqalik yurish testi 4 metrga yurish tezlikligi
Kam ovqatlanish, xolsizlik va sarkopeniyaga olib keladigan omillarni aniqlash	Bemor ochligining bir yoki ikkita ko‘rsatkichi mavjud: - so‘nggi 12 oy ichida oziq-ovqat yetishmaydi degan qo‘rquv; - oxirgi 12 oy davomida oziq-ovqat yetishmagan va uni sotib olishga pul ham yo‘q bo‘lgan. Jismoniy harakatsizlik	Assitning mavjudligi jigar ensefalopatiyasi, yomon/noto‘g‘ri tish qatori, disgevziya	MELD bo‘yicha baholash Chayld-Pyu bo‘yicha baholash Testosteron darajasi (erkaklarda) Fitnes kuzatuvchisi ma‘lumotlari (kunlik qadamlar soni, o‘rtacha yurak urishi)

Sarkopeniya mavjudligini aniqlash algoritmi.



SMI - Skelet-mushak indeksi; BIT - Bioimpedans tahlil; IERA - Ikki energiyali rentgen absorpsiometriyasi

Jigar sirrozi bilan ogʻrigan bemorlarga och qolish tavsiya etilmaydi.

Oziq-ovqat va jigar oʻrtasidagi bogʻliqlik haqida eshitgan/oʻqigan narsalaringizning aksariyati uni qoʻllab-quvvatlash uchun cheklangan ilmiy dalillarga ega. Umuman olganda, barcha bemorlarga turli xil ovqatlardan iborat sogʻlom ovqatlanish tavsiya etiladi.

Ovqatlanishni 3 ta asosiy taomga (nonushta, tushlik va kechki ovqat) va 3 ta gazak (ertalab, tushlik va kechki ovqat)ga boʻlish kerak. Kechki ovqat eng muhimi, chunki u kechki ovqat va nonushta oʻrtasidagi uzoq vaqtni qamrab oladi.

Sirroz va toʻyib ovqatlanmaslik bilan ogʻrigan bemorlarga imkon qadar multidissiplinar jamoa tomonidan ovqatlanish boʻyicha maslahatlar berilishi kerak, bu bemorlarga yetarli kaloriya va oqsil isteʼmol qilishiga yordam beradi (II-2, C2).

Optimal kunlik energiya isteʼmoli kuniga tavsiya etilgan 35 kkal/kg tana vaznidan past boʻlmasligi kerak (semiz boʻlmagan shaxslarda) (II-2, V1 daraja).

Optimal kunlik oqsil isteʼmoli tavsiya etilgan 1,2-1,5 g/kg haqiqiy tana vaznidan kam boʻlmasligi kerak (II-2, V1 daraja).

VCAA qoʻshimchalari va leysin bilan boyitilgan aminokislotalar dekompensatsiyalangan sirrozli bemorlarda yetarli miqdorda azot isteʼmoliga diyeta orqali erishilmaganda yordamchi vosita sifatida koʻrib chiqilishi kerak (II-1, C1 daraja).

Toʻyib ovqatlanmaslik va sirroz mavjud bemorlarda ozuqaviy moddalarni yetarli darajada isteʼmol qilish diyeta orqali (hatto ozuqaviy qoʻshimchalar bilan) taʼminlanmasa, intervalli enteral ovqatlanish tavsiya etiladi (II-1, V1 daraja).

Sirrozli bemorlarga imkon qadar gipomobillikdan qochish va sarkopeniyaning oldini olish va/yoki kamaytirish uchun jismoniy faollikni bosqichma-bosqich oshirish tavsiya etiladi (II-1, C2 daraja).

III. JIGAR SIRROZINING ETIOLOGIK DAVOSI. VGS:

- Dekompensatsiyalangan (Chayld-Pyu B yoki C) VGS sirrozli bemorlarga 12 hafta davomida sofosbuvir va velpatasvir hamda sutkalik vaznga asoslangan ribavirin (<75 kg yoki >75 kg bemorlarda mos ravishda 1000 yoki 1200 mg) tavsiya etiladi. Ribavirinni kuniga 600 mg dozadan boshlash mumkin va keyinchalik tolerantlikka qarab doza qayta koʻrib chiqiladi (A1).

