



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING
BUYRUG‘I**

20 24 yil “14-” iyun

№ -195

Toshkent sh.

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

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

1. Quyidagilar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



“14” июн 2024 йил

**ПАРЕНТЕРАЛ ГЕПАТИТЛАР: В, С, D НАТИЖАСИДА
КЕЛИБ ЧИҚҚАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2024

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

**ПАРЕНТЕРАЛ ГЕПАТИТЛАР: В, С, D НАТИЖАСИДА
КЕЛИБ ЧИҚҚАН ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН
КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2024

Жигар циррози билан оғриган беморларни даволаш бўйича миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш санаси:

Ишлаб чиқилган сана	14.06.2024
Қайта кўриб чиқиш санаси	кўриб чиқиш санаси 2026 йилда ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда режалаштирилган.

Жигар циррози билан оғриган беморларни даволаш бўйича миллий клиник протоколни ишлаб чиқишда асосий муаллифлар рўйхати:

1.	Мусабаев Эркин Исакович	Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази (РИЭМЮПКИАТ) нинг Вирусология ИТИ директори, академик, т.ф.д., проф.
2.	Туйчиев Лазиз Надирович	Тошкент Тиббиёт Академиясининг Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., проф.
3.	Раҳманов Махмаражаб Ибадович	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникасининг даволаш ишлари бўйича бош шифокор муовини, т.ф.н.
4	Байжанов Аллаберган Кадирович	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ Бўлим бошлиғи, т.ф.д., к.и.х.
5.	Касимова Раъно Иброхимовна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ Бўлим бошлиғи, т.ф.д., к.и.х.
6.	Файзуллаев Хайрулла Норкулович	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси Реанимация бўлими мудири, т.ф.д.
7.	Исмоилов Умед Юсупович	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси Гепатомарказ мудири, т.ф.н.
8.	Эгамова Интизор Нарзуллаевна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси ташкилий-методик масалалар бўйича бош шифокор муовини, PhD
9.	Раҳимова Висола Шавкатовна	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш марказининг Юқумли касалликлар кафедраси доценти, т.ф.н.
10.	Бригада Кристина Степановна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти, PhD

11.	Бакиева Шохиста Рустамовна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти, PhD
12.	Рахманова Азиза Махмаражабовна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти
13.	Абдиева Рамиля Маратовна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти
14.	Расулова Мархабо Бахтияровна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти
15.	Абдурахимова Дилноза Равшановна	РИЭМЮПКИАТ нинг Вирусология ИТИ клиникаси шифокор-инфекционисти
16.	Долимов Т.К.	РИЭМЮПКИАТ клиникаси шифокор-инфекционисти

Такризчилар:

1.	Камилов Фарход Хайдарович	Тошкент тиббиёт академияси юкумли, болалар юкумли касалликлари, эпидемиология, фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти, т.ф.д.
2.	Абуова Гульжан Наркеновна	Юкумли касалликлар ва тери-таносил касалликлари кафедраси профессори, Жанубий Қозоғистон тиббиёт академияси АЖ, Чимкент, Қозоғистон

Миллий клиник протокол куйидаги ҳужжатлар асосида тайёрланган:

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/>

Практические рекомендации Европейской ассоциации по изучению болезней печени и Американской ассоциации по изучению болезней печени. Печеночная энцефалопатия при хронических заболеваниях печени, 2014 год

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042>

Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений

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

Далиллар базасини баҳолаш учун Grade тизими

Далил даражаси	Далиллар базаси
I	Рандом назорат остидаги синовлар
II-1	Рандомизациясиз бошқариладиган синовлар
II-2	Когорт тадқиқотлар ёки «случай-контроль» тадқиқотлар
II-3	Кўп сонли вақтинчалик қаторларга асосланган тажрибалар, назоратсиз тадқиқотлар
III	Нуфузли экспертларнинг фикрлари, тавсифловчи эпидемиология
Далиллар базасининг таърифи сифати	
Юқори (A)	Кейинги тадқиқотлар жорий иш фаолиятини баҳолаш натижаларига бўлган ишончни ўзгартира олмайди
Ўрта (B)	Кейинги тадқиқотлар ҳозирги натижаларга бўлган ишончни ўзгартириши ва бу самарадорликни қайта баҳолашга олиб келиши мумкин
Паст (C)	Кейинги тадқиқотлар бизнинг ҳозирги натижаларга бўлган ишончни ўзгартириши мумкин ва эҳтимол самарадорлигини ортиқча баҳолашга олиб келади. Самарадорликни ҳар қандай баҳолаш ноаниқдир
Тавсиянинг кучлилиги	
Кучли (1)	Тавсиянинг кучига таъсир қилувчи омилларга далиллар базасининг сифати, касалликнинг натижаси ва харажатларига кутилаётган таъсир
Кучсиз (2)	Баҳолаш ва афзал даволаш усуллариининг ўзгариши аралаш тавсияларни келтириб чиқаради. Камроқ ишонч, юқори моддий ва молиявий харажатлар талаб этилади

Фойдаланилган қисқартмалар рўйхати

Anti-HCV	Гепатит С вирусига қари антитана
HBsAg	Hepatitis B surface antigen, по­верх­ност­ный антиген гепатит В вирусининг юзаки антигени
HBV	Hepatitis B virus, гепатит В вируси
HCV	Hepatitis C virus, гепатит С вируси
HDV	Hepatitis D virus, гепатит D вируси
HIV	Human immunogenicity virus, одамнинг иммунитет танқислиги вируси
NS3/4A ингибиторлари	Гепатит С вирусини даволаш учун вирусга қарши препаратлар, гепатит С вирусининг NS3 ва NS4A ноструктуравий оқсилларини блоклайди (J05AE протеаза ингибиторлари)
NS5A ингибиторлари	Гепатит С вирусини даволаш учун вирусга қарши препаратлар, гепатит С вирусининг NS5A ноструктуравий оқсилни блоклайди (J05AX бошқа вирусга қарши препаратлар)
ГТ	Генотип
АЛТ	Аланинаминотрасфераза
АСТ	Аспартатаминотрасфераза
АФП	Альфа-фетопро­теин
АК	Антикоагулянт терапия
АС	Асцит суюқлиги
АҚТВ	Активлаштирилган қисман тром­бо­пластин вақти
ҚВВК	Қизилўнгач веналарининг варико­з кенгайиши
ВСАА	Branched-chain amino acids, тар­моқ­ланган ён занжирли аминокислоталар
ГГТП	Гаммаглутамилтранспептидаза
ГПС	Гепатопулмонал синдром
ГРС	Гепаторенал синдром
ГЦК	Гепатоцеллюляр карцинома
ДВС	Тарқалган интраваскуляр коагуляция
ТВИ	Тана вазни индекси
КТ	Компьютер томографияси
КЖЦ	Компенсирланган жигар циррози
ДВ	Дори воситалари
МТА	Микротўлқинли абляция

ХНН	Халқаро нормаллаштирилган нисбат
МРС	Магнит резонансли спектроскопия
МРТ	Магнит резонансли томография
МРХПГ	Магнит резонансли холангиопанкреатография
МСКТ	Мультиспирал компьютер томографияси
ЖНЁК	Жигарнинг ноалкоголли ёғли касаллиги
НАСГ	Ноалкоголли стеатогепатит
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
БЭ	Билвосита эластометрия
ЗУТБҚ	Қон зардобининг умумий темирни боғлаш қобилияти
ЎЖЕ	Ўткир жигар етишмовчилиги
ЎЖП	Ўткир жигар патологиялари
ПМЯЛ	Полиморфядроли лейкоцитлар
ПТИ	Протромбин индекси
РІVКА II	Дез-γ-карбокситромбин
КФТ	Коптокчалар филтрацияси тезлиги
ЎБЕ	Ўткир буйрак етишмовчилиги
СБЕ	Сурункали буйрак етишмовчилиги
СБК	Сурункали буйрак касаллиги
БЎШ	Буйракнинг ўткир шикастланиши
КҲА	Катта ҳажмли асцит
КҲП	Катта ҳажмли парацентез
ЖЭ	Жигар эластографияси

I. ЖИГАР ЦИРРОЗИ.

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

ХКТ-10	ХКТ-11
К70.3 - Алкоголли жигар циррози	DB93.1 – Жигар циррози
К71.7 - Жигар фибрози ва циррози билан кечувчи жигарнинг токсик зарарланиши	DB93.21 – Жигар циррози, миснинг жигарда патологик йиғилиши билан боғлиқ
Жигар фиброз ва циррози (К74):	DB93.Ү - Бошқа белгиланган фиброз ёки жигар циррози
К74.0 – Жигар фибрози	DB94.3 – Алькоголли жигар циррози
К74.1 - Жигар склерози	DB95.5 - Дори ёки токсик жигар шикастланиши билан боғлиқ жигар фибрози ёки циррозининг ривожланиши
К74.2 - Жигар фибрози, склероз билан	DB98.7 - Портал гипертензия
К74.3 - Жигар бирламчи билиар циррози Сурункали йирингли бўлмаган деструктив холангит	DB99.7 - Ўтқир ёки сурункалилиги аниқланмаган жигар етишмовчилиги
К74.4 - Иккиламчи билиар цирроз	DB99.8 – Сурункали жигар етишмовчилиги
К74.5 - Номаълум билиар цирроз	
К74.6 - Бошқа ва номаълум жигар циррози	
К76.6 - Портал гипертензия	
Жигар циррози асоратлари:	
К72 - Бошқа бўлим (рубрика)ларда таснифланмаган жигар етишмовчилиги	
К76.7 - Гепаторенал синдром	

Таъриф:

Жигар циррози (ЖЦ) ЖССТ томонидан берилган таърифга кўра – бу тарқалган жараён бўлиб, жигарнинг нормадаги тузилмаларининг фибрози ва трансформацияси билан таърифланади ҳамда регенерат тугунча пайдо бўлиши билан кечади. [17; 23]. ЖЦ жигарнинг кўпчилик сурункали диффуз касалликларининг якуний босқичи ҳисобланади.

ЖЦ сурункали диффуз жигар касалликларининг кўпчилигининг якуний босқичини ифодалайди. Циррознинг табиий кечиши асимптоматик босқич (компенсацияланган цирроз) билан тавсифланади, бу портал тизимда босимнинг ошиши ва жигар функциясининг ёмонлашиши билан алмаштирилади, бу эса асоратлар кўринишидаги жигар циррози (декомпенсация босқичи) клиник кўринишнинг пайдо бўлишига олиб келади [41; 42]. Компенсация босқичида беморлар одатда яхши ҳаёт сифатига эга бўлиб, касаллик бир неча йил яширин бўлиши мумкин. Декомпенсация босқичи аниқ клиник белгиларнинг ривожланиши билан намоён бўлиб, шундан энг муҳимлари қуйидагилардан иборат:

- асцит (инфекциясиз ёки инфекция мавжуд асцит суюқлиги/СБП);
- қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз томирларидан қон кетиш (ҚваОВВК);
- жигар энцефалопатияси (ЖЭ);
- ўткир буйрак шикастланиши/дисфункцияси (ЎБШ) ва гепаторенал синдром (ГРС);
- ўпка асоратлари (жигар гидроторакси, гепатопулмонар синдром (ГПС), портопулмонар гипертензия (ППГ));
- циррозли кардиомиопатия ва иккиламчи буйрак усти беши этишмовчилиги;
- юқумли касалликлар асоратлар (спонтан бактериал перитонит (СБП), сийдик йўллари инфекцияси, пневмония, юмшоқ тўқималар инфекциялари ва бактериемия) [32].

Декомпенсацияланган циррозни даволашда, биринчи навбатда, яллиғланишни камайтириш, фиброз регрессияси, портал ва артериал қон айланишини тартибга солиш, хужайралар сони ва функциясини нормаллаштириш орқали жигар архитектурасининг яхлитлигини тиклаш учун жигардаги патологик ўзгаришларни бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Даволаш жараёнида келгусида декомпенсация ҳолатларини олдини олиш асосий мезон бўлиб ҳисобланади.

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

Жигар циррозининг этиологияси ва патогенези:

Жигар циррозининг сабабларига қуйидагилар бўлиши мумкин - вирусли гепатит (В, С, D), алкоголь, метаболик касалликлар (ноалкоголли стеатогепатит, ирсий гемокроматоз, Уилсон касаллиги, α 1-антитрипсин этишмовчилиги, муковисцидоз, галактоземия, гликогенозлар, ирсий тирозинемия, ирсий фруктозага нисбатан мурасасизлик, ирсий геморрагик телангиектазия, абеталипопротеинемия, порфирия), ўт йўллари касалликлари (ўт йўлларининг экстрагепатик обструкцияси, ўт йўлларининг жигар ичи обструкцияси: бирламчи билиар холангит, бирламчи склеротик холангит, болалардаги холангиопатия), жигардан веноз қон чиқишининг бузилиши: Бадди-Киари синдроми, вено-окклюзив касаллик, оғир ўнг қоринча этишмовчилиги, дори-дармонлар, токсинлар, гепатотоксик таъсирга эга кимёвий моддалар, иммунитетнинг бузилиши: аутоиммун гепатит, “трансплантат хўжайинга қарши” касаллиги, бошқа кам учрайдиган сабаблар: сифилис, шистосомоз, саркоидоз, гипервитаминоз А, криптоген цирроз [2; 32; 36; 41].

ЖЦ нинг шаклланиши жигар паренхимасининг шикастланишига жавобан юзага келади, унинг таркибий қисмлари синтезининг кучайиши ва уларнинг парчаланиш тезлигининг пасайиши натижасида экстрацеллюляр матрицанинг ҳаддан ташқари тўпланиши билан тавсифланади [6; 7]. Фибрознинг ривожланиши диссе бўшлиғида I, III, IV коллаген турлари, ламинин, фибронектин, гликозаминогликанлар, протеогликанлар, эластин ва бошқаларнинг тўпланиши ва чўкиши билан кечади, бу эса лобуляр веноз капиллярларнинг деворида бириктирувчи тўқима пардасининг шаклланишига олиб келади.

Портал вена тизими орқали кирадиган қон ва гепатоцитлар ўртасидаги метаболик жараёнларнинг бузилиши гипоксиянинг ривожланишига ва иккинчисининг фиброгенез жараёнида иштирок этишига олиб келади. Пресинусоидал юлдузсимон хужайраларнинг фаол қисқариши ва коллаген толалар билан тўлган Диссе бўшлиғининг кенгайиши натижасида портал вена тизими орқали оқадиган қон оқимида тўсиқ пайдо бўлади, дарвоза венасида босим кучаяди, портал гипертензия синдроми ҳосил бўлади ва портакавал шунтлари фаоллашади. Ушбу ўзгаришларнинг янада ривожланиши оқибатида вақт ўтиши билан жигар тўқималарининг архитектоникаси қайта тузилади ва цирроз ривожланади [13; 21; 22; 33].

Жигар циррози мавжуд беморларнинг ҳаёт прогнози кўп жиҳатдан унинг юқорида келтирилган асоратларининг ривожланишига боғлиқ [23].

Декомпенсация босқичида жигар циррози полиорган этишмовчилиги билан кечадиган тизимли касалликдир [23], беморлар туғма ва орттирилган

иммунитет тизимининг бузилиши натижасида келиб чиқадиган иммунитет дисфункцияси натижасида бактериал асоратларнинг ривожланишига жуда мойил бўлади. Юқумли касалликлар асоратлари, ўз навбатида, циррознинг кечишини оғирлаштиради, сурункали жигар етишмовчилиги фонидида ўткир жигар етишмовчилиги хавфини сезиларли даражада оширади ва юқори ўлим кўрсаткичи билан бирга кузатилади [7; 26].

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

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

Жигар циррозининг клиник таснифи:

- I – компенсацияланган;
- II – субкомпенсацияланган;
- III – декомпенсацияланган.

Жигар циррози морфологик хусусиятларга кўра қуйидагича таснифланади:

- а) макронодуляр — (катта тугунли) - диаметри 5 см гача бўлган тартибсиз жойлашган, турли кенгликдаги бириктирувчи тўқима билан ажратилган катта тугунлар;
- б) микронодуляр — (кичик тугунли) - тартибли равишда диаметри 1-3 мм бўлган, чандиқ тўқималари тармоғи билан ажратилган кичик тугунлар;
- с) микро-макронодуляр (аралаш).

Жигар циррози билан оғриган беморларнинг аҳволи оғирлигини баҳолаш учун Child-Turcotte-Pugh таснифи ишлатилади (1-2жадвал).

1-жадвал.

Жигар циррози оғирлик даражасининг Child-Turcotte-Pugh бўйича таснифи, 1973й [17; 19].

Параметрлар	1 балл	2 балл	3 балл	Ўлчов бирликлари
Умумий билирубин*	<34 (<2)	34-50 (2-3)	>50 (>3)	мкмоль/л (мг/дл)
Альбумин	>35	28-35	<28	г/л
Протромбин вақтини қисқариши	<4 (<1,7)	4-6 (1,71-2,20)	>6 (>2,20)	Секундлар
ХНМ (МНО)	<1,7	1,7-2,3	>2,3	
Асцит	Мавжуд эмас	Қориннинг симметрик катталаниши. Медикаментоз	Яққол намоён бўлган таранглашган	Ўлчов бирлиги йўқ

		даволанганда ижобий ўзгариш олиш мумкин	қорин. Давога рефрактер	
Жигар энцефалопатияси	Мавжуд эмас ёки латент (ЭЭГ ва психологик тестда(Рейтон) аникланади)	I-II даража (Медикаментоз даволанганда ижобий ўзгариш олиш мумкин)	III-IV даража (Давога рефрактер)	Ўлчов бирлиги йўқ рейтон тести буйича

2-жадвал.

Child-Turcotte-Pugh бўйича оғирлик синфларини баллар билан баҳолаш.

Баллар йиғиндиси	Оғирлик синфи	1 йиллик яшовчанлик, %	2 йиллик яшовчанлик, %
5-6	A	100	85
7-9	B	81	57
10-15	C	45	35

Яна бир баҳолаш шкаласи, MELD (Model for End-stage Liver Disease) 2002 йилда ишлаб чиқилган жигар трансплантацияси тартибини аниқлашда ишлатилади.

Жигар циррози билан оғирган беморнинг оғирлигини ва унинг жигар трансплантацияси учун кутиш рўйхатидаги навбатини баҳолашнинг янада аниқроқ усули бу шкаланинг модификацияси - MELDNa, бу ерда юқоридаги кўрсаткичлар билан бир қаторда қон зардобидида натрий даражаси ҳам ҳисобга олинади. Жигарнинг сўнгги босқичидаги сурункали касаллиги бўлган беморлар асосий жараённинг тез-тез компенсацияси ва оғир асоратларни ривожланиши билан оғирган беморларнинг ўта беқарор тоифасини ифодалашини ҳисобга олсак, MELDни мунтазам равишда қайта ҳисоблаш зарурати мавжуд (3-жадвал).

Беморнинг кўруви

1) Шикоятлар:

Жигар циррозининг клиник кўринишлари жуда хилма-хил бўлиб, касалликнинг минимал белгиларидан аниқ белгиларига қадар намоён бўлади:

- умумий шикоятлар: ҳолсизлик, тез чарчаш, вазн йўқотиш, ич қотиши, бўғимдаги оғриқлар;

- энцефалопатия: уйқучанлик, асабийлашиш, тажовузкор хатти-харакатлар, уйқусизлик, қўлларнинг титраши, хотиранинг пасайиши;
- жигар ва талокдаги ўзгаришлар: ўнг ва/ёки чап қоуврғаоси қисмида ва/ёки эпигастрияда оғриқ ва оғирлик хисси;
- сариклик: склера ва шиллик пардаларнинг сарғиши, терининг қичиши, сийдикнинг бироз тўқлашиши, оғизда аччиқ таъм, қўнгил айниши;
- геморрагик синдром: милкларнинг қонаши, бурундан қон кетиш, петехиал қон талашлар, инъекция жойларида кўқаришлар, қора нажас, кофе қуйқаси каби қушиш;
- асцит: қориннинг катталлашиши, киндикнинг бўртиб чиқиши, баъзан унинг ёрилиши, қорин дам бўлиши, болдир мушакларининг тортишиши, оёқларнинг шишиши, субфебрил иситма, нафас қисилиши, хансираш, диурезнинг пасайиши;
- портал гипертензия: беқарор қон босими, бавосилдан қон кетиш, телангиектазиялар.

2) Касаллик тарихи:

- йиллар давомида сурункали вирусли гепатит В, С, В+D ёки В+С+D натижасида ривожланган ҳолат, яъни сурункали жигар касаллигининг охириги босқичи.

