O’zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug’iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN PEDIATRIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

T o s h k e n t – 2 0 2 5

«TASDIQLAYMAN»
O'zR SSV RIPIATM direktori
t.f.d. A.A. Abdukayumov
_____
«___» _____ 2025y.

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent–2025

MUNDARIJA

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....5

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUV BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI……58

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASINING TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI……..66

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

1. *Kirish qismi*

Ushbu klinik protokolda surunkali virusli gepatitlar bilan og'rigan bolalarni tashxislash va davolash bo'yicha tavsiyalar mavjud bo'lib, ular jigarda patologik jarayonni aniqlash va organizmni ekstrakorporeal detoksifikatsiya qilishning samarali usullariga taktik yondashuvlarga asoslangan. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun asosiy platforma jigarni o'rganish bo'yicha Evropa assotsiatsiyasi https://www.easl2023, Amerika jigar kasalliklarini o'rganish assotsiatsiyasi https://www.aasld2023, Jigarni O'rganish Bo'yicha Osiyo-tinch okeyani assotsiatsiyasining klinik tavsiyalariga asoslanadi. Jigarni o'rganish https://apasl-2020.html, Amerika «Global hepatitis elimination» koalitsiyasi https://www.globalhelp2023va PubMed, Tesseract ma'lumotlar bazasiga kiritilgan (O'zR SSV ning 2023 yil 13 dekabrdagi 322-sonli buyrug'i, 4-ilova).

XKT-10 kodlari:

XKT-10		XKT-11	
B 18.1	Delta agentsiz surunkali virusli gepatit B	1E51.0	Surunkali virusli gepatit B
B 18.0	Delta agentli surunkali virusli gepatit B	1E51.2	Surunkali virusli gepatit D
B18.2	Surunkali virusli gepatit C	1E51.1	Surunkali virusli gepatit C
B18.8	Boshqa aniqlangan surunkali virusli gepatitlar	1E51.Y	Boshqa aniqlangan surunkali virusli gepatitlar
B 18.9	Surunkali virusli gepatit noaniq etiologiyali	1E51.Z	Surunkali virusli gepatit noaniq etiologiyali
		1E51.0Y	Boshqa surunkali virusli gepatit B
		1E51.00	Odamning immunodefitsit virusi koinfektsiya bilan surunkali virusli gepatit B
		KA62.9	Tugma virusli gepatit
	https://mkb-10.com/		https://icd.who/

Ishlab chiqish sanasi: 2025y. **Qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2028 y.

Mazkur klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa: O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik protokolni yaratish bo'yicha ishchi guruh tarkibi:

Inoyatova Flora Ilyasovna – O'zR FA akademigi, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limi rahbari

Muxammedov Nodir Bakiyevich - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limi mudiri, t.f.d.

Mualliflar ro'yxati:

Inogamova Gulnoza Zahidjanovna - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining etakchi ilmiy xodimi, t.f.n.;

Ahmedova Aqida Xotamovna - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining katta ilmiy xodimi, t.f.n.;

Valeyeva Nargiza Kabiljanovna - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining katta ilmiy xodimi, t.f.n.;

Abdullayeva Feruza Gafurovna - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining katta ilmiy xodimi, t.f.n.;

Ikramova Nodira Anvarovna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining kichik ilmiy xodimi, PhD;

Kadirxodjayeva Xilola Marufovna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining kichik ilmiy xodimi, PhD;

Tulaganov Nodir Abdukodirovich – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limi mudiri;

Abdullayeva Madina Abdullayevna – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining kichik ilmiy xodimi;

Son Tatyana Ruslanovna - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi gepatologiya bo'limining kichik ilmiy xodimi;

Kabulov Nodir Shuxratovich – O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi funktsional diagnostika shifokori.

Taqrizchilar:

Tuychiev Laziz Nodirovich	Virusologiya ITI direktor o'rinbosari, t.f.d., professor
Xudayqulova Gulnara Karimovna	TTA jamoat sog'lig'i va menejment kafedrasi mudiri, t.f.d., professor

Milliy klinik protokol O'zR SSV RIPIATM ning 2025yil 25 apreldagi ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. 4-sonli protokol

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. O‘zR SSV Virusologiya ITI virusli gepatitlarni tekshirish ilmiy bo‘limi rahbari, t.f.d. Kasimova R.I.
2. ToshPTI fakultet pediatriya kafedrasi mudiri, t.f.d., professor Murodxodjayeva A.V.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Amaldagi qisqartmalar ro'yxati

AJKO'A	Amerika Jigar Kasalliklarini O'rganish Assotsiatsiyasi
JO'BEA	Jigarni O'rganish Bo'yicha Evropa Assotsiatsiyasi
JO'BOTA	Jigarni O'rganish Bo'yicha Osiyo-tinch okeyani assotsiatsiyasi
JSST	Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti
KXT	Kasalliklarning Xalqaro Tasnifi
TUH	tananing umumiy hajmi
ACLF	jigar yetishmovchiligi mezonlari
AlAT	alaninaminotransferaza
AcAT	aspartataminotransferaza
GGT	gammaglutamiltranspeptidaza
GSK	gepatotsellulyar karsinoma
IFT	immunoferment tahlili
LDG	laktatdegidrogenaza
PTV	protrombin vaqti
PTI	protrombin indeksi
XNN	xalqaro normallangan nisbat
FQTV	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
PZR	polimeraza zanjiri reaktsiyasi
SVH	surunkali virusli gepatit
HGB	surunkali gepatit B