- Ribavirinni qabul qilishga qarshi koʻrsatma boʻlgan dekompensatsiyalangan (Chayld-Pyu B yoki C) VGS sirrozli bemorlar yoki davolash paytida ribavirinning nojoʻya taʼsirlari rivojlanganda bemorlarni ribavirinsiz 24 hafta davomida sofosbuvir va velpatasvirning kombinatsiyasi

bilan davolash kerak (B1).

- Dekompensatsiyalangan (Chayld-Pyu B yoki C) VGS sirrozi bo'lgan GSKsiz jigar transplantatsiyasini kutayotgan, MELD ko'rsatkichi $> 18-20$ bo'lgan bemorlar birinchi navbatda virusga qarshi davosiz transplantatsiya qilinishi kerak va HCV infeksiyasi jigar transplantatsiyasidan keyin davolanishi kerak (B1).

- Transplantatsiya ro'yxatida kutish vaqti 6 oydan oshsa, GSK bo'lmagan dekompenatsiyalangan (Chayld-Pyu B yoki C) sirrozi bo'lgan, MELD balli $>18-20$ bo'lgan jigar transplantatsiyasini kutayotgan bemorlar mahalliy sharoitga qarab transplantatsiyadan oldin davolanishi kerak (V1).

- Kompensatsiyalangan VGS genotip 1, 2, 4, 5, 6 sirrozli (Chayld-Pyu A) bemorlar ilgari PegIFN+ribavirin qabul qilmagan bo'lsa, sofosbuvir+daklatasvir 12 haftaga yoki sofosbuvir+velpatasvir 12 haftaga buyuriladi. Agar ilgari PegIFN+ribavirin qabul qilgan bo'lsa, genotip 1, 4, 5, 6 larda sofosbuvir+daklatasvir+ribavirin 12 haftaga yoki ribavirinsiz sofosbuvir+daklatasvir 24 haftaga buyuriladi (EASL 2016).

- Kompensatsiyalangan VGS genotip 3 sirrozli (Chayld-Pyu A) bemorlar sofosbuvir+daklatasvir+ribavirin 24 haftaga buyuriladi (EASL 2016).

VGv:

- Kompensatsiyalangan yoki dekompenatsiyalangan VGv sirrozi bo'lgan bemorlar ALT darajasidan va HBV DNKning miqdoridan qat'i nazar davolanish tavsiya etiladi (I,1).

- Dekompensatsiyalangan VGv sirrozi bo'lgan bemorlar, HBV replikasiyasi darajasidan qat'i nazar, rezistentlikka chidamli bo'lgan nukleotid/nukleozid analoglari (Entekavir, Tenofovir dizoproksil fumarat, Tenofovir alafenamid fumarat) bilan davolanishi va jigar transplantatsiyasini tavsiya qilish kerak [4; 8] (II-1, 1).

- PegIFNa dekompenatsiyalangan sirrozi bo'lgan bemorlarda qarshi ko'rsatmadir (II-1, 1).

- Bemorlarning dori-darmonlarni qabul qilish qobiliyatini va laktik atsidoz yoki buyrak funksiyasining buzilishi kabi nojo'ya ta'sirlarning rivojlanishini diqqat bilan nazorat qilish kerak (II-2, 1).

JIGAR TRANSPLANTATSIYASI UCHUN KO'RSATMALARNI ANIQLASH USULI

MELD Model:

MELD – raqamli shkala bo'lib, u 6 dan 40 gacha bo'lishi mumkin.