3) Эпидемиологик анамнез:

С	<ul style="list-style-type: none"> - HBV ва HDV этиологияли ЖЦ - қайта ишлатиладиган асбоблар ёрдамида парентерал аралашувларнинг мавжудлиги, стоматологга ташрифлар, эндоскопик аралашувлар, қон қуйиш ва қон ўрнини босувчи воситалар, гепатит В вируси ташувчилари билан узок муддатли яқин уй шароитидаги алоқалари, боланинг HBV инфекцияси бўлган онадан туғилиши, HBV ва HDV инфекцияси бўлган шерикдан жинсий йўл билан ўтиш; - HCV этиологияли ЖЦ - асосий юқиш йўли бу қон ва қон ўрнини босувчи воситаларни қуйиш, қон зарралари билан ифлосланган асбоблардан фойдаланиш, турли инвазив тиббий муолажалар (жарроҳлик аралашувлари, стоматологга ташрифлар, эндоскопик текширувлар). HCV гемодиализ ва гематология бўлимидаги беморларда кўпроқ учрайди. HCV инфекцияси бўлган онадан боланинг туғилиши, шунингдек жинсий ва маиший алоқа орқали инфекция (бу йўллардан кам фоиз ҳолларда юқади).
----------	--

4) Объектив холати:

С	Жигар циррозининг белгилари физик текширув вақтида аниқланмаслиги ёки кўринмаслиги мумкин. Агар жигар циррози белгилари мавжуд бўлса, беморда асцит, "жигар кафти", қорин деворининг варикоз томирлари, шиш, талоқ, склера ва терининг сарғайиши, телангиэктазия ва жигар энцефалопатияси ривожланади. (
----------	---

5) Физикал текширувлар:

С	Физикал текширувда жигар циррози симптомлари аниқланмаслиги ёки аломатларини кўриш мумкин. Агар цирроз белгилари мавжуд бўлса, беморда асцит, "жигар кафти", қорин деворининг варикоз кенгайиши, шиш, спленомегалия, склера ва терининг сарғиши, телангиэктазия ва жигар энцефалопатияси белгилари аниқланади (<i>класс/шкала, далил I C</i>).
----------	--

ЖИГАР ЦИРРОЗИ ДИАГНОСТИКАСИ

Лаборатор текширувлар

Асосий лаборатор текширувлар*:

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

А	ВГВ маркерларини аниқлаш: HBsAg (сифат текшируви), anti-HBs, anti-HBc, HBeAg, anti-HBe
В	HBsAg скрининги умумий халқ орасида, айниқса юқори хавф гуруҳидаги шахслар ва ҳомиладор ёки туғиш ёшидаги аёлларда ўтказилиши керак.
А	HBsAg ижобий бўлган барча беморлар HDV антикорларини текшириш керак.
А	HCV инфекциясининг скрининги ИФТ усули ёрдамида қон зардобидида ёки плазмасида ВГС га қарши антикорларни аниқлашга асосланган бўлиши керак
А	ВГС антикорларини скринингни осонлаштириш ва тиббий ёрдам олиш имкониятини яхшилаш учун классик ИФТ ўрнига зардоб, плазма, бармоқдан олинган бутун қон ёки тупурик ёрдамида тезкор диагностика тестларини қўллаш мумкин.

Реал вақт режимидаги полимераза занжир реакцияси (ПЗР):

A	Сурункали ВГС инфекциясида ВГС РНКни аниқлаш керак .
A	Гепатит С вирусининг генотипини аниқлаш фақат сурункали ВГС инфекцияси бўлган беморларга генотипга хос вирусга қарши терапия режимини режалаштириш учун тавсия этилади.
A	Яқин орада орттирилган ВГС инфекциясига шубҳа қилинган беморларда ВГС-мусбат, ВГС РНК-манфий бўлганда якуний клиренсни тасдиқлаш учун 12 ва 24-хафталарда такрорий ВГС РНК текширувидан ўтишлари керак.
A	HBsAg ижобий бўлган барча беморларда HBV ДНК ни аниқлаш ва унинг концентрациясини аниқлаш тавсия этилади.
A	ВГД антикорлари ижобий бўлган барча беморлар фаол ВГД инфекциясини ташхислаш учун тескари транскрипцияли стандартлаштирилган ва сезгир ПЗР таҳлилидан фойдаланган ҳолда микдорий ВГД РНК ПЗР текширувидан ўтишлари керак.

Умумий қон таҳлили:

C	УҚТ тромбоцитлар сони билан
---	-----------------------------

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

C	Қондаги умумий билирубин даражаси ва фракциялари, қондаги АЛТ ва АСТ фаоллиги, умумий оқсил, албумин, креатинин, ишқорий фосфатаза, гамма-глутамин транспептидаза, қондаги глюкоза, калий ва натрий, қондаги кальций, ПТИ, ХНН (МНО).
---	---

Альфа-фетопро테인 даражасини текшириш (АФП)

A	Ҳар олти ойда бир марта қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви ва альфа-фетопро테인 таҳлилидан фойдаланган ҳолда ГЦК учун мунтазам кузатув: <ul style="list-style-type: none">• ёши ва бошқа хавф омилларидан қатъи назар, жигар циррози билан оғриган беморлар;• оилада ГЦК билан касалланган беморлар мавжудлиги.
---	---

***Зарур шароитлар ва моддий-техник жиҳозлар бўлмаса, юқори даражадаги тиббий муассасада стандарт лаборатория ва инструментал текширув усуллари таъминланиши мумкин.**

Қўшимча лаборатор текширувлар:

Қоннинг биокимёвий таҳлили:

С	Д ва А витаминлари, ИЛ-6, ферритин, қондаги эркин темир, С-реактив оқсил, прокальцитонин даражасини текшириш.
---	---

Умумий пешоб таҳлили:

С	Сийдикда оқсил, альбумин, эпителий, микрогематурияни аниқлаш.
---	---

РІVКА II текшируви

А	Ҳар олти ойда бир марта қорин бўшлиғи ультратовуш текшируви ва РІVКА II таҳлилидан фойдаланган ҳолда ГЦК учун мунтазам кузатув: <ul style="list-style-type: none">• ёши ва бошқа хавф омилларидан қатъи назар, жигар циррози билан оғриган беморлар;• оилада ГЦК билан касалланган беморлар мавжудлиги.
---	--

Инструментал текширувлар

Асосий инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТси:

А	Ультратовуш текшируви фибрознинг тузилишини, белгиларини, жигар циррозини (нотекис қирраси, тугунли тузилиши, ўнг бўлакнинг атрофияси, асцитнинг мавжудлиги, жигар ва талоқ томирларининг кенгайиши ва тромбози, шунтлар мавжудлиги, спленомегалия ва портал гипертензиянинг бошқа белгилари), шунингдек, катта ҳажмли ҳосилалар мавжудлигини баҳолашга имкон беради (ГЦК ва б.). Қон айланишидаги ўзгаришларни аниқлаш учун портал, талоқ, пастки ковак вена, юқори мезентерик ва жигар веналарининг Допплер ультратовуш текшируви ўтказилади.
---	---

ЭФГДС: эзофагогастроуденоскопия

С	Жигар циррози билан оғриган барча беморларда эзофагогастроуденоскопия (ЭФГДС) ўтказиш тавсия этилади. Шарҳ: кенгайган қизилўнғач варикоз веналарини аниқлаш, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг шикастланиш хусусиятини аниқлаш учун амалга оширилади.
---	--

Парацентез

С

Жигар циррози билан оғриган беморларда асцит кузатилганда парацентез ўтказиш тавсия этилади.

Қўшимча инструментал текширувлар:

ЭКГ:

С

Циррозли кардиомиопатияларни аниқлаш учун ўтказилади.

Жигар пункцион биопсияси

А

Жигардаги яллиғланиш, некроз ва фиброз даражасини аниқлаш учун, беморни даволашдаги самарадорликни баҳолашда тавсия этилади.

Кўкрак қафаси рентгенографияси:

С

Гидроторакс, пневмония, эмпиема белгиларининг мавжудлигини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг МСКТси:

С

Қорин бўшлиғининг компьютер томографияси вена ичига контрастли модда билан (контрастли препаратни қўллаш учун қарши кўрсатмалар бўлмаганда) ультратовуш текширувида портал тизим томирларида тромбоз, бактериял перитонитга шубҳа бўлган ёки жигарда фокал ўзгаришлар билан оғриган беморларга тромбозни истисно қилиш ва фокал ўзгаришларнинг келиб чиқишини аниқлаш учун тавсия этилади.

Жигар эластографияси

С

Жигар циррозида клиник мезонларга, APRI баллга $>1,0$ ва ЖЭ $>12,5$ кПа) га асосланиши керак.

APRI (аспартат аминотрансфераза-тромбоцитлар нисбати индекси) ресурс чекланган шароитларда катталардаги ривожланган жигар фиброзини ёки циррози мавжудлигини баҳолаш учун ноинвазив тест сифатида тавсия этилади. Ташхисни янада аниқлаштириш учун эластография мавжуд бўлса ва бемор имконияти бўлган ҳолларда тавсия қилиш мумкин.

Шарҳ: Жигарнинг билвосита эластографияси (ЖЭ) фибрознинг зардоб биомаркерларига қараганда кўпроқ клиник фойда келтиради. ЖЭ акс эттирилган тебраниш импулслари ва уларнинг кейинги компьютер таҳлиллари асосида жигарнинг эластик хусусиятларидаги ўзгаришларни баҳолашга имкон беради. Шубҳали ҳолатларда, жигар биопсияси тавсия этилади.

Жигар циррози билан оғриган беморларни кузатиш

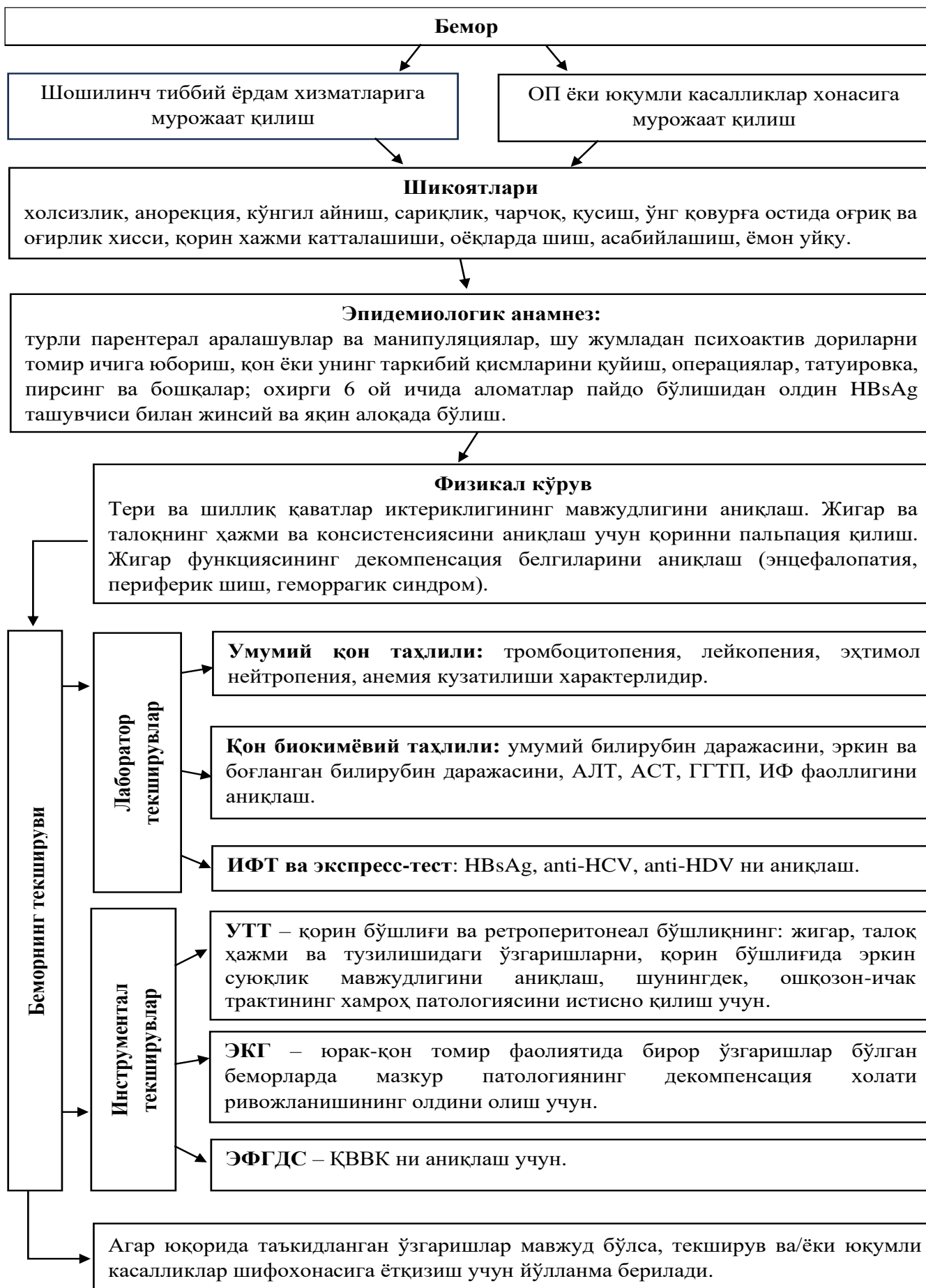
Лаборатория ва инструментал текшириш усуллари	Вирус этиологияли ЖЦ
Қоннинг клиник таҳлили	Ҳар 3 ойда
Жигар функционал синамалари умумий билирубин ва унинг фракциялари, АЛТ, АСТ, ГГТП, ИФ, альбумин, ХНН, холестерин, креатинин	Ҳар 3 ойда
Альфа-фетопротеин	Ҳар 3 ойда
ПЦР усулида миқдорий HBV DNA, HCV RNA	Ҳар 3 ойда
Билвосита жигар эластометрияси	Йилда 1 марта
Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ	Ҳар 6 ойда
ЭФГДС	Қизилўнғач ва ошқозон варикоз томирларининг йўқлиги ва циррознинг компенсация босқичида ҳар 1-2 йилда; Қизилўнғач ва ошқозон варикоз томирлари мавжуд бўлганда ва (ёки) циррознинг декомпенсация босқичида ҳар 6-12 ойда

Беморларга керак бўлган ҳолларда қўшимча текширувлар (масалан, асцит бўлганда диуретик терапия учун қон электролитларини текшириш, гидроторакс учун кўкрак қафаси рентгенограммаси), ўтказилиши мумкин.

ЖЦ нинг ривожланиши ва декомпенсациясида текширувларнинг частотаси кўпроқ бўлиши мумкин (кўрсаткичларга кўра).

В, С ва D вирусли гепатитларнинг асорати сифатида ривожланган жигар циррозининг компенсацияланган босқичида (Чайлд – Пью бўйича А синф) беморларга патогенетик ва симптоматик терапия сурункали В, С, D вирусли гепатитлар билан касалланган беморларни даволаш тартиби бўйича амалга оширилади.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ СКРИНИНГИ АЛГОРИТМИ



Турли вирус этиологияли жигар циррознинг дифференциал диагностикаси

Ташхис	Дифференциал диагностика асослари	Текширувлар	Ташхис мезонлари
Вирусли гепатит натижасидаги ЖЦ	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари: астения, сариқлик, диспепсия, геморрагик, шиш-асцитик, портал гипертензия, гепатоспленомегалия, гиперспленизм, цитолиз, холестаза, альбумин, протромбин ва холестериннинг пасайиши.	anti-HCV, HBsAg, anti-HDV – ИФТ, HBV ДНК, HDV РНК ва HCV РНК – ПЗР, УҚТ, қон биокимёси: АСТ, АЛТ, ИФ, билирубин, альбумин, протромбин, холестерин, креатинин, анемия, тромбоцитопения, жигар эластометрияси, ҚБА УТТси ва КТси, ЭФГДС	Вирусли гепатит белгиларининг мавжудлиги, қон биокимёсидаги ўзгаришлар, анемия, тромбоцитопения, фиброз 4 (F4)
НАСГ натижасидаги ЖЦ	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Тана вазни индекси, қон биокимёси, липидограмма, глюкоза, инсулин, УҚТ, ҚБА УТТси, ЭКГ	Метаболик синдромнинг таркибий қисмлари: семизлик, ҚД-2, АГ, дислипидемия, УТТда стеатоз, КТ ва жигарнинг пункцион биопсияси, (F4), ВГ маркерлари (-)
Алкоголли гепатит натижасидаги ЖЦ	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	алиментар факторни аниқлаш, AUDIT сўровномаси, қон биокимёси, жигар эласторгафияси, ҚБА УТТси ва КТси, ЭКГ	Спиртли ичимликларни сууистеъмол қилиш, спиртли ичимликлар стигмаси, полинейропатия, кардиомиопатия, цитолиз, макроцитоз, ГГТП ва амилаза ошиши, IgA, B12-этишмовчилик анемияси
Аутоиммун гепатит	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси + гамма-глобулинлар, ауто-антитаналар	Ёш аёллар кўрроқ касалланади, цитолиз даражаси юқори,

натижасидаги ЖЦ	лаборатория синдромлари	(АМА, АНА, anti-LKM-1, anti-SLA), жигар УТТси ва биопсияси	аутоантитаналар титри (+), гипергаммаглобулинемия
Бирламчи билиар цирроз	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, УҚТ, АМА2, IgM, ҚБА УТТси ва КТси, жигар биопсияси	Кўпинча ўрта ва кекса ёшдаги аёлларда, тизимли кўринишлар (Шегрен синдром ива б.), клиник ва биокимёвий холестаза ва цитолит синдроми, АМА2 ошиши, IgM, ББЦнинг гистологик белгилари
Бирламчи склеротик холангит	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, рАНСА, ҚБА УТТси ва КТси, эндоскопик рестроград холангиопанкреатография, МР-холангиография	Кўпича эркаклар касалланади, клиник ва биокимёвий холестаза синдромининг ичакнинг яллиғланиш касалликлари билан бирга кечиши, холангиограммада ўт йўлларида ўзгариш
Ирсий гемохроматоз натижасидаги ЖЦ	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси + глюкоза, темир, ферритин, генетик текширувлар, ҚБА УТТси ва КТси	40 ёшдан ошган эркакларда, қонда темир ва ферритин ошиши, жигарда сидероз мавжудлиги, ҚД-2, юрак ва буйимлар зарарланиши, генетик бузилишлар
Вильсон-Коновалов касаллиги натижасидаги жигар циррози	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, қондаги мис ва церулоплазмин даражаси, пешобдаги мис даражаси, ҚБА УТТси ва КТси, офтальмолог ва невропатолог консультацияси, жигар биопсияси	Кўпинча ёшлик пайтида, церебрал бузилишлар, шох пардада Кайзер-Флейшер ҳалқаси, қонда церулоплазмин пасайиши, кундалик сийдик билан мис ажралиши, жигар тўқималарида мис миқдори ортиши
Жигарнинг юрак циррози	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, ЭКГ, Эхо КГ, ҚБА УТТси, ЭФГДС,	СЮЕ ва юрак касалликлари мавжудлиги, жигар

	лаборатория синдромлари	кўкрак қафаси КТ ва МРТси	ўзгаришларининг йўқлиги, ошқозон ва ҚВВК, гиперхолестеринемия
Бадди-Киари синдромидаги ЖЦ	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, УТ-доплерография, МР-ангиография, контраст билан КТ, ЭФГДС	Пастки ковак вена тизимида тромбоз, анамнезда қорин травмаси, ўнг қовурға остида кучли оғриқ, жигар зарарланиши ва қон биокимёсида ўзгаришнинг йўқлиги
Асцит билан кузатилувчи констриктив перикардит	ЖЦнинг умумий клиник ва лаборатория синдромлари	Қон биокимёси, рентгенография ва трансторакал ЭхоКГ, ЭКГ, юрак КТ ёки МРТси, юрак катетеризацияси	Анамнезда перикардит, веноз босимнинг ошиши, веноз димланиш, плевра оқиши, жигар ферментлари ўзгаришсиз, ҚВВК, қон биокимёсининг бузилиши

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

С 5	Анестезиолог-реаниматолог маслаҳати - фавқулодда вазиятлар (жумладан, жигар комаси) мавжуд бўлганда, шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб 30 дақиқадан кечиктирмай интенсив терапия бўлимига (ИТБ) ўтказиш учун кўрсатмаларни аниқлаш мақсадида.
С 5	Жарроҳ маслаҳати - ЭФГДС, жигар биопсияси ва парацентез, қон томирни шунтлаш операцияси, жигар трансплантацияси бўйича қарорлар, кучли қорин оғриғи бўлганда, ўткир жарроҳлик патологияларини ва геморрагик синдромни истисно қилиш учун ва жарроҳлик бўлимига кўчириб ўтказиш кўрсатмаларини аниқлаш мақсадида.
С 5	Невролог маслаҳати - энцефалопатия белгилари мавжуд бўлса, неврологик патологияни истисно қилиш учун.
С 5	Акушер-гинеколог маслаҳати - ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни биргаликда бошқариш, репродуктив органларнинг патологияларини истисно қилиш учун.
С 5	Гематолог маслаҳати - тромбоцитопения, лейкопения, анемия, панцитопения ёки бошқа қон касалликлари ҳолатларини ҳал қилиш мақсадида.

С 5	Эндокринолог маслаҳати – беморда қўшимча эндокринологик касалликлар кузатилганда.
С 5	Кардиолог маслаҳати - юрак-қон томир касалликлари, циррозли кардиомиопатиялар ҳолатини аниқлаштириш мақсадида.
С 5	Онколог маслаҳати - ГЦК билан касалланган беморларни, шунингдек, бошқа онкологик патологиялари бўлган беморларни эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида.

Жигар циррози ташхисини шакллантириш тамойиллари:

- Касалликнинг этиологияси аниқланиши керак.
- Чайлд-Пью синфини ҳисоблаш («А»; «В»; «С»).
- Жигар циррозининг барча мавжуд асоратларини кўрсатиш.

Яқуний ташхисни шакллантиришга мисоллар:

1. HBV этиологияли жигар циррози, Чайлд-Пью бўйича "А" синфи. Асорати: Портал гипертензия. Спленомегалия.
2. HDV этиологияси билан HBV этиологияли жигар циррози, Чайлд-Пью бўйича "В" синфи. Асорати: Портал гипертензия. Спленомегалия. 2-даражали ҚВВК. Асцит.