HGC	surunkali gepatit C
HGD	surunkali gepatit D
IF	ishqoriy fosfataza
JS	jigar sirrozi
AIG	autoimmun gepatit
HBsAg	gepatit B virusining yuzaki antigeni
HBeAg	gepatit B virusining yuqumlilik antigeni
HBeAb	gepatit B virusining yuqumlilik antigeniga antitana
HBcorAb	gepatit B virusining yadro antigeniga antitana
HBV-DNK	gepatit B virusi genomi
HCV-RNK	gepatit C virusi genomi
HDV-RNK	gepatit D virusi genomi
ANA Ab	antinuklear (yadroga qarshi) antitana
SMA Ab	silliq mushaklarga qarshi antitana
LKM Ab	jigar hujayralari mikrosomalariga qarshi antitana
CRO	C-reaktiv oqsil
UTT	ultratovush tekshiruvi
DUT	doppler ultratovush tekshiruvi
KT	kompyuter tomografiyasi
MRT	magnit-rezonans tomografiya
EGDFC	ezofagogastroduodenofibroskopiya
EKG	elektrokardiografiya
ExoKG	exokardiyografiya
OP	oilaviy poliklinika
MTP	markaziy tuman poliklinikasi
QOP	qishloq oilaviy poliklinikasi
GM	gepatologik markaz
MP	maslahat poliklinikasi
QVP	qishloq vrachlik punkti
UQT	umumiy qon tahlili
UST	umumiy siydik tahlili

Atamalar va ta'riflar

Surunkali gepatit – bu gepatotsitlarning birlamchi shikastlanishi (distrofiya, nekroz) natijasida kelib chiqadigan, kamida 6 oy davomida yaxshilanmasdan davom etuvchi va jigar sirroziga o'tish ehtimoli bo'lgan yallig'lanishli jigar kasalliklari guruhi.

Surunkali gepatit B – HBV-infektsiya persistentsiyasiga bog‘liq jigarning surunkali yallig‘lanish-nekrotik kasalligi**.**

HBsAg ni tashuvchanlik – yaqqol yallig'lanish-nekrotik jarayonsiz kechuvchi jigarning HBV-infektsiyasi.

HBsAb – o'tkazgan infektsiyani yoki emlashdan keyingi antitanalarning mavjudligini ko'rsatadi.

HBeAg - replikatsiya belgisi bo'lgan B virusning qobiq antigeni, barcha bemorlarda aniqlanmasligi mumkin virusning pre-core mutatsiyasi tufayli, buning natijasida qobiq antigeni sintezi to'xtaydi.

HBeAb – qobiq antigeni antitanalari, surunkali gepatitning sog'ayish ko'rsatkichi yoki faol bo'lmagan bosqichi.

HBcAg – gepatotsitlarda HBV replikatsiyasi, faqat jigar bioptatlarida aniqlanadi.

HBcAb IgM – gepatit B virusining tanadagi yadro antigeni mavjudligining bilvosita ko'rsatkichi bo'lgan o'tkir faza yoki HBV infektsiyasining kuchayishi belgisi.

HBcAb IgG – davom etayotgan yoki o'tkazgan HBV- infektsiyasining bilvosita markeri.

HBeAg eliminatciyasi – ilgari HBeAg- musbat bemorlarda HBeAg ning qondan yo'qolishi.

HBeAg serokonvertciyasi – HBeAg ning yo'qolishi va ilgari HBeAg-musbat va anti-HBe-manfiy bemorlarning qonida anti-HBe paydo bo'lishi, HBV-DNK darajasining $<10^5$ nusxa/ml pasayishi bilan birga.

HBeAg reverciyasi – ilgari HbeAg manfiy va anti-Hbe musbat bemorlarda qonda HBeAg ning qayta paydo bo'lishi.

HBV-DNA – B virus replikatsiyasining to'g'ridan-to'g'ri belgisi.

Surunkali gepatit C - gepatit C virusi bilan kasallanganidan keyin olti oydan ko'proq vaqt davomida davom etadigan infektsiya.

HCVAb – gepatit C virusiga qarshi umumiy antitanalar, HCV bilan kasallangan onalardan tug'ilgan hayotning birinchi yilidagi bolalarda o'tgan yoki davom etayotgan HCV infektsiyasining ko'rsatkichi, vaqtinchalik (ona) antitanalar.

HCVcorAg - IgM va IgG HCV past diagnostik ahamiyatga ega va gepatit C bo'yicha Rossiya va asosiy xorijiy konsensuslar bo'yicha zarur tadqiqotlar ro'yxatiga kiritilmagan.

NS oqsillari (tarkibiy bo'lmagan oqsillar) - faqat virus replikatsiyasi paytida paydo bo'ladi, majburiy belgilar emas.

HCV- RNA – C virus replikatsiyasining bevosita markeri.

Surunkali gepatit D - bu HDV RNA virusi keltirib chiqaradigan surunkali jigar kasalligi bo'lib, uning mavjudligi uchun gepatit B virusining mavjudligi talab qilinadi.

HDAg – HDV Ab IgM kabi HDV ning faol replikatsiya belgisi.

HDVAb – gepatit D virusining oqsillariga IgM va IgG sinflarining o'ziga xos immunoglobulinlari, infitsirlanganlikni yoki avvalgi, o'tkazgan infektsiyani ko'rsatadi.

HDV-RNA – HDV mavjudligi va replikatsiyasining bevosita marker.

Viremiyaning intensivligi - qon zardobidagi virus nusxalari soni (genokopiyalar/ml) bilan baholanadi.

Alanin aminotransferaza (AlAT) – jigarning o'ziga xos fermenti bo'lib, uning qonda ko'payishi yallig'lanish faolligini (gepatotsitlar sitolizi) ko'rsatadi.

Aspartat aminotransferaza (AsAT) – jigarning o'zigagina xos bo'lmagan ko'rsatkich bo'lib, nafaqat jigarda, balki boshqa organlarda (yurak, buyraklar, mushaklar) ham mavjud.

Bilirubin - safro pigmenti, organizmdagi safroning asosiy tarkibiy qismlaridan biri bo'lib, odatda xolestaz belgisi bo'lgan gemni o'z ichiga olgan oqsillarning parchalanishi paytida hosil bo'ladi.

To'g'ri (bog'langan) bilirubin - umumiy bilirubinning toksikligi kam va suvda eriydigan qismi bo'lib, jigarda sintezlanadi, uning ko'p qismi ingichka ichakka o'tadi.

Noto'g'ri (bog'lanmagan) bilirubin - umumiy bilirubinning juda zaharli qismidir, u suvda erimaydi va hujayralarga osongina kirib, ularning faoliyatini buzishi mumkin.

