



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

20 24 yil "14-" iyun _____

№ -195

Toshkent sh.

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

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

1. Quyidagilar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vazir v.b.



A. Xudayarov



«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Вирусология ИТИ директори
Э.И. Мусабәев

«14» июн 2024 йил

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

ТОШКЕНТ 2024

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

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

ТОШКЕНТ 2024

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

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

Ишчи гуруҳ таркиби:

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

Тақризчилар:

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

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқишда қуйидаги халқаро қўлланалардан фойдаланилган:

1. Сурункали гепатит В билан касалланган шахслар профилактикаси, ташхислаш, парвариш қилиш ва даволаш бўйича тавсиялар, март 2024 йил. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти.

Кейинчалик номи

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

Ҳавола

[Guidelines for prevention, diagnosis, care and treatment of chronic hepatitis B infection: web annex A1: summary of declarations of conflict of interest \(guideline development group\): web annex A2: summary of declarations of conflict of interest \(external review group\) \(who.int\)](#)

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

2. Сурункали гепатит В профилактикаси ва даволаш бўйича қўлланма. Хитой тиббиёт ассоциацияси ва Хитой тиббиёт ассоциациясининг гепатология бўлими. 2022

Кейинчалик номи

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

Ҳавола

[Guidelines for the Prevention and Treatment of Chronic Hepatitis B \(version 2022\) \(xiahepublishing.com\)](#)

3. Россия гастроэнтерология ассоциацияси ва Россия жигарни ўрганиш жамиятининг гепатит В билан касалланган катта ёшдаги беморларни ташхислаш ва даволаш бўйича клиник тавсиялари. https://gastro.ru/userfiles/R_HepB.pdf

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Тавсияларнинг ишонччилик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Мундарижа

Қисқартмалар рўйхати.....	6
Таъриф.....	7
Сурункали вирусли гепатит В таснифи	9
Ташҳисот.....	9
СВГВ ташҳисоти қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:	9
Лаборатор ташҳисот	10
Инструментал ташҳисот	12
Вирусли гепатит В да ташҳисот ҳаракатлар алгоритми	16
СВГВ ни номедикаментоз даволаш	17
СВГВ ни медикаментоз даволаш.....	17
ГЦК мавжуд беморларга этиотроп давои буюриш хусусиятлари	20
Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида СВГВ нинг кечиши хусусиятлари	21
Болалар ва ўсмирларга этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари.....	22
Болалар ва ўсмирларда вирусга қарши дорилар дозаси.....	23
СГВ мавжуд ҳомиладор аёлларда вирус онадан болага юкишининг олдини олиш учун вирусга қарши профиликани қўллаш алгоритми	26
Сурункали гепатит в билан касалланган шахсларни даволаш ва кузатишни баҳолаш алгоритми	27
СВГВ нинг патогенетик давosi.....	31
Диспансер кузатув	45
СВГВ менеджменти учун амалий кўникмалар ваколатлари (task shifting).....	47
СВГВ менеджменти учун билимлар ваколатлари (task shifting).....	49
Профилактика.....	50
Илова	52

Қисқартмалар рўйхати

HBsAg	hepatitis B surface antigen, гепатит В вирусининг юзаки антигени
HBeAg	гепатит В вирусининг е антигени
HBV	hepatitis B virus, гепатит В вируси
HDV	hepatitis D virus, гепатит D вируси
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспарагинаминотрансфераза
АФП	альфа-фетопроtein
ЖССТ	Жахон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ВГВ	вирусли гепатит В
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ВГD	вирусли гепатит D
ГГТ	гамма-глутамилтрансфераза
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
ДНК	дезоксирибонуклеин кислота
ХБ	Халқаро бирлик
ХКТ-10	Халқаро касалликлар таснифи, 10-марта қайта кўриб чиқилган
ХПН	халқаро патентланмаган ном
ВҚД	вирусга қарши даво
хКФТ	ҳисоблаган коптокчалар фильтрация тезлиги
м/с	марта суткасига
КФТ	коптокчалар фильтрация тезлиги
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текшируви
СВГВ	сурункали вирусли гепатит В
СГВ	сурункали гепатит В
ЖЦ	жигар циррози

Таърифи

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

Патогенези

СВГВ нинг энг муҳим патогенетик бўғинлари:

- Гепатит – жигар биоптатада некрояллиғланишли ўзгаришлар мавжудлиги билан тавсифланувчи жигар тўқимасининг яллиғланиши.
- Сурункали вирусли гепатит В - ўткир инфекциядан кейин HBsAg нинг олти ой ёки ундан кўпроқ муддат персистенцияси
- Юқиш йўллари: онадан болага, парентерал, жинсий йўл билан
- Инфекция бир маромда кечмайди ва кетма-кет кузатилиши шарт бўлмаган бир неча маълум бўлган босқичларда кечади
- Бу босқичлар зардоб аминотрансферазалари, HBeAg, HBV ДНК концентрацияси ва янги биомаркерларнинг мажмуаси билан аниқланувчи вирусологик, серологик, клиник ва гистологик хусусиятлар билан белгиланади.

СВГВ босқичлари

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

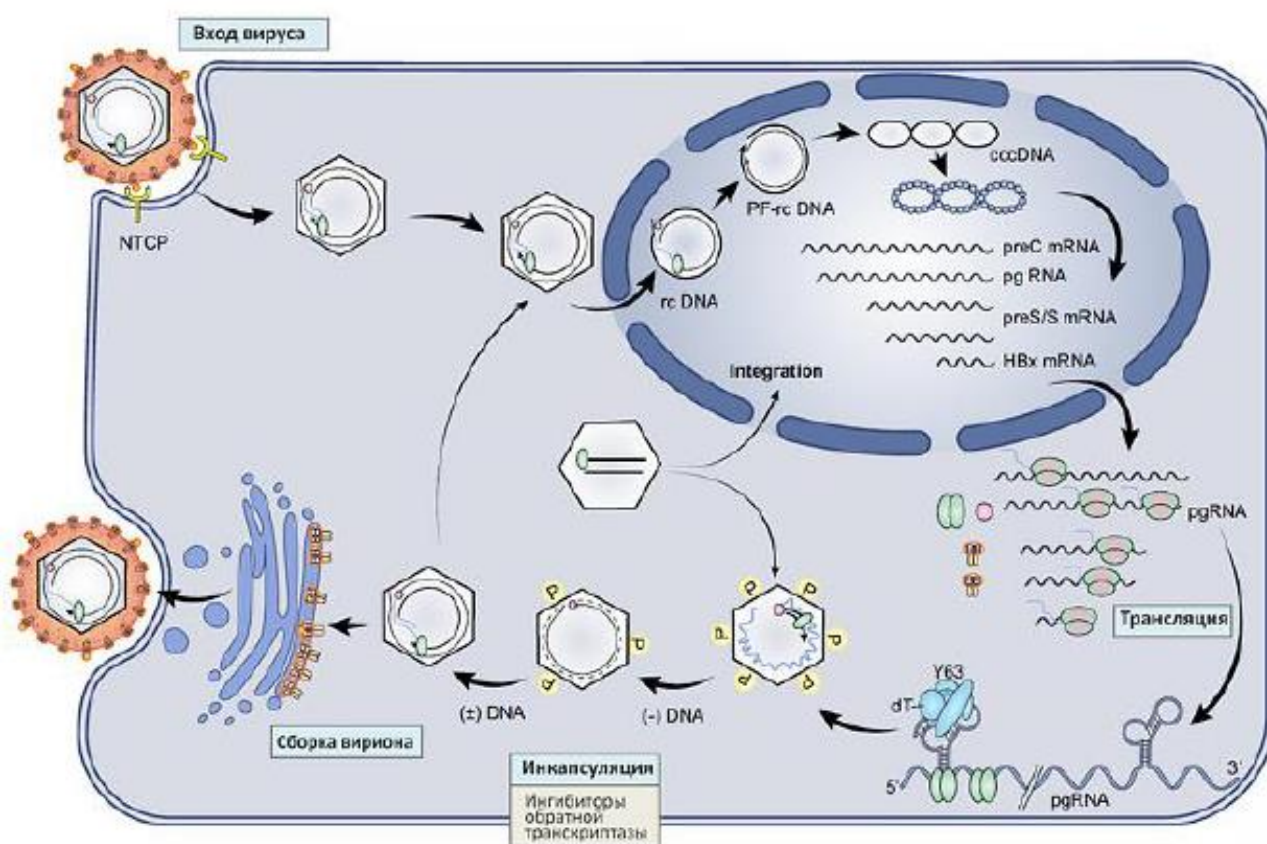
2. HBeAg-манфий босқич икки шаклда кечади.

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

Аксинча, HBeAg сероконверсияси HBeAg-манфий касаллик кечишига ўтишини кўрсатиши мумкин, бунда ядро олди ёки базал ядро промоторидаги мутациялар HBV репликацияси давом этаётганига қарамай, HBeAg ни сусайтиради. HBeAg-манфий касаллик зардобда АЛТ даражасининг ўзгариб туриши билан тавсифланади. HBeAg-мусбат инсонларга қараганда HBV ДНК миқдори пастроқ, ва одатда 10^3 дан 10^5 ХБ/мл гачани ташкил этади. HBsAg миқдори юқориликча қолиши мумкин (>1000 ХБ/мл). Шундай қилиб, HBeAg-манфий касаллик ўзгарувчан кечишга эга бўлиб, аномал ёки ўзгариб турадиган қон зардобдаги АЛТ ва HBV ДНК

даражаси, некрояллиғланишли ўзгаришлар ва жигар циррозига тезроқ ўтиши (йиллик частота 8-20%) кузатилади. Касалликнинг зўрайиши кузатилган инсонларда рецидивланувчи зўрайишлар ва оғир некрояллиғланишли ўзгаришлар билан кузатиловчи кўприксимон фиброз кузатилади.