Жигар циррозидида беморларнинг овқатланиши

Сурункали жигар касалликлари учун овқатланиш бўйича EASL 2018 клиник амалиёти бўйича кўрсатмалар.

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Цирроз ва нотўғри овқатланган беморларга овқатланиш бўйича маслаҳат берилиши керак: 5/5а парҳез столлари	II-2, С, 2
Оддий кунлик энергия истеъмоли кунига тавсия этилган 35 ккал/кг ҳақиқий тана вазнидан паст бўлмаслиги керак. Масалан: соғлом эркак кунига 2600-2800 ккал, аёл кунига 2000-2200 ккал истеъмол қилади.	II-2, В, 1
Оддий кунлик оксил миқдори кунига тавсия этилган 1,2-1,5 г/кг ҳақиқий тана вазнидан паст бўлмаслиги керак. Масалан: соғлом одам кунига ўртача 1,2 -1,5 г/кг оксил истеъмол қилади.	II-2, В, 1

Декомпенсацияланган бемор рационига кечқи овқат ва нонуштага перорал озуқа қўшимчалар қўшинг. Декомпенсацияланган циррозли беморларга ВСАА қўшимчалари ва лейцин билан бойитилган аминокислота қўшимчалари тавсия этилади.	II-1, C, 1
Нотўғри овқатланиш ва жигар циррози билан оғриган беморларга энтерал овқатланиш даври тавсия этилади.	II-1, B, 1
Жигар циррози билан оғриган беморларга саркопениянинг олдини олиш учун жисмоний фаоллик тавсия этилади.	II-1, C, 2

Микроэлементлар EASL 2018

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Цирроз билан оғриган беморларга тасдиқланган ёки клиник жиҳатдан шубҳали этишмовчиликни даволаш учун микроэлементлар ва витаминлар буюрилади	II-1, C, 1
Циррозли беморларнинг қонидаги витамин даражасини баҳолаш керак	II-3, B, 1
Д витамини даражаси <20 нг/мл бўлган беморларга Д витамини қўшимчалари оғиз орқали буюрилади. Қондаги Д витамини даражаси Д(25(ОХ)д) 30 нг/мл кўп бўлиши керак.	II-1, B, 1
Асцитли жигар циррози билан оғриган беморларда натрийни чеклаш керак (қунига 5 г туз).	II-2, B, 1

Жигар циррози ва суяк касалликлари билан оғриган беморларни пархез даволаш усуллари EASL 2018

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Жигар циррози ва кортикостероидлар билан узок муддатли даволанадиган беморларда суяк минерал зичлигини баҳолаш керак	II-2, A, 1
Остеопороз ва остеопения ташхисини қўйиш учун лумбосакрал денситометриядан (DEXA) фойдаланинг. Суяк минерал зичлиги нормал бўлган беморларда икки-уч йилда ва суякларнинг зичлиги камайиши	II-1, B, 1

кутилаётган бўлса бир йил давомида DEXA-ни такрорлаш керак	
Сурункали жигар касаллиги бўлган ва Т-балл -1,5 дан паст беморларга кальцийни (кунига 1000-1500 мг) ва 25(OH)D (ҳар икки ҳафтада 400-800 UI/d 260) тавсия этилади	II-3, A, 1
Цирроз ва остеопороз билан оғриган беморларда, шунингдек жигар трансплантациясини кутаётган беморларга бифосфонатлардан фойдаланиш тавсия этилади	I, A, 1
Гемохроматоз ва гипогонадизм билан оғриган эркакларда тестостеронни қабул қилиш ва венесексия қилишни ўйлаб кўриш керак	II-2, B, 1

Жигар циррози билан оғриган оғир беморнинг овқатланиши

Тавсиялар	Далиллар даражаси
Оғир бўлган барча беморларда овқатланиш ҳолатини ва саркопения мавжудлигини баҳолаш керак	II-3, C1
Оғиз орқали овқатланишга қарши кўрсатмаларга бўлса, энтерал овқатланишни таъминлаш керак	III, A1
Назогастроэнтерал зондлар фойдаланиш керак, агар қизилўнғачдан қон кетиш белгилари бўлмаса	II-2, A1
Оғир цирроз билан оғриган беморларда кунлик энергия истеъмоли 35-40 ккал/кг дан кам бўлмаслиги керак	II-2, B1
Оғир циррозли беморларда кунлик оксил миқдори 1,2-1,3 г/кг тана вазнига тавсия этилади	II-2, B1
ЖЭ ривожланган беморларда ҳолатини яхшилаш учун ВСАА билан бойитилган эритмалардан фойдаланиш керак	I, A1
ЖЭ резолюциясини тезлаштириш ва калория миқдори паст бўлган беморларнинг яшаш даражасини ошириш учун озуқавий ёрдам кўрсатилиши керак	II-1, A1

Парҳез:

1. Кундалик калория миқдори 35-40 ккал / кг "идеал" тана вазнида сақланиши керак (I, A, 1).
2. Кундалик оксил миқдори кунига 1,2-1,5 г/кг бўлиши керак. (I, A, 1)

3. Озиқ-овқат ёки суяқ овқат қўшимчалар кун давомида тенг равишда тақсимланиши керак. Кечки уйкуга ётишдан олдин беморга озроқ овқат қабул қилишни таклиф қилиш керак (I, A, 1).

4. Озиқ-овқатдан оқсил қабул қила олмаган беморларга ВСАА аминокислоталарни оғиз орқали қабул қилиш тавсия этилади (II-2, B, 2).

II. ЖИГАР ЦИРРОЗИ АСОРАТЛАРИНИНГ ТАСНИФИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА ОШҚОЗОН-ҚИЗИЛЎНГАЧ ВАРКОЗ КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШ

Портал гипертензия - бу гемодинамик жиҳатдан портал босим градиентининг патологик ўсиши билан намоён бўладиган клиник симптомлар мажмуаси бўлиб, у жигарни четлаб ўтиб, портал венадан қон чиқариладиган портосистемик коллатералларнинг шаклланиши билан бирга келади [3; 14; 32].

Портал гипертензия – бу дарвоза вена томир тизимида қон оқимининг бузилиши билан кечадиган турли патологик жараёнлардир. Қон оқимига тўсқинлик қилишнинг анатомик жойлашишига кўра, портал гипертензия шаклини жигар ости (талоқ, тутқич ёки портал веналарни ўз ичига олган), жигар ичи (жигар касалликлари) ва жигар усти (жигардан чиқадиган веноз қон оқими бузилишига олиб келадиган касалликлар) деб таснифлаш мумкин [25].

ҚваОВВ дан қон кетиш - бу портал тизимдаги босимнинг кучайиши туфайли ҚваОВВ девори чўзилган ва ёрилиб кетганда пайдо бўладиган жиддий ҳолатдир [3; 17; 19; 33].

Портал гипертензияни портал блок даражаси бўйича таснифи:

1. Жигар усти:

- жигар веналарининг тромбози/торайиши ва пастки венакав венасининг обструкцияси (Бадда - Киари синдроми, ўсимта инвазияси, пастки кавак вена бўшлиғидаги мембрана);

- юрак-қон томир тизими касалликлари (констриктив перикардит, трикуспидал регургитация).

2. Жигар:

А) Пресинусоидал:

- Рандю-Ослер касаллиги;

- туғма жигар фибрози;

- Портал вена томир шохларининг тромбози (оғир бактериал холангит, ёмон сифатли ўсмалар);

- бирламчи склерозланган холангит;

- грануломатоз (шистосоматоз, саркоидоз, сил);

- сурункали вирусли гепатит;

- бирламчи билиар цирроз;

- миелопролифератив касалликлар;
- тугунли регенератив гиперплазия;
- идиопатик (цирротик бўлмаган) портал гипертензия / портосинуоидал касаллик;

- Вильсон-Конавалов касаллиги;
- гемохроматоз;
- поликистоз;
- амилоидоз;
- токсик моддаларга таъсир қилиш (мис, мишьяк, 6-меркаптопурин).

Б) *Синуоидал*:

- барча жигар циррози ҳолатлари;
- алкогольли гепатит;
- оғир вирусли гепатит;
- ҳомиладорларнинг ўткир ёғли гепатози;
- А витамини интоксикацияси;
- тизимли мастоцитоз;
- жигар пурпураси;
- Цитотоксик дорилар.

В) *Пост-синуоидал*:

- веноокклюзив касаллик;
- алкогольли центрлобуляр гиалин склерози.

3. Жигар ости:

- портал вена томир тромбози ва портал венасининг каверноз трансформацияси;
- талоқ венасининг тромбози;
- висцерал артериовеноз фистула;
- идиопатик тропик спленомегалия.

Портал гипертензиянинг клиник жиҳатдан аҳамияти даражасига кўра:

- клиник аҳамиятли
- клиник аҳамиятсиз

Клиник аҳамиятга эга портал гипертензиянинг йўқлиги ёки мавжудлигига қараб компенсацияланган циррозни 2 босқичга бўлиш мумкин. Клиник жиҳатдан аҳамиятли портал гипертензияси бўлган беморларда декомпенсация ривожланиш хавфи юқори. Компенсацияланган циррозни даволашнинг мақсади декомпенсацияни белгилайдиган асоратларни олдини олишдир (А.1).

Вирусли ва алкогольли жигар циррози бўлган беморларда жигар веноз босими градиентини ўлчаш клиник жиҳатдан аҳамиятли портал гипертензия мавжудлигини аниқлаш учун олтин стандарт бўлиб, у жигар веноз босим градиенти ≥ 10 мм сим. уст. сифатида аниқланади (А.1).

Клиник амалиётда портал гипертонаияни аниқлаш учун ноинвазив тўғри тестлар етарлича (А.1).

Клиник амалиётда эластографиядан фойдаланиш клиник портал гипертензия ривожланиши хавфи остида бўлган ва шунинг учун жигар касалликлари билан боғлиқ декомпенсация ва ўлим хавфи остида бўлган даволанмаган/фаол сурункали жигар касаллиги билан оғриган беморларни эрта босқичда аниқлаш имкониятини яратди (А.1).

Baveno VI мезонлари (яъни жигар қаттиқлиги <20 кПа ва тромбоцитлар $>150 \times 10^9/Л$) гепатит С вируси ва гепатит В вируси туфайли келиб чиққан компенсацияланган прогрессив сурункали жигар касаллиги бўлган беморларда юқори хавфли варикоз томирларини истисно қилиш учун қўлланилади (В.1).

Декомпенсация босқичининг олдини олиш учун НСББ қўллаб бўлмайдиган (қорши кўрсатма/қабул қила олмаслик) компенсацияланган цирроз босқичидаги беморлар, агар жигар қаттиқлиги ≥ 20 кПа ёки тромбоцитлар сони $\leq 150 \times 10^9$ Л бўлса, варикоз томирларини текшириш учун эндоскопиядан ўтишлари керак (А.1).

ПГ ташхисини билвосита тасдиқлаш ЭГДС пайтида қизилўнғачнинг варикоз томирларини (ҚВТ) аниқлашдан иборат. Варикоз томирларининг йўқлиги камида 2 йилда бир марта эндоскопик текширув ўтказилади, варикоз томирлари мавжудлигида эса ҳар йили эндоскопия текширувини талаб қилади. Бундан ташқари, ЭГДСни ўтказишда қизилўнғач ва/ёки ошқозондан қон кетиш хавфи ва шунга мос равишда профилактик даволаниш зарурати баҳоланади.

Вена варикози ривожланиши бўйича таснифи:

I-даража – томирларнинг диаметри 2-3 мм;

II-даража – томирларнинг диаметри 3-5 мм;

III-даража – томир диаметри >5 мм.

Варикоз томирларини локализация бўйича таснифлаш:

I-тип – гастроэзофагеал ҚОВВК (қизилўнғач ва ошқозон веналарининг варикоз кенгайиши) ошқозоннинг кичик эгрилигининг кардиал ва субкардиал бўлимлари;

II-тип – гастроэзофагеал ҚОВВК ошқозон туби бўйлаб ошқозон томон катта эгрилик бўйлаб;

III-тип – қизилўнғач венасини кенгаймасдан алоҳида ошқозон варикоз веналарини кенгайиши-ошқозон фундали қисми венасини варикоз трансформацияси;

IV-тип – ошқозон антрал, ўн икки бармоқли ичакнинг эктопик тугунлари [35].

Васкулопатиянинг таснифи:

- 1) енгил - оқ контур билан ўралган пушти рангли кичик жойлар;
- 2) ўрта - пушти ареола марказида ясси қизил доғлар;
- 3) оғир - қон кетиши билан бирикмалари билан.

Ҳозирда портал гипертонияси бўлмаган беморларда НСББдан фойдаланиш бўйича ҳеч қандай маълумот йўқ **(А.1)**

Агар клиник жиҳатдан тавсия кўрсатилса, НСББ билан даволаш тўғрисидаги қарор ГПЛД ўлчаш мумкин бўлишидан қатъи назар, қабул қилиниши керак **(В.2)**.

Клиник аҳамиятга эга бўлган портал гипертонияси бўлган беморларда декомпенсациянинг олдини олиш учун НСББ (пропранолол, надолол ёки ўймакорлиги*) билан даволашни кўриб чиқиш керак. **(Б.1)** * Анъанавий НСББ (яъни пропранолол ва надолол) фарқли ўлароқ, карведилол ички анти-алфа-адренергик вазодилатловчи таъсирга эга бўлиб, янада аниқроқ портал босимини пасайтириш таъсирга эга.

Карведилол компенсацияланган циррозда афзал кўрган НСББ ҳисобланади, чунки у порто-венос босим градиентини камайтиришда самаралироқдир. **(А.1)** Декомпенсациянинг олдини олишда фойдалироқ бўлишга ва анъанавий НСББдан кўра яхшироқ ўзлаштирилишга мойил бўлиб, яшовчанликни яхшилаш кўрсатилган **(В.1)**

Декомпенсациянинг олдини олиш учун НСББни қабул қиладиган компенсацияланган сиррозга чалинган беморлар варикоз томирларини аниқлаш учун эндоскопияни текширишни талаб қилмайди, чунки эндоскопия даволаш тактикасини ўзгартирмайди. **(В.2)**

НСББ га қарши кўрсатма ёки ўзлаштира олмасликги бор юқори хавфли компенсацияланган варикоз томирлари бўлган беморларда биринчи варикоз қон кетишининг олдини олиш учун эндоскопик лигатура тавсия этилади. **(А.1)**

Цирроз ва тасдиқланган статин кўрсаткичлари бўлган беморларда статинларни тавсия қилиш керак, чунки бу дори-дармонлар портал босимини **(А.1)** камайтириши ва умумий яшовчанликни яхшилаши мумкин. **(В.1)**

Варикоз қон кетишига шубҳа бўлса, вазокинли дори воситалари (терлипессин, соматостатин, октреотид) иложи бориша тезроқ бошланиши ва 2-5 кун давом этиши керак. **(А.1)**

Гипонатремия терлипессин қабул қилаётган беморларда, хусусан, жигар функцияси сақланиб қолган беморларда тасвирланган. Шунинг учун натрий даражасини назорат қилиш керак. **(В.1)**

Антибиотик профилактикаси ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетган жигар циррози билан оғриган беморлар терапиясининг ажралмас қисми бўлиб, шифохонага қабул қилинган пайдан бошлаб буюрилиши керак. **(А.1)**

Вена ичига цефтриаксон 1 г/24 с хинолонга чидамли бактериал инфекцияларнинг юқори тарқалиши билан шифохона шароитида ва олдинги хинолон профилактикасидан ўтган беморларда зўрайиб борувчи цирроз (А.1) билан оғриган беморларда кўриб чиқилиши керак ва ҳар доим чидамликнинг маҳаллий шакллариға мувофиқ амалға оширилиши керак. **(D.2)**

Лигатура қўйиш - бу қизилўнғач варикоз веналаридан ўткир қон кетишда тавсия этиладиган эндоскопик терапия ҳисобланади. **(А.1)**

72 соат давомида(идеал <24 соат) полиэтрафлуороэтилен (ПТФЭ) қопланган стентлар билан TIPS қизилўнғач варикоз веналаридан қон кетиши ҳамда қизилўнғач ва ошқозон варикоз веналарининг кенгайиши ½ тип қайсики қуйидаги мезонлардан бирортасига жавоб берадиган : Чайлд-Пью класс С <14 балл ёки Чайлд-Пью В синф >7 бирламчи эндоскопияда фаол қон кетиши билан ёки қон кетиш пайтида HVPG >20 мм.симв.уст.да тавсия этилади. **(А.1)**

Қизил қон ҳужайраларини қуйиш консерватив равишда амалға оширилиши керак, мақсадли гемоглобин даражаси 7 дан 8 г /дЛ гача. Ваҳоланки, алоҳида беморларда қон қуйиш қондаси юрак-қон томир касалликлари, ёш, гемодинамик ҳолат ва давом этаётган қон кетиши каби бошқа омилларни ҳам ҳисобға олиш керак. **(А.1)**

АСЦИТ

Асцит - қорин бўшлиғида суюқликнинг патологик тўпланиши бўлиб, 10 йиллик жигар касаллиги тарихи бўлган беморларнинг 50% дан кўпроғида учрайди ва циррозли беморларнинг ҳаёт прогнозини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Асцит бошланганидан бошлаб биринчи йил давомида беморларнинг 45 дан 82% гачаси, беш йил ичида эса - 50% дан камроғи тирик қолади [17; 19; 24].

Асцитнинг таснифи.

Амалиётда асцитни ўрганиш бўйича International Ascites Club (IAC) томонидан таклиф қилинган тасниф жуда қулай бўлиб, унинг оғирлигига қараб 3 даражани ўз ичига олади:

1-даража – қорин бўшлиғидаги суюқлик фақат ультратовуш текшируви билан аниқланади;

2-даража – қорин бўшлиғининг симметрик ўсиши билан намоён бўлади;

3-даража – бу таранг асцит.

Агар диуретик препаратларни тўғри қабул қилиш асцитнинг пасайишига олиб келмаса, у чидамли деб аталади, бу 10% ҳолларда жигар циррози асцитли беморларда учрайди. Бундай беморларнинг 1 йил ичида яшовчанлик даражаси 50% дан ошмайди. Чидамли (резистент) асцитларнинг диагностик мезонлари:

1. Даволашнинг давомийлиги: диуретиклар билан жадал терапия (максимал дозалари: альдостерон антагонистлари кунига 400 мг, фуросемид 160 мг/сут) 1 ҳафта давомида туз миқдори кунига 5,2 г гача бўлган парҳез билан;

2. Даволашга жавоб йўқлиги: ҳар 4 кунда 0,8 кг дан кам вазн йўқотиш;

3. Асцитнинг эрта такрорланиши: 2-3 даражали асцитнинг даволаш бошланганидан кейин 4 ҳафта ичида қайтиши;

4. Диуретик дориларни қабул қилиш билан боғлиқ асоратлар:

- бошқа сабаблар бўлмаганда ривожланган портосистем энцефалопатия,
- диуретик терапия туфайли буйрак етишмовчилиги: диуретиклар билан даволанишга жавоб берган беморларда қон зардобиди креатинин 100% га > 2 мг/дл қиймати билан ошиши,

- гипонатриемия-қон зардобиди натрий даражасининг 10 ммоль/л дан 130 ммоль/л дан кам даражага пасайиши (бир қатор муаллифлар 135 ммоль/л қиймати кўрсатилган),

- гипокалиемия-қон зардобиди калий даражасининг 3,5 ммоль/л дан пасайиши,

- гиперкалиемия-қон зардобиди калий даражасининг 5,5 ммоль/л дан ошиши.

Асцитни ўрганиш халқаро клуби бўйича асцитнинг таснифи

(International Ascites Club)

Асцитнинг тури	Аниқлаш	Даволаш
1- даража	Асцит суяқлиги фақат УТТ да аниқланади	Талаб этилмайди
2-даража	Визуал белгилар (қориннинг симметрик катталашиши)	Диуретиклар ва ош тузини чеклаш*
3-даража	Таранглашган асцит	Кўп миқдордаги парацентез, диуретиклар ва ош тузини чеклаш
Резистент	Даволаш чора тадбирларига нисбатан жавобнинг йўқлиги – тана вазнининг ҳар 4 кунда камида 0.8кг га камаймаса, бир ҳафта	Кўп миқдордаги парацентез, шунт қўйиш операцияси ва жигар кўчириб ўтказиш операциясига рўйхатга қўйиш

	давомида максимал дозадаги диуретиклар билан даволаганда ва 5,2г/сут дан кам натрий сақловчи парҳезга риоя қилганда	
Эрта рецидив	Даво муолажалари бошлангандан кейин 4 ҳафта давомида асцитнинг 2-3-даражага қайтиши	Кўп миқдордаги парацентез, шунт қўйиш операцияси ва жигар кўчириб ўтказиш операциясига рўйхатга қўйиш**

*Овқат маҳсулотларига туздан фойдаланмаслик ва ярим тайёр овқат маҳсулотларини истеъмол қилмаслик (= 4.6-6.9 г ош тузи бир кунда);

**Асцитнинг 2-3-даражасида трансплантолог шифокор маслаҳатига юбориш.

Суюқликни истеъмол қилишни чеклаш

- Жигар циррози асцит билан беморларда қон зардобидида натрий миқдори 126 ммоль/лга тенг ёки юқори бўлганда суюқлик чекланмайди. Диуретиклар қабул қилиш давомида буйрак функциясида патологик ўзгариш бўлмаса ёки билинарли ўзгариш бўлмаса, бу ҳолатда диуретиклар қабул қилиш давом эттирилади.