Gammaglutamil transpeptidaza (GGTP, GGT) - jigar va o't yo'llari hujayralarida joylashgan mikrosomal ferment bo'lib, jigar ichki xolestaz va yallig'lanishning belgisi hisoblanadi.

Ishqoriy fosfataza (IF)- jigar ichki xolestazning ko'rsatkichidir.

LDH4 va LDH5 hujayra ichidagi glikolitik fermentlardir; uiar faolligining oshishi gepatotsitlarda yallig'lanishni ko'rsatadi.

Albumin va protrombin indeksi (PTI) **-** jigarning oqsil-sintetik funktsiyasi buzilganida ko‘rsatkichlarning kamayishi.

Gamma globulin - ko'rsatkichning oshishi jigar to'qimalarining mezenximal yallig'lanishini ko'rsatadi.

Virusli yuklama - qon zardobidagi virus nusxalari soni bo'yicha baholanadi (genokopiya/ml), infektsiya darajasini ko'rsatadi.

Biokimyoviy remissiya - terapiya tugagandan so'ng darhol ferment ko'rsatkichning normallashishi.

Barqaror biokimyoviy remissiya - terapiya to'xtatilgandan keyin 6 oy va undan kuproq vaqt davomida normal transaminaza qiymatlarini saqlanishi.

To'liq remissiya - davolashdan so'ng AsAT va AlAT darajasini normallashishi va virusning RNK va DNK sini darhol yo'qolishi.

Tez virusologik javob (TVJ): 4 haftalik davolashdan so'ng qonda <50 IU/ml dan kam virusli nusxalarni aniqlanishi.

Erta virusologik javob (EVJ): 12 haftalik davolanishdan keyin viremiya darajasining boshlang'ich darajasidan 2 $\log_{10}$ dan ko'proqga pasayishi.

Barqaror virusologik javob - davolash tugaganidan keyin 12 hafta o'tgach, qonda HCV-RNK va HBV-DNK ning aniqlanmaydigan darajasi.

Barqaror to'liq remissiya - davolashdan 6 oydan keyin AlAT va AsATning normal darajasini va RNK / DNK virusining yo'qligini saqlab qolish.

Javob yo'qligi - davolash paytida virusning RNK/DNK sini aniqlanishi.

Retcidiv - davolashni yakunlash vaqtida qonda HBV/HCV DNK/RNK ning aniqlanmaydigan darajasi, ammo keyingi 24 hafta ichida qayta aniqlanishi.

Superinfektsiya - birlamchi kasallikni bartaraf etishdan oldin yangi patogen bilan yuqumli jarayonning rivojlanishi.

Koinfektsiya - bu bir vaqtning o'zida ikki (yoki undan ortiq) patogenlar tomonidan yuqumli jarayonning rivojlanishi.

Autoantitanachalar - diagnostik titrda aniqlanishi autoimmün jarayonni tasdiqlaydi. Autoimmün gepatit belgilarini (ANA, LKM-1) va qalqonsimon bezning autoimmün shikastlanish belgilarini aniqlash kerak; ko'rsatma bulganida boshqa autoantitanalar tekshiriladi.

Antimitoxondrial antitanachalar (AMA) - organizmda o'z hujayralarining tarkibiy qismlariga (mitoxondriyalarga) ishlab chiqarilgan o'ziga xos antitanachalar.

Antinuklear antitanachalar (ANA) - yadroning turli komponentlari bilan reaksiyaga kirishadigan autoantitanachalar guruhi.

Jigar va buyrak mikrosomalariga 1-turdagi antitanachalar (Anti-LKM 1) - autoantitanachalar guruhi, autoimmün gepatit belgilari sanaladi. Ularning tasiri gepatotsitlar fermentlariga va buyrak kanalchalarining epiteliysiga qarshi qaratilgan.

1-toifa sitozol antigenga (LC-1) va eruvchan jigar/oshqozon osti bezi antigeniga (SLA/LP) antitanachalar - autoimmün gepatitning diagnostik belgilaridir; ular birinchi qator antitanachalar aniqlanmaganida ikkinchi diagnostik qatorining laboratoriya ko'rsatkichlari hisoblanadi: SMA, ANA va anti-LKM-1.

Silliq mushaklarga qarshi antikorlar (Anti-SMA) silliq mushaklarni yo'q qilish uchun ishlab chiqarilgan immunitet tizimining oqsillari; tanadagi mavjudligi autoimmun gepatitning belgisi bo'lib xizmat qiladi.

Ultratovush - bu jigar kasalliklarini tashxislash, shuningdek, jigarning faoliyatini nazorat qilishning yuqori informativ, invaziv bo'lmagan va xavfsiz usuli.

Jigar elastometriyasi - bu organ to'qimalarining elastikligi va qattiqligini baholaydigan zamonaviy va informativ, yuqori aniqlikdagi ultratovush tekshiruvi.

Doppler tekshiruvi yoki jigar tomirlarini dupleks skanerlash - jigarda qon oqimi gemodinamik ko'rsatkichlari sinusoidlar bo'ylab fibroz membrananing o'sishi va portal gipertenziya sindromining rivojlanishi natijasida qon oqimiga blokirovka tasirida o'zgaradi.

Tibbiy yordam sifati - tibbiy yordamning o'z vaqtida ko'rsatilishi, tibbiy yordam ko'rsatishda profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiya usullarini to'g'ri tanlash, rejalashtirilgan natijaga erishish darajasini aks ettiruvchi xususiyatlar majmuidir.

Klinik mezonlar eng muhim klinik belgilar bo'lib, ularning kombinatsiyasi bemorlarda ma'lum bir kasallikning mavjudligini ko'rsatadi, ammo tashxis qo'yish uchun etarli emas.

Tashxis mezonlari eng muhim klinik, laboratoriya, instrumental belgilar bo'lib, ularning kombinatsiyasi asosida ma'lum bir kasallikning tashxisi aniqlanadi.

Dalillarning ishonchliligi darajasi - tibbiy aralashuvda aniqlangan samara haqiqiy ekanligiga ishonch darajasini aks ettiradi.