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



1-расм. Вирусли гепатит В ҳаётий цикли

ХКТ 10/ХКТ 11 бўйича кодланиши

Сурункали вирусли гепатит В ХКТ-10 (В 18.0)	Сурункали вирусли гепатит В ХКТ-11 (1E51.1)
В18.0 Дельта агентли сурункали вирусли гепатит В В18.1 Дельта агентсиз сурункали вирусли гепатит В Гепатит В	1F01.0 Сурункали гепатит В 1F01.00 Сурункали гепатит В Одамнинг иммунтанқилик вируси коинфекцияси билан 1F01.0Y Бошқа сурункали гепатит В 1F01.0Z Сурункали гепатит В, аниқланмаган https://icd.who.int/ru

Сурункали вирусли гепатит В таснифи

Сурункали вирусли гепатит В

Ташхисни шакллантириш тамойиллари

Сурункали вирусли гепатит В

Яқуний ташхисни шакллантириш мисоли:

Сурункали вирусли гепатит В

Ташхисот

СВГВ ташхисоти қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

- шикоятларни аниқлаш ва анамнез йиғиш;
- объектив текширув;
- лаборатор-инструментал текширув усуллари: рутин биринчи босқичда ва мураккаб – текширувнинг иккинчи босқичида (кўрсатмалар бўйича);
- жигардан ташқари кўринишларни истисно қилиш;
- жигар ҳолатини баҳолаш (А)

Шикоятлар

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

Анамнез

Касаллик анамнезини йиғишда гепатит В вирусини юктириш хавф омилларини инобатга олиш керак (далиллар синфи/шкаласи 1С)

Гепатит В вирусини юктириш хавф омиллари

Гемотрансфузиялар

Органлар ва тўқималар трансплантацияси

Хавфли инвазив (нотиббий) муолажалар

Хавф гуруҳларига мансублик (психоактив моддаларни истеъмол қилувчилар, сурункали гемодиализдаги беморлар, онкогематологик касалликлар билан касалланган беморлар, ОИВ ва бошқа парентерал инфекциялар билан касалланганлар билан яшовчи шахслар, ВГВ билан касалланган шахсларнинг жинсий шериклари, тиббиёт ходимлари, ВГВ билан касалланган оналардан туғилган болалар, жигар функционал пробаларида ўзгаришлар бўлган шахслар.

Сурункали гепатит В нинг зўрайиш хавф омиллари

Кекса ёшда гепатит В вирустни юктириш

Алкоголни суиистеъмол қилиш

HDV суперинфекцияси

Гепатит С вируси билан коинфекция

ОИВ билан коинфекция

Иммуносупрессив ҳолатлар (кортикостероидлар, цитостатиклар билан даволаш)

Физикал текширув

Умумий кўрик тери ва шиллиқ пардаларнинг сариклигини аниқлаш, қорин бўшлиғини пальпация қилиш жигар ва талокнинг ҳажмини (катталашиши ёки кичрайиши) ва консистенцияни аниқлаш учун амалга оширилади. Жигар декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром).

Шарҳ: Физикал текширувда одатда ўзгаришлар аниқланмайди. Жигар циррози белгилари бўлиши мумкин (асцит, "жигар кафтлари", қорин девори веналарининг варикоз кенгайиши, шишлар, спленомегалия). Иммунитетга боғлиқ жигардан ташқари кўринишлар ривожланганда тегишли ўзгаришлар содир бўлади (далиллар синфи/шкаласи 1С).

Лаборатор ташхисот

Сурункали вирусли гепатит В га шубҳа қилинган барча беморларга қоннинг қуйидаги серологик текширувлари ўтказилади:

Қоннинг иммунофермент таҳлили

ВГВ инфекцияси учун скрининг ВГВ маркерларини аниқлашга асосланган бўлиши керак: HBsAg (ИФТ усулида сифатий, миқдорий таҳлил), anti-HBs, anti-HBc, HBeAg, anti-HBe. HBsAg мусбат бўлган барча беморларни HDV антитаналарига текшириш зарур (далиллар синфи/шкаласи 1 А).

Шарҳ. HBsAg скрининги аҳолининг умумий қатламида, айниқса юқори хавф гуруҳидаги шахслар ва ҳомиладор ёки туғиш ёшидаги аёллар орасида ўтказилиши керак.

HBsAg-мусбат инсонларда HDV антитаналарига такрорий текшириш клиник кўрсатма (масалан, аминотрансфераза ошиши ёки сурункали жигар касаллигининг ўткир декомпенсацияси) бўлганда ўтказилиши керак ва касалликни юктириш хавф гуруҳларидаги шахсларда ҳар йили ўтказилиши мумкин.

Реал вақт режимидаги полимераза занжирли реакция (ПЗР)

HBsAg мусбат бўлган барча беморларда HBV ДНКси ва унинг концентрациясини аниқлаш тавсия этилади (далиллар синфи/шкаласи 1 А).

Шарҳ: бу ташхисот, даволаш тўғрисида қарор қабул қилиш ва беморларни кейинги кузатиш учун зарур.

HBV ДНК даражасини аниқлаш учун реал вақт режимидаги полимераза занжирли реакциясининг (ПЗР) миқдорий усулларида фойдаланиш тавсия этилади, бу уларнинг юқори сезувчанлиги, спецификлиги, аниқлиги ва кенг динамик диапазон билан ифодаланади. Натижаларни таққослаш учун қон зардобидagi HBV ДНК концентрацияси ХБ/мл да ифодаланиши керак. Бир беморда вирусга қарши даво самарадорлигини баҳолаш учун бир хил тадқиқот усулидан фойдаланиш керак.

	HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	HBV ДНК
Эмлаш	--	+	--	--	--	--
Past-инфекция (реконвалесценция) иммунитет билан (шу жумладан, анамнезда ўткир ВГВ бўлганда)	--	+	+	--	±	--
Past-инфекция (реконвалесценция) иммунитетсиз	--	--	+	--	+	--
HBeAg (+) инфекция ёки гепатит	+	--	+	+	--	+
HBeAg (-) инфекция ёки гепатит	+	--	+	--	+	±
Оккульт ВГВ	--	±	+	--	±	±

Жигарнинг шикастланиш даражасини аниқлаш учун зарур:

Қоннинг биокимёвий таҳлили

СВГВ билан касалланган беморларга гепатоцитларнинг шикастланиш оғирлигини аниқлаш, жигар ва буйрак функцияларини баҳолаш учун қоннинг биокимёвий таҳлилини ўтказиш тавсия этилади (далиллар синфи/шкаласи 1А).

Шарҳ: Қондаги умумий билирубин, боғланган (конъюгирланган) билирубин, эркин (конъюгирланмаган) билирубин, аспартатаминотрансфераза ва аланинаминотрансфераза фаоллик даражасини, креатининни текшириш.

Шарҳ: гипербилирубинемия, цитолит синдромларини баҳолаш (аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансфераза фаоллиги). Аминотрансфераза даражаси ўзгариб туриши мумкин, АЛТ ва АСТни бир марта текшириш касаллик босқичини аниқ кўрсатмайди. АЛТ миқдори одатда АСТ дан юқори бўлади, аммо касаллик жигар циррозигача зўрайганда АСТ/АЛТ нисбати қарама қарши томонга ўзгариши мумкин.

Қоннинг умумий таҳлили, коагулограмма

СВГВ билан касалланган барча беморларда қоннинг умумий таҳлили тромбоцитлар саналган ҳолда ўтказилиши керак (далиллар синфи/шкаласи 1 С).

Қон ёки плазмада протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш. Жигар белгилари ва синдромларининг мавжудлиги ва ифодаланганлигини баҳолаш учун халқаро меъёрлаштирилган нисбатни (ХМН) аниқлаш.

Шарҳ: жигар етишмовчилигини баҳолаш, қонда ёки плазмада протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, халқаро меъёрлаштирилган нисбат (далиллар синфи/шкаласи 1 С).

Инструментал таҳсисот

СВГВ билан касалланган барча беморларда қорин бўшлиғи (комплексли) ва қорин пардаси орти бўшлиғи аъзоларининг **УТТ текширувини ўтказиш** жигар циррози ва ГЦК белгиларини аниқлаш учун тавсия этилади (далиллар синфи/шкаласи 1А).

Шарҳ: Қорин бўшлиғи ва қорин парда орти бўшлиғининг УТТ текшируви жигарнинг шикастланиш босқичини, ГЦК, портал гипертензия белгилари (талокнинг катталашиши, портал тизим веналарнинг кенгайиши), асцитни таххислаш, ошқозон-ичак трактининг ёндош патологиясини истисно қилиш учун амалга оширилади, бу эса, баъзи ҳолатларда касалликнинг босқичини ва даволаш тактикасини аниқлашда ҳал қилувчи бўлиши мумкин. СВГВ натижасида юзага келган жигар циррози ва ГЦК белгиларсиз кечиши мумкин ва УТТ ёрдамида аниқланиши мумкин.

Жадвал. Гепатит В биомаркерлари

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

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

Жигар эластометрияси (фибросканирлаш)

Жигар фибрози босқичининг ноинвазив ташхисотини ўтказиш тавсия этилади (жигар эластометрияси, агар мавжуд бўлмаса - зардоб ҳисоблаш тестлари APRI, FIB-4) (далиллар синфи/шкаласи 1 А).

Шарҳ: ноинвазив ташхисот фиброз босқичини юқори аниқликда аниқлаши мумкин. Бунинг жигарнинг эластометрияси (фибросканирлаш) (валидизацияланган ускунада бажарилиши керак) ёки зардоб тестлари ёрдамида амалга ошириш мумкин. Агар эластометрия мавжуд бўлмаса, лаборатор текширувлар натижаларига кўра, ҳисобланган кўрсаткичлардан фойдаланиш мумкин (APRI, FIB-4 индексларини ҳисоблаш).

Фиброз босқичини жигар эластометрияси бўйича аниқлаш (Метавир шкаласи)

F0 - Фиброз мавжуд эмас

F1 - Септаларсиз фиброз

F2 - Ягона септалар кузатилган фиброз

F3 - Циррозсиз кўпгина септали фиброз

F4 - Цирроз кузатилган кўпгина септали фиброз

Жадвал. СВГВ билан касалланган беморларни текшириш учун стандарт тестлар*

Лаборатор текширувлар
Қоннинг иммунофермен таҳлили – HBsAg ни аниқлаш
Реал вақт режимидаги полимераза занжирли реакция (ПЗР) - ДНК HBV ва унинг концентрациясини аниқлаш
Жигар функциясининг кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин)
Қоннинг умумий таҳлили тромбоцитларни ҳисоблаган ҳолда
Инструментал текширувлар
Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ
Жигарнинг билвосита эластометрияси (фибросканирлаш)

АЛТ— аланинаминотрансфераза, АСТ— аспартатаминотрансфераза,

*Зарур шароит ва моддий-техник жиҳозлар бўлмаган тақдирда, стандарт лаборатор ва инструментал текширув усуллари юқори даражадаги тиббиёт муассасасида ўтказилиши мумкин.