- Қон зардобидида натрий миқдори 126-135 ммоль/л ва креатинин нормада бўлса, электролитлар миқдорини назорат қилган ҳолатда диуретик терапия давом эттирилади. Суюқлик чекланмайди.

- Қон зардобидида натрий миқдори 121-125 ммоль ва креатинин нормада бўлса, Халқаро фикр: диуретик терапия давом эттирилади, Трансплантологлар фикри: диуретик терапияни бекор қилиш ёки мумкин қадар эҳтиёткор ёндашиш.

- Қон зардобидида натрий миқдори 121-125 ммоль/л ва креатинин юқори (150мкмоль/л ёки 120 мкмоль/лдан юқори) бўлса, диуретик терапия бекор қилинади.

- Қон зардобидида натрий 120ммоль/лга тенг ёки паст бўлса, диуретиклар бекор қилинади.

Исбот даражаси: 5; тавсия:D.

- Натрий ўртача чеклаш (кунига 80-120 ммол, 4,6-6,9 г тузга тўғри келади) асоратланмаган ўртача асцитли беморларга тавсия этилади (I; 1).

- Беморларга, шунингдек, етарли овқатланишни таъминлаш учун овқат рационадаги натрий истеъмолини тартибга солиш тавсия этилади. Жуда кам натрийли диеталардан (<40 ммол/кун) қочиш керак (II-2; 1).

- Узоқ муддатли ётоқ режими тавсия этилмайди (III; 1).

Асцитни даволаш.

Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Асоратланмаган асцитни даволаш.

Амбулатория шароитида амалга оширилиши мумкин бўлган терапевтик тадбирлар рўйхати:

- Ўртача асоратланмаган асцит бўлган беморларга натрий истеъмолини ўртача чеклаш (кунига 80-120 ммол, бу 4,6–6,9 г тузга тўғри келади) тавсия этилади (I; 1).

- Шунингдек, беморларга диетада натрий истеъмолини қандай тартибга солиш бўйича етарли овқатланиш бўйича тавсия берилади. Натрий миқдори жуда паст (<40 ммол/кун) диеталардан сақланиш керак (II-2; 1).

- Узоқ муддатли ётоқ режими тавсия этилмайди (III; 1).

- 2-даражали ўртача асцитнинг биринчи эпизоди бўлган беморларга кунига 100 мг верошпирон (алдостерон антагонистлари) берилади ва дозани ҳар 72 соатда 100 мг дан кунига 400 мг гача босқичма-босқич ошириш мумкин (I; 1).

- Алдостерон антагонистларига (верошпиронга) жавоб бермаган беморларга (агар тана вазни ҳафтасига 2 кг ёки ундан кўп камаймаса ёки гиперкалемия ривожланса), фуросемид кунига 40 мг дан кўшилади. Агар тана вазни ҳафтасига 2 кг ёки ундан кўп камаймаса ёки гиперкалемия ривожланса босқичма - босқич 40 мг дан максимал 160 мг гача кўпайтириб бориш мумкин (I; 1).

- Асцитни даволанишнинг биринчи ойида беморлар тез – тез (ҳар 5-10 кунда) клиник ва биокимёвий мониторингдан ўтишлари керак (I; 1).

- Такрорий асцит ривожланган беморларни антогонист алдостерон + фуросемид комбинацияси билан даволаш керак, уларнинг дозаси юқорида кўрсатилган жавобга мувофиқ кетма-кет оширилиши керак (I; 1).

- Фуросемидга кам жавоб берадиган беморларга торасемид берилиши мумкин (I; 2).

- Тавсия этилган максимал вазн йўқотиш диуретик даволаш пайтида шиш бўлмаган беморларда кунига 0,5 кг ва шиш бўлган беморларда кунига 1 кг бўлиши керак (II-2; 1).

Амбулатор шароитида ҳам, стационар шароитда ҳам амалга оширилиши мумкин бўлган муолажалар рўйхати:

- Диуретиклар билан узоқ муддатли даволашнинг мақсади – беморларда асцит суюқлиги йўқолганда ёки жуда кам миқдорда қолганда асцит суюқлиги кўпаймаслиги учун диуретикларнинг энг кам дозаси тавсия қилинади. Шундай қилиб, диуретиклар дозасини камайтириш ва ҳатто тўхтатиш мумкин (III; 1).

- Буйрак етишмовчилиги, гипонатриемия ёки қон зардобидида калий миқдори меъёрда бўлмаган, жигар циррози бор беморларда диуретикларни эҳтиёткорлик билан ишлатиш керак. Ушбу ҳолатларни диуретик терапиясини бошлашдан олдин даволаш керак (III; 1).

- Ушбу беморлар тез - тез клиник ва биокимёвий мониторинг остида бўлиши керак. Диуретиклар буйрак етишмовчилиги ва гипонатриемиянинг дастлабки босқичларида бошланмаслиги керак. Диуретик муолажа бошланишидан олдин қон зардобидида калий миқдорини коррекциялаш керак.

- Одатда жигар энцефалопатияси бўлган беморларда диуретиклар қўллашга қарши кўрсатма мавжуд (III; 1).

- Гепаторнеал синдром (ГРС), жигар энцефалопатияси ёки мушак тортишиши (талваса), оғир гипонатриемия (қон зардобидида натрий концентрацияси <125 ммоль/л) ривожланса, диуретикларни тўхтатиш керак (III; 1).

- Агар оғир гипокалиемия (<3 ммоль/л) юзага келса, фуросемидни қабул қилишни тўхтатиш керак. Агар оғир гиперкалемия (>6 ммоль/л) бўлса, антиминералокортикоидларни қабул қилишни тўхтатиш керак (III; 1).

- Мушак тортишиши бўлган беморларга альбумин инфузияси ёки баклофенни юбориш тавсия этилади (бирламчи доза суткада 10 мг, кейин ҳар хафтада суткасига 10 мг дан 30 мг гача ошириш мумкин) (I; 1).

Беморни стационар шароитда даволаш чора-тадбирлар рўйхати:

Беморнинг ёзма розилигини олиш муҳим!

- Ташхисий парацентез янги аниқланган 2-даражали ёки 3-даражали асцит билан оғриган барча беморларда ва асцит ёки жигар циррозининг бошқа асоратлари билан шифохонага ётқизилган барча беморларда ўтказилиши керак (II-2; 1). Бактериал перитонитни истисно қилиш учун асцитик суюқликда нейтрофиллар сони текшириш ва бак.экма ўтказиш керак. (II-2; 1).

- Умумий асцитик оқсил концентрациясини ўлчаш жуда муҳим, чунки асцитик оқсил концентрацияси 15 г/л дан кам бўлган беморларда ўз-ўзидан пайдо бўладиган спонтан бактериал перитонит (II-2; 1) ривожланиш ҳавфи ортади ва антибиотикларнинг профилактик курси билан осонликча даволанади.

- Қон зардобидида ва асцитик суюқликда альбумин нисбатини жигар циррози ташхиси аниқ бўлмаган беморларда (асцит булганда ҳам) ўлчаш керак (II-2; 1):

Қон зардобидида ва асцитик суюқликда альбумин нисбати = Қон зардобидидаги альбумин – Асцитик суюқликдаги альбумин;

Бу онлайн калькулятор: <https://www.mdcalc.com/calc/3096/serum-ascites-albumin-gradient-saag> орқали ҳисобланади.

Қон зардобидида ва асцитик суюқликда альбумин нисбатини даражасига қараб асцит ривожланишининг сабабларини қиёсий ташхислаш

Градиент >1,1 г/дл (портал гипертензия)	Градиент <1,1 г/дл
Жигар циррози Алкоголли гепатит, Юрак етишмовчилиги, Дарвоза венаси тромбози, Бадда — Киари синдроми, Жигар метастазлари	Қорин бўшлиғи карциноматози, Сил перитонити, Панкреатит сабабли асцит, Билиар асцит, Нефротик синдром, Серозит

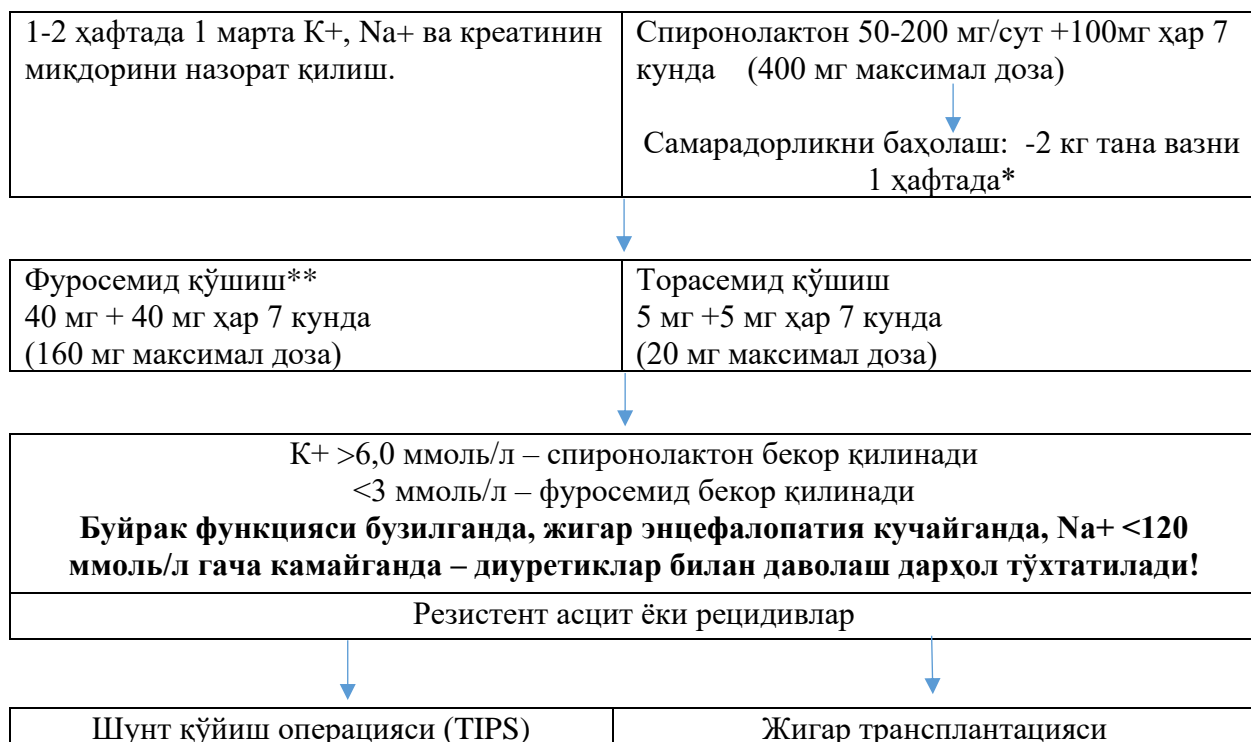
Таъххисий парацетез ўтказилиши керак (Quality of evidence: moderate; Recommendation: strong. <https://gut.bmj.com/content/70/1/9>):

- ошқозон-ичакдан қон кетганда;
- шокда;
- иситма ёки тизимли яллиғланишнинг бошқа белгилари кузатилганда;
- ошқозон-ичак тизими фаолияти бузилганда;
- жигар ва/ёки буйрак фаолиятида чуқур ўзгаришлар бўлганда;
- жигар энцефалопатияси ривожланган беморларда.

Парацетезга қарши кўрсатмалар:

1. Бемор ҳушининг аниқ бузилиши.
2. Пункция қилинадиган тахминий жойларда қорин териси инфекцияси.
3. Ҳомиладорлик.
4. Кучли коагулопатия (тезлашган фибринолиз ёки тарқалган томир ичи коагуляцияси).
5. Кучли ичак метеоризми.

Асцитни даволаш алгоритми



Изоҳ: *Периферик шиш бўлмаган беморлар учун максимал вазн йўқотиш - кунига 0,5 кг, периферик шиш бўлган беморлар учун вазн йўқотиш – кунига 1 кг (буйрак етишмовчилиги ва гипонатриемия хавфи!);

**Спиронолактон ва ҳалқали диуретиклар функционал антагонизмга эга - дориларни 3 соатлик интервал билан буюриш тавсия этилади.

Асоратланган асцитни даволаш.

Беморни стационар шароитда даволаш чора-тадбирлари рўйхати:

- Иккиламчи бактериал перитонит (ИБП) ташхиси микроскопия (II-2; 1) ёрдамида асцитик суюқликдаги нейтрофиллар сонига асосланади. ИБП ташхиси асцитик суюқликдаги нейтрофиллар сони $250/\text{мм}^3$ дан ортиқ бўлса тасдиқланади. Кўпинча қон културал флаконларида амалга оширилса ҳам асцитик суюқликнинг бактериологик экма натижаси манфий бўлади ва СБП ташхиси учун жуда муҳим булмайди, аммо бактериологик экма мусбат натижа чиқса, антибиотикларга сезгирликни аниқлаш муҳимдир (II-2; 1).

- Баъзи беморларда асцитик суюқликда нейтрофиллар сони $250/\text{мм}^3$ дан кам бўлиши мумкин, аммо асцитик суюқликдаги бак.экма натижаси мусбат булади. Ушбу ҳолат бактерио-асцит деб номланади. Агар беморда тизимли яллиғланиш ёки инфекция белгилари бўлса, улар СБП (II-2; 1) учун асцитик суюқликнинг бактериологик экма манфий натижа кўрсаткичлари бўлса ҳам, антибиотикларни буюришлари ва такрорий парацентезни буюришлари керак.

- Қайта асцитик нейтрофиллар сони $> 250/\text{мм}^3$ бўлган беморларни СБП билан оғриган беморлар деб ҳисоблаш керак (II-2; 1).

- Спонтан бактериал плевра эмпиемаси жигар циррози гидроторакс асоратидир. Плеврит ва шубҳали инфекция бўлган беморларда ташхисий плевроцентез ўтказилиши керак. Ташхис плевра суюқлигидаги мусбат бактериологик экма натижасига, нейтрофилларнинг кўпайиши $> 250 / \text{мм}^3$ ёки плевра суюқлигидаги бак.экма манфий натижасига ва нейтрофиллар/ $>500\text{мм}^3$ кўпайса пневмония бўлмаган ҳолатга асосланади (II-2; 1).

- Иккиламчи бактериал перитонитга шубҳа қилинган беморлар рентген (III; 1). каби тегишли КТ текширувидан ўтишлари керак. Иккиламчи бактериал перитонит ташхислаш учун асцитик суюқликдаги глюкоза ёки лактат дегидрогеназа ўлчовлари каби бошқа тестлардан фойдаланиш тавсия этилмайди.

- Катта ҳажмли парацентез (КХП) катта ҳажмдаги асцити бор беморлар учун даволашнинг биринчи босқичидир (3-даражали асцит) (I; 1).

- КХП бир сеансда бажарилиши керак (I; 1).

- КХП 5 литрдан ортиқ асцитик суюқлик олинган беморларда КХП альбумин инфузияси билан биргаликда бажарилиши керак (ҳар бир литр олиб ташланган асцитик суюқликка 8 г альбумин юбориш керак) (I; 1).

- КХП 5 литрдан дан ортиқ асцитик суюқлик олинган беморларда альбуминдан бошқа плазма ўрнини босувчи моддалар тавсия этилмайди, чунки улар парацентездан кейин келиб чиқадиган қон айланиш дисфункциясини олдини олишда самараси паст (I; 1).

- КХП 5 литрдан кам асцитик суюқлик олинган беморларда парацентездан кейин қон айланиш дисфункциясининг ривожланиш ҳавфи паст. Бироқ, бу беморлар альбумин препаратларини қабул қилишни давом эттиришлари керак (III; 1).

- КХПдан кейин беморлар асцитнинг қайта тўпланишига йўл қўймаслик учун зарур бўлган диуретикларнинг минимал дозасини олишлари керак (I; 1).

Умумий тавсиялар.

1) асцит ривожланган беморларда ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД) ишлатиш тавсия этилмайди, чунки уларда натрийни ушлаб қолиш, гипонатремия ва буйрак етишмовчилигини ривожланишини келтириб чиқариши мумкин (II-2; 1).

2) АПФ ингибиторлари, ангиотензин II антагонистлари ёки А1 - адренорецептор блокаторлари буйрак етишмовчилиги ҳавфи туфайли асцити бор беморларда ишлатилмаслик тавсия қилинади (II-2; 1).

3) аминокликозидлардан фойдаланиш буйрак етишмовчилиги ҳавфи билан боғлиқ. Улардан фойдаланиш бошқа антибиотиклардан фойдалана олмайдиган бактериал инфекция билан оғриган беморлар учун тавсия этилади (II-2; 1).

4) буйрак етишмовчилиги бўлмаган асцитли беморларда контрастли воситалардан фойдаланиш буйрак етишмовчилиги ривожланиш ҳавфини келтириб чиқармайди (II; 2). Бироқ, контрастли воситалардан эҳтиёткорлик билан фойдаланиш керак (III; 1).

Рефрактер асцит.

Халқаро асцитлар клуби мезонларига кўра, ўта чидамли, тиббий муолажалар ва КХП дан кейин тез такрорланадиган "бартараф қилинмайдиган асцитлар" деб таърифланади.

Жигар циррозидида рефрактер асцитнинг таърифи ва таъхисий мезонлари.

Таърифи	
Диуретикларга чидамли асцитлар	Натрийни чеклаш ва диуретиклар билан даволашга жавоб йўқлиги сабабли барқарор бўлмайдиган ёки эрта қайталанадиган асцитлар
Даволаш қийин бўлган асцит	Диуретиклар келтириб чиқарадиган асоратларнинг ривожланиши туфайли барқарор қилиб бўлмайдиган ёки эрта қайталанадиган асцитлар, бу диуретикнинг самарали дозасини қўллашни истисно қилади.
Таъхислаш мезонлари	
Даволаш давомийлиги	Беморларга камида бир ҳафта давомида жадал диуретик муолажа (спиронолактон 400 мг/кун ва фуросемид 160 мг/кун) берилиши ва кунига 90 ммол дан кам туз истеъмол қилиш чекланган парҳез.
Жавоб бермаслик	Тўрт кун давомида 0,8 кг дан кам вазн йўқотиш ва истеъмол қилинган натрийнинг миқдори сийдик билан чиқариладиган натрийнинг миқдоридан кўплиги
Асцитнинг эрта қайталаниши	Дастлабки даводан кейин тўрт ҳафта ичида 2 ёки 3 даражали асцитларнинг қайта пайдо бўлишидир
Диуретиклар келтириб	Диуретиклар келтириб чиқарадиган жигар энцефалопатияси - бу бошқа қўзғатувчи омил бўлмаган

чиқарадиган асоратлар	<p>тақдирда энцефалопатияни диуретиклар келтириб чиқаради.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Буйрак фаолиятининг бузилиши - бу даволанишга жавоб берадиган асцитли беморларда қон зардобидида креатинин миқдори >2 мг/дл (177 нмол/л) нинг 100% қийматига ошишидир. - Диуретиклар келтириб чиқарадиган гипонатриемия - қон зардобидидаги натрий миқдорининг 10 ммоль/л дан кўп камайиши, қон зардобидидаги натрий даражаси 125 ммоль/л дан кам - Диуретиклар келтириб чиқарадиган гипо ёки гиперкалемия - қон зардобидидаги калий миқдорининг <3 ммоль/л ёки >6 ммоль/л га ўзгариши - Мушак тортилиши кузатилади
-----------------------	---

Тавсиялар:

- Қайта КХП ва альбумин (ҳар бир литр олиб ташланган асцитик суюқликка 8 г альбумин юбориш керак) рефрактер асцитни даволашнинг биринчи босқичи сифатида тавсия этилади (I; 1).

- Асцитнинг диуретик муолажа ва тузни чеклашга жавобини баҳолаш фақат қон кетиш ёки инфекция каби асоратларсиз барқарор беморларда амалга оширилиши керак (III:1).

- Рефрактер асцит билан оғриган беморларнинг прогнози ёмон ва шунинг учун улар жигар трансплантацияси учун номзод сифатида кўриб чиқилиши керак (III: 1).

- Диуретиклар билан даволашда кунига > 30 ммол натрий чиқармайдиган рефрактер асцитли беморларда диуретикларни тўхтатиш керак (III: 1).

- Рефрактер асцит учун носелектив бета блокатор (НСББ) дан фойдаланиш бўйича қарама-қарши далиллар мавжудлиги сабабли, оғир ёки рефрактер асцитда қўллашда эҳтиёт бўлиш керак. НСББ нинг юқори дозалардан (масалан, propranolol >80 мг/кун) фойдаланишда эҳтиёт бўлиш керак (II-2; 1).

- Трансюгуляр интрагепатик портосистематик шунт (ТИПШ) рефрактер асцитни бошқаришда самарали, аммо жигар энцефалопатиясининг юқори ҳавфи билан боғлиқ.

Парацентез.

Парацентез – бу қорин бўшлиғидаги ортиқча тўпланган перитонеал суюқликни (асцит) тери орқали пункцион аспирация ёрдамида олиб ташлаш усули.

У диагностик мақсадларда, асцитли суюқликни таҳлил қилиш ёки даволаш учун, одатда сурункали кучланиш асцитлари бўлган беморларда амалга оширилиши мумкин.

Парацентез учун қарши кўрсатмалар.