Tavsiyalarning ishonarlilik darajasi nafaqat aralashuv samarasining ishonchliligiga bo'lgan ishonch darajasini, balki tavsiyalarga rioya qilish muayyan vaziyatda zarardan ko'ra ko'proq foyda keltirishiga ishonch darajasini ham aks ettiradi.

Protokol foydalanuvchilari:

1. Bolalar gepatologlari;
2. Bolalar gastroenterologlari;
3. Bolalar yuqumli kasalliklari bo'yicha mutaxassislar;
4. Genetiklar;
5. Pediatrlar, umumiy amaliyot shifokorlari, oilaviy shifokorlar;
6. Tibbiyot oliy o'quv yurtlarining o'qituvchilari, talabalari va magistrlari, ordinatorlari va doktorantlari.
7. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari.

Bemorlar toifasi: 18 yoshgacha bo'lgan SVG bilan og‘rigan bolalar va o'smirlar.

TAVSIYALAR SINFLARINI BAHOLASH SHKALASI

SINF	TA’RIFI	TALQINI
I	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuv usullari foydali va samarali ekanligi isbotlangan yoki umumiy qabul qilingan VA potensial foyda potensial xavfdan aniq va sezilarli darajada ustundir.	Tavsiya etilgan
II	Muayyan davolash / test / muolaja / aralashuvning foyda / samaradorligiga zid ma’lumotlar va/yoki fikrlash tafovuti YOKI foyda/xavf muvozanatiga oid noaniqlik.	Maqsadga muvofiq
IIa	Aksariyat ma’lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligini ko‘rsatadi.	
IIb	Ma’lumotlar/fikrlar foydasi/samaradorligi haqida uncha aniq ishonarli emas.	O‘ta ehtiyotkorlik bilan

Diagnostik aralashuv usullari uchun dalillar darajasini ishonchliligini baholash shkalasi

DDI	Yoritish
1	Ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Individual ma'lumotnoma-nazorat ostidagi tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik sinovlar va meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik sinovlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish

3	Ma'lumot usuli bo'yicha ketma-ket nazoratsiz tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Harakat mexanizmi yoki ekspert xulosasi uchun faqat mantiqiy asos mavjud

Profilaktik, terapevtik va reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillar darajasini ishonchliligini baholash uchun shkala

DDI	Yoritish
1	Meta-tahlil yordamida RCT larni tizimli ko'rib chiqish
2	Tanlangan RCTlar va meta-tahlildan foydalangan holda RCTlar bundan mustasno, har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, misollar hisobotlari yoki holatlar seriyasi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqat aralashuvning ta'sir qilish mexanizmini asoslash mumkin (klinikgacha tadqiqot) yoki ekspert xulosasi

Profilaktik, diagnostika, davolash va reabilitatsiya aralashuvlari bo'yicha tavsiyalar ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

TID	Yoritish
A	Kuchli tavsiya (barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiyalar (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik choralari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki adolatli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari mos kelmaydi)
C	Zaif tavsiya (adekvat sifatli dalillarning yo'qligi (barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barchasi) tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

2. Asosiy qism

Kirish

Surunkali virusli gepatit (SVG) bolalar va o'smirlarda jigar kasalliklari tarkibida muhim o'rin tutadi, chunki ularning deyarli hamma joyda tarqalishi. jigar sirrozi va gepatotsellulyar saraton paydo bo'lish xavfi va ushbu patologiya bolalar nogironligining sabablaridan biridir https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni

Ushbu klinik protokol surunkali virusli jigar patologiyasi bo'lgan 18 yoshgacha bo'lgan bolalar va o'smirlarni boshqarish va davolashni amalga oshiruvchi amaliy shifokorlar uchun uslubiy qo'llanma hisoblanadi. Protokol surunkali virusli gepatit bilan og’rigan bolalarni klinik

va laborator- instrumental usullar bo'yicha tashxislash, bazis terapiya va virusga qarshi davolash, dispanserizatsiyadan o'tkazish tadbirlarini o'z ichiga oladi https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm.

Ta'rif:

Surunkali virusli gepatit – bu gepatotrop virusning (B, C, D, G, TTV) 6 oy va undan uzoq vaqt davom etgan persistentsiyasi natijasida hosil bo'lgan, jigardagi u yoki bu darajadagi yallig'lanish-distrofik jarayonidir https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-virusnyy-gepatit-v-u-detey-i-podrostkov-sovremennyy-vzglyad-na-problemu/viewer.

Kasallanish. Gepatit B ga qarshi emlash ishlarini olib borilishi va bolalarda kasallik diagnostikasi va davolash sohasidagi yutuqlarga qaramay, surunkali gepatit B (SGB) muammosi O'zbekiston va butunjahon sog'liqni saqlash tizimi uchun dolzarbligicha qolmoqda. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) gepatit tadqiqotlari bo'limi boshlig'i Mark Baltreysga ko'ra, dunyoda 257 milliondan ortiq odam gepatit V bilan kasallangan, yana 71 million kishi surunkali gepatit C (SGC) infektsiyasi bilan yashaydi va zaruriy davolanishsiz, 2030 yilga kelib kasallik 4,5 million odamni o'limiga sabab bo'ladi, asosan jigar sirrozi va gepatotsellyulyar kartsinoma (GSK) tufayli, bu ko'rsatkichlar jigar patologiyasi bo'lgan bemorlarning o'lim sabablari orasida birinchi o'rinda turadi https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017 Gepatit B virusi bilan infitsirlanganlar orasida gepatit D virusi bilan infitsirlanganlar 25 millionga yaqin. O'lim darajasi bo'yicha surunkali virusli gepatit sildan keyin ikkinchi o'rinda turadi, gepatit bilan kasallanganlar soni esa OIV bilan kasallanganlardan 9 barobar ko'p. Dunyo aholisining qariyb 45% surunkali HBV infektsiyasi yuqori endemik mintaqalarda yashaydi (aholisining kamida 8 foizi HBV yuzaki antigenini (HBsAg) tashuvchilardir), shu jumladan, O'zbekiston Respublikasi ham. SGB ning sirrozga o'tish tezligiga ta'sir qiluvchi omillar: yosh, erkak jinsi, gepatit C, D viruslari, OIV infektsiyasi bilan koinfektsiyalar, jigar fermentlarining doimiy yuqori ko'rsatkichlari, HBeAg bo'yicha ijobiy status va HBV yuklamasining uzoq muddatli ko'tarilishi https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-V-u-detej. Rivojlangan mamlakatlarda bolalarda SGC 0,1% dan 0,4% gacha uchraydi https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-C-u-detej. Har yili 3-4 million yangi SGC holatlari qayd etiladi. Bolalarda surunkali gepatit rivojlanishida G va TTV viruslarining roli hali ham yaxshi o'rganilmagan muammo bo'lib qolmoqda va tadqiqotlarni davom ettirishni talab qiladi.