СВГВ билан касалланган беморларни текшириш учун қўшимча тестлар

Ифодаланган ва оғир жигар фибрози (F3-F4) кузатилган СВГВ билан касалланган барча беморларга ГЦК ни эрта ташхислаш учун қон зардобиди альфа-фетопроtein (АФП) даражасини текшириш тавсия этилади (даллилар синфи/шкаласи 1 А).

Шарҳ: ЖЦ босқичида ГЦК ривожланиш хавфи йилига тахминан 1-5% ни ташкил қилади. ГЦК ташхиси қўйилгандан кейин биринчи йил ичида ўлим эҳтимоли 33% ни ташкил қилади.

Ноинвазив ташхисот маълумотлари ноаниқ бўлган СВГВ билан касалланган барча беморларга жигарнинг пункцион биопсиясини ўтказиш тавсия этилади (даллилар синфи/шкаласи 1 А)..

Шарҳ: Жигар биопсияси беморни даволашда ёки жигар касаллигини ва босқичларини баҳолашда ёрдам бериши мумкин бўлган ҳолларда, агар клиник белгилар ёки билвосита маълумотлар касалликнинг табиати, унинг фаоллиги ва жигар паренхимасидаги ўзгаришлар даражасини мутлақо аниқ баҳолашга имкон бермаганда тавсия этилади..

ЭФГДС: эзофагогастродуоденоскопия

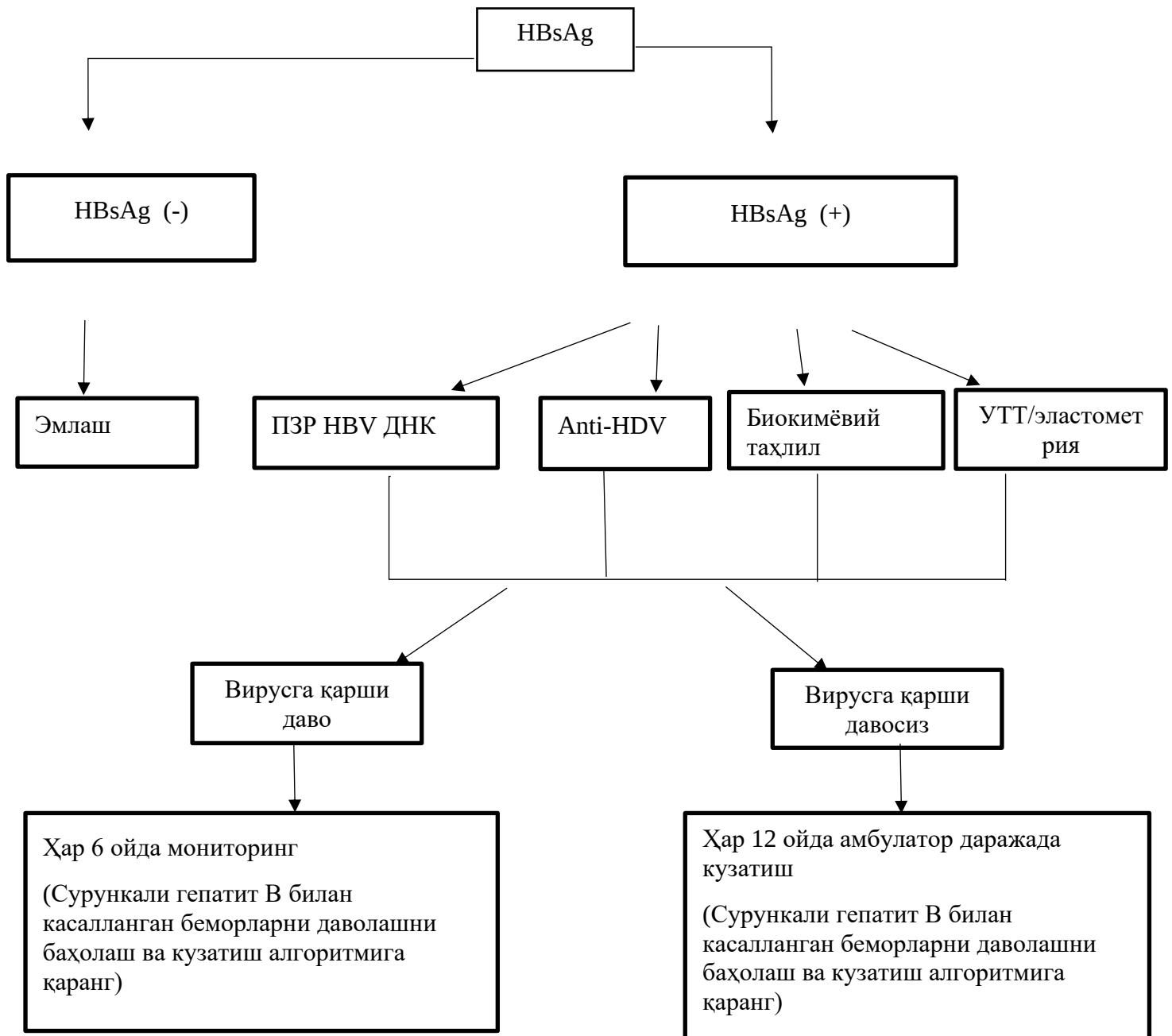
Ошқозон-ичак трактининг ўткир патологиясини аниқлаш учун қорин оғриғи ва "кофе қуйқалари" кўринишидаги қусиш кузатилган беморларга эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) текшируви тавсия этилади.

Шарҳ: қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун амалга оширилади.

Жадвал. СБГВ билан касалланган беморларни текшириш учун қўшимча тестлар

Текширув тури	Кўрсатма (интерпретация)
Альфа-фетопроtein (АФП) миқдорини текшириш	Ифодаланган ва оғир жигар фибрози (F3-F4) кузатилган СБГВ билан касалланган барча беморлар. Қонда алфа-фетопроtein миқдорининг ошиши жигар циррози (ЖЦ) билан касалланган беморларда ГЦК ривожланиши учун хавф омилidir. Сурункали вирусли гепатитларда жигарнинг фиброз даражаси ва АФП миқдори ўртасида бевосита боғлиқлик аниқланган.
Жигарнинг пункцион биопсияси	Ноинвазив таъхисот ноаниқ маълумотлар олинганда, беморни кузатиш ва тактикани аниқлаш (ЖЦ ҳолатида) учун тери орқали жигар биопсиясини ўтказиш тавсия этилади.

Вирусли гепатит В да ташхисот ҳаракатлар алгоритми



СВГВ ни даволаш

СВГВ ни номедикаментоз даволаш

- чекишни ташлаш;
- спиртли ичимликлар ва бошқа ёмон одатлардан воз кечиш;
- рационал овқатланиш - касалланиш вақтида Певзнер бўйича 5/5а парҳез столлари;
- жисмоний фаоллик, ҳаракатсиз турмуш тарзидан қочиш;
- рационал овқатланиш тамойилларига риоя қилиш; ортиқча вазн ёки семизлик бўлса - гипокаллорияли парҳез;
- етарли суюқлик истеъмол қилиш (кунига 2-3 литргача);
- зўрайиш хавф омилларини минималлаштириш (алкогол, гепатотоксик дорилар, шу жумладан биологик фаол қўшимчаларни истисно қилиш).

СВГВ ни медикаментоз даволаш

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

Этиотроп давонинг мақсади

СГВ да вирусга қарши давонинг мақсади:

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

ВҚД самарадорлигининг билвосита кўрсаткичлари:

- қон зардобидида АЛТ даражасининг меъёрлашиши (жигардаги некрояллиғланишни бартараф этиш учун билвосита чора сифатида)
- ВГВ ДНК даражасининг аниқланмайдиган қийматгача камайиши
- HBeAg йўқолиши ёки сероконверсия.

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

С2	ВГВ ДНК ёки АЛТ даражасидан катъий назар, APRI >0,5 ёки транзитор эластография қиймати >7 кПа асосида ифодаланган фиброз (>F2b) белгилари ёки клиник мезонларга (ёки APRI >1 ёки транзитор эластография қиймати >12,5 кПаб) асосида жигар циррозини (F4) исботлаш.
С2	Гепатит В вируси ДНКси >2000 ХБ/мл ва АЛТ даражаси меъёрнинг юқори чегарасидан (МЮЧ) юқори. Ўсмирлар учун бу 6 ойдан 12 ойгача бўлган даврда камида икки марта АЛТ>МЮЧга асосланган бўлиши керак.
В	ДНК ВГВ >20 000 ХБ/мл

B	Ёндош инфекцияларнинг мавжудлиги (ОИВ, гепатит D ёки гепатит C); оилада жигар саратони ёки циррози мавжудлиги; иммуносупрессия (масалан, узок муддат стероидларни қабул қилиш, паренхиматоз орган ёки ўзак хужайралар трансплантацияси); ёндош касалликлар (масалан, диабет ёки метаболик дисфункция билан боғлиқ стеатотик жигар касаллиги); ёки APRI ёки HBV ДНК ёки АЛТ даражасидан қатъий назар, жигардан ташқари кўринишлар (гломерулонефрит ёки васкулит кабилар)
B	АГАР ВГВ ДНК ТАҲЛИЛИГА ИМКОНИЯТ БЎЛМАСА: APRI кўрсаткичидан қатъий назар, АЛТнинг доимий юқори даражаси (6-12 ой давомида ноаниқ оралиқларда МЮЧ дан АЛТнинг икки қиймат юқори бўлиши сифатида белгиланади). HBsAg миқдори >1000 ХБ/мл бўлган барча беморларга вирусга қарши даволашни бошлаш тавсия этилади
C2	Ламивудин, энтекавир, адефовир ёки телбивудинга қарши резистентлиги тасдиқланган ёки шубҳа қилинганлиги сабабли даволаш самарасиз бўлган шахслар (қабул қилганлик анамнези асосида) тенофовир дисопроксил фумаратга ўтиши тавсия этилади. <i>Шарҳ.</i> Бугунги кунга келиб, гепатит В ни даволашда TDF ёки TAF қўлланганда резистентлик ҳолатлари ҳақида кам маълумотлар мавжуд. Агар бирламчи жавоб кузатилмаса, даволанишга риоя қилиш даражасини ошириш ва назорат қилиш керак. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда дориларнинг альтернатив схемасига ўтиш учун ҳеч қандай кўрсатмалар йўқ

СГВ да биринчи қатордаги вирусга қарши даво

B	Резистентликка паст генетик тўсиққа эга бўлган нуклеозид аналоглари (ламивудин, адефовир ёки телбивудин) дорилар резистентлигига олиб келиши мумкин ва ТАВСИЯ ЭТИЛМАЙДИ.
A1	НВеAg-мусбат СГВ билан касалланган беморларни даволаш учун биринчи қатордаги танлов дорилари энтекавир, тенофовир, тенофовир алафенамид ҳисобланади.
B	Вирусга қарши давога кўрсатма бўлган барча катталар ва болалар (2 ёш ва ундан катта) учун дориларга чидамлилиги юқори генетик тўсиққа эга бўлган нуклеоз(т)ид аналоглари - тенофовир дизопроксил фумарат (TDF) ёки энтекавир (ETV) - афзал схемалар сифатида тавсия этилади. Альтернатив схемалар сифатида TDF + ламивудин (3TC) ёки TDF + эмтрицитабин (FTK) (TDF монотерапияси мавжуд бўлмаганда) тавсия этилади.