Boshqa baholovchi (bashoratlovchi shkala) – MELD (Model for End-stage Liver Disease), dastlab 2000-yilda AQSHda transyugulyar jigar ichi portotizimli shuntlash (TJPSH) amaliyotidan keyingi bemorlarning 3 oy ichidagi o'limini prognoz qilish uchun ishlab chiqilgan va hozirda jigar transplantatsiyasi uchun ko'rsatmalarni aniqlash va bemorlarni amaliyotga navbatga qo'yishda

muvaffaqiyatli qo'llanilib kelinmoqda. MELD indeksi quyidagi formula yordamida xisoblanadi:

$MELD = 10 \times (0,957Ln(\text{qondagi kreatinin miqdori}) + 0,378Ln(\text{qondagi umumiy bilirubin miqdori}) + 1,12(XNN) + 0,643 \times X)$; XNN (MNO) – xalqaro normallashtirilgan nisbat (mejdunarodnoye normalizovannoye otnosheniye). Quyidagi xisoblash qoidasi qo'llaniladi: berilganlardan istalgan kattaliklarning minimal miqdori-1mg/dl, kreatinin miqdorining maksimal miqdori-4mg/dl, MELD indeksining maksimal darajasi-40. 2016 yildan beri MELD-Na shkalasi qo'llanilmoqda. Onlayn kalkulyatorlar yordamida ushbu qo'rsatkichlarni avtomatik xisoblash mumkin (<https://www.mdcalc.com/calc/1754/meldna-meld-na-score-liver-cirrhosis>).

MELD >35 ball bo'lsa, letal oqibat kelib chiqish ehtimolligi 80%ga teng, MELD 20 dan 34 ballgacha bo'lsa bu ko'rsatkich 10-60%, MELD <8 ball bo'lsa bemor ambulator deb baxolanadi va u faol nazoratni talab etadi. Jigar surunkali kasalliklarining terminal bosqichidagi bemorlar ahvolidagi juda nostabilligini, asosiy kasallikning tez-tez dekompenzatsiya holatiga o'tishini va og'ir asoratlar rivojlanishishi inobatga olgan holda MELD shkalasini doimiy ravishda qayta xisoblashga ehtiyoj tug'iladi (3-jadval).

3-jadval.

MELD ni qayta baxolashning zaruriy rejimi

MELD	Qayta xisoblashga ehtiyoj	Laborator tekshiruvlar intervali
≥ 25	Har 7 kun	48 soat
≥ 24 , lekin > 18	Har oy	7 kun
≤ 18 , lekin ≥ 11	Har 3 oyda	14 kun
≤ 11 , lekin > 0	Har 12 oyda	30 kun

IV. Asosiy dori-vositalar ro'yxati (100% foydalanish ehtimoli):

Farmakoterapevtik guruh	XPN	Qo'llash tartibi	DID	Havolasi
Noselektiv beta-blokatorlar	Propranolol, nadolol, karvedilol	Og'iz orqali ichishga Boshlangich doza 20 mg, bir martalik doza - 40-80 mg, 2-3 maxal/sut. 40-80 mg 1 marta/sut Boshlang'ich doza 6.25-12.5-25 mg 1	V	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024

		maxal/sut individual yondashuv.		
Kaliy saqllovchi diuretik	Spironolakton	Og'iz orqali ichishga 100-400 mg dan, individual yondashuv	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Diuretik vosita	Furosemid	Og'iz orqali ichishga 40-160 mg/sut, individual yondashuv	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Osmotik tarkibli surgi vositalar Gipoammonimik vositalar	Laktuloza	Og'iz orqali ichishga 40-60 ml/sut, individual yondashuv	V	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Tarmoqlangan yon zanjirli aminokislotalar	Leysin, izoleysin i valin	Og'iz orqali ichishga	S	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
So'rilmaydigan ichak antibiotklari	Rifaksimn	Og'iz orqali ichishga 200 mg xar 8 soatda yoki 400 mg xar 8-12 s. Individual yondashuv.	A	J Hepatol (2014), http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042
Mikroelementlar	Rux, kalsiy va boshq.	Og'iz orqali ichishga, individual yondashuv	V	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024
Gemopoezni stimulatorlari	Eltrombopag	Og'iz orqali ichishga 25 mg 1 maxal/sut.	V	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Vitaminlar	Vitamin D va boshq.	Og'iz orqali ichishga	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024