Мутлақ қарши кўрсатмалар:

- оғир, коррекция қилиб бўлмайдиган қон ивишининг бузилиши;
- ичак тутилиши билан боғлиқ ичак пневматози (агар визуал текширувлар орқали перитонеал суюқликга игнанинг хавфсиз кириб бориши мумкин бўлган майдони аниқламаган бўлса);

- қорин деворининг инфекциян жарохати/шикастланиши.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- бемор ва тиббиёт ходимлари ўртасида тўлиқ ҳамкорлик имконининг йўқлиги;

- пункция жойида жарроҳлик чандиқлари: парацентез жойи ҳар қандай чандиқ жойидан етарлича масофада жойлашган бўлиши керак. Жарроҳлик чандиқлари ичакнинг қорин деворига ёпишишига олиб келиши мумкин, бу эса парацентез пайтида ичак тешилиши хавфини оширади;

- 2 ёки 3 триместрдаги ҳомиладорлик ёки қорин бўшлиғида катта миқдордаги ҳосила мавжудлиги: бундай беморларга ультратовуш текшируви остида парацентез ўтказилиши керак;

- Қорин бўшлиғининг коллатерал циркуляцияси билан биргаликдаги оғир портал гипертензия: бу ҳолат қорин деворининг кенгайган томирларига игна орқали жароҳат етиши хавфини оширади.

Парацентезга кўрсатмалар:

1. Диагностик парацентез:

- янги таъхис қўйилган перитонеал суюқлик ёки ноаниқ этиологияли перитонеал суюқлик бўлган беморларда;

- асцит суюқлигида инфекция мавжудлигини кўрсатувчи (масалан, спонтан бактериал перитонит) иситма ёки оғриқнинг кучайиши каби симптомлар кузатилган асцит билан оғриган беморларда.

2. Терапевтик парацентез:

- Кўп миқдордаги асцитик суюқлик натижасида келиб чиққан симптомларни, масалан, нафас қисиши ёки оғриқни бартараф этиш учун.

Парацентездан сўнг беморнинг кейинги парвариши.

Асцитик суюқликнинг сезиларли даражада оқиши кузатилса, босим бандажини қўлланг.

Парацентез ёрдамида катта ҳажмдаги суюқлик чиқарилгандан сўнг, процедурадан кейин 2-4 соат давомида қон босимини кузатиб боринг.

Парацентез пайтида огоҳлантиришлар ва кенг тарқалган хатолар.

Игнани киритишдан олдин белгилаб олинган жойда перкуссияни бажариш керак, товушнинг тўмтоқлашиши бу жойда суюқлик мавжудлигини ва ичакнинг йўқлигини кўрсатади. Тўлиқ ишонч бўлмаса, ультратовуш ёрдамида асцитик суюқлик мавжуд бўлган ва тери остида ичак йўқлигини тасдиқловчи ҳудудни аниқлаш керак.

Парацентезни бажариш учун маслаҳатлар ва тавсиялар.

Агар парацентез пайтида асцитик суюқлик оқими тўхтаса, игна ёки катетерни эҳтиёткорлик билан айлантинг ва 1-2 мм узунликда олдинга итаринг. Агар оқим тикланмаса, суюқлик сўришни (одатда 3 томонлама кран ёрдамида) қисқа муддатга тўхтатинг ва кейин яна сўришни давом эттиринг. Шу билан бир қаторда, катетерни 1-2 ммлик қадамлар билан аста-секин тортиб олиш

мумкин, аммо қорин пардадан чиққандан сўнг, катетерни қайта киритиш мумкин эмас ва уни эҳтиёткорлик билан бажариш керак.

Баъзи беморларга такрорий парацентез керак бўлади. Кейинги катетерни киритиш жойини аниқлаш ва хавфсиз олиб ташланиши мумкин бўлган суюқлик миқдорини аниқлаш учун олдинги тажрибадан қўлланма сифатида фойдаланинг.

Парацентез асоратлари:

- Артерия ёки томирдан игна жароҳати туфайли қон кетиш: қорин бўшлиғидаги қон кетишни назорат қилиш қийин ва ўлимга олиб келиши мумкин;

- Игна билан пункция қилинган жойдан асцитик суюқликнинг узок муддат оқиши;

- Инфекция (масалан, игна билан ёки тери микрофлораси туфайли ифлосланиш);

- Ичакнинг тешилиши оқибатида унинг таркибининг қорин пардага оқиб чиқиши ва асцитик суюқликнинг инфекциясига олиб келиши;

- Агар катта ҳажмдаги асцитик суюқлик мавжуд бўлса, парацентез пайтида гипотензия ва эҳтимол вақтинчалик гипонатремия, шунингдек, креатинин даражасининг ошиши содир бўлади.

СПОНТАН БАКТЕРИАЛ ПЕРИТОНИТ (СПБ)

Спонтан бактериал перитонит (СПБ) - бу инфекциянинг аниқ манбаи бўлмаган ҳолда инфекцирланган асцит суюқлигидир [21; 33].

Спонтан бактериал перитонит бактериал – асцит суюқлигидаги инфекцияни интра-абдоминал жарроҳлик аралашувисиз даволаса бўладиган инфекция манбаидир. Цирроз ва асцитли беморларда СБП жуда кенг тарқалган.

Диагностик парацентез натижасига асосланиб СБП ташхиси қўйилади.

СБП билан оғриган беморларда қуйидагилар бири кузатилиши мумкин:

- маҳаллий белгилари ва/ёки перитонит белгилари: қорин оғриғи, қусиш, диарея, ичак тутилиши;

- тизимли яллиғланиш белгилари: гипер ёки гипотермия, титроқ, лейкоцитлар сонининг ўзгариши, тахикардия ва / ёки тахипное;

- жигар фаолиятининг ёмонлашиши;

- жигар энцефалопатия;

- шок;

- буйрак етишмовчилиги;

- ошқозон-ичак трактидан қон кетиши.

Аммо шуни таъкидлаш керакки, СБП асимптоматик бўлиши мумкин, айниқса амбулатория шароитида.

СБП клинкасига қоринни пайпаслаш пайтида оғриқ, турли даражадаги қорин оғриғи, аниқ локализациясиз, иситма ва қўзғатувчи омилларсиз ЖЭ ни кўпайиши киради. Беморларнинг 8-10 фоизида қорин териси таъсирланиш аломати мусбат бўлади. Қорин мушакларининг ригидлиги таранг асцитда камдан-кам учрайди. Иситма СБП билан касалланган беморларнинг 50 фоизида

кайд этилади ва септик шок билан боғлиқ бўлиши мумкин, кўпинча тана ҳароратининг фақат субфебрил рақамларга кўтарилиши кузатилади. 10-15% беморларда қусиш, ич кетиши, ичак парези белгилари кузатилади. Бир қатор беморларда касаллик оғир гипотензия, тахикардия, олигурия билан септик шок белгиларини намоён қилади. Шу билан бирга, 10-33% беморларда дастлабки аломатлар йўқ ва касаллик асцитик суюқликни текшириш пайтида тасодифан аниқланади. Бунинг сабаби шундаки, одатда бундай беморларда ЖЭ клиникаси устунлик қилади, бу эса бошқа аломатларни яширади.

Тавсиялар:

- СБПни инкор қилиш учун, жигар циррози ва асцит билан касалланган барча беморларда кечиктирилмасдан ташхисий парацентез ўтказилиши керак. Ташхисий парацентез ошқозон ичакдан қон кетганда, шок, иситма ёки тизимли яллиғланишнинг бошқа белгилари, ошқозон-ичак тракти бузилишининг аломатлари, шунингдек жигар ва/ёки буйрак фаолияти бузилган ва жигар энцефалопатияси (II-2; 1) бўлган беморларда ҳам ўтказилиши керак.

- СБП ташхиси асцитик суюқликдаги нейтрофиллар сони $>250/\text{мм}^3$ (II-2; 1) га асосланган. Нейтрофиллар сони микроскопия билан аниқланади, уни оқимли цитометрия асосида ҳисоблаш мумкин (II-2; 1).

- Асцитик суюқлик бак.экма натижаси ижобий чиқиши СБП ташхиси учун зарур бактериологик экма натижаси тўғридан-тўғри антибактериал муолажа (II-2; 1) учун асос бўлади.

- Асцитик суюқликда бак.экма натижаси кўпинча манфий бўлади, ҳатто у қон култура флаконларида ўтказилса ҳам ва СБП ташхиси учун жуда зарур эмас, аммо мусбат натижа бўлса, антибиотикларга сезгирликни аниқлашда муҳим (II-2; 1).

- Баъзи беморларда асцитик суюқликда нейтрофиллар сони $250/\text{мм}^3$ дан кам бўлиши мумкин, аммо бак.экма натижаси мусбат бўлади. Ушбу ҳолат бактериал асцит деб номланади. Агар беморда тизимли яллиғланиш ёки инфекция белгилари бўлса, унга СБП (II-2;1) да асцитик суюқлик тахлилида манфий кўрсаткичлар билан ҳам антибиотиклар буюрилиши керак, шунингдек такрорий парацентезни буюриш керак. Агар бак.экма мусбат бўлиб, нейтрофиллар сонидан қатъий назар, бемор даволаниши лозим (III; 1).

ЖЦ гидроторакси плевранинг спонтан бактериал эмпиемаси билан асоратланиши мумкин. Ташхисий плевроцентез плеврит ва инфекцияга шубҳа қилинган беморларда ўтказилиши керак. Ташхис плеврал суюқлигини бак.экма мусбат натижасига, нейтрофиллар кўпайиши $> 250/\text{мм}^3$ ёки плеврал суюқликда бак.экма манфий натижасига ва нейтрофиллар миқдори $>500/\text{мм}^3$ ва пневмония инкор бўлганда асосланади (II-2; 1).

СБПни даволаш:

- Антибиотик терапиясини СБП (спонтан бактериал перитонит) ташхисидан сўнг эмперик вена орқали антибиотик терапиясини дарҳол бошлаш керак (II-2; 1).

- Нозокомиал ва/ёки шифохонадан ташқари инфекция маҳаллий бактериал

резистент профиллари ва инфекциянинг оғирлигига қараб эмпирик антибиотик терапия буюрилади (I; 1).

- Антибиотик муолажаси цефалоспоринларга резистентлиги паст бўлган давлатларда учинчи авлод цефалоспоринлар танланади (I; 1). Цефалоспоринларга бактериал қаршилик даражаси юқори бўлган мамлакатларда пиперациллин/тазобактам ёки карбапенем ишлатилиши керак (II-2; 1).

- Антибиотик терапиянинг самарадорлиги даволаш бошланганидан 48 соат ўтгач, иккиламчи парацентез орқали текширилади. Антибиотик терапиянинг самарадорсизлиги 48 соат ичида клиник белгилар ва симптомларнинг ёмонлашиши ва/ёки лейкоцитлар сонининг кўтарилиши ва/ёки сезиларли даражада пасаймаслиги (камида 25%) (II-2; 1).

- Даволаш муддати камида 5-7 кун бўлиши зарур (III; 1).

- Спонтан бактериал эмпиемани даволаш СБПни даволашга ўхшаш бўлиши керак (II-2; 2).

- СБП бўлган беморларга албумин буюрилади (ташхис қўйилган куни 1,5 г/кг ва 3-куни 1 г/кг) (I; 1).

СБПда антибактериал терапия

Клиник вазият	Танлов препарати	Ўрин босар схема
Эмперик терапия	Цефотаксим 2.0 г/8 соат в/и 5 кун давомида	Цефтриаксон 1.0г/12 соат (2.0г/24 соат) в/и 5 кун давомида
Асоратсиз СБП*	Офлоксацин 400 мг суткада 2 марта ичишга 8 кун давомида	Ципрофлоксацин 500мг 2 марта суткада ичишга ёки Левифлоксацин 500 мг 1 марта суткада ичишга
Нозокомиал ёки тиббий ёрдам билан боғлиқ СБП	Пастдаги схемага қаралсин	
Анамнезида антибиотиклар профилактика	Цефотаксим 2.0 г/8 соат в/и 5 кун давомида	Цефтриаксон 1.0г/12 соат (2.0г/24 соат) в/и 5 кун давомида
	Ципрофлоксацин 400 мг / 12соат в/и	Левифлоксацин 750 мг /24 соат в/и
Яққол ифодаланган жигар ёки буйрак етишмовчилиги: -Креатинин >1.0 мг / дл -азот мочевиnasi >30 мг/дл -билирубин >4.0 мг/дл	Цефотаксим 2.0 г/8 соат в/и 5 кун давомида + альбумин 1.5 г/кг биринчи 24 соатда, кейин 1.0 г/кг 72 соатга	-

--	--	--

Изоҳ: - *Шифохонадан ташқари инфекция ва шокнинг йўқлиги, ичак тутилиши, ошқозон-ичакдан қон кетиши, жигар энцефалопатияси > 2 даража, креатинин даражаси > 3,0 мг/дл дан ошиши.

Спонтан бактериал перитонитнинг бирламчи ва иккиламчи антибактериал профилактикаси

Курсатма	Танлов препаратлари	Ўрин босар схема	Давомийлиги
Бирламчи профилактика	Норфлоксацин 400 мг/сут. ичишга*	Ко-тримоксазол 800/160 мг/сут. Ципрофлоксацин 500 мг/сут. ичишга Левифлоксацин 250 мг/сут. ичишга	Асцитнинг регрессиясигача
Иккиламчи профилактика	Норфлоксацин 400 мг/сут. ичишга	Ко-тримоксазол 800/160 мг/сут. Ципрофлоксацин 500 мг/сут. ичишга Левифлоксацин 250 мг/сут. ичишга	Асцитнинг регрессиясигача
Ошқозон – ичакдан ўткир қон кетиши	Цефтриаксон 1.0 г/сут. в/и**	Норфлоксацин 800 мг/сут. ичишга Ципрофлоксацин 1000 мг/сут. ичишга (ёки 800 мг/сут. в/и)	7 кун

Тавсиялар:

- Чайлд-Пью балли ≥ 9 ва зардоб билирубини даражаси ≥ 3 мг/дл (≥ 50 мкм/л), буйрак функцияси бузилган ёки гипонатремия ва асцит суюқлик оқсилли 15 г/л дан паст бўлган беморларга бирламчи профилактика норфлоксацин (кунига 400 мг) тавсия этилади (I; 1).

- Беморларда клиник ҳолатининг узок муддатли яхшиланиши ва асцитларнинг йўқолиши билан норфлоксациннинг профилактикаси тўхтатилиши керак (III; 1).

- СБП эпизодидан тузалган беморларга профилактик Норфлоксацинни буюриш (400 мг/сутка, оғиз орқали) тавсия этилади (I; 1).

- СБПнинг иккиламчи профилактикаси учун баъзи истиқболли далилларга карамай, ҳозирги вақтда рифаксимин норфлоксацинга альтернатив сифатида тавсия этилмайди (I; 2). Агар ЖЭнинг профилактикаси учун рифаксиминни қабул қилаётган бўлса уни давом эттириш керак.

- СБП дан тузалган беморларнинг аҳволи ёмонлигини инобатга олган ҳолатда жигар трансплантацияси тавсия қилинади (II-2, 1).

- Протон-помпа ингибиторлари (ППИ) СБП ривожланиши хавфни ошириши сабабли ундан фойдаланиш аниқ кўрсатма бўлганлар билан чегараланади (II-2, 1).

ГИПОНАТРЕМИЯ

Гипонатремия - бу қон зардобидаги натрий миқдорининг 130 ммоль/л дан паст бўлиши. Цирроз ва асцит билан касалхонага ётқизилган беморларнинг ўртача учдан бир қисмида учрайди [17; 19].

Гипонатриемия – бу қон зардобида натрий концентрациясининг 130 ммоль/л дан кам қайд қилиниши бўлиб, жигар циррозида кўп учрайди. Натрий даражасининг 135 ммоль/л дан паст бўлиши ҳам ушбу ҳолат ривожланиши бўйича хавф туғдиришини ҳисобга олиш керак.

Гипонатриемия ўртача жигар циррози ва асцит билан шифохонага ётқизилган беморларнинг учдан бирида (30-35%) учрайди ва юқори ўлим кўрсаткичи, неврологик асоратларнинг ривожланиши ва жигар трансплантациясидан кейин яшовчанликнинг пастлиги билан боғлиқ. Циррозли беморларда гиперводемик ва гиповодемик гипонатриемия ривожланиши мумкин. Гиперводемик гипонатриемия кўпроқ кузатилади, бунда ҳужайрадан ташқари суюқлик ҳажмининг ортиши, асцит ва периферик шиш пайдо бўлиши билан тавсифланади. Бу ҳолат ўз-ўзидан ёки организмга гипотоник эритмаларни катта ҳажмда юбориш натижасида ёки қон айланишининг кескин ёмонлашуви билан кечадиган цирроз асоратлари фонида пайдо бўлиши мумкин.

Гипонатриемия ривожланишига кўпинча ностероид яллиғланишга қарши дориларни қўллаш ва плазма ўрнини босувчи эритмаларни киритмасдан катта ҳажмда парацентезни ўтказиш сабаб бўлади. Гиперводемик гипонатриемиядан фарқли ўлароқ, гиповодемик гипонатриемия асцит ва шиш бўлмаган беморларда диуретикларнинг катта дозада буюрилиши туфайли плазма ҳажмининг камайиши натижасида ривожланади.

Гипонатремияни даволаш.

Одатда гипонатриемияни қон зардобида натрий даражаси 130 ммоль/л дан паст бўлганда даволаш керак. Гиповодемик гипонатриемия физиологик эритма ёрдамида плазма ҳажмини оширишни ва омилларни коррекциялашни талаб қилади. Гиперводемик гипонатриемияни даволаш манфий сув мувозанатига эришишни тақозо қилади. Осмотик бўлмаган суюқликни чеклаш қон зардобида натрий даражасининг янада пасайишини олдини олиш учун фойдалидир, аммо натриемияни яхшилашда кам самара беради. Гипонатриемия ҳолатини ўз вақтида даволамаса беморларда юрак-нафас синдроми, чуқур уйқучанлик, конвульсиялар ва кома кузатилиши мумкин. Амалда клиник аломатларни енгиллаштиришга қаратилган дастлабки тезкор коррекциядан сўнг (биринчи соатда 5 ммоль/л) қон зардобида натрийнинг концентрацияси суткасига 8 ммоль/л дан ортмаслиги керак. Альбумин инфузияси қон зардобида натрий концентрациясини яхшилайдди.

Тавсиялар:

- Жигар циррози бўлган беморларда гипонатремия (қон зардобиди натрий концентрацияси <130 ммол/л) ривожланиши, бу ҳавфли прогнозни келтириб чиқаради, чунки бу ўлим ва касалликни оғирлашиши билан боғлиқ. Ушбу беморларга жигар трансплантациясини тавсия этиш керак (II-2; 1).

- Гиповолемик гипонатремияни даволашда сабабни бартараф этиш ва нормал 0.9% ли физиологик эритма киритиш тавсия этилади (III; 1).

- Гиперводемик гипонатремия даволашда суюқликни кунига 1000 мл гача чеклаш тавсия этилади, чунки бу қон зардобидидаги натрий даражасининг янада пасайишини олдини олади (III; 1).

- Гиперводемик гипонатриемияни даволашда гипертоник 3% ли натрий хлор эритмасидан фойдаланиш ҳаёт учун ҳавфли асоратлар билан кечадиган ҳолатларда чекланиши керак. Қайтмас неврологик оқибатларни олдини олиш учун гипонатриемия симптомлари сусайгандан кейин қон зардобиди натрий концентрациясини коррекциялаш секин (суткасига 8 ммоль/л дан кам) бўлиши керак (II-3; 1).

- Гиперводемик гипонатриемияда альбуминни юбориш тавсия қилиниши мумкин (II-3; 2).

ЎТКИР БУЙРАК ШИКАСТЛАНИШИ

Ўткир буйрак шикастланиши (ЎБШ) ва гепаторенал синдром (ГРС) - бу тизимли яллиғланиш ва / ёки вазоконстрикция (бошқа сабаблар бўлмаганда) натижасида келиб чиққан ва адекват даволаш ўрнини босувчи терапияга жавоб бермаган буйрак функциясининг потенциал қайтар жараёнлардир [3; 12; 33].

Буйраклар функциясининг бузилиши ташхисоти сурункали буйрак касаллиги (СБК) ва ўткир буйрак етишмовчилигига (ЎБЕ) асосланган бўлиши керак. Декомпенсацияланган циррозли беморларда кўпинча ҳамроҳ касалликлар (масалан, диабет, гипертония) туфайли сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) ривожланиши мумкин. ЎБЕ - бу жигарнинг декомпенсацияланган циррози бўлган беморларда кенг тарқалган асоратдир.

Буйрак касалликларининг таърифи.

1. Буйракнинг ўткир шикастланиши (БЎШ): Қон зардобиди креатинин миқдорининг 7 кун давомида $\geq 50\%$ (бошланғичдан 1,5 марта) ортиши, ёки 48 соатдан камроқ вақт ичида sCr (қон зардобидидаги креатинин) $\geq 0,3$ мг/дл (26,5 мкмоль/л) га ортиши.

2. Ўткир буйрак касаллиги (ЎБК): КФТ 3 ойдан кам вақт давомида 60 мл/мин/1.73 м² дан камайиши ёки 3 ойдан кам вақт ичида КФТ нинг 35% ва ундан кўпга камайиши билан аниқланади.

Тавсиялар:

- Жигар касалликлари бўлган беморларда қон зардобидидаги креатининининг озгина кўпайишини ҳам ҳисобга олиш керак, чунки у КФТ (II-2;1)нинг сезиларли пасайишига асосланиши мумкин.