B	Энтекавир (ETV) ёки тенофовир алафенамид (TAF) (агар мавжуд бўлса) остеопороз таъхисини тасдиқланган ва/ёки буйрак функцияси бузилишлари бўлган инсонларга, шунингдек, болаларга (ETV икки ёш ва ундан катталар учун) ёки ўсмирларга (TAF 12 ёш ва ундан катталар учун) вирусга қарши давога кўрсатма бўлганда альтернатив схемалар сифатида тавсия этилади.
	<i>Шарҳ: TAF ҳисобланган коптокчалар филтрация тезлиги (хКФТ) < 15 мл/мин бўлганда тавсия этилмайди.</i>

Давони бошлашдан олдин мониторинг

C2	Вирусга қарши даво бошлашдан олдин, буйрак дисфункциясининг ривожланиш хавфини баҳолаш ва буйрак функциясини ўлчаш амалга оширилиши мумкин. Тенофовир диспроксил фумарат билан узок муддат даволанаётган инсонларнинг буйрак функцияси ва болалар бўйининг ўсиши ҳар йили диққат билан мониторинг қилиниши керак.
-----------	---

- Жигар касаллигининг оғирлигини баҳолашда анамнез, физикал текширув, жумладан, гепатомегалия ва спленомегалия мавжудлиги, АЛТ, АСТ, ИФ, умумий билирубин ва умумий кон таҳлили, шу жумладан, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш керак. АСТ даражаси ва тромбоцитлар сонини аниқлаш жигар касаллигининг босқичини аниқлаш учун APRI ни ҳисоблаш имконини беради. Жигарнинг синтетик функциясини зардоб альбумини ва протромбин вақти ёки халқаро меъёрлаштирилган нисбат ёрдамида баҳолаш керак. СГВ билан касалланган инсонлардан жигар билан боғлиқ белгилар мавжудлиги ҳақида ҳам сўраш керак, гарчи зўрайиб боровчи касаллик белгиларсиз кечиши мумкин.
- Вирус репликацияси даражаси зардобда ВГВ ДНК миқдорини (агар ВГВ ДНК текширув имкони мавжуд бўлса) ва/ёки HBeAg ва анти-HBe серостатусини (агар текширув имкони мавжуд бўлса) аниқлаш орқали баҳоланиши керак.
- Ёндош касалликлар мавжудлигини баҳолаш ОИВ, ВГС ёки ВГД билан коинфекцияни, глюкозага толерантликнинг бузилишини, дислипидемия, жигарнинг стеатотик касаллиги билан боғлиқ метаболик дисфункцияси, жигарнинг алкоголь касаллиги ва дорилар ёки токсинлар туфайли кузатилган шикастланиши, ГЦКга скринингни (F3-F4 мавжуд бўлса) ўз ичига олиши керак. Оилада ГЦКнинг мавжудлиги ва дори-дармонларни қабул қилишни ҳам ўрганиш керак.
- Скрининг ва профилактика чора-тадбирлари HBsAg учун скринингни ўз ичига олади. HBsAg аниқланмаган оила аъзолари ВГВ га қарши эмланиши керак, шунингдек, ВГВ юқишини камайтириш бўйича бошқа умумий чоралар амалга оширилиши керак.
- Стеатоз мавжуд инсонларни кузатиш жигар фиброзини баҳолаш ва мониторингини ўз ичига олади. Турмуш тарзини ўзгартириш вазни камайтириш, мунтазам жисмоний машқлар ва спиртли ичимликлар, шакарли ичимликлардан воз кечишни, шунингдек метаболик дисфункцияни (қандли диабет, семизлик ва дислипидемия) коррекциялашни ўз ичига олиши мумкин.

- Даволашни бошлашга тайёргарлик жараёнида СГВ билан касалланган инсонлар даволанишга кўрсатмалар, шу жумладан, эҳтимолли фойда ва ножўя таъсирлар, узоқ муддатли даволанишга тайёрлиги ва даволаш мобайнида ҳам, даволашдан кейин ҳам кузатиш, даволашнинг самарали бўлиши ва дори-дармонларга чидамлилиқ хавфини камайтириши учун (ва тўсатдан даволанишни тўхтатиш ўткир жигар етишмовчилигига олиб келиши мумкин) даволашга тўлиқ риоя қилиш муҳимлиги ҳақида хабардор қилиниши керак.
- Буйрак дисфункцияси ривожланишининг бошланғич хавфини баҳолаш ва буйрак функциясини ўлчаш вирусга қарши даволи бошлашдан олдин ва мониторинг давомида, айниқса, тенофовирга асосланган схема қўлланилса, кўриб чиқилиши керак.

ГЦК мавжуд беморларга этиотроп даволи буюриш хусусиятлари

Ҳар олти ойда қорин бўшлиғини УТТ ва альфа-фетопротеин таҳлили билан ГЦКни мунтазам равишда кузатиш тавсия этилади:

- ёши ёки бошқа хавф омилларидан қатъий назар, жигар циррози билан касалланган инсонлар; (B)
- оила анамнезида ГЦК мавжуд инсонлар; (B)
- 40 ёшдан ошган ва ВГВ ДНК даражаси $>20\,000$ ХБ/мл бўлган инсонлар (ВГВ ДНК га таҳлил мавжудлигида); (C2)

Буйрак функциясини баҳолаш ва мониторинги

Ҳисобланган креатинин клиренси ёки коптокчали филтрация тезлиги (хКФТ) билан даволашни бошлаётган инсонлар учун	
	Ҳисобланган креатинин клиренси ёки коптокчали филтрация тезлиги (хКФТ) <50 мл/мин ёки буйрак дисфункцияси хавф омиллари, жумладан, кекса ёш, қандли диабет, назоратланмайдиган гипертензия ёки оғир остеопения ёки остеопороз билан даволашни бошлаётган инсонлар учун ETV ёки TAF ни (тенофовир алафенамид) қўллашни кўриб чиқиш керак.
	Тенофовирни нефротоксик дорилар (аминогликозидлар, амфотерицин В, фоскарнет, ганцикловир, ванкомицин ва цидофовир) билан бир вақтда қўллашдан йироқ бўлиш керак, чунки буйрак функциясининг пасайиш хавфи ортади.
	Нуклеоз(т)ид аналоглари билан даволашда буйраклар фаолиятини мониторинг қилиш қуйидагиларни ўз ичига олиши керак: сийдикда протеинурия ва гликозурия миқдорини ўлчаш (қандли диабет йўқлигида ёки қонда глюкоза миқдорининг яхши назоратида), зардобда креатининни аниқлаш, хКФТнинг пасайиши, зардобда фосфат даражаси, сийдикда оқсилни аниқлаш. Тенофовир қабул қилаётган болалар бўйини ўлчаш керак. Буйрак функцияси меъёрида бўлган шахслар учун минимал мониторинг хКФТ учун креатинин миқдорини ҳар йили ўлчашни ўз ичига олиши керак.

	Нуклеоз(т)ид аналоглари билан даволаш пайтида буйрак мониторинги частотаси буйрак функцияси бузилишининг хавф омиллари мавжудлигига боғлиқ ва хавфи юқори бўлган инсонларда тез-тез ўтказилиши керак. • Буйрак токсиклиги хавфи юқори бўлган инсонлар: ҳар олти ойда бир марта ёмонлашув белгилари бўлмаса. • Креатинин клиренси <50 мл/мин бўлган инсонларда буйракни пухта мониторинг қилиш тавсия этилади.
	Агар даволаш пайтида креатинин клиренси 50 мл/мин дан пастга тушса ёки буйрак функцияси кескин пасайса, TDF (тенофовир дисопроксил фумарат) дозаси оралиғини тўғирлаш ёки ETV ёки TAF га (тенофовир алафенамид) ўтказиш ҳақида ўйлаб қўриш керак.
	Агар суяк синиш туфайли суяк тўқимасининг минерал зичлигининг пастлиги аниқланса ёки шубҳа қилинса, тегишли текширувларни ўтказиш ва TDF ни ETV ёки TAF га алмаштириш учун маслаҳат олиш керак.

Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида СВГВ нинг кечиши хусусиятлари

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

Эмлаш	
В	Барча чакалоқлар гепатит В га қарши вакцинанинг биринчи дозасини туғилгандан кейин имкон қадар тезроқ, 24 соат ичида олиши керак. Туғилгандан кейин 24 соат ичида гепатит В га қарши вакцинани олиш барча эмлаш дастурлари самарадорлигининг кўрсаткичи бўлиши керак ва ҳисобот ҳамда мониторинг тизимлари эса, туғилиш вақтида доза маълумотларининг сифатини яхшилаш учун кучайтирилиши керак. Бирламчи эмлаш сериясини якунлаш учун туғилганда олинadиган дозадан кейин икки ёки учта қўшимча дозаларни олиш керак. Ҳомиладор аёллар ва ўсмир қизлар ўртасида HBsAg ни текшириш. Барча ҳомиладор аёллар ОИВ, сифилис ва гепатит В юзаки антигенига (HBsAg) камида бир марта имкон қадар ҳомиладорликнинг эрта даврида текширилиши керак.