V. Qo‘shimcha dori-vositalar ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan past):

Farmako-terapevtik guruh	XPN	Qo‘llash tartibi	DID	Havolasi
Gepatoprotektorlar	UDXK	Og‘iz orqali ichishga 10-15 mg/kg/sut 2-3 maxal 1-12 oy davomida	V	J Gastroenterol (2021) 56:593–619 https://doi.org/10.1007/s00535-021-01788-x
Gepatoprotektorlar	Ademetionin	Og‘iz orqali ichishga Kunlik dozasi 500-1000 mg, maksimum 3 g	V	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Gepatoprotektorlar	Glitsirrizin kislotasi	Og‘iz orqali ichishga 1 – 2 kapsula 3 maxal	S	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)
Gepatoprotektorlar	Fosfolipidlar	Og‘iz orqali ichishga 80 – 120 mg /sut	S	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827
Gepatoprotektorlar	Silimarin	Og‘iz orqali ichishga, individual yendashuv	S	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/
Antifibroz preparat	Oksimatin	Og‘iz orqali ichishga 0,2 g uch maxal	S	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733326/
Gepatoprotektor hususiyatli BAM	Sutli qushqo‘nmas (Rastoropsha)	Og‘iz orqali ichishga,	S	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/178

		individual yondashuv		
Miotrop spazmolitiklar	Mebeverin gidroxlorid va boshqalar	Og‘iz orqali ichishga 135, 200 mg dan 2 maxal – ertalab va kechkurun, davomiyligi cheklanmagan	S	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1 A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome - PMC (nih.gov)
Spazmolitik vosita	Drotaverin	Og‘iz orqali ichishga 40-80 mg 3 maxal, maksimal sutkali doza - 240 mg.	S	https://www.vidal.ru/search?t=all&q=%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD&bad=on
Spazmolitik vosita	Papaverin	Og‘iz orqali ichishga 40-60 mg 3-5 maxal/sut.	S	https://www.vidal.ru/search?t=all&q=%D0%BF%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD&bad=on
O‘t xaydovchi vositalar	Silimarin, artishok, berberin, allochol va boshqalar	Og‘iz orqali ichishga, individual yondashuv	S	https://www.vidal.ru/drugs/allochol_13180 https://www.vidal.ru/drugs/chophytol_932
Ferment preparatlar	Pankreatin	Og‘iz orqali ichishga kapsula, individual yondashuv O‘rtacha doza - 150 000 YED/sut.	S	https://www.vidal.ru/search?t=all&q=%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD&bad=on
Jigar kasalligini davolash uchun preparatlar	L-ornitin L-aspartat	Og‘iz orqali ichishga 1-2 paketikdan 2-3 maxal, davomiydigi	S	https://www.vidal.ru/drugs/ornitin

		bemorning xolatiga bogʻliq		
Proton pompa ingibitorlari	Omeprazol, pantoprazol va boshqalar	Ogʻiz orqali ichishga 20, 40 mg 1 maxal 2 xaftagacha	S	https://www.vidal.ru/drugs/omeprazol_3120
Sintetik vitamin K analogi	Menadion	Ogʻiz orqali ichishga, individual yendashuv	V	https://diseases.medelemeant.com/disease/%D1%86%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%B7-%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8-%D1%83-%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2020/16681
Surgi vosita	Natriya pikosulfat	Ogʻiz orqali ichishga 5–10 mg 1 maxal. Maksimal doza 15 mg 1 marta.	S	https://compendium.com.ua/info/168162/pikolaks-sup-sup-/

VI. Jarroxlik aralashuvi:

- EFGDS va ligatura qoʻyish, paratsentez amaliyotini bajarish, biopsiya tekshiruvni oʻtkazish, splenektomiya yoki arteriya embolizatsiyasi, tomirlarni shuntlash amaliyotini oʻtkazishga koʻrsatma boʻlganda qoʻllaniladi.