Tasniflash.

Surunkali gepatitning Los-Anjeles tasnifi (1994) quyidagi toifalarga asoslanadi va ular tashxisni shakllantirishda aks ettirilishi lozim [12]:

Etiologiyasi bo'yicha

- Delta antigenli surunkali virusli gepatit (B 18.0)
- Delta antigensiz surunkali virusli gepatit B (B 18.1)
- Surunkali virusli gepatit C (B18.2)
- Boshqa surunkali virusli gepatit (B 18.8)
- Surunkali virusli gepatit, aniqlanmagan (B18.9)

HBV-infektsiyasi tabiiy kechishiga ko’ra patologik jarayon bosqichlari (5 fazaga ajratiladi):

- HbeAg – musbat surunkali HBV-infektsiya
- HbeAg – musbat surunkali gepatit B
- HbeAg – 15mmunolo surunkali HBV-infektsiya
- HbeAg – 15mmunolo surunkali gepatit B
- HbsAg – 15mmunolo HBV-infektsiya (okkul’t gepatit B)

Ushbu tasnif 2017 yilda Yevropa jigar tadqiqotlari assotsiatsiyasi (EJTA) tomonidan qabul qilingan, chunki ilgari ishlatilgan bosqich nomlari 15mmunologic ma’lumotlar bilan tasdiqlanmagan va virusga qarshi davolash uchun ko’rsatmalarni hal qiluvchi ahamiyatga ega emas. Tashhisni taklif etilayotgan yangicha shakllantirishda kasallikning surunkali xususiyatlari ikkita asosiy tavsiflashga asoslangan: infektsiya/gepatit [13].

Jadval 1.

Surunkali HBV-infektsiyali bemorlarda patologik jarayon bosqichlari tavsifi

Markerlar	**Jarayon bosqichlari / oldingi bosqich nomi**				
	HBeAg – musbat surunkali HBV-infektsiya /immunotolerantlik bosqichi	HBeAg – musbat surunkali gepatit B / immun reaktivlik bosqichi	HBeAg – negativ surunkali HBV-infektsiya /noaktiv tashuvchanlik	HBeAg – negativ surunkali gepatit B/ reaktivatsiya bosqichi	HBsAg – negativ latent (okkul't gepatit B)
HBeAg	+	+	-	-	-
HBeAb	-	-	+	+	-
DNK-HBV	+++	++	+	++	-
AlAT	N	>N	N	>N	N/>N
HBsAg/ HBsAb	+/-	+/-	+/-	+/-	-/±
HBcAb	+	+	+	+	+

Faollik darajasiga ko‘ra **-** klinik, biokimyoviy, virusologik, instrumental va morfologik ma'lumotlarga asoslanib aniqlanadi:

- Minimal
- O‘rta
- Yuqori

Surunkali gepatit bosqichiga ko‘ra

- 0 - fibroz yo‘q
- 1 – engil periportal fibroz
- 2 – porto-portal septa bilan o‘rtacha fibroz

- 3 – porto-markaziy septalar bilan ifodalangan fibroz
- 4 – jigar sirrozi

Fibroz darajasini morfologik materialni o‘rganish natijalari asosida baholanadi. So‘nggi yillarda fibroz darajasini invaziv bo‘lmagan usul – jigar elastometriyasi (ultratovush yoki magnit rezonans) va laboratoriya parametrlari to‘plamining natijalari asosida baholash mumkin.

Virusli faollik bosqichiga ko‘ra:

- ***Replikasiya bosqichi:*** *replikativ* (HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK aniqlansa) yoki *noreplikativ* ular aniqlanmasa («*noaktiv*» – SGC xos; «*integrativ*» – SGB ga xos).
- ***Virus yuklama darajasi:***

  Past – 2×10^5-10^6 kopiy/ml
  O‘rta – 10^6 - 5×10^6 kopiy/ml
  Yuqori – 5×10^6 – $2{,}5 \times 10^7$ kopiy/ml
  Juda yuqori – > $2{,}5 \times 10^7$ kopiy/ml

- ***Genotiplari:*** HCV (1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 4 va boshq.); HBV – (A,V,S,D,E,F,G va H); HDV (1, II, III). C virus genotipini tekshirish shart, chunki u davolash taktikasini belgilaydi.
- **HBV shtammi** («yovvoyi» HBeAg-pozitiv yoki «mutant» HBeAg-negativ).
- ***HCV subtiplari:*** 1a, 1b va 1c; 2a, 2b, 2c va 2d; 3a, 3b, 3c, 3d, 3e va 3f; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4h, 4i va 4j; 5a; 6a.
- ***HDV subtiplari:*** 1a, 1b, 1c; 2a, 2b; 3

3. Tashxislash usullari, muolajalari va yondashuvlari

Tashxislash mezonlari

Shikoyatlar: bemor holsizlik, tez-tez charchash, kamquvvatlik, bosh og‘rishi, asabiylik, ishtahaning pasayishi, ko‘ngil aynishi, og‘iz taxirligi, yog‘li ovqat eyolmaslik, qorin damlanishi, najasning o‘zgarishi (ich ketishi yoki qabziyat), burun, milk qonashi, qontalashishlar, terisini sarg‘ayishi, qichishishi, siydikning to‘q rangda bo‘lishiga shikoyat qilishi mumkin.