Болалар ва ўсмирларга этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

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

Болалар ва ўсмирларда вирусга қарши дорилар дозаси

Дори	Беморлар гуруҳи	Доза
ETV ^a	Вазн <30 кг	0,015 мг/кг кунига 1 марта (максимал 0,5 мг кунига)
	Вазн ≥30 кг	0,5 мг кунига 1 марта
TDF ^b	Ёш ≥2 лет	8 мг/кг кунига 1 марта (максимал 300 мг кунига)
	Ёш ≥12 лет	300 мг кунига
TAF ^c	Ёш ≥12 лет	25 мг кунига 1 марта

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

^b TDF: ЕМА (Дори воситалари бўйича Европа агентлиги) TDF ни СГВ бўлган икки ёш ва ундан катта болалар учун маъқуллаган, FDA (Озиқ-овқатлар ва дорилар сифатининг санитар назорати идораси) эса, уни 10 кг дан ортиқ бўлган вазндаги икки ёш ва ундан катта болалар учун маъқуллаган.

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

Этиотроп даволаш вақтида мониторинг

Даво олаётган ёки ҳали даво олмаётган СГВ билан касалланган шахсларнинг даволанишга жавобини кузатиш ва мониторинг қилиш.

Даво олаётган шахсларни йилига камида бир марта кузатиш тавсия этилади:	
В	Ҳар 6 ойда касалликнинг босқичини ва жигар фибрози ёки циррознинг зўрайишини баҳолаш учун ноинвазив текширувларни (APRI шкаласи ёки транзитер эластография) ўтказиш.
В	АЛТ (ва APRI учун АСТ), ДНК ВГВ даражалари ёки HBeAg/анти-HBe скрингини ўтказиш.
В	Ҳар 6 ойда ва/ёки ҳар бир ташрифда мунтазам равишда даволаш режимига риоя қилишни назорат қилиш керак. Шарҳ: Вирусга қарши давонинг бирламчи самарасизлиги уч ой давомида вирусга қарши дорининг ВГВ ДНК даражасини $1 \times \log_{10}$ ХБ/мл дан ортиқ пасайтира олмаслиги сифатида аниқланиши мумкин. Вирусга қарши давонинг иккиламчи самарасизлиги, дастлаб самарали вирусга қарши даво олган беморларда (зардобда ВГВ ДНК даражаси $>1 \times \log_{10}$ ХБ/мл пасайиши билан тавсифланади) 3 ой ўтгач ВГВ ДНК даражаси бошланғич даражасидан $>1 \times \log_{10}$ ХБ/мл ошганда гумон қилиниши мумкин. ВГВ ДНК текширувини ўтказиш имкони бўлмаган шароитларда вирусга қарши давонинг самарасизлиги қон зардобдаги аминотрансфераза (АЛТ) даражасининг ошиши ва/ёки дорини қабул қилиш фонида жигар касаллигининг зўрайиш белгилари сифатида аниқланиши мумкин.

В	Қисман вирусологик жавоб ВГВ ДНК даражасининг $>1 \times \log_{10}$ ХБ/мл пасайиши, лекин 12 ойдан кейин ВГВ ДНК аниқланиши билан белгиланади.
В	Вирусологик рецидив даволаш давомида эришилган ВГВ ДНК нинг энг паст даражасига нисбатан ВГВ ДНК даражасининг $>1 \times \log_{10}$ ХБ/мл тасдиқланган ошиши сифатида аниқланади, бу АЛТ фаоллигининг ошиши билан намоён бўладиган биокимёвий рецидивдан олдин кузатилиши мумкин.
В	НВeAg серологик жавоби – бу НВeAg сероконверсияси, яъни НВeAg даражасининг пасайиши ва анти-НВe пайдо бўлиши (фақат НВeAg мусбат беморларда).
В	НВsAg серологик жавоби - НВsAg элиминацияси ва сероконверсияси, яъни НВsAg даражасининг пасайиши ва анти-НВs пайдо бўлиши (барча беморлар учун). Биокимёвий жавоб анъанавий 40 ХБ/мл га тенг бўлган АЛТ даражасининг меъёрлашиши орқали аниқланади. Гистологик жавоб дастлабки маълумотларга нисбатан фиброз кучаймасдан яллиғланиш-некротик жараён фаоллигининг пасайиши сифатида аниқланади.
С	Даволашни тез-тез мониторинг қилиш (биринчи йилда ҳар 3-6 ойда) қуйидаги ҳолатларда амалга оширилиши мумкин: • касалликнинг сўнгги босқичларида (компенсирланган ёки декомпенсирланган жигар циррози) бўлган шахслар; • даволанишнинг биринчи йилида даволанишга риоя қилиш ташвиш туғдирадиган ҳолларда, даволанишга жавобни ва даволанишга риоя қилишни баҳолаш; • ОИВ коинфекцияси бўлган шахсларда; • буйрак етишмовчилиги бўлган шахслар.

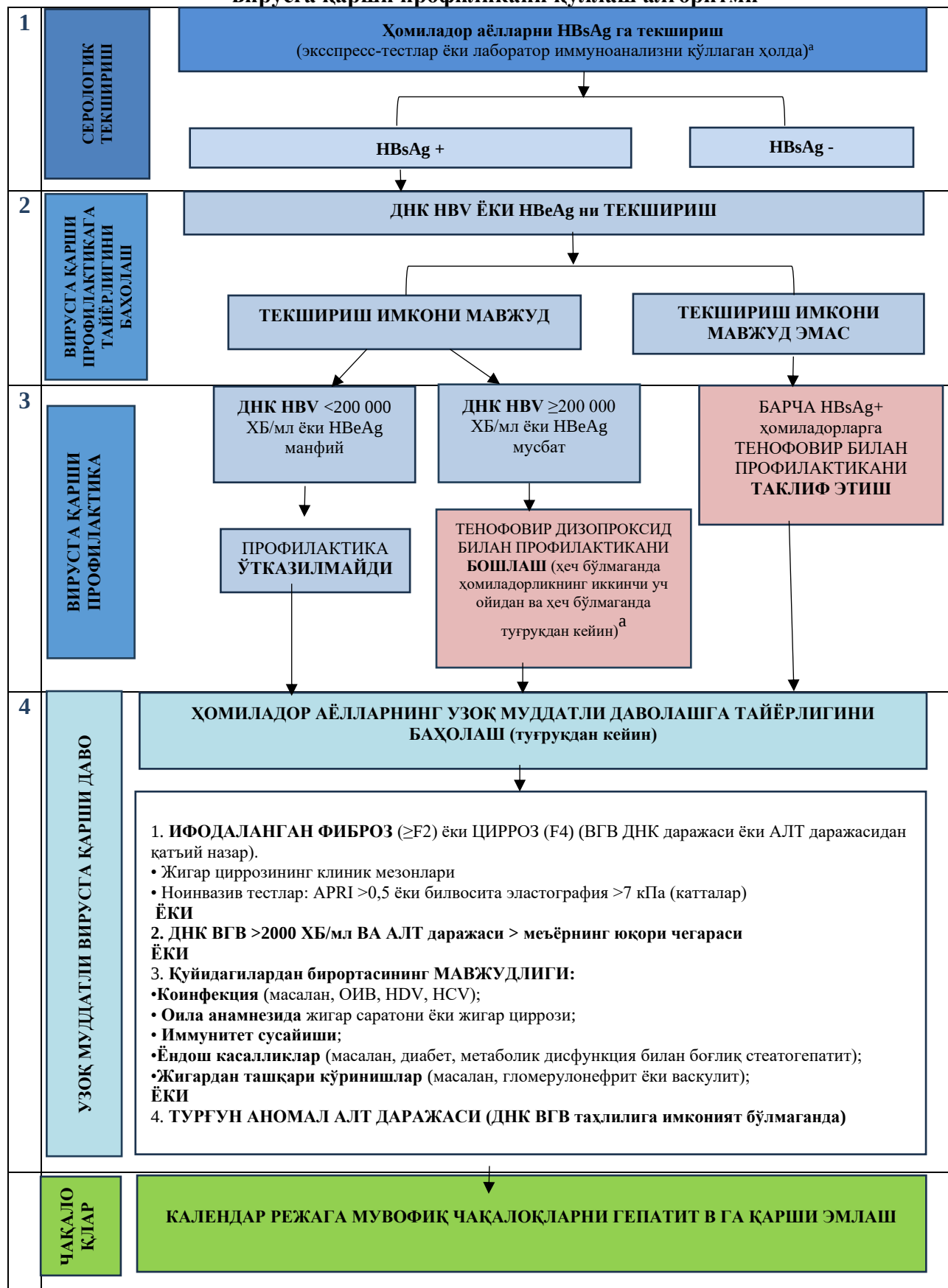
Даво олмаётган шахсларни кузатиш	
С	Ҳозирги вақтда вирусга қарши даво мезонларига жавоб бермайдиган шахслар (зардобда аминотрансфераза натижалари турғун равишда меъёрда ва ВГВ ДНК даражаси 2000 ХБ/мл дан паст (ВГВ ДНК текшируви имкони мавжуд бўлса)) ёки даволанишни кечиктириш истагини билдирган инсонларни ҳар йили (12 ойда 1 марта) касалликнинг зўрайишини ва АЛТ ва ВГВ ДНК даражасини аниқлаш мақсадида кузатилиши керак.
Нуклеозид аналоглари хавфсизлигининг мониторинги	
С	Вирусга қарши давони бошлашдан олдин, буйрак дисфункцияси ривожланиш хавфини баҳолаш ва буйракнинг функциясини аниқлаш мумкин.
С	Тенофовир дизопроксил фумаратни узоқ муддат қабул қилаётган инсонларда ҳар йили буйрак функцияси ва болалар бўйи ўсиши пухта мониторинг қилиниши керак.

Вирусга қарши даवони қачон тўхтатиш ва қайта бошлаш керак

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

Даволаш самарасизлигида иккинчи қатордаги вирусга қарши даво	
В	Ламивудин, энтекавир, адефовир ёки телбивудинга қарши резистентлик (олдин қабул қилган ВҚДга бирламчи жавоб йўқлиги асосида) туфайли даволаш самарасизлиги исботланган ёки шубҳа қилинган инсонлар учун тенофовир дизопроксилфумаратга ўтиш тавсия этилади.
А	Вирусга қарши дориларга чидамлилиги тасдиқланган ёки шубҳа қилинган беморлар дорини ичишга риоя қилиши бўйича кузатилиши керак.
В	Ҳозирги вақтда даволашнинг альтернатив схемасига ўтиш учун кўрсатмалар йўқ.