Nazorat:

- Virusli gepatit V, S D etiologiyali jigar sirrozi mavjud bemorlar yashash joyidagi oilaviy poliklinikada yoki hududiy ixtisoslashtirilgan markazda infeksiyot, terapevt, jarroh, gematolog va onkolog tomonidan dispanser kuzatuvida boʻladi [S].

VII. Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

Rejalashtirilgan shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

S	<ul style="list-style-type: none">- Delta agent bilan jigar sirrozining Chayld-Pyu tasnifi bo'yicha A, V va S bosqichlari kasallikning og'irligini aniqlash, ichki a'zolari shikastlanishini erta tashxislash, oldini olish va spetsifik terapiyani buyurish;- boshqa virus etiologiyali jigar sirrozining V va S bosqichlari Chayld-Pyu tasnifi bo'yicha dekompensatsiya xolatlari:<ol style="list-style-type: none">1. assit II-III darajali2. gidrotoraks3. giponatremiya4. bakterial infeksiyalar5. buyrakning o'tkir va surunkali shikastlanishi6. gepato-pulmonar sindrom7. o'tkir osti jigar ensefalopatiyasi- EFGDS-KVVK mavjud bo'lganda ligatura kuyish- bemorni jigar transplantatsiyasiga tayyorlash (ambulator yullanma berilishi lozim, mutaxassislar ko'rigidan so'ng statsionar davolashga ko'rsatma bo'lsa shifoxonaga yullanma asosida gospitalizatsiya qilish).
----------	---

Shoshilinch shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

A 1	<ul style="list-style-type: none">- Qon ketishi xolatlari- Aniq jigar ensefalopatiyasi- Qorindagi kuchli og'riq- Diareya- Tana xaroratini oshishi
------------	---

VIII. Dispanser nazorati

Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarni tibbiy ko‘rikdan va tekshiruvdan o‘tkazishning hamda oilaviy shifokorlar tomonidan dispanser nazoratining chastotasi

NOZOLO-GIYA	Oilaviy shifokor tomonidan tibbiy ko‘rikdan o‘tish vaqti	Dispanser nazorati			Funksional tukshiruvlvrning davomiyligi	Laborator tekshiruvlar davomiyligi
		Ko‘riklar davomiyligi	“D” nazoratining davomiyligi	Tor mutaxassislar ko‘rigi		
Jigar sirrozi Chayld- Pyu bo‘yicha A sinf	1- ko‘rik skrining paytida JSi aniqlanganda yoki.bemor o‘zi murojaat qilganda 2- ko‘rikni kasallik bosqichini yoki CP asoratlarini rivojlanishini baholash uchun 3-6 oy ichida takrorlang. Terapiya rejimi: nomedikamentoz + terapiya;tor mutaxassislar tavsiyalari; asoratlari yoki raqobatlashuvchi kasalliklar aniqlansa, statsionar davolanish uchun yuboring Keyingi, dispanser kuzatuv	1 yilda 2 marta dispanser tekshiruvi	Butun umr	<i>Chuqur dispanser tekshiruvi davomida tor mutaxassislar ko‘rigi:</i> INFEKQI ONIST Zarur holatlarda: JARROH KARDIOLOG ENDOKRINOLOG GEMATOLOG, ONKOLOG, AKUSHER-GINEKOLOG Bir yilda 1 marta	UTT: ichki a‘zolar EFGDS Zarur holatlarda: • MSKT qorin bo‘shlig‘i a‘zolari Fibroskan Bir yilda 1 marta	Umumiy qon taxlili ALT, AST, bilirubin IIF, GGTP Qon kreatinini Albumin MNO AFP Qondagi glyukoza Siydik taxlili: oqsil, albumin, epiteliy, mikrogematuriya ur xolatda PSR VGV DNK mifdoriy, VGS RNK sifat, VGD RNK miqdoriy, Xolesterin PIVKA II Bir yilda 1 marta