- Ташхислаш жараёнида биринчи қадам беморда СБК, ЎБК ёки БЎШ мавжудлигини, шунингдек ушбу ташхисот тоифалари ўртасидаги фарқни аниқлашдир (II-2; 1). СБКнинг ташхисоти камида уч ой давомида буйрак паренхимасининг шикастланиш белгилари (протеинурия/гематурия/ультратовуш текширувида аниқланган ўзгаришлар) дан қатъий назар КФТ < 60 мл/мин/1,73 м² да тасдиқланади (қон зардобидаги креатининга асосланган формулалар онлайн калькулятор: <https://boris.bikbov.ru/2013/07/21/kalkulyator-skf-rascheta-skorosti-klubochkovoy-filtratsii/> оркали ҳисобланади) (II-2, 1).

Циррозли беморларда буйрак ўткир шикастланишини (БЎШ) ташхислаш ва даволаш учун янги таърифлар (Халқаро асцит клуби (СА-АК):

Кейинги уч ой давомида sCr (қон зардобидаги креатинин) бўйича таҳлиллар мавжуд бўлса, шифохонага ётқизилган вақтга энг охири натижалардан фойдаланиш керак. Агар таҳлиллар мавжуд бўлмаса, стационарга қабул қилишда 24 соат ичида sCr нинг натижаси аниқланиб, бу дастлабки таҳлил сифатида қаралиши керак.

БЎШ ни ташхислаш мезонлари:

- sCr нинг 48 соат давомида $\geq 0,3$ мг/дл ($\geq 26,5$ мкмол/л) га ортиши; ёки,
- етти кун давомида sCr нинг 50% дан ортиши.

БЎШ босқичлари:

- 1-босқич: sCr $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ mkmol/l) ортиши ёки sCr $\geq 1,5$ -2 марта ортиши;
- 2- босқич: sCr бошланғич даражасидан >2-3 барабар кўпайиши;
- 3- босқич: sCr бошланғич даражасидан >3 барабар кўпайиши ёки sCr $\geq 4,0$ mg/dl (353,6 mkmol/l) кескин ортиши ёки беморга диализ муолажаси бошланганлиги.

Даволаш самарасини аниқлаш:

- Жавоб йўқ ёки регрессиянинг йўқлиги;
- Қисман жавоб ёки БЎШ босқичининг регрессияси sCr нинг асл қийматидан $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,5$ nmol/l) гача пасайиши билан;
- Тўлиқ жавоб sCr нинг асл қийматидан 0,3 mg/dl ($\geq 26,5$ mkmol/l) гача бўлган қийматга қайтиши.

БЎШ га олиб келувчи омиллар.

- Юқумли касалликлар, диуретиклар туфайли келиб чиққан ортикча диурез, ошқозон ичакдан қон кетиши, етарли хажмсиз терапевтик парацентез, нефротоксик дорилар ва НЯҚП лар циррозли беморларда БЎШни кўзғатувчи омиллар.

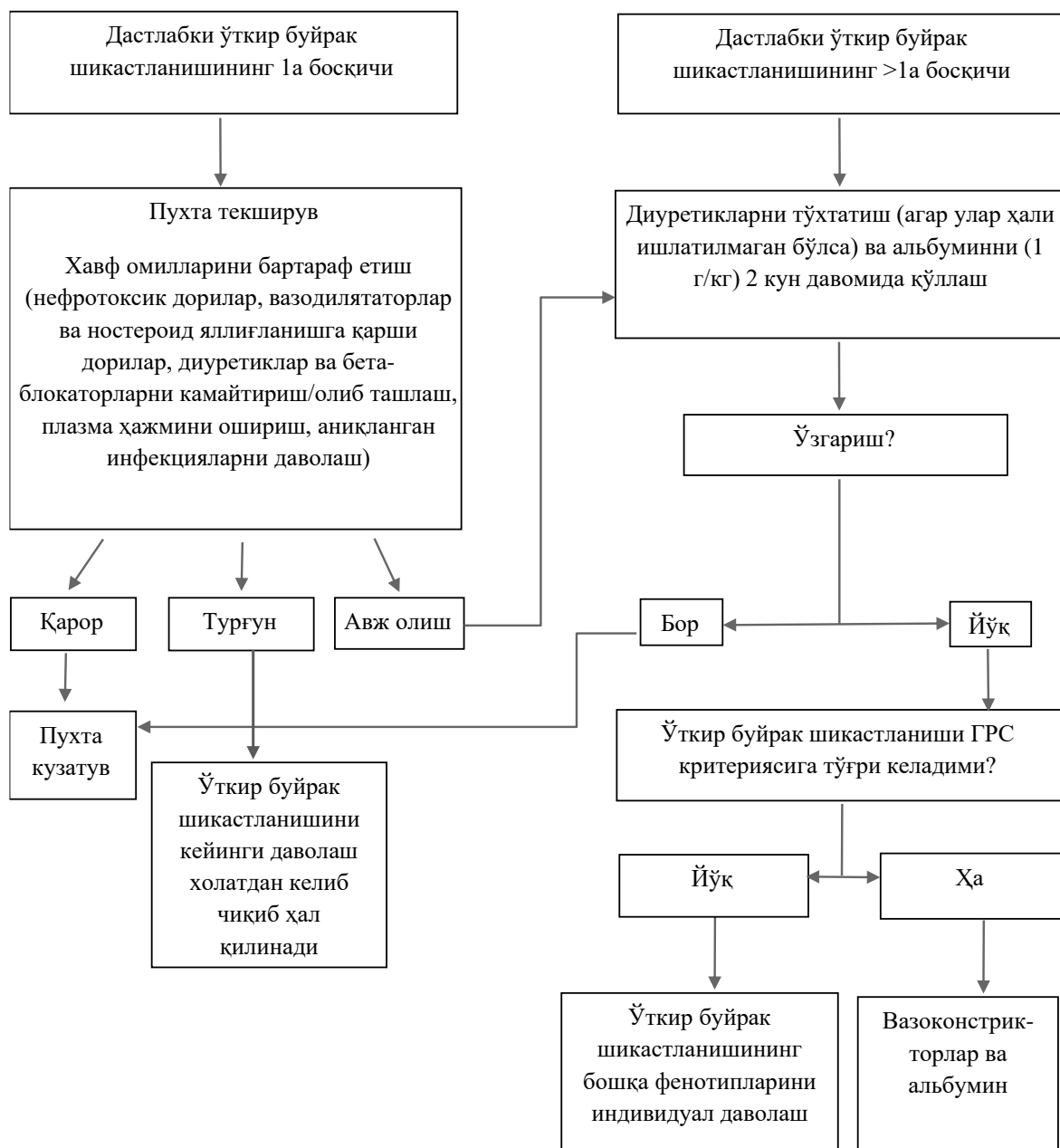
- Цирроз беморларда контраст моддаларни қўллаш эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак.

- Парацентездан кейинги, диарея натижасида, диуретиклар таъсирида йўқотилган суюқликларнинг сабаби ва оғирлигига қараб инфузиолн терапия қўлланилиши керак (II-2;1).

- Агар БЎШнинг аниқ сабаби бўлмаса, БЎШ босқичи >1а ёки инфекциядан келиб чиққан БЎШ бўлса, кетма-кет икки кун давомида 1 г тана вазнига (максимал 100 г альбумин дозасида) 20% альбумин эритмасидан фойдаланиш керак (III; 1).

- БЎШ ва таранг асцит билан оғриган беморларда терапевтик парацентезни альбумин инфузияси билан бирга олиб бориш керак, ҳатто оз миқдордаги асцитик суюқлик чиқарилганда ҳам (III; 1).

Жигар циррози мавжуд беморларда ўткир буйрак шикастланишини даволаш алгоритми.



Тавсиялар:

- БЎШ ташхиси қўйишда ёки ривожланишининг олдини олиш учун унинг сабабини иложи борича тезроқ аниқлаб, аниқ сабаб бўлмаса ҳам, дарҳол даволанишни бошлаш керак.

- Диуретиклар ва ёки бетта-блокаторларни, шунингдек, БЎШ пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлган дориларни, масалан, вазодиятаторлар, НЯҚП ва нефротоксик дориларни дарҳол тўхтатиш керак (II-2; 1).

- Диарея ва диурез кучайган беморларга кристаллоидлар берилиши керак, ўткир ошқозон-ичакдан қон кетиши бўлган беморларга гемоглобин миқдорини 7-9 г/дл оралиғида ушлаб туриш учун қадоқланган қизил қон таначалари берилиши керак.

- Жигар циррози билан оғриган беморларда БЎШ нинг барча турлари пайдо бўлиши мумкин, яъни преренал, ГРС, паренхимал, айниқса ўткир найчали некроз ва постренал. Шунинг учун уларнинг иккаласини фарқлаш муҳимдир (II-2; 1).

ГЕПАТОРЕНАЛ СИНДРОМ

Гепаторенал синдром (ГРС) - оғир жигар етишмовчилиги бўлган беморларда ўткир функционал буйрак етишмовчилигидир. Клиник кечишининг оғирлигига қараб, ГРСнинг икки тури ажратилади:

Биринчи тур - ўткир, тез прогрессияланувчи - ташхис икки ҳафта ичида зардобда креатининнинг дастлабки даражасини икки барабардан ортиши (2,5 мг/дл = 176.8 мкмоль/л дан кўп) ёки креатинин клиренсининг 50% дан пасайиши (20 мл/мин дан кам даражагача). Ушбу турнинг прогнози бўйича икки ҳафта ичида ўлим кўрсаткичи 80-90% ни ташкил қилади.

Иккинчи тур - буйраклар фаолиятининг бир неча ой давомида босқичма-босқич пасайиши билан тавсифланади. Бу қон зардобда креатинин даражасининг 1,5 мг/дл (88.4 мкмоль/л) дан 2,5 мг/дл (176.8 мкмоль/л) гача ошиши билан характерланади. Мазкур турнинг асосий клиник синдроми рефрактер асцитдир <https://mknc.ru/spravochnik-zabolevaniy/10369/gepatorenalnyy-sindrom/2/>.

Гепаторенал синдромли беморларни олиб бориш.

Бу беморлар жадал ёки реанимация бўлимларида даволаниши тавсия этилади. Даволашни бошлашдан олдин барча беморларга тўлиқ клиник скрининг, шу жумладан электрокардиограмма ўтказилади.

ГРС-БЎШ ташхиси қўйилгандан сўнг, беморлар дарҳол альбумин билан биргаликда вазоконстриктор дори-дармонлар қабул қилиши керак. Вазоконстрикторлардан фойдаланиш учун спланхник артериал вазодиятация холатини даволаш ва буйрак перфузиясини яхшилаш зарур. Вазопрессинлардан энг кўп ишлатиладиган терлипрессинни ГРСни даволашда альбумин билан биргаликда самарадорлиги кўплаб тадқиқотларда исботланган. Энг сўнгги тадқиқотларда ушбу даволанишга жавоб даражаси қисман 64% дан 76% гача, тўлиқ жавоб 46% дан 56% гача аниқланган.

ЖИГАР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИ

Жигар энцефалопатияси (ЖЭ) - бу жигар етишмовчилиги ва/ёки қоннинг портотизимли шунтидан келиб чиқадиган потенциал қайта тикланиши мумкин бўлган нейро-руҳий касалликлар мажмуасидир [31; 33; 41].

Жигар энцефалопатияси - бу жигар етишмовчилиги ва/ёки портосистемик шунт туфайли келиб чиққан мия функциясининг бузилиши. ЖЭ нинг клиник кўриниши турли даражадаги оғирлик даражасига эга бўлган турли хил неврологик ёки руҳий касалликлар билан ифодаланади – субклиник туридан дан комага қадар.

Тўпланган маълумотлар шунни кўрсатадики, цирроз билан оғриган беморларнинг 30-40% да даволашнинг у ёки бу босқичида жигар энцефалопатияси учрайди.

Минимал (МЖЭ) ёки латент (ЛЖЭ) си цирроз билан оғриган беморларнинг 20-80% да учрайди.

Жигар энцефалопатиясининг таснифи:

ЖЭ клиникаси симптомсиз шакллардан (минимал ЖЭ) кома ҳолатига қадар ҳолатлар билан тавсифланади. ЖЭ нинг асосий белгиси - бу онг даражасининг ўзгариши. Мавжуд таснифга кўра, ЖЭ тури, давомийлиги ва клиник хусусиятларига қараб бўлинади. Минимал ЖЭ алоҳида шакл сифатида кўриб чиқилади.

Унинг ривожланишига сабаб бўлган сабабларга қараб ЖЭнинг бир нечта турлари мавжуд:

- А тури – ўткир жигар етишмовчилигида учрайдиган;
- В тури – сурункали жигар етишмовчилиги бўлмаганда портосистем шунтирланган туфайли келиб чиққан;
- С тури – энг кенг тарқалган, ЖЭ сабабли.

Клиник кўринишларнинг оғирлигига кўра, ЖЭнинг икки шаклга бўлинади: яширин (минимал ЖЭ ва 1-даражали ЖЭ) ва намоён булган ЖЭ. Минимал ЖЭ (илгари латент ЖЭ деб аталади) субъектив ва объектив клиник белгиларнинг йўқлиги билан тавсифланади. Ушбу шаклни ўз вақтида аниқлаш куйидаги иккита сабабга кўра муҳимдир:

1) минимал ЖЭ частотаси жигар касаллигининг этиологиясидан қатъий назар, 32-85% га етади;

2) минимал ЖЭ шошилинич ҳолатларда беморнинг ноадекват жавоб реакцияси туфайли хавф туғдиради (масалан, автомобил бошқараётган вақтида).

Жигар циррози асорати бўлган жигар энцефалопатиясининг аниқлаш мезонлари.

West-Haven мезонларидан фойланиш олтин стандарт ҳисобланади. Онгнинг оғир бузилиши бўлган беморларнинг ҳолатини баҳолаш учун Глазго кома шкаласи кенг қўлланилади, бу бизга неврологик касалликлар ҳақида аниқ тасаввурга эга бўлишга имкон беради.

Глазго кома шкаласи.

	Баллар					
	1	2	3	4	5	6
Кўзларни очиш	йўқ	Оғрикқа реакция кўринишида	Нутқли алоқа пайтида очилади	Ихтиёрий	-	-
Гапириш	йўқ	Ноаниқ товушлар	Грамматик жиҳатдан номувофик нутқ	Чигал нутқ, бемор паришонхотир	Бемор йўналтирилган, одатдаги музокаралар	-
Харакат реакцияси	йўқ	Оғрик тирнаш жавобан патологик кенгайишлар (децеребрал ригидлик)	Оғрик тирнаш жавобан патологик букилиш (декортикал ригидлик)	Оғрик таъсирига жавобан оёқ-қўлларининг калтираши	Оғрик тирнаш жойини белгилаб беради	Буйруққа асосан ҳаракатларни бажариш

Ўлчов кўзни очиш реакциясини, нутқ ва восита реакцияларини баҳолайдиган учта тестдан иборат. Шифокор ҳар бир кўрсаткични алоҳида баҳолайди ва кейин умумий баллни ҳисоблаб чиқади. Мумкин бўлган энг кам балл (жами) - 3 (чуқур кома ёки мия ўлими), максимал – 15 (аниқ онг).

West-Haven мезонлари ва клиник тавсифи.

West-Haven мезонлари	ISHEN	Таърифи	Тавсия этилган мезонлар	Изоҳ
Ўзгаришларсиз		Энцефалопатия белгиларисиз, анамнезда ЖЭсиз.	Текширувларда нормал кўрсаткичлар	
Минимал ўзгаришлар билан	Латент	Психомотор реакция /ижро функциялари тезлигини текшириш пайтида аниқланган психометрик ёки нейропсихологик ўзгаришлар ёки руҳий ўзгаришларнинг	ЖЭ клиник кўринишларига эга бўлмаган беморлар орасида стандарт психометрик ёки нейропсихологик тестлар натижасида	Ташхис қўйиш учун универсал мезонлар мавжуд эмас. Тиббий ёрдамнинг маҳаллий стандартлари ва даволовчи шифокорнинг

		клиник белгиларисиз нейрофизиологик ўзгаришлар.	олинган оғишлар.	тажрибаси қўлланилади.
I Босқич		<ul style="list-style-type: none"> •Енгил дезориентация. •Эйфория ёки ташвиш. •Дикқат концентрациясининг пасайиши. •Арифметик қўшиш ёки айириш амалларини бажаришнинг мураккаблиги. •Уйқу ритмидаги ўзгаришлар. 	Вақт ва маконда қониқарли йўналишга қарамай (пастрокга қаранг), беморларни клиник текшириш пайтида ёки уларни парвариш қилувчилар томонидан текшириш пайтида баъзи когнитив/хулқ-атвор бузилишлари аниқланади.	Клиник кўриниш ҳар бир ҳолатда фарқ қилади.
II Босқич	Аниқ	<ul style="list-style-type: none"> • Летаргия ёки бефарқлик. • Вақтдаги дезориентация. • Равшан шахс ўзгаришлар. • Ноўрин хатти-ҳаракатлар. • Диспраксия. • Астериксис. 	Вақт бўйича дезориентация (қуйидаги вақт параметрларидан камида учтаси беморлар томонидан нотўғри кўрсатилади: сана, ҳафта куни, ой, йил ёки йил вақти).	Клиник кўриниши бошқача, аммо маълум даражада такрорланадиган.
III Босқич		<ul style="list-style-type: none"> •Уйқучанлик, ступорга қадар. • Стимулларга реакция. • Онгнинг чалкашлиги. • Қаттиқ дезориентация. 	Шунингдек, ташқи мухитда дезориентация (қуйидаги жойлардан камида учтаси беморлар томонидан нотўғри	Клиник кўриниш маълум даражада такрорланади.

	•Ноўрин хатти-харакатлар.	кўрсатилади: мамлакат, давлат [ёки минтақа], шаҳар ёки туар жой).	
IV Босқич	Кома	Бемор хатто оғриқли стимулларга ҳам эътибор қилмайди.	Коматоз ҳолат одатда такрорланади.

Жигар циррози асорати бўлган жигар энцефалопатиясининг дифференциал диагностикаси

Яққол ЖЭ ёки онгининг чалкашиши	
Диабет	(гипогликемия, кетоацидоз, гиперосмолярлик, сут кислотасили ацидоз)
Алкоголдан захарланиш	(интоксикация, инкор этиш синдроми, Вернике энцефалопатияси)
Дори воситалари	(бензодиазепинлар, нейролептиклар, опиоидлар)
Нейроинфекциялар	
Электролитлар мувозанатининг бузилиши	(гипонатриемия ва гиперкальцемия)
Конвульсив бўлмаган эпилептик тутқаноқлар	
Рухий касалликлар	
Мия ичига қон қуйилиши ва инсультлар	
Оғир шок	(полиорган етишмовчилик, яллиғланиш)
Бошқа кўринишлари	
Деменция	(бирламчи ва иккиламчи)
Бош миянинг зарарланиши	(жароҳат, хосилалар, нормотензив гидроцефалия)
Обструктив уйқу апнояси синдроми	

Барча патологик ҳолатлар жигар етишмовчилиги ва / ёки портосистемик шунт билан боғлиқ бўлиши керак.

Асосий касалликка кўра, ЖЭ қуйидагиларга бўлинади:

- А тури - ЎБЕ оқибатида;
- Б тури - асосан портосистема шунти билан боғлиқ;
- С тури - жигар циррозидан келиб чиққан.

Б ва С турларининг клиник кўринишлари ўхшаш, А тури эса ўзига хос хусусиятларга эга ва хусусан, интракраниал босимнинг ошиши ва мия тузилмаларининг дислокацияси хавфи билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Касаллик динамикасига кўра ЖЭ қуйидагиларга бўлинади:

- эпизодик ЖЭ;

- қайталанувчи ЖЭ – ушбу туркумда ЖЭ нинг ўз ичига олади, тез-тез ҳар 6 ой ёки вақти-вақти билан содир;

- доимий ЖЭ – ушбу турда аниқ ЖЭ эпизодлари билан аралашган доимий хулқ-атвор ўзгаришлари мажмуаси қайд этилади.

Кўзгатувчи омиллар мавжудлигига мувофиқ ЖЭ қуйидагиларга бўлинади:

- сабабсиз (спонтан); ёки,

- кўзғатилган – бу ҳолда кўзгатувчи омиллар кўрсатилиши керак.

Шифокор бундай омилларни фаол равишда аниқлаши ва тегишли терапияни буюриши керак.

ЖЭ ни қайта юзага келишини кўзғатадиган омиллар

Эпизодик	Қайталанувчи
Инфекциялар*	Қондаги электролитларнинг ўзгаришлари
ОИТ-қон кетишлар	Инфекциялар
Диуретикларнинг дозасини ортиб кетиши	Аниқланмаган омиллар
Қондаги электролитларнинг ўзгаришлари	Қабзият
Қабзият	Диуретикларнинг дозасини ортиб кетиши
Аниқланмаган омиллар	Ошқозон-ичак трактидан қон кетиши

Тавсиялар:

1. Жигар энцефалопатияси асосий касалликнинг турига, намоён бўлишининг оғирлигига, шакли ва кўзгатувчи омилларга қараб таснифланиши керак (III, А, 1);

2. Диагностик текширув талаб қилинади, чунки мия касалликларига олиб келадиган ва ЖЭ клиник кўринишини тақлид қиладиган бошқа турдаги касалликлар мавжуд (II-2, А, 1).

ЖЭ тавсифи ва клиник мисол

Тури	Даража		Форма	Спонтан ёки кўзғатилган
А	Минимал ЖЭ	Латент	Эпизодик	Спонтан
	1			
В	2	Яққол	Қайталанувчи	Кўзғатилган (сабаби кўрсатилсин)
	3			
С	4		Персистирланувчи	

ЖЭ билан касалланган ҳар бир беморни ҳар бир устундаги белгилардан бири ёрдамида тавсифлаш керак. ЖЭ билан касалланган беморни тавсифлашнинг тавсия этилган шаклига мисол: ЖЭ билан касалланган бемор, С тури, 3-босқич, сийдик йўли инфекцияси қўзғатадиган такрорий шакл. Тавсифни бошқа тасниф билан тўлдириш мумкин (масалан, Глазго кома шкаласи ёки психометрик кўрсаткичлар бўйича баллар билан).

Тавсиялар:

1. Жигар энцефалопатиясини аниқ тузилишга эга бўлмаган патологик жараён деб ҳисоблаш керак, бу ҳам когнитив функцияларни бузмасдан давом этиши ва комага олиб келиши мумкин (III, A, 1);

2. ЖЭ ташхиси мия дисфункциясининг бошқа сабабларини истисно қилиш орқали амалга оширилади (II-2, A, 1);

3. Касалликнинг оғирлигига қараб, ЖЭ бир неча босқичларга бўлинади (III, B, 1);

4. Аниқ жигар энцефалопатияси клиник мезонларни ҳисобга олган ҳолда аниқланади ва West-Haven ва Глазго кома шкаласига қараб таснифланиши мумкин (II-2, B, 1);

5. Минимал ЖЭ ва латент ЖЭ диагностикаси ва таснифи тажрибали ходимлар томонидан ўтказилиши керак бўлган бир нечта нейрофизиологик ва психометрик тестлар ёрдамида амалга оширилади (II-2, B, 1);

6. Минимал ЖЭ ва латент ЖЭ диагностикаси ундан фойда кўрадиган беморларда, масалан, беморларда ҳаёт сифати пасайган бўлса, шунингдек касаллик касбий фаолиятга халақит берадиган ёки бошқалар учун хавф туғдириши мумкин бўлган ҳолларда амалга оширилиши мумкин (II-2, B, 1);

7. Қонда аммиакнинг кўпайиши ташхис қўйиш, касалликнинг босқичини аниқлаш ёки СЖК фонида ЖЭ билан оғриган беморларда натижани башорат қилиш учун аҳамиятли эмас. Қонда аммиакнинг нормал даражаси такрорий диагностика чораларини талаб қилади (II-3, A, 1). Агар аниқ ЖЭ бўлган беморда қонда аммиак даражаси нормал диапазонда бўлса, унда ЖЭ ташхиси шубха остида қолади.

Бош мия томографияси.

Компютер томографияси (КТ), магнит-резонанс томография (МРТ) ва бошқа диагностик усуллар касалликнинг диагностикаси ёки оғирлигини аниқлаш учун ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас. Шу билан бирга, ушбу гуруҳдаги беморларда бош мия ичига қон қуйилиш хавфи камида 5 барабар ошади. Бундай ҳолатнинг аломатлари ЖЭнинг клиник кўринишига тўғри келиши мумкин, шунинг учун бошқа патологик ҳолатлар инкор қилиш учун тавсия қилинади.

Даволаш.

Жигар энцефалопатиясини парҳез даволаш усуллари (ЖЕ) EASL 2018

Тавсиялар	Далиллар даражаси
ЖЕ билан оғриган беморларда овқатланиш ҳолатини ва саркопения мавжудлигини баҳолаш керак	II-3, B, 1
Протеинни чеклашдан сақланинг	II-1, A, 1
Оксил ва калорияларнинг оптимал кунлик истеъмоли жигар циррози билан оғриган беморлар учун умумий тавсиялардан паст бўлмаслиги керак	II-1, A, 1
Сабзавот ва сут оксилени истеъмол қилишни рағбатлантириш	II-3, B, 1
Тармоқли занжирли қўшимчаларни (ВСАА) қабул қилиш тавсия этилади	I-1, A, 1
Озиқ-овқат қабул қила олмайдиган 3-4 даражадаги энцефалопатия ривожланган беморлар назогастрал найча орқали ёки парентерал йўл билан озиқланиши керак	II-1, B, 1

Эпизодик ЖЭ нинг С турини даволаш учун умумий тавсиялар:

1. Аниқ ЖЭ (ўз-ўзидан ёки қўзғатилган) фаол даволанишни талаб қилади (II-2, A, 1).
2. Иккиламчи профилактика аниқ ЖЭ эпизодидан кейин тавсия этилади (I, A, 1).
3. ЖЭ ривожланиш хавфи юқори бўлган жигар циррози бўлган беморлар бундан мустасно, аниқ ЖЭ эпизодларини олдини олиш учун бирламчи профилактика мажбурий эмас (II-3, C, 2).
4. Жигар етишмовчилиги билан биргаликда такрорий, терапияга чидамли ЖЭ жигар трансплантацияси учун кўрсатма ҳисобланади (I).

Аниқ ЖЭни даволаш учун махсус ёндашув.

ЖЭ билан касалланган беморларни даволаш учун тўрт томонлама ёндашув тавсия этилади (II -2, A, 1):

1. Онг бузилган беморларда терапияни бошлаш.
2. Руҳий ҳолатнинг ўзгаришига олиб келадиган бошқа қўшма касалликлар мавжудлигини аниқлаш ва уларни даволаш керак.
3. Қўзғатувчи омилларни аниқлаш ва уларни коррекциялаш.
4. ЖЭ нинг эмпирик терапиясининг бошлаш.

Аниқ ЖЭни даволаш:

1. ЖЭ ривожланишини қўзғатадиган омилларни аниқлаш ва бартараф қилиш керак (II-2, A, 1).
2. Лактулоза эпизодик аниқ ЖЭни даволаш учун биринчи танлов дори ҳисобланади (II -1, B, 1).

3. Рифаксимин аниқ ЖЭ олдини олиш учун лактулозани тайинлашда самарали ёрдамчи терапия ҳисобланади (I, A, 1).

4. Анъанавий терапия билан касалликнинг оғирлигини коррекция қилиб бўлмайдиган беморларга ВСАА оғзаки қабул қилиш альтернатив ёки қўшимча терапия сифатида ишлатилиши мумкин (I, B, 2).

5. L-орнитин L-аспартатнини вена ичига юбориш альтернатив ёки қўшимча терапия сифатида ишлатилиши мумкин (I, B, 2).

6. Неомицин – бу аниқ ЖЭни даволаш учун альтернатив дори (II-1, B, 2).

7. Метронидазол – бу аниқ ЖЭни даволаш учун альтернатив дори (II-3, B, 2).

Лактулоза сиропи кун давомида 25 млдан ҳар 12 соатда буюрилади, юмшок нажас кунига камида 2 марта келиши керак. Кейинчалик препаратнинг дозаси кун давомида ичак 2 ёки 3 марта бўшатилишини таъминлаш учун танланади. Кейин препаратнинг дозаси аста-секин камайиши керак. Лактулозанинг ҳаддан ташқари юқори дозаларини қабул қилиш аспирация, сувсизланиш, гипернатремия, перианал терининг тирналишш ва ЖЭнинг кучайишига олиб келиши мумкин.

Аниқ ЖЭдан кейин аниқ ЖЭни олдини олиш:

1. Лактулоза биринчи эпизод тўхтатилгандан кейин ЖЭнинг қайталанишини олдини олиш учун тавсия этилади (II-1, A, 1).

2. ЖЭнинг иккинчи эпизодидан кейин ЖЭни қайталанишини олдини олиш учун Рифаксимин лактулоза билан бирга терапия сифатида тавсия этилади (I, A, 1).

3. TIPSдан кейин ЖЭнинг олдини олиш учун стандарт профилактика терапияси (лактүлоза ёки рифаксимин) тавсия этилмайди (III, B, 1).

Профилактик чора-тадбирларни бекор қилиш:

- Кўзғатувчи омиллар бартараф этилганда (яъни инфекциялар ва варикоз томирларидан қон кетиш) ёки жигарнинг функционал ҳолати яхшилангандан ёки парҳез ҳолати тикланганда профилактика терапияси тўхтатилиши мумкин (III, C, 2).

Минимал ва латент ЖЭни даволаш:

- МЖЭ (минимал ЖЭ) ва ЛЖЭ (латент ЖЭ) ни даволаш одатда тавсия этилмайди, баъзи ҳолатлар бундан мустасно (II-2, B, 1).

ОВҚАТЛАНИШНИНГ БУЗИЛИШИ

Нотўғри овқатланиш компенсацияланган циррозли беморларнинг 20% ва декомпенсацияланган жигар касаллиги бўлган беморларнинг 50% дан ортиғида кузатилади. Ҳам ёғ, ҳам мушак тўқималари камайиши мумкин; аёлларда ёғ бирикмаларининг камайиши эҳтимоли кўпроқ, эркеклар эса

мушак тўқимасини тезроқ йўқотадилар. Нотўғри овқатланиш ва саркопения циррознинг асоратлари ҳисобланиб, бу эса цирроз билан оғриган беморларнинг прогнозини ёмонлаштиради.

Саркопения - бу қариш (бирламчи саркопения), ўткир ёки сурункали касаллик (иккиламчи саркопения), шу жумладан сурункали жигар касаллиги туфайли мушак массаси ва функциясининг умумий пасайишидир.

Цирроз билан оғриган барча беморларда овқатланишнинг тез скринингини ўтказинг ва тўйиб овқатланмаслик хавфи мавжудлигини ва унинг оғирлик даражасини тасдиқлаш учун тўйиб овқатланмаслик хавфи бўлганларни батафсил баҳолашни амалга оширинг (II-2, B1 синф).

Семириб кетиш ташхисини қўйишда (ТВИ >30кг/м²), ҳар доим сувоқликни ушлаб туришнинг биргаликдаги таъсирини ҳисобга олинг ва аниқлиги паст бўлса ҳам, қуруқ тана вазнини ҳисобланг (II-2, B2 синф).

Шиш ёки асцит мавжудлигида вазини баҳолаш

Даражаси	Асцит	Периферик шиш
Минимал	2,2 кг	1,0 кг
Ўртача	6,0 кг	5,0 кг
Оғир	14,0 кг	10,0 кг

Мисол: беморда тиззагача шиш пайдо бўлади. Унинг вазни 72 кг. Унинг қуруқ вазини тахмин қилиш учун ўртача периферик шиш учун унинг вазнидан 5 кг ни олиб ташлаш керак. Унинг тахминий қуруқ вазни 67 кг ни ташкил қилади. Ҳисобланган қуруқ вазндан "Универсал тўйиб овқатланмаслик скрининг воситаси"ни ҳисоблаш учун фойдаланиш керак.

Озиқланишни баҳолашда саркопениюни баҳолашни қўшинг (класс II-2, B1).

Ҳар сафар текширув ўтказганингизда, компьютер томографияси ёрдамида мушак массасини баҳоланг. Мумкин бўлган алтернатив йўллар - антропометрия, икки энергияли рентген абсорпциометрия ёки биоимпеданс таҳлили, бу ҳам такрорий кетма-кет ўлчовларни ўтказишга имкон беради (класс II-2, B1).

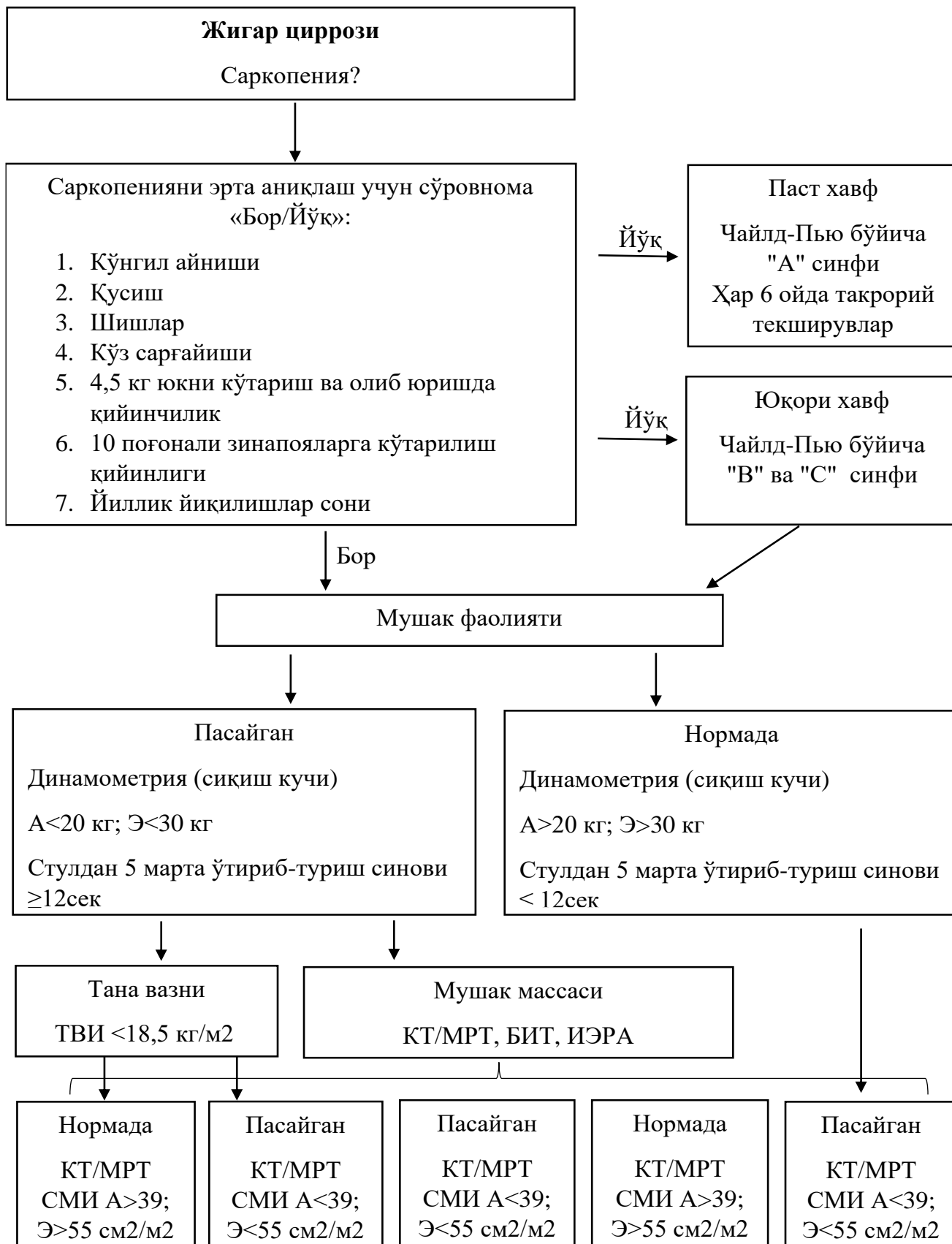
Мушаклар функциясини клиник шароитда билак динамометри ёки қисқа жисмоний тестлар каби энг мос асбоб ёрдамида баҳоланг (класс II-2, B1).

Гепатолог билан бир жамоада ишлайдиган ўқитилган ходимлар (идеал ҳолда, жигар касаллиги билан оғриган беморларни бошқариш бўйича тажрибага эга бўлган шифокор-диетолог) томонидан овқатни истеъмол қилишни баҳоланг. Баҳолаш қўйидагиларни ўз ичига олиши керак: озиқ-овқат ва озуқавий қўшимчаларнинг сифати ва миқдори, суюқликлар, рациондаги натрийнинг минимал миқдори, кун давомида овқатланишнинг миқдори ва вақти, шунингдек овқатланишдаги тўсиқлар (класс II-2, B1).

2021 Америка Жигар касалликларини ўрганиш бўйича амалий қўлланма.

	Шифокор саволлари	Физика текширув натижалари	Объектив чоратadbирлар
Нотўғри овқатланиш скрининги ва холсизлик ва/ёки саркопенияни баҳолаш	Шкалалардан фойдаланиш Кундалик фаолият	Ўмров, елка, куракдаги, бош бармоғи ва кўрсаткич бармоқлари орасидаги тўрт бошли мушаклар атрофияси. Юриш воситаларидан фойдаланиш. Стулдан мустақил туrolмаслик, секин ҳаракат.	L3 мушаклари КТ индекси Динамометрия 6 дақиқалик юриш тести 4 метрга юриш тезликлиги
Кам овқатланиш, холсизлик ва саркопенияга олиб келадиган омилларни аниқлаш	Бемор очлигининг бир ёки иккита кўрсаткичи мавжуд: - сўнгги 12 ой ичида озиқ-овқат етишмайди деган қўрқув; - охирги 12 ой давомида озиқ-овқат етишмаган ва уни сотиб олишга пул ҳам йўқ бўлган. Жисмоний ҳаракатсизлик	Асцитнинг мавжудлиги жигар энцефалопатияси, ёмон/нотўғри тиш қатори, дисгевзия	MELD бўйича баҳолаш Чайлд-Пью бўйича баҳолаш Тестостерон даражаси (эркакларда) Фитнес кузатувчиси маълумотлари (кунлик қадамлар сони, ўртача юрак уриши)

Саркопения мавжудлигини аниқлаш алгоритми.



СМИ - Скелет-мушак индекси;

БИТ - Биоимпенданс таҳлил;

ИЭРА - Икки энергияли рентген абсорпциометрияси

Жигар циррози билан оғриган беморларга оч қолиш тавсия этилмайди.

Озиқ-овқат ва жигар ўртасидаги боғлиқлик ҳақида эшитган/ўқиган нарсаларингизнинг аксарияти уни қўллаб-қувватлаш учун чекланган илмий далилларга эга. Умуман олганда, барча беморларга турли хил овқатлардан иборат соғлом овқатланиш тавсия этилади.

Овқатланишни 3 та асосий таомга (нонушта, тушлик ва кечки овқат) ва 3 та газак (эрталаб, тушлик ва кечки овқат)га бўлиш керак. Кечки овқат энг муҳими, чунки у кечки овқат ва нонушта ўртасидаги узоқ вақтни қамраб олади.

Цирроз ва тўйиб овқатланмаслик билан оғриган беморларга имкон қадар мультидисциплинар жамоа томонидан овқатланиш бўйича маслаҳатлар берилиши керак, бу беморларга етарли калория ва оқсил истеъмол қилишига ёрдам беради (II-2, C2).

Оптималь кунлик энергия истеъмоли кунига тавсия этилган 35 ккал/кг тана вазнидан паст бўлмаслиги керак (семиз бўлмаган шахсларда) (II-2, B1 даража).

Оптималь кунлик оқсил истеъмоли тавсия этилган 1,2-1,5 г/кг ҳақиқий тана вазнидан кам бўлмаслиги керак (II-2, B1 даража).

ВСАА қўшимчалари ва лейцин билан бойитилган аминокислоталар декомпенсацияланган циррозли беморларда етарли миқдорда азот истеъмолига диета орқали эришилмаганда ёрдамчи восита сифатида кўриб чиқилиши керак (II-1, C1 даража).

Тўйиб овқатланмаслик ва цирроз мавжуд беморларда озуқавий моддаларни етарли даражада истеъмол қилиш диета орқали (ҳатто озуқавий қўшимчалар билан) таъминланмаса, интервалли энтерал овқатланиш тавсия этилади (II-1, B1 даража).

Циррозли беморларга имкон қадар гипомобилликдан қочиш ва саркопениянинг олдини олиш ва/ёки камайтириш учун жисмоний фаолликни босқичма-босқич ошириш тавсия этилади (II-1, C2 даража).

III. ЖИГАР ЦИРРОЗИНИНГ ЭТИОЛОГИК ДАВОСИ.

ВГС:

- Декомпенсацияланган (Чайлд-Пью В ёки С) ВГС циррозли беморларга 12 ҳафта давомида софосбувир ва велпатасвир ҳамда суткалик вазнга асосланган рибавирин (<75 кг ёки >75 кг беморларда мос равишда 1000 ёки 1200 мг) тавсия этилади. Рибавиринни кунига 600 мг дозадан бошлаш мумкин ва кейинчалик толерантликка қараб доза қайта кўриб чиқилади (A1).

- Рибавиринни қабул қилишга қарши кўрсатма бўлган декомпенсацияланган (Чайлд-Пью В ёки С) ВГС циррозли беморлар ёки даволаш пайтида рибавириннинг ноўя таъсирлари ривожланганда беморларни рибавиринсиз 24 ҳафта давомида софосбувир ва велпатасвирнинг комбинацияси

билан даволаш керак (B1).

- Декомпенсацияланган (Чайлд-Пью В ёки С) ВГС циррози бўлган ГЦҚсиз жигар трансплантациясини кутаётган, MELD кўрсаткичи > 18–20 бўлган беморлар биринчи навбатда вирусга қарши давосиз трансплантация қилиниши керак ва HCV инфекцияси жигар трансплантациясидан кейин даволаниши керак (B1).

- Трансплантация рўйхатида кутиш вақти 6 ойдан ошса, ГЦҚ бўлмаган декомпенсацияланган (Чайлд-Пью В ёки С) циррози бўлган, MELD балли >18–20 бўлган жигар трансплантациясини кутаётган беморлар маҳаллий шароитга қараб трансплантациядан олдин даволаниши керак (B1).

- Компенсацияланган ВГС генотип 1, 2, 4, 5, 6 циррозли (Чайлд-Пью А) беморлар илгари PegIFN+рибавирин қабул қилмаган бўлса, софосбувир+даклатасвир 12 ҳафтага ёки софосбувир+велпатаасвир 12 ҳафтага буюрилади. Агар илгари PegIFN+рибавирин қабул қилган бўлса, генотип 1, 4, 5, 6 ларда софосбувир+даклатасвир+рибавирин 12 ҳафтага ёки рибавиринсиз софосбувир+даклатасвир 24 ҳафтага буюрилади (EASL 2016).

- Компенсацияланган ВГС генотип 3 циррозли (Чайлд-Пью А) беморлар софосбувир+даклатасвир+рибавирин 24 ҳафтага буюрилади (EASL 2016).

ВГВ:

- Компенсацияланган ёки декомпенсацияланган ВГВ циррози бўлган беморлар АЛТ даражасидан ва HBV ДНКнинг микдоридан қатъи назар даволаниш тавсия этилади (I,1).

- Декомпенсацияланган ВГВ циррози бўлган беморлар, HBV репликацияси даражасидан қатъи назар, резистентликка чидамли бўлган нуклеотид/нуклеозид аналоглари (Энтекавир, Тенофовир дизопроксил фумарат, Тенофовир алафенамид фумарат) билан даволаниши ва жигар трансплантациясини тавсия қилиш керак [4; 8] (II-1, 1).

- PegIFNга декомпенсацияланган циррози бўлган беморларда қарши кўрсатмадир (II-1, 1).

- Беморларнинг дори-дармонларни қабул қилиш қобилиятини ва лактик ацидоз ёки буйрак функциясининг бузилиши каби ножўя таъсирларнинг ривожланишини диққат билан назорат қилиш керак (II-2, 1).

ЖИГАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ УЧУН КЎРСАТМАЛАРНИ АНИҚЛАШ УСУЛИ

MELD Model:

MELD – рақамли шкала бўлиб, у 6 дан 40 гача бўлиши мумкин.

Бошқа баҳоловчи (башоратловчи шкала) – MELD (Model for End-stage Liver Disease), дастлаб 2000 йилда АҚШда трансюгуляр жигар ичи портотизимли шунтлаш (ТЖПШ) амалиётидан кейинги беморларнинг 3 ой ичидаги ўлимини прогноз қилиш учун ишлаб чиқилган ва ҳозирда жигар трансплантацияси учун кўрсатмаларни аниқлаш ва беморларни амалиётга навбатга қўйишда

муваффақиятли қўлланилиб келинмоқда. MELD индекси қуйидаги формула ёрдамида ҳисобланади:

$MELD = 10 \times (0,957Ln(\text{қондаги креатинин миқдори}) + 0,378Ln(\text{қондаги умумий билирубин миқдори}) + 1,12(\text{ХНН}) + 0,643 \times X)$; ХНН (МНО) – халқаро нормаллашган нисбат (международное нормализованное отношение). Қуйидаги ҳисоблаш қоидаси қўлланилади: берилганлардан исталган катталикларнинг минимал миқдори-1мг/дл, креатинин миқдорининг максимал миқдори-4мг/дл, MELD индексининг максимал даражаси-40. 2016 йилдан бери MELD-На шкаласи қўлланилмоқда. Онлайн калькуляторлар ёрдамида ушбу кўрсаткичларни автоматик ҳисоблаш мумкин (<https://www.mdcalc.com/calc/1754/meldna-meld-na-score-liver-cirrhosis>).

MELD >35 балл бўлса, летал оқибат келиб чиқиш эҳтимоллиги 80%га тенг, MELD 20 дан 34 баллгача бўлса бу кўрсаткич 10-60%, MELD <8 балл бўлса бемор амбулатор деб баҳоланади ва у фаол назоратни талаб этади. Жигар сурункали касалликларининг терминал босқичидаги беморлар ахволининг жуда ностабиллигини, асосий касалликнинг тез-тез декомпенсатор ҳолатга ўтишини ва оғир асоратлар ривожланишиши инобатга олган ҳолда MELD шкаласини доимий равишда қайта ҳисоблашга эҳтиёж туғилади (3-жадвал).

3-жадвал.

MELD ни қайта баҳолашнинг зарурий режими

MELD	Қайта ҳисоблашга эҳтиёж	Лаборатор текширувлар интервали
≥ 25	Ҳар 7 кун	48 соат
≥24, лекин >18	Ҳар ой	7 кун
≤ 18, лекин ≥11	Ҳар 3 ойда	14 кун
≤ 11, лекин >0	Ҳар 12 ойда	30 кун

IV. Асосий дори-воситалар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли):

Фармако-терапевтик гуруҳ	ХПН	Қўллаш тартиби	ДИД	Ҳаволаси
Носелектив бета-блокаторлар	Пропранолол, надолол, карведилол	Оғиз орқали ичишга Бошланғич доза 20 мг, бир марталик доза - 40-80 мг, 2-3 маҳал/сут. 40-80 мг 1 марта/сут Бошланғич доза 6.25-12.5-25 мг 1	В	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024

		махал/сут индивидуал ёндашув.		
Калий сақловчи диуретик	Спиронолактон	Оғиз орқали ичишга 100- 400 мг дан, индивидуал ёндашув	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Диуретик восита	Фуросемид	Оғиз орқали ичишга 40-160 мг/сут, индивидуал ёндашув	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Осмотик таркибли сурги воситалар Гипоаммонимик воситалар	Лактулоза	Оғиз орқали ичишга 40-60 мл/сут, индивидуал ёндашув	B	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Тармоқланган ён занжирли аминокислоталар	Лейцин, изолейцин и валин	Оғиз орқали ичишга	C	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Сўрилмайдиган ичак антибиотклари	Рифаксимин	Оғиз орқали ичишга 200 мг хар 8 соатда ёки 400 мг хар 8-12 с. Индивидуал ёндашув.	A	J Hepatol (2014), http://dx.doi.org/10.1016/j.jhep.2014.05.042
Микроэлементлар	Рух, кальций ва бошқ.	Оғиз орқали ичишга, индивидуал ёндашув	B	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024
Гемопозни стимуляторлари	Элтромбопаг	Оғиз орқали ичишга 25 мг 1 махал/сут.	B	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.024
Витаминлар	Витамин Д ва бошқ.	Оғиз орқали ичишга	A	https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.06.024

V. Қўшимча дори-воситалар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан паст):

Фармако-терапевтик гуруҳ	ХПН	Қўллаш тартиби	ДИД	Ҳаволаси
Гепатопротекторлар	УДХК	Оғиз орқали ичишга 10-15 мг/кг/сут 2-3 маҳал 1-12 ой давомида	В	J Gastroenterol (2021) 56:593–619 https://doi.org/10.1007/s00535-021-01788-x
Гепатопротекторлар	Адеметионин	Оғиз орқали ичишга Кунлик дозаси 500-1000 мг, максимум 3 г	В	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1
Гепатопротекторлар	Глицирризин кислотаси	Оғиз орқали ичишга 1 – 2 капсула 3 маҳал	С	Glycyrrhizin in patients who failed previous interferon alpha-based therapies: biochemical and histological effects after 52 weeks - PubMed (nih.gov) Efficacy of intravenous glycyrrhizin in the early stage of acute onset autoimmune hepatitis - PubMed (nih.gov)
Гепатопротекторлар	Фосфолипидлар	Оғиз орқали ичишга 80 – 120 мг /сут	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2827
Гепатопротекторлар	Силимарин	Оғиз орқали ичишга, индивидуал ендашув	С	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140758/
Антифиброз препарат	Оксиматрин	Оғиз орқали ичишга 0,2 г уч маҳал	С	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733326/
Гепатопротектор хусусиятли БАМ	Сутли кушқўнмас (Расторопша)	Оғиз орқали ичишга,	С	https://www.vidal.ru/drugs/molecule/178

		индивидуал ендашув		
Миотроп спазмолитиклар	Мебеверин гидрохлорид ва бошқалар	Оғиз орқали ичишга 135, 200 мг дан 2 махал – эрталаб ва кечкурун, давомийлиги чекланмаган	С	https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/672_1 A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome - PMC (nih.gov)
Спазмолитик восита	Дротаверин	Оғиз орқали ичишга 40-80 мг 3 махал, максимал суткали доза - 240 мг.	С	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
Спазмолитик восита	Папаверин	Оғиз орқали ичишга 40-60 мг 3-5 махал/сут.	С	https://www.vidal.ru/search?t=all&q=%D0%BF%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD&bad=on
Ўт хайдовчи воситалар	Силимарин, артишок, берберин, аллохол ва бошқалар	Оғиз орқали ичишга, индивидуал ендашув	С	https://www.vidal.ru/drugs/allochol_13180 https://www.vidal.ru/drugs/chophytol_932
Фермент препаратлар	Панкреатин	Оғиз орқали ичишга капсула, индивидуал ендашув Ўртача доза - 150 000 ЕД/сут.	С	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
Жигар касаллигини даволаш учун препаратлар	L-орнитин L- аспаратат	Оғиз орқали ичишга 1-2 пакетикдан 2-3 махал, давомийлиги	С	https://www.vidal.ru/drugs/ornitin

		беморнинг холатига боғлиқ		
Протон помпа ингибиторлари	Омепразол, пантопразол ва бошқалар	Оғиз орқали ичишга 20, 40 мг 1 маҳал 2 хафтагача	С	https://www.vidal.ru/drugs/omeprazol_3120
Синтетик витамин К аналоглари	Менадион	Оғиз орқали ичишга, индивидуал ендашув	В	https://diseases.medelemnt.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
Сурғи восита	Натрия пикосульфат	Оғиз орқали ичишга 5–10 мг 1 маҳал. Максимал доза 15 мг 1 марта.	С	https://compendium.com.ua/info/168162/pikolaks-sup-sup-/

VI. Жаррохлик аралашуви:

- ЭФГДС ва лигатура қўйиш, парацентез амалиётини бажариш, биопсия текширувни ўтказиш, спленэктомия ёки артерия эмболизацияси, томирларни шунтлаш амалиётини ўтказишга кўрсатма бўлганда қўлланилади.

Назорат:

- Вирусли гепатит В, С D этиологияли жигар циррози мавжуд беморлар яшаш жойидаги оилавий поликлиникада ёки ҳудудий ихтисослаштирилган марказда инфекционист, терапевт, жаррох, гематолог ва онколог томонидан диспансер кузатувида бўлади [С].

VII. Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар

Режалаштирилган шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

С	<ul style="list-style-type: none">- Дельта агент билан жигар циррозининг Чайлд-Пью таснифи бўйича А, В ва С босқичлари касалликнинг оғирлигини аниқлаш, ички аъзоларни шикастланишини эрта ташхислаш, олдини олиш ва специфик терапияни буюриш;- бошқа вирус этиологияли жигар циррозининг В ва С босқичлари Чайлд-Пью таснифи бўйича декомпенсация ҳолатлари:<ol style="list-style-type: none">1. асцит II-III даражали2. гидроторакс3. гипонатремия4. бактериал инфекциялар5. буйракнинг ўткир ва сурункали шикастланиши6. гепато-пулмонар синдром7. ўткир ости жигар энцефалопатияси- ЭФГДС-КВВК мавжуд бўлганда лигатура қуйиш- беморни жигар трансплантациясига тайёрлаш (амбулатор йуланма берилиши лозим, мутахассислар кўригидан сўнг стационар даволашга кўрсатма бўлса шифохонага йуланма асосида госпитализация қилиш).
----------	---

Шошинч шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

А 1	<ul style="list-style-type: none">- Қон кетиши ҳолатлари- Аниқ жигар энцефалопатияси- Қориндаги кучли оғриқ- Диарея- Тана хароратини ошиши
------------	--

VIII. Диспансер назорати

Жигар циррози билан оғриган беморларни тиббий кўриқдан ва текширувдан ўтказишнинг ҳамда оилавий шифокорлар томонидан диспансер назоратининг частотаси

НОЗОЛО-ГИЯ	Оилавий шифокор томонидан тиббий кўриқдан ўтиш вақти	Диспансер назорати			Функционал текширувларнинг давомийлиги	Лаборатор текширувлар давомийлиги
		Кўриқлар давомийлиги	«Д» назоратининг давомийлиги	Топ мутахассислар кўриги		
Жигар циррози Чайлд-Пью бўйича А синф	<p>1- кўриқ скрининг пайтида ЖЦи аниқланганда ёки бемор ўзи муурожаат қилганда</p> <p>2- кўриқни касаллик босқичини ёки СП асоратларини ривожланишини баҳолаш учун 3-6 ой ичида такрорланг.</p> <p>Терапия режими: номедикаментоз + терапия; топ мутахассислар тавсиялари; асоратлари ёки рақобатлашувчи касалликлар аниқланса, стационар даволаниш учун юборинг</p> <p>Кейинги, диспансер қузатуви</p>	1 йилда 2 марта диспансер текшируви	Бутун умр	<p><i>Чуқур диспансер текшируви давомида топ мутахассислар кўриги:</i> ИНФЕКЦИ ОНИСТ Зарур ҳолатларда: ЖАРРОҲ КАРДИОЛОГ ЭНДОКРИНОЛОГ ГЕМАТОЛОГ, ОНКОЛОГ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ</p> <p>Бир йилда 1 марта</p>	<p>УТТ: ички аъзолар ЭФГДС</p> <p>Зарур ҳолатларда: • МСКТ қорин бўшлиғи аъзолари Фиброскан</p> <p>Бир йилда 1 марта</p>	<p>Умумий қон таҳлили АЛТ, АСТ, билирубин ЩФ, ГГТП Қон креатинини Альбумин МНО АФП Қондаги глюкоза Сийдик таҳлили: оксил, альбумин, эпителий, микрогематурия</p> <p>Зарур ҳолатда ПЦР ВГВ ДНК мифдорий, ВГС РНК сифат, ВГД РНК микдорий, Холестерин PIVKA II</p> <p>Бир йилда 1 марта</p>

<p>Жигар циррози Чайлд- Пью бўйича В синф</p>	<p>1- кўрик скрининг пайтида ЖЦи аниқланганда ёки бемор ўзи муружаат қилганда 2-кўрик Белгиланган дори воситаларининг самарадорлигини хамда номедикоментоз ва медикоментоз режимларига риоя қилишни баҳолаш учун 1 ой ичида кузатиб боринг Терапия режими: номедикаментоз + тор мутахассислар томонидан буюрилган терапия; асоратлари ёки рақобатлашувчи касаликлар аниқланса, стационар даволаниш учун юборинг Кейинги, диспансер кузатуви</p>	<p>1 йилда 4 марта диспансер текшируви</p>	<p>Бутун умр</p>	<p>Чуқур диспансер текшируви давомида тор мутахассисл аркқўриги: ИНФЕКЦИО НИСТ ЖАРРОҲ</p> <p>Зарур холотларда: КАРДИОЛО Г ЭНДОКРИН ОЛОГ ГЕМАТОЛО Г ОНКОЛОГ НЕФРОЛОГ ПУЛЬМОН ОЛОГ АКУШЕР- ГИНЕКОЛО Г</p> <p>Бир йилда 2 марта</p>	<ul style="list-style-type: none"> • УТТ: ички аъзолар • ЭФГДС <p>ур холотларда: МСКТ корин бўшлиғи аъзолари Рентгенография ёки МСКТ: кўкрак қафаси УТТ: кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари</p> <p>да 2 марта</p>	<p>Умумий қон таҳлили АЛТ, АСТ, билирубин ЩФ, ГГТП Креатинин, қондаги мочевина Альбумин МНО, ПТИ АФП Калий, натрий, кальций Қондаги глюкоза</p> <p>ур холотларда: ПЦР ВГВ ДНК микдорий, ВГС РНК сифат, ВГД РНК микдорий, Коагулограмма Холестерин Прокальцитонин P1VKA II Сийдик таҳлили: оқсил, альбумин, эпителий, микрогематурия</p> <p>ур илда 2 марта</p>
--	---	--	------------------	---	---	--

<p>Жигар циррози Чайлд-Пью бўйича С синф</p>	<p>1- кўрик скрининг пайтида ЖЦи аниқланганда ёки бемор ўзи муружаат қилганда .Стационар даволашга жўнатиш. 2-кўрик бемор шифохонадан чиққандан кейин белгиланган дори воситаларининг самарадорлигини ҳамда номедикаментоз ва медикаментоз режимларига риоя қилишни баҳолаш учун 1 ой ичида кузатиб боринг</p> <p>Терапия режими: номедикаментоз + тор мутахассислар томонидан буюрилган терапия; Кейинги, диспансер кузатуви</p>	<p>1 йилда 4 марта диспансер текшируви</p>	<p>Бутун умр</p>	<p>Чуқур диспансер текшируви давомида тор мутахассислар арққўриги: ИНФЕКЦИОНИСТ ЖАРРОҲ</p> <p>Бир йилда 4 марта Зарур ҳолатларда: КАРДИОЛОГ ЭНДОКРИНОЛОГ ГЕМАТОЛОГ ОНКОЛОГ НЕФРОЛОГ ПУЛЬМОНОЛОГ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ</p>	<p>УТТ: ички аъзолар ЭФГДС</p> <p>Бир йилда 2-4 марта</p> <p>Зарур ҳолатларда:</p> <ul style="list-style-type: none"> • МСКТ қорин бўшлиғи аъзолари Рентгенография ёки • МСКТ: кўкрак қаваси • УТТ: кичик чанок бўшлиғи аъзолари <p>Бир йилда 1 марта</p>	<p>Умумий қон таҳлили АЛТ, АСТ, билирубин ЩФ, ГГТП Креатинин, қондаги мочевина Альбумин МНО, ПТИ АФП Калий, натрий, кальций Қондаги глюкоза Сийдик таҳлили: оқсил, альбумин, эпителий, микрогематурия</p> <p>показаним: ПЦР ВГВ ДНК миқдорий, ВГС РНК сифат, ВГД РНК миқдорий, Коагулограмма Холестерин Прокальцитонин С-реактивный оқсил Ферритин Витамины Д, ИЛ-6 Прокальцитонин PIVKA II</p> <p>Бир йилда 2-4 марта</p>
---	---	--	------------------	--	---	--

IX. Жигар циррозини бошқариш бўйича билим компетенциялари (task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	БТЁБдаги оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис* *
Шикояти ва анамнез			
Беморнинг шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+	+	+
Беморнинг касаллик тарихини йиғишда жигар циррози белгилари (тери ва шиллик пардаларнинг сарғайиши, пальмар эритема, асцит мавжудлиги, шиш, нафас қисиши, чарчок, саркопения) ҳақидаги билимларни қўллаш.	+	+	+
Жигар циррози билан оғриган беморларнинг тўлиқ касаллик тарихини шакллантириш		+	+
Эпидемиологик анамнез	+	+	+
Физикал текширувлар			
Антропометрик маълумотларни ўлчаш бўйича малакасини кўрсатиш	+	+	+
Қорин бўшлиғини пальпация қилиш қобилиятини кўрсатиш		+	+
Пальпация орқали асцитларни аниқлаш қобилиятини кўрсатиш		+	+
Беморнинг тўғри жойлашиши ва умумий кўринишидан бошлаб, сўнгра қўлларни, юзни, бўйинни, кўкракни, қоринни, оёқларни ва бошқаларни текширишда беморни кенг қамровли		+	+

физик текширувдан ўтказиш малакасини намоиш этиш			
Жигар циррози билан оғриган беморларни баҳолашда малакавий билимни намоиш этиш		+	+
Неврологик текширув ва когнитив ҳолатни баҳолаш		+	+
Жигар циррози асоратларининг жисмоний белгиларини аниқлаш малакасини кўрсатиш		+	+
Ташхис қўйиш			
Чайлд-Пью, MELD таснифи асосида жигар циррози ташхисини қўйиш		+	+
Таснифлаш асосида жигар циррозининг асоратларини белгилаш		+	+
Асосий лаборатор диагностика			
Асосий лаборатор текширувларни буюриш:	+	+	+
Умумий қон таҳлили	+	+	+
АЛТ, АСТ, билирубин, ИФ, ГГТП, очликдаги глюкоза миқдори	+	+	+
Албумин, креатинин, қондаги мочевино	+	+	+
Қондаги калий, натрий, кальций	+	+	+
ХНН, ПТИ	+	+	+
АФП, РІVКА II	+	+	+
КФТ ни ҳисоблаш		+	+
Сийдик таҳлили: оқсил, альбумин, эпителий, микрогематурия	+	+	+

Асосий лаборатор текширувлар натижаларини таҳлил қилиш		+	+
Мажбурий инструментал диагностика			
Ички органлар, тос аъзоларининг ультратовуш текширувини тайинлаш	+*	+	+
ЭГДС буюриш		+	+
Қорин бўшлиғи органлари ва кўкрак қифасининг МРТ, МСКТ, рентгенографиясини тайинлаш			
Жигар циррозининг давоси			
Номедикаментоз даволаш	+	+	+
Чайлд-Пью бўйича А синфи учун дори-дармонларни буюриш қобилияти		+	+
Чайлд-Пью бўйича В, С синфи учун дори-дармонларни буюриш қобилияти			+
Жигар циррози асоратларининг профилактикаси			
Озиқланишни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Даволашда дори-дармонларнинг мувофиқлигини яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

Изоҳ: * Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

** Асосий тор мутахассис – шифокор инфекционист. Жигар циррози билан оғриган беморларни даволашда малакали бошқа мутахассислар терапевт, гастроэнтеролог ва жарроҳ ҳисобланади.