**СГВ мавжуд ҳомиладор аёлларда вирус онадан болага юқишининг олдини олиш учун
вирусга қарши профиликани қўллаш алгоритми**



^а Ҳомиладорлик даврида камида бир марта ва имкон қадар эрта муддатда. HBsAg ни аниқлаш учун текшириш ОИВ, сифилис ва HBsAg учун учта текширув учталик элиминация ташаббуси доирасида ўтказилиши керак. ^б Ҳомиладор онанинг HBsAg статусидан қатъий назар, бола туғилганда тезда (24 соат ичида) ва кейинчалик 2-чи ёки 3-чи дозани юбориш орқали гепатит В га қарши ўз вақтида эмлаш керак.

Сурункали гепатит в билан касалланган шахсларни даволаш ва кузатишни баҳолаш алгоритми

HBsAg мусбат

БЕҲЛАМЧИ БАҲОЛАШ

ДАВОЛАШДАН ОЛДИН ТЕКШИРУВ:

1. **Жигар касаллигининг оғирлигини** ноинвазив тестлар УТТ ва ёки (APRI ёки транзитор эластография) ёрдамида текшириш
2. **АЛТ ва ДНК ВГВ даражаси**
3. **Анамнез:** коинфекциялар мавжудлигига скрининг (масалан, ОИВ, HDV ёки HCV), ёндош касалликлар (масалан, диабет, жигар стеатоз), иммунитетнинг сусайиши (масалан, узок муддат стероидларни қабул қилиш, трансплантациялар), жигардан ташқари кўринишлар (масалан, гломерулонефрит, васкулит) ёки оила анамнезида жигар саратони ёки жигар циррози

КУЗАТИШ БЎЙИЧА УМУМІЙ ЧОРАЛАР

1. **Турмуш тарзи бўйича маслаҳатлар**, масалан, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, пархез ва жисмоний фаоллик
2. **Даволашни бошлашга тайёргарлик**, масалан, даволаш режимига риоя қилишни қўллаб-қувватлаш, буйрак дисфункцияси хавф омиллари ва буйрак функциясининг ҳолати (кўрсатмаларга мувофиқ)
3. **Профилактика чора-тадбирлар**, масалан, оила аъзоларини HBsAg га текшириши, шунингдек, жинсий алоқада бўлганларни ва HBsAg манфий натижадан кейин ушбу тоифадагиларни гепатит В га қарши эмлаш.

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

ВҚД

ИФОДАЛАНГАН ФИБРОЗ (F2) ёки ЦИРРОЗ (F4) (ВГВ ДНК даражаси ёки АЛТ даражасидан қатъий назар).

- Жигар циррозининг клиник мезонлари
- Ноинвазив тестлар: **APRI >0,5 ёки транзитор эластография >7 кПа** (катталар)^е

ёки

ДНК ВГВ >2000 ХБ/мл ва АЛТ даражаси > Меъёрнинг юқори чегараси^е

ёки

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

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

ёки

ДНК HBV таҳлиliga имкон йўқлигида АЛТ НИНГ ТУРҒУН АНОМАЛ ДАРАЖАСИ^г

ВИРУСГА ҚАРШИ ДАВОНИ БОШЛАШ ВА КУЗАТИШ^г

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

АЛТ
турғун меъёрда^{г,г}

ва

ДНК ВГВ >2000
ХБ/мл

ва

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

ДАВОЛАШНИ
КЕЧИКТИРИНГ ВА
КУЗАТИНГ

ВИРУСГА ҚАРШИ
ДАВО СХЕМА СИ

МОНИТОРИНГ^г

Ҳар 6 ойда КУЗАТИШ (АФП –ва УТТ) (жигар циррози мавжуд шахслар ёки оила анамнезида жигар циррози ва саратони мавжуд шахслар)

- Ҳар бир ташрифда даволаниш режимига риоя қилиш
- Ноинвазив тестлар (APRI ёки транзитор эластография)
- АЛТ ва ДНК ВГВ даражаси
- Буйрак функцияси мониторинги (креатинин) кўрсатмалар бўйича

аниқлаш учун экспресс тестлар ва буйрак дисфункцияси хавф омиллари (декомпенсирланган цирроз, креатинин клиренси <50 мл/мин, ёмон назорат қилинувчи гипертензия, протеинурия, назорат қилинмайдиган диабет), фаол гломерулонефрит, бир вақтда нефротоксик дориларни қўллаш, паренхиматоз органлар трансплантацияси, кекса ёш, тана вазни индекси (ТВИ) <18,5 кг/м² (ёки тана вазни <50 кг), бир вақтда нефротоксик дорилар ёки ОИВ да кучайтирилган протеаза ингибиторлерини қўллаш). Буйрак дисфункцияси хавфи юқори бўлган шахслар учун мониторинг тез-тез ўтказилиши керак.

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

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

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

^g Ҳомиладор аёллар туғруқдан кейин қайта текширувдан ўтиши керак.

^h СГВ билан касалланган барча шахслар ҳар 12 ойда текширувдан ўтиши керак ва даволашни тўхтатгандан сўнг ГЦК мониторинги ўтказилиши керак. Ёки даволаш режимида ривож қилинмаса.

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

Дори	Креатинин клиренс (мл/мин)			
	>50	30–49	10–29	<10
				Гемодиализ ёки узлуксиз амбулатор перитонеал диализ
TDF^b	Бир таблетка 300 мг ҳар 24 соатда	Бир таблетка 300 мг ҳар 48 соатда	Бир таблетка 300 мг ҳар 72–96 соатда	Ҳар етти кунда 300 мг 1 таблетка ёки диализ тугагандан 12 соатдан кейин 300 мг 1 таблетка
ETV^d	0,5 мг кунига бир марта	0,25 мг кунига бир марта	0,5 мг кунига бир марта	0,25 мг кунига бир марта
ETV (жигарнинг декомпенсирланган касаллиги)	1 мг кунига бир марта	0,5 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 48 соатда	0,3 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 72 соатда	0,1 мг кунига бир марта ЁКИ 1 мг ҳар 7 кунда

TAF	25 мг перорал кунига бир марта	25 мг перорал кунига бир марта	25 мг перорал кунига бир марта. Креатинин клиренси камида 15 мл/мин: коррекция тавсия этилмайди. 25 мг кунига бир марта	Доимий гемодиализ олмаганда креатинин клиренси 15 мл/мин дан кам бўлса дори тавсия этилмайди
------------	---	---	--	--

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

^d ETV ламивудинга чидамлилиги бўлган инсонлар учун тавсия этилмайди.

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

Коинфекциялар

ОИВ ва ВГВ коинфекцияси	ОИВ коинфекцияси ВГВ инфекцияси табиий кечишининг деярли барча жиҳатларига таъсир кўрсатади ҳамда жигар циррози ва ГЦКнинг тезроқ зўрайиши, жигар циррозидан юқори ўлим, спонтан клиренсининг пастлиги, ВГВ репликацияси ва реактивация тезлиги, яширин ВГВ нинг юқори кўрсаткичлари (HBsAg мусбат бўлмаганида ВГВ ДНКси мусбат бўлиши) ва ОИВ коинфекцияси бўлмаган беморларга нисбатан даволанишга жавобнинг пасайишини ўз ичига олади. ОИВ ва ВГВ коинфекциясини даволаш гепатит В га қарши фаол TDF ёки TAF дан иборат АРВ-дорилар схемасини ўз ичига олади.
ВГС ва ВГВ коинфекцияси	ВГВ ва ВГС биргаликда кузатилган инсонларда ГЦК ривожланиш хавфи анча юқори, бу тезлашган гепатокарциногенезни кўрсатади. ВГВ ва ВГС инфекцияларини одатда бир вақтнинг ўзида даволаш талаб этилади.
HDV ва HBV коинфекцияси	СГВ ташхиси қўйилган беморларда сурункали HDV-инфекцияси сурункали СГВ моноинфекциясига нисбатан жигар циррози ёки жигар саратонига тез зўрайиши сабабли вирусли гепатитнинг энг агрессив шакли ҳисобланади.

	Шунингдек, эркакларда, кексаларда, ОИВ ёки HCV-инфекцияси ёндош кузатилганда, диабет ва семиришда касалликнинг зўрайиши кузатилади. PEG-IFNα HDV-инфекциясини нуклеозид аналоглари билан даволашнинг ягона усули ҳисобланади, гарчи унинг қўлланилиши ёмон даволаш натижалари, ножўя таъсирлари ва қарши кўрсатмалар туфайли чекланган бўлса-да. Ҳозирги вақтда BGD га қарши дориларнинг клиник синовлари давом этмоқда.
--	--

СВГВ нинг патогенетик давоси

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

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

Гепатопротектор восита	Фосфолипидлар	Ампулалар 50, 250, 500 мг. Дори вена ичига юборилади. Капсулалар 35, 65, 300, 400 мг, перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	- Дорининг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик. 3 ёшгача бўлган болалар – инъекциялар. 12 ёшгача бўлган болалар - капсулалар.	Ҳомиладорлик пайтида дори таркибида плацента тўсиғидан ўтиши мумкин бўлган бензил спирти мавжудлиги сабабли (муддатида туғилган ёки муддатидан олдин туғилган чақалоқларда бензил спиртини ўз ичига олган препаратларни қўллаш ўлимга олиб келадиган хансираш синдромининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган).
Гепатопротектор восита	Селимарин (силибилин сифатида ҳисобланган) 140 мг	Доза, қўллаш усули ва схемаси, даво давомийлиги индивидуал равишда белгиланади.	Расторопшага юқори сезувчанлик.	Силимариннинг иохимбин ва фентоламин билан боғланиши.
Гепатопротектор восита	Бетаин глюкуронат (глюкометамин)	Ампулалар 150 мг вена ичига. Капсулалар 150 мг перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади. Сироп 3,75 г перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва	Сувсиз бетаин ёки бетаиннинг бошқа шаклларида аллергия ёки юқори сезувчанлик. Кекса беморлар, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир патологиялар билан касалланган беморлар.	Кекса ёшдаги, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир ёндош патологиялар мавжуд беморлар. Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.

		кечишига қараб индивидуал белгиланади.		
Гепатопротектор восита средство	Глутатион	Қайта тикланган глутатион ампулалари 300, 600, 1200, 1800 мг	Дорининг фаол моддалари ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар; Ҳомиладорлик ва лактация.	Буйрак етишмовчилиги мавжуд беморлар.
Гепатопротектор восита	L-аргинина	Флакон. 100 мл кунига 1 маҳал Эритма вена ичига томчилаб 10 томчи/мин бошланғич тезликда юборилади. Юбориш бошланганидан 20 дақиқа ўтгач, тезлик 30 томчи/мин гача оширилади. Препаратнинг кунлик дозаси 4,2 грамм, яъни 100 мл ни ташкил қилади. Даволаш курси давомийлиги - 8-15 кун; керак бўлса, даволаш курси такроран	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.