<p>Jigar sirrozi Chayld- Pyu bo'yicha V sinf</p>	<p>1- ko'rik skrining paytida JSi aniqlanganda yoki bemor o'zi murojaat qilganda 2- ko'rik Belgilangan dori vositalarining samaradorligini hamda nomedikamentoz va medikamentoz rejimlariga rioya qilishni baholash uchun 1 oy ichida kuzatib boring Terapiya rejimi: nomedikamentoz + tor mutaxassislar tomonidan buyurilgan terapiya; asoratlari yoki raqobatlashuvchi kasalliklar aniqlansa, stasionar davolanish uchun yuboring Keyingi, dispanser kuzatuvi</p>	<p>1 yilda 4 marta dispanser tekshiruvi</p>	<p>Butun umr</p>	<p>Chuqur dispanser tekshiruvi davomida tor mutaxassislar arkko'rigi: INFEKSIYO NIST JARROH</p> <p>Zarur xolatlarda: KARDIOLOG ENDOKRINOLOG GEMATOLOG ONKOLOG NEFROLOG PULMONOLOG AKUSHER-GINEKOLOG</p> <p><i>Bir yilda 2 marta</i></p>	<p>• UTT: ichki a'zolar • EFGDS</p> <p>ur holatlarda: MSKT qorin bo'shlig'i a'zolari Rentgenografiya yoki MSKT: ko'krak qafasi UTT: kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari</p> <p>da 2 marta</p>	<p>Umumiy qon taxlili ALT, AST, bilirubin IIIIF, GGTP Kreatinin, qondagi mochevina Albumin MNO, PTI AFP Kaliy, natriy, kalsiy Qondagi glyukoza</p> <p>ur xolatlarda: PSR VGV DNK miqdoriy, VGS RNK sifat, VGD RNK miqdoriy, Koagulogramma Xolesterin Prokalsitonin PIVKA II Siydik taxlili: oqsil, albumin, epiteliy, mikrogematuriya</p> <p><i>ir ilda 2 marta</i></p>
---	---	---	------------------	--	---	--

<p>Jigar sirrozi Chayld-Pyu bo'yicha S sinf</p>	<p>1- ko'rik skrining paytida JSi aniqlanganda yoki.bemor o'zi murojaat qilganda .Stasionar davolashga jo'nating. 2- ko'rik bemor shifoxonadan chiqqandan keyin belgilangan dori vositalarining samaradorligini hamda nomedikomentoz va medikomentoz rejimlariga rioya qilishni baholash uchun 1 oy ichida kuzatib boring</p> <p>Terapiya rejimi: nomedikamentoz + tor mutaxassislar tomonidan buyurilgan terapiya; Keyingi, dispanser kuzatuvi</p>	<p>1 yilda 4 marta dispanser tekshiruvi</p>	<p>Butun umr</p>	<p>Chuqur dispanser tekshiruvi davomida tor mutaxassisl arkk'o'rigi: INFEKSIYO NIST JARROH</p> <p>Bir yilda 4 marta Zarur holatlarda: KARDIOLOG G ENDOKRINOLOG GEMATOLOG ONKOLOG NEFROLOG PULMONOLOG AKUSHER-GINEKOLOG</p>	<p>UTT: ichki a'zolar EFGDS</p> <p>Bir yilda 2-4 marta</p> <p>Zarur holatlarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MSKT qorin bo'shlig'i a'zolari Rentgenografiya yoki MSKT: ko'krak qafasi • UTT: kichik chanoq bo'shlig'i a'zolari <p>Bir yilda 1 marta</p>	<p>Umumiy qon taxlili ALT, AST, bilirubin IUFG, GGTP Kreatinin, qondagi mochevina Albumin MNO, PTI AFP Kaliy, natriy, kalsiy Qondagi glyukoza Siydik taxlili: oqsil, albumin, epiteliy, mikrogematuriya</p> <p>pokazaniyam: PSR VGV DNK miqdoriy, VGS RNK sifat, VGD RNK miqdoriy, Koagulogramma Xolesterin Prokalsitonin S-reaktivnyy oqsil Ferritin Vitaminy D, IL-6 Prokalsitonin PIVKA II</p> <p>Bir yilda 2-4 marta</p>
--	---	---	------------------	---	--	--

IX. Jigar sirrozini boshqarish bo'yicha bilim kompetensiyalari (task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	BTYOBdagi oilaviy shifokor (bakalavr)	Tor mutaxassis* *
Shikoyati va anamnez			
Bemorning shikoyatlarni yig'ish qobiliyatini ko'rsatish	+	+	+
Bemorning kasallik tarixini yig'ishda jigar sirrozi belgilari (teri va shilliq pardalarning sarg'ayishi, palmar eritema, assit mavjudligi, shish, nafas qisishi, charchoq, sarkopeniya) haqidagi bilimlarni qo'llash.	+	+	+
Jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarning to'liq kasallik tarixini shakllantirish		+	+
Epidemiologik anamnez	+	+	+
Fizikal tekshiruvlar			
Antropometrik ma'lumotlarni o'lchash bo'yicha malakasini ko'rsatish	+	+	+
Qorin bo'shlig'ini palpatsiya qilish qobiliyatini ko'rsatish		+	+
Palpatsiya orqali assitlarni aniqlash qobiliyatini ko'rsatish		+	+
Bemorning to'g'ri joylashishi va umumiy ko'rinishidan boshlab, so'ngra qo'llarni, yuzni, bo'yinni, ko'krakni, qorinni, oyoqlarni va boshqalarni tekshirishda bemorni keng qamrovli		+	+

fizik tekshiruvdan o'tkazish malakasini namoyish etish			
Jigar sirrozi bilan og'riqan bemorlarni baholashda malakaviy bilimni namoyish etish		+	+
Nevrologik tekshiruv va kognitiv holatni baholash		+	+
Jigar sirrozi asoratlarning jismoniy belgilarini aniqlash malakasini ko'rsatish		+	+
Tashxis qo'yish			
Chayld-Pyu, MELD tasnifi asosida jigar sirrozi tashxisini qo'yish		+	+
Tasniflash asosida jigar sirrozining asoratlarni belgilash		+	+
Asosiy laborator diagnostika			
Asosiy laborator tekshiruvlarni buyurish:	++	+	+
Umumiy qon tahlili	++	+	+
ALT, AST, bilirubin, IF, GGTP, ochlikdagi glyukoza miqdori	++	+	+
Albumin, kreatinin, qondagi mochevina	++	+	+
Qondagi kaliy, natriy, kalsiy	++	+	+
XNN, PTI	++	+	+
AFP, PIVKA II	++	+	+
KFT ni hisoblash		+	+
Siydik tahlili: oqsil, albumin, epiteliy, mikrogematuriya	++	+	+

Asosiy laborator tekshiruvlar natijalarini tahlil qilish		+	+
Majburiy instrumental diagnostika			
Ichki organlar, tos a'zolarining ultratovush tekshiruvini tayinlash	++	+	+
EGDS buyurish		+	+
Qorin bo'shlig'i organlari va ko'krak qafasining MRT, MSKT, rentgenografiyasini tayinlash			
Jigar sirrozining davosi			
Nomedikamentoz davolash	+	+	+
Chayld-Pyu bo'yicha A sinfi uchun dori-darmonlarni buyurish qobiliyati		+	+
Chayld-Pyu bo'yicha V, C sinfi uchun dori-darmonlarni buyurish qobiliyati			+
Jigar sirrozi asoratlarning profilaktikasi			
Oziqlanishni yaxshilash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha kompetensiyalar	+	+	+
Davolashda dori-darmonlarning muvofiqligini yaxshilash bo'yicha kompetensiyalar	+	+	+

Izoh: * Ushbu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

** Asosiy tor mutaxassis – shifokor infeksiyachil. Jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarni davolashda malakali boshqa mutaxassislar terapevt, gastroenterolog va jarroh hisoblanadi.