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 1)

Epidemiologik anamnez: onaning homiladorlik davrida o‘tkir VG bilan og‘riganligi (ayniksa oxirgi uch oylikda) yoki SVG ning zo‘riqishlari, bolaning avval O‘VG o‘tkazganligi, anamnezda sariqlik, burun qonashi, oilada infisirlangan bemorlar bilan maishiy muloqotlarning mavjudligi, qon va qon o‘rnini bosuvchi preparatlar transfuziyasi; jarrohlik muolajalari; ko‘p parenteral muolajalar (gemodializ, akupunktura, circumsizia, tatuirovkalar), invaziv muolajalar (endoskopiya, stomatologda davolanish), gepatit B ga qarshi emlash tartibining buzilishi yoki to‘laqonli o‘tkazilmaganligi, kasallikning kechishi, avval SVGni davolashda o‘tkazilgan muolajalar, ularning samaradorligi.

1B	Erta yoshdagi bolalar uchun onada HBV infektsiyasi mavjudligi to'g'risidagi ma'lumotlar juda muhim hisoblanadi [1,2]

1B	Agar kasallik bola hayotining birinchi yilida gepatit B bilan perinatal kontakt aniqlansa, emlash asosiy bo'lmasligi kerak, chunki infektsiya prenatal davrda (emlashdan oldin) sodir bo'lgan bo'lishi mumkin[1,3]

Ob'ektiv tekshiruv.

Klinik ko‘rik: bemorning bo‘yi, tana vazni, harorati, saturasiya, nafas va puls chastotasini o‘lchash, terining quruqligi va oqimtirligi, tilning karashligi, o‘ng qovurg‘a ostida va epigastral sohada og‘riq, meteorizm, teri va skleralarning sub- yoki ikterikligi, qontalashishlar, terida petexial qon quyilishlar, palmar eritema, tomir «yulduzchalar», yuz va skleralarda kapillyar to‘rlar, venoz kollaterallar, jigarni va talog‘ni kattalashishi, ularning zichligini, yuzasini, qirralarini o‘zgarishi va og‘riqni borligi.

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 1)

jigar palpasiyasi va perkussiyasi: o‘tkir qirrali, o‘lchamining kattalashishi, og‘riq borligi, konsistensiyasi (o‘rta qattiq, qattiq);

talog‘ palpasiyasi va perkussiyasi: o‘lchami kattalashgan, qattiq konsistensiyali.

2B	Gepatomegaliya SGB ning klinik belgilaridan biri yoki yagona bo'lishi mumkin. Bola qanchalik kichik bo'lsa, splenomegaliya shunchalik tez qayd etiladi. gepatomegali va splenomegaliya og'irligi kasallikning og'irligi bilan bog'liq [9,13]

Klinik sindromlar:
Astenovegetativ sindrom – holsizlik, tez-tez charchash, uyqu buzilishi, depressiya, asteniya, apatiya, ishlashning pasayishi.
Dispepsik sindrom – ko‘ngil aynishi, qayd qilishi, ishtaha pasayishi, meteorizm, ich buzilishi, og‘riq sindromi, o‘ng qovurg‘a ostida og‘irlik his qilish.
Xolestatik sindrom – terining, sklera ikterikligi, teri qichishishi, peshobning to‘q rangli bo‘lishi, najasning oqarishi.
Mezenximal – yallig‘lanish sindromi – artralgiya, mialgiya.
Gemorragik sindrom – vaqti-vaqti bilan burun qonashi, terining «ko‘karishi».

Laborator tekshiruv:

• Umumiy qon (29 parametrli; qon ivish vaqti), peshob, najas (yashirin qon ketishiga), (gijja tuxumlari+protozoylarga) mikrobiologik tekshiruv tahlili;

1B	Umumiy klinik tahlil ma'lumotlari (leykopeniya, anemiya, trombotsitopeniya, yallig'lanish raektsiya belgilari) SGB rivojlanishi, asoratlari va shoshilinch holatlarda aniqlash imkonini beradi [9,11]

Biokiyoviy ko‘rsatkichlar:

• Alaninaminotransferaza (AlAT) N - <40 ed/l

• Aspartataminotransferaza (AsAT) N - <35 ed/l

• Bilirubin N - 3,4-20,5 mkmol/l
• To‘g‘ri (konyugirlangan, bog‘langan) bilirubin N-0,86-5,3 mkmol/l
• Erkin (konyugirlanmagan, bog‘lanmagan) bilirubin N – 1,7-17,1 mkmol/l
• Gammaglutamiltranspeptidaza (GGTP) N - 9-61 ed/l
• Ishqoriy fosfataza (IF) N < 15 yosh <644 ed/l; 15-17 yosh <483 ed/l
• LDG 4, LDG 5 N - <225 ed/l
• Albumin N- 35-55 g/l
• γ-globulin N – 11,1-18,8%
• Mochevina N – 2,5-8,3 mmol/l
• Kreatinin N – 44-115 mkmol/l
• Qoldiq azot N – 14,3-28,6 mmol/l
• Glyukoza N - 3,2-6,1 mmol/l
• Xolesterin N - < 5,2 mmol/l

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 1)

Gemostaz tizimi

• Fibrinogen N - 2-4 g/l
• Protrombin indeksi (PTI) N – 80-100%
• Protormbin vaqti N - 14-19 sek
• Trombin vaqti N – 15-19 sek
• FQTV N – 23-36 sek
• XNN N – 0,89-1,13
• D-dimer N - < 0,49 mkg/ml

• Qon guruhi va rezus-faktor
• Revmoproba (SRO, ASLO, RF)
• OIV

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 1)

Jigar shikastlanishining biokimyoviy sindromlari:
Jigar-hujayra etishmovchiligi sindromi - albumin, protrombin, xolesterin miqdorini pasayishi va peshobda galaktoza ajralishini ko‘payishi bilan tavsiflanadi.
Sitoliz sindromi aminotransferaz faolligi oshishi bilan tavsiflanadi. De- Ritis koeffisienti (AsAT/AlAT nisbati) >1,0 teng.
Xolestaz sindromi zardobda umumiy bilirubin bog‘langan bilirubin hisobiga, xolesterin, IF faolligi va GGTP ning sezilarli darajada oshishi bilan tavsiflanadi.
Mezenximal - yallig‘lanish sindromi – gamma-globulin oshishi, DNKga qarshi antitanacha paydo bo‘lishi, revmatoid omil, krioglobulinlar, gumoral immunitet ko‘rsatkichlari o‘zgarishi.
O‘simta o‘sish va regenerasiyasini baholash α-fetoprotein (α-FP) - gepatosellyulyar karsinomada o‘simta o‘sishining yagona markeridir. IFA usuli bilan qon zardobida α-FP miqdori normada 10-25 ng/ml tashkil qiladi. α-FP ning ahamiyatli ko‘tarilishi (8 martta yoki undan ko‘p) o‘simtaga xos. α-FP ning qisman ko‘payishi esa gepatit va jigar sirrozida kuzatiladi.

Virusologik ko‘rsatkichlar:

Surunkali gepatit B

HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total, HBcorAb IgM va IgG,

HBV-DNA (sifatiy va miqdoriy PZR, genotiplar: A, B, C, D)

Izoh: *Qon zardobida HBeAg, HBcorAb IgM, HBV-DNA ning aniqlanishi virus replikasiyasi haqida guvohlik beradi.*

Surunkali gepatit C

HCVAb total, HCVAb IgM va IgG, HCVcorAg

HCV-RNA (sifatiy va miqdoriy PZR, genotiplar: 1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 3b)

Izoh: *Qon zardobida HCVAb IgM, HCVcorAg va HCV-RNA ning aniqlanishi virus replikasiyasi haqida guvohlik beradi.*

Surunkali gepatit D

HBsAg +/-, HDVAb total, HDVAb IgM va IgG, HDAg

HDV-RNA (sifatiy va miqdoriy PZR, genotiplar I, II, III)

Izoh: *Qon zardobida HDVAb IgM, HDAg va HDV-RNA ning aniqlanishi virus replikasiyasi haqida guvohlik beradi.*

1A	Etiologik tashxisni tasdiqlash va jarayon bosqichini aniqlash uchun amalga oshiriladi. Asimptomatik shakllarni skrining qilish maqsadida gepatit V virusining yuza antigeni (HBsAg) va gepatit B virusining yuza antigeniga qarshi antitanachalarni (HBsAb) aniqlash testi o'tkaziladi. Bundan tashqari, o'tkazgan infektsiyani differentsial tashxislash maqsadida gepatit B virusi (HBcorAb) yadro antigeniga qarshi IgG mavjudligi (musbat HBcorAb/HBsAb musbat) va emlashdan keyingi immunitet (manfiy HBcorAb/musbat HBsAb) skriningi o'tkazilishi mumkin. HBcorAb antitanachalarini aniqlash, HBV infektsiyasining latent shakli bo'lgan bolalarni aniqlash imkonini beradi. HBcorAb antitanachalarini tekshirish immunosupressiv davolashni talab qiladigan bemorlar uchun ayniqsa muhimdir, chunki HBV reaktivatsiyasi o'tmishda HBV (musbat HBcorAb/manfiy HBsAg) bilan kasallanganlarda paydo bo'lishi mumkin [1,2,3,9,13].
1A	Virusli gepatit C bilan perinatal kontaktda bo'lgan bolalarni tekshirish 2 oydan katta yoshdagi bolalarga tavsiya etiladi. Qonda HCV-RNK PZR usulida tekshirish tavsiya etiladi. Agar bolaning qonida RNK HCV aniqlanmasa, kuzatuv 18 oygacha har 6 oyda bir martta amalga oshiriladi. Doimiy manfiy PZR natijalari va qonda IFA usulida HCVAb bo'lmasa, bola sog'lom deb nazoratdan chiqariladi. Agar qonda IFA usulida HCVAb manfiy 12 oygacha saqlansa, bu yoshda nazoratdan olishga ruxsat beriladi. Qonda IFA usulida HCVAb 12 va 18 oylarda o'tkazish, perinatal kontakt nazoratidan chiqarish to'g'risida qaror qabul qilish mumkin. Bolaning 2oylik, 6 oylik, 12 oylik, 18 oylik yoshida qonda HCV RNK PZR usulida tekshirish shart. Bola 6 oygacha bo'lganida qonda RNK HCV aniqlansa "O'tkir virusli gepatit C", va 6oydan katta bo'lganida "Surunkali virusli gepatit C" tashxisi qo'yiladi. Katta yosh guruhidagi

	bolalarda (O'VGC yoki SVGC) infitsirlanish va tashxis tasdiqlansa dispanser kuzatuvi amalga oshiriladi [11,14,16].

Viremiyaning intensivligi qon zardobidagi nusxalar soni (genokopiy/ml) bilan baholanadi:

• ***Virus replikasiyasi darajasi bo‘yicha:***

Juda past – $<10^3$ kopiy/ml

Past – 10^3 - 10^6 kopiy/ml

O‘rta – 10^6 –10^8 kopiy/ml

Yuqori – $> 10^8$ kopiy/ml

• ***AlAT va AsAT faolligi darajasi bo‘yicha (taxminiy)***

Minimal – normadan 1,5-2 barobar oshishi;

O‘rta – normadan 2-3 barobar oshishi;

Yuqori – normadan 3-5 barobar va undan ko‘p oshishi.

Surunkali virusli mikst-gepatit

Bir vaqtning o‘zida ikki va undan ko‘p virusli agentlarning: HBV+ HCV; HBV+HDV va HBV+HCV+HDV aniqlanishi (HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA -sifatiy va miqdoriy PZR).

Bemorlarni tekshirishda virusli jarayon bilan bevosita bog‘liq bo‘lmagan, lekin virusga qarshi davolashga to‘sqinlik qilishi mumkin bo‘lgan boshqa jigar kasalliklari va tana xolatini istisno qilishga imkon beradigan quyidagi parametrlarni o‘rganish shart:

• Qonda seruloplazmin miqdori (200 mg/l yoki 20 mg/dl past) sutkalik peshobda mis miqdori (45 mkg/sut. past) – Vilson-Konovalov kasalligi markeri;

• Autoimmun markerlar (antinuklear antitanachalar (ANA), silliq mushak to‘qimaga qarshi antitanachalar (SMA), eruvchan jigar antigeniga qarshi antitanachalar (SLA), jigar/buyrak mikrosomal antitanachalar (LKM-1), gamma–globulin (25-30% yuqori);

• Zardobda temir, ferritin, transferrin – ikkilamchi gemoxromatozni istisno qilish;

• Alfa-fetoprotein – o‘simta o‘sishi va regenerasiyasi markeri;

• Glyukoza tolerantlik testi (taxminiy) – jigar glikogenozini istisno qilish;

• Immunoglobulinlar A,M,G,E;

• Interferon fraksiyalari (α, ß, γ);

• Trigliseridlar, lipid spektri – to‘planish kasalligini istisno qilish (Goshe kasalligi, glikogenoz kasalligi);

• TORCH-infeksiyalar - HSV-1 IgM, IgG, HSV-2 IgM, IgG, HSV-1/2 IgM, IgG, CMV IgM, IgG;

• EBV- virus etiologiyali – EBVAb EA IgG; EBVAb VCA IgM, IgG; EBVAb NA IgM, IgG; EBV-DNA (sifatiy va miqdoriy PZR);

• Elektrolitlar – elektrolit balansi buzilishini tashxislash uchun – (kaliy -3,6-5,4 mmol/l, kalsiy – 2,0-2,6 mmol/l, natriy – 135-150 mmol/l, magniy -0-0,5 mg/l, fosfor – 4,0-7,0 mg/dl, xlor – 38-106 mmol/l);

• Orfan kasalliklarining genetik paneli (Goshe kasalligi, Niman-Pik, Fabri, Pompe, Krabbe, mukopolisaxaridoz), Bayler, Vilson, Jilber, glikogenoz kasalligi, α-1-antitripsin,

kreatinfosfakinaza, glyukoza-6-fosfatdegidrogenaza – irsiy-genetik jihatdan aniqlangan jigar kasalliklarini istichno qilish.

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 2)

Instrumental tekshiruvlar.

Gepatobiliar soha UTT. SVG faolligi darajasi gistologik tekshiruvlar natijasi asosida aniqlanadi. Ammo, ko‘p yillik kuzatuvlar asosida, shuningdek, bolalarda ushbu tekshiruv usulining invazivligi, natijalarni baholashda xatolar bo‘lish imkoni va amaliyotda bolalarda biopsiyani qo‘llashda cheklovlar mavjudligi bizga SVG faolligini UTT natijalari bo‘yicha taxminiy mezonlarini ishlab chiqishga va tavsiya qilishga turtki berdi [21]:

Minimal/Past* - Jigar kattalashmagan yoki ba'zi hollarda 2 sm.gacha kattalashgan, konturlari tekis, chetlari o‘tkir, chap bo‘lagini burchagi me'yorda (<45%). Kapsula tekis, zich emas, yupqa “hoshiya” ko‘rinishida. Parenxima periportal zonalardagi mayda o‘chog‘li tuzilmalar hisobiga bir xil yoki o‘rtacha zichlikda. Portal tizimdagi tomirlar kengaymagan, aniq. Jigar exogenligi kam yoki o‘rtacha oshgan, ba'zan exogenligini bir notekis oshganligi kuzatiladi (ya'ni jigarni ko‘proq zararlangan bo‘lagida exogenlik ko‘proq oshadi, shuningdek, parenximaning zichligi ham oshadi). Taloq kattalashmagan, parenximasi bir tekis, V.lienalis yoshiga mos, exogenligi oshmagan.

O‘rta - Jigarning o‘lchamlari kattalashgan. Konturlari tekis, chetlari yumaloqlangan. Kapsulasi o‘rtacha zichlikda. Parenxima o‘rtacha zichlashgan yoki portal trakti bo‘ylab joylashgan ko‘plab mayda o‘chog‘li tuzilmalar yoki o‘rta o‘chog‘li har-xil zichlikdagi tuzilmalar hisobiga bir tekis zichlashmagan, butun parenxima bo‘ylab mayda o‘choqli ko‘plab tuzilmalar notekis joylashgan. Exogenligi o‘rta oshgan. Portal tizimning tomirlari kengaymagan, aniq emas yoki tomirlar arxitektonikasini birmuncha o‘zgarishi kuzatiladi. Taloq kattalashmagan yoki o‘rtacha kattalashgan. Parenximasi bir xil, exogenligi o‘rtacha oshgan, V.lienalis kengaymagan.

Yuqori - Jigar o‘ng bo‘lagi hisobiga kattalashgan yoki qovurg‘a orasidan ko‘rinadi. (asosan assitli bemorlarda). Konturi ko‘pincha tekis emas, fragmentar ko‘rinishda. Kapsulasi zich, 1,0 sm gacha va ko‘proq qalinlashgan. Parenxima ko‘plab o‘rta va katta o‘chog‘li har xil zichlikdagi, diametri 0,3 sm va undan ko‘proq tuzilmalar hisobiga zichlashgan, tomirlar bo‘ylab biriktiruvchi to‘qima o‘sgan. Exogenligi yuqori. Portal tizim tomirlari aniq emas, V.hepatica ipsimon yoki ko‘rinmaydi, shoxlanish orasidagi burchagi 45° dan ko‘proq. V. Portae diametriga kattalashgan, egri-bugri, ba'zi joylarda toraygan, devori zichlashgan. Taloq kattalashgan, ko‘pincha noto‘g‘ri shaklda, exogenligi yuqori, parenximada ko‘plab mayda o‘chog‘li tuzilmalar bor. Darboza-taloq venalari tizimi kengaygan, egri, halqasimon, kollaterallar ko‘rinadi. Jigar-hujayra etishmovchiligi davrida qorin bo‘shlig‘ida assit aniqlanadi.

Tavsiyaning kuchliligi A (dalillar darajasi - 1)

UTT da SVG ning minimal va past darajasi o‘rtasida farq bo‘lmagani uchun ko‘rsatkichlarni bir guruhga birlashtirdik

FGDS yoki qizilo‘ngach va oshqozonning R-skopiyasi - qizilo‘ngach/oshqozonning varikoz tomirlarini aniqlash va qon ketish xavfini baholash.