Гепатопротектор восита средство	L-аргинина аспартат	Сироп 10 мл кунига 2 маҳал овқат вақтида 14 - 60 кун	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси хомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита средство	Моноаммоний Глициризинат	1-2 капсуладан суткасига 3 маҳал овқатланиш вақтида перорал қабул қилиш. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	■ антифосфолипид синдроми; ■ ҳомиладорлик (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); ■ лактация даври (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); ■ 12 ёшгача бўлган болалар; ■ глицирризин кислотаси, фосфатидилхолин ёки дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Портал гипертензия ва артериал гипертензия мавжуд беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.
Гепатопротектор таъсирга эга антиоксидант восита	Тиазот кислотасининг морфолин тузи	ампулалар – 25 мг Даволаш курс давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	буйрак етишмовчилиги, ҳомиладорлик, эмизиш даври, 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар, дорига юқори сезувчанлик	65 ёшдан ошган кекса беморларда қўлланганда, буйрак функциясининг ёшга боғлиқ ёмонлашиш эҳтимоли сабабли, қондаги креатинин ва мочевина концентрациясини назорат қилиш керак.

Метоболик дори	Янтар кислотаси Янтар кислотаси + метионин	Инфузиялар учун эритма. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	инозин, меглюмин, метионин, никотинамид, янтар кислота ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик; ҳомиладорлик; эмизиш даври; 18 ёшгача бўлган болалар.	Дорини нефролитиазда эҳтиёткорлик билан буюриш керак.
Фиброзга қарши дори	Оксиматрин	Кунига 0,2 г, кунига 3 марта. Зарурат бўлганда кундузги дозани 0,3 г. ча ошириш мумкин.	оксиматрин ва дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Дорини ифодаланган буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда қўллаш тавсия этилмайди. Жигар етишмовчилиги бўлган беморларда ва аёллар лактация даврида инъекция учун эритмаси эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак, ҳомиладорлик вақтида буюриш тавсия этилмайди. Болаларда етарли даражада назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган. Кекса беморлар учун дозани коррекциялаш талаб қилинади.

Гепатопротектор таъсирга эга биологик фаол қўшимча (БФҚ)	Расторопша	Перорал қабул қилинади. Дозаси, қўлланиш частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.		
Миотроп спазмолитик восита	Мебеверин гидрохлорид	Мебеверин гидрохлорид капсулалари, таблеткалари 135, 200 мг. Перорал қабул учун. 1 та капсуладан суткада 2 марта, битта – эрталаб ва битта – кечкурун, овқатланишдан олдин.	▪ Хомиладорлик ▪ Эмизиш даври ▪ 18 ёшгача бўлган болалар	
Спазмолитик восита	Дротаверин	Таблеткалар: Катталарга 40-80 мг дан суткасига 3 марта. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	Юқори сезувчанлик, кардиоген шок, артериал гипотензия, ёпик бурчакли глаукома, простата беzi аденомаси, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, лактация даври, 3 ёшгача бўлган болалар.	Коронар артерияларнинг ифодаланган атеросклерозида эҳтиёткорлик билан.

Спазмолитик восита	Папаверин	Перорал 40-60 мг дан суткасига 3-5 махал. Ректал 20-40 мг дан суткасига 2-3 марта. Мушак орасига, тери остига ёки вена ичига бир марталик юбориш дозаси катталар учун 10-20 мг ни ташкил этади; дорини юбориш интервали 4 соатдан кам бўлмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморлар учун бошланғич бир марталик доза 10 мг дан ошмаслиги керак. 1 ёшдан 12 ёшгача болалар учун максимал бир марталик доза 200-300 мг/кг.	Юқори сезувчанлик, кардиоген шок, артериал гипотензия, ёпик бурчакли глаукома, простата беи аденомаси, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, лактация даври, 3 ёшгача бўлган болалар.	Коронар артерияларнинг ифодаланган атеросклерозида эҳтиёткорлик билан.
-----------------------	-----------	---	--	---

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

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

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

ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	инфузия учун 0.9%	Катталар учун натрий хлорид эритма дозаси суткасига 500 мл дан 3 л гача. Болалар учун натрий хлорид эритма дозаси тана вазнига суткасига 20 мл дан 100 мл гача (ёш ва тана вазнига нисбатан). Юбориш тезлиги бемор ҳолатига боғлиқ.	гипергидрация ҳолатлари, ўпка ва мия шиши хавфи.	бузилган беморларда, гипокалиемида эҳтиёткорлик билан қўллаш керак. Кўп миқдорда эритманинг юборилиши хлорид ацидозига, гипергидратацияга, организмдан калий чиқарилишининг кўпайишига олиб келиши мумкин. Гипертоник эритма тери остига ёки мушак ичига юборилмайди. Узоқ муддат қўлланилганда плазмада электролитлар концентрациясини ва кунлик диурезни назорат қилиш керак. Инфузион эритманинг ҳарорати 38°C бўлиши керак.
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	Натрий хлорид мураккаб эритмаси (натрий хлорид 8.6 г	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок	Дори компонентларига юқори сезувчанлик; гипернатриемия, гиперхлоремия, гиперкальциемия, гиперкалиемия, ацидоз, NYHA бўйича III-IV функционал синфдаги сурункали юрак	Эҳтиёткорлик билан: артериал гипертензия; юрак-қон томир касалликлари (шу жумладан, NYHA бўйича I-II функционал синфдаги сурункали юрак етишмовчилиги), бир вақтда юрак гликозидларини

	калий хлорид 300 мг кальций хлорид дигидрат 330 мг)	ривожланиш сабабига боғлиқ.	етишмовчилиги, ўпка шиши, мия шиши, гиперкоагуляция, гиперволемиа, тромбофлебит, метаболик алкалоз, олиго- ва анурия билан оғир сурункали буйрак етишмовчилиги, ГКС билан ёндош даволаш. D витамини концентрациясининг ошишига мойиллик (шу жумладан саркоидоз).	қабул қилиш, бир вақтда коагуляция хавфи туфайли қон маҳсулотларини юбориш, жигар етишмовчилиги; презклампсия; турли хил генездаги периферик шишлар; гипералдостеронизм ва гипернатриемия ёки гиперкалиемия билан боғлиқ бошқа патологиялар (енгил ва ўртача оғирлик даражасидаги буйрак етишмовчилиги, буйрак усти етишмовчилиги, ўткир дегидратация, тўқималарнинг экстенсив парчаланиши).
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	Сорбитол натрий лактат натрий хлорид кальций хлорид калий хлорид магний хлорид	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок ривожланиш сабабига боғлиқ. 6-7 мл/кг тана вазнига	алкалоз; катта ҳажмдаги суюқлик юборилиши қарши кўрсатма бўлган ҳолатларда (мияга қон қуйилиши, тромбоэмболия, юрак-қон томир декомпенсацияси, III босқич артериал гипертензия); дори компонентларига юқори сезувчанлик.	Жигар функциясининг бузилиши, яра касаллиги, геморрагик колит кузатилган беморлар.

Метоболик восита	Левокарнитин	Вена ичига ва мушак орасига юбориш учун эритма 100, 200 мг/мл. Комплекс даво таркибида перорал, мушак орасига, вена ичига қўлланилади. Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	Левокарнитинга юқори сезувчанлик; хомиладорлик, эмизиш даври.	Эҳтиёткорлик билан: қандли диабетда
Аминокислотала р	L-Аргинин L-Аспартат	Комплекс даво таркибида перорал, мушак орасига, вена ичига қўлланилади. Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	L-аргинин-L-аспартатга ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; буйрак функциясининг жиддий етишмовчилиги (зардобдаги креатинин даражаси >3 мг/100 мл бўлган буйрак етишмовчилиги).	

Фермент дорилар	Панкреатин	Ичакда эрувчи капсулалар Ичакда эрувчи гранулалар микрпеллетлар Перорал. Доза, қўлланиш схемаси ва қўлланиш давомийлиги кўрсатмаларга қараб индивидуал равишда белгиланади. Катталар учун ўртача доза - 150 000 Бирлик/сут. липазалар 10000 Бирлик амилазалар 8000 Бирлик протеазалар 600 Бирлик липазалар 25000 Бирлик амилазалар 18000 Бирлик. протеазалар 1000 Бирлик	фаол моддага ёки дори шаклига қўшилган ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик. ўткир панкреатит.	
Ич юмшатувчи дори	Лактулоза	Сироп 667 мг/мл: 5 мл, 10 мл ёки 15 мл пакетчалар 10 ёки 20 дона.; 100 мл, 200 мл, 250 мл, 500 мл ёки 1000 мл фл. Перорал. Доза, қўлланиш схемаси, даволаниш	Лактулозага юқори сезувчанлик; ичак тутилиши; фруктоза, галактозани кўтара олмаслик; лактаза етишмовчилиги; глюкоза-галактоза мальабсорбцияси; галактоземия; ректал қон кетиш (сабаблари бавосил эмас); аппендицитга шубҳа, қорин	Эҳтиёткорлик билан: қандли диабет, колостома ёки илеостомада.

		давомийлиги кўрсатмаларга, бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади.	бўшлиғи аъзоларининг ўткир яллиғланиш касалликлари.	
Ич юмшатувчи дори	Натрий пикосульфат	Перорал. Доза бемор ёшига ва даволашга жавобга қараб индивидуал равишда белгиланади.	Натрий пикосульфатга юқори сезувчанлик; ичак тутилиши ёки ичакнинг обструктив касалликлари; қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари ёки кўнгил айнаши, қусиш, ҳарорат кўтарилиши билан кечиши мумкин бўлган кучли қорин оғриғи, шу жумладан аппендицит; ичакнинг ўткир яллиғланиш касалликлари; кучли дегидратация; ҳомиладорликнинг I триместри; ёш болалар - дори шаклига қараб.	Эҳтиёткорлик билан: кекса ёш, гипокалиемия, қонда магний концентрациясининг ошиши, астения, буйрак етишмовчилиги.
Антибактериал восита	Рифаксимин	Жигар энцефалопатиясида катталар ва 12 ёшдан катталар учун 400 мг дан (20 мл суспензия) ҳар 8 соатда	- иситма ва суюқ, қонли ахлат билан кечадиган диарея; - ичак тутилиши (шу жумладан қисман); - ичакнинг оғир ярали шикастланиши;	Эҳтиёткорлик билан: буйрак етишмовчилиги, перорал контрацептивлар билан бир вақтда қўллаш, циклоспорин каби Р-гликопротеин ингибитори билан бир вақтда қўллаш.

			▪ 12 ёшгача бўлган болалар (самарадорлик ва хавфсизлик аниқланмаган); ▪ ирсий фруктозани кўтара олмаслик, глюкоза-галактоза сўрилишининг бузилиши, сахароза-изомалтаза етишмовчилиги; ▪ рифаксиминга ёки бошқа рифамицинларга ёки дори таркибидаги ҳар қандай таркибий қисмларга юқори сезувчанлик.	
Антибактериал восита	Цефалоспоринлар ва бошқа β-лактам антибиотиклар Тизимли таъсирга эга антибиотиклар	Юбориш усули ва дозаси дори турига боғлиқ.	ҳомиладорлик; лактация; цефалоспоринлар гуруҳининг дориларига ва бошқа бета-лактам антибиотикларига юқори сезувчанлик.	Эҳтиёткорлик билан - буйрак/жигар етишмовчилиги, псевдомембраноз энтероколитда.

Диспансер кузатув

СВГВ билан касалланган беморларни кўриш ва текшириш муддати ва юқумли касалликлар мутахассислари / оилавий шифокорлар томонидан диспансер кузатувини олиб бориш

НОЗОЛОГИЯ	Оила шифокори томонидан тиббий кўрикларнинг муддати	Диспансер кузатув			Функционал текширувлар муддати	Лаборатор текширувлар муддати
		Кўриклар муддати	Диспансер кузатув давомийлиги	Топ мутахассислар кўриги		
Сурункали вирусли гепатит В ВҚД олувчилар	1-кўрик бемор мурожаат қилганда ёки скрининг пайтида ВГВ аниқланганда Такрорий кўрик 1 ой ичида жигарнинг ҳолатини баҳолаш ва ВҚД масаласини ҳал қилиш учун Кейинчалик диспансер кузатуви	диспансер текширув йилига 2 марта патронаж хамшира кўриги йилига 2 марта	бутун ҳаёти давомида	Чуқурлаштирилган диспансер текшируви пайтида топ мутахассислар томонидан текширувлар: Эндокринолог Гастроэнтеролог <i>йилига 1 марта</i>	• скрининг АЛТ (ва АРРІ учун АСТ) • ДНК ВГВ микдори ёки НВсAg/анти-НВс, • УТТ ва/ёки бевосита эластметрия • Қон креатинини • ПЗР усулида ДНК ВГВ скринингини ўтказиш • Қоннинг умумий таҳлили <i>ҳар 6 ойда</i>	• Қоннинг умумий таҳлили • АЛТ, АСТ, билирубин • Қон креатинини • ПЗР ВГВ ДНК микдорий <i>йилига 2 марта</i>
Сурункали вирусли гепатит В ВҚД олмайдиганлар	1-кўрик бемор мурожаат қилганда ёки скрининг пайтида ВГВ аниқланганда Такрорий кўрик 1 ой ичида жигарнинг ҳолатини баҳолаш ва ВҚД	диспансер текширув йилига 1 марта патронаж хамшира кўриги йилига 1 марта	бутун ҳаёти давомида	Чуқурлаштирилган диспансер текшируви пайтида топ мутахассислар томонидан текширувлар:	• скрининг АЛТ (ва АРРІ учун АСТ) • ДНК ВГВ микдори ёки НВсAg/анти-НВс,	• Қоннинг умумий таҳлили • АЛТ, АСТ, билирубин • Қон креатинини • ПЗР ВГВ ДНК микдорий

	масаласини ҳал қилиш учун Кейинчалик диспансер кузатуви			Эндокринолог Гастроэнтеролог <i>йилига 1 марта</i>	• УТТ ва/ёки бевосита эластметрия • Қон креатенини • ПЗР усулида ДНК ВГВ скринингини ўтказиш • Қоннинг умумий таҳлили <i>ҳар 12 ойда</i>	<i>йилига 1 марта</i>
--	--	--	--	--	--	-----------------------

СВГВ менеджменти учун амалий кўникмалар ваколатлари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор Бирламчи тиббий санитария поликлин икаси (бакалавр)	Топ мутахасс ис (амбулат ор)	Топ мутахас сис (стацио нар)
Шикоятлар ва анамнез				
Анамнез йиғиш қобилияти				
Беморлар шикоятларини тўплаш қобилиятини кўрсатиш	+	+	+	+
Бемор анамнезини йиғишда жигар патологияси белгилари (- чарчок; - бўғимларда оғриқ; - кичишиш;- уйқу ва иштаҳанинг бузилиши - кўнгил айланиш; - депрессия) ҳақида билимларни қўллаш	+	+	+	+
Жигар патологияси бўлган беморларнинг тўлиқ анамнезини шакллантириш	+	+	+	+
Хавф омиллари	+	+	+	+
Физикал кўрик				
Беморнинг бирламчи текширувини ўтказиш Беморни комплексли физикал текширувдан ўтказишда малакани кўрсатиш - Умумий текширувда тери ва шиллик пардаларида сариқлик мажудлигини аниқлаш	+	+	+	+
Беморни комплексли физикал текширувдан ўтказиш бўйича малакани кўрсатиш - жигар ва талокнинг ҳажмини (катталашини ёки кичрайиши) ва консистенциясини аниқлаш учун қоринни пайпаслаш.		+	+	+
Беморни комплексли физикал текширувдан ўтказишда малакани кўрсатиш - Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром).	+/-	+	+	+
Беморни текшириш режасини ишлаб чиқиш.				+
Ташхис қўйиш				
СВГВ ташхисини қўйиш		+	+	+
Беморни стационарга ётқизиш учун кўрсатмаларни аниқлаш.		+	+	+
Беморни тегишли мутахассисга юбориш.		+	+	+

Асосий лаборатор ташхисот				
Асосий лаборатор таҳлилларни буюриш:	+	+	+	+
ИФТ HBsAg	+	+	+	+
ПЗР ВГВ микдорий		+	+	+
Қоннинг умумий таҳлили	+	+	+	+
Жигар функциясининг кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, билирубин)	+	+	+	+
Қон креатинини	+	+	+	+
Ҳисобланган КФТ		+	+	
Асосий лаборатор таҳлиллар натижаларини интерпретациялаш		+	+	+
Мажбурий инструментал ташхисот				
УТТ ни буюриш (мажбурий текшириш)	+	+	+	+
Қўшимча инструментал ташхисот				
Эластометрияни буюриш		+	+	+
Жигар биопсиясини буюриш		+	+	+
СВГВ ни даволаш				
Номедикаментоз даволаш	+	+	+	+
СВГВ да медикаментоз даволашни тайинлаш ваколоти		+	+	+
Диспансеризация				
Диспансеризацияни амалга ошириш	+	+	+	
Мунтазам тиббий кўриклар ва скрининг дастурлари ҳақида маълумот бериш.	+	+	+	
Профилактика				
Вақтинча меҳнатга қобилиятсизлик тиббий экспертизасини ўтказиш ва тиббий ҳужжатларни расмийлаштириш.		+	+	+
Ҳаётнинг турли соҳаларида хавфсизлик ва гигиенани таъминлаш бўйича санитария талаблари, қоидалари ва тавсиялари ҳақида маълумот бериш: озиқ-овқат, сув, санитар шароитлар, уй-жой шароитлари, шахсий гигиена.	+	+	+	+
Ҳужжатларни расмийлаштириш.	+	+	+	+

асосий тор мутахассис – юқумли касалликлар шифокори.

* таҳлилларнинг маълум спектри

СВГВ менеджменти учун билимлар ваколатлари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор (бакалавр) Бирламчи тиббий санитария поликлин икаси	Топ мутахассис #
Сурункали вирусли гепатит В ни таърифлаш.		+	+
Шикоятлар, хавф омиллари, касаллик белгиларини таърифлаш.	+	+	+
Этиология, касаллик белгилари ва теширишлар (асосий лаборатор текширувлари ва УТТ) асосида сурункали гепатит В ташхисотига ёндашувни яратиш.	+*	+	+
Асосий таҳлиллар ва УТТ интерпретацияси.		+	+
СВГВ нинг номедикаментоз давосини таърифлаш.	+	+	+
СВГВ нинг медикаментоз давосини таърифлаш.		+	+
СВГВ да қўлланиладиган турли дориларнинг таъсир қилиш механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирларини муҳокама қилиш.		+	+
Вирусга қарши дориларни қабул қилишни мониторинг қилиш		+	+
Вирусга қарши дориларни бекор қилишга кўрсатмаларни аниқлаш.			
Иммунопрофилактика босқичларини таърифлаш.	+	+	+
Санитар – гигиеник талабларни муҳокама қилиш.	+	+	+

асосий топ мутахассис – юқумли касалликлар шифокори.

* Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Профилактика

Иммунизация қилинадиган шахслар

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

Иммунизация препаратлари ва техникаси

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

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

Бустер эмлаш - қуйидаги ҳолларда вакцинанинг 1 дозаси тавсия этилади:

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

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

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

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

- инфекцияни юктириш хавфи бўлган шахслар, масалан, касалланган шахсларнинг шериклари, инъекцион гиёҳванд моддаларни қабул қилувчи шахслар ва зарарланган қон ёки биологик суюқликлари билан мулоқатда бўлувчи шахслар.
- гепатит В хавф омиллари маълум бўлмаган 60 ёш ва ундан катта ёшдагилар учун ҳам бустер эмлаш тавсия этилади.
- гепатит В вируси юқори эндемик бўлган мамлакатларга саёҳат қилувчилар учун эмлашни янгилаш тавсия этилади.

Қарши кўрсатмалар

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

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

Ўзбекистон Республикаси эмлашлар тақвими 2024 йил

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

Илова

Жигарни пайпаслаш қондаси

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

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

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

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

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

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

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

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

Жигар перкуссияси

Жигарнинг перкуссияси ушбу органнинг хажми ва унинг юқори ва пастки чегаралари ҳақида тасаввурга эга бўлишга имкон беради. Жигарнинг ўнг ўпканинг пастки чети билан

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

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

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

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

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

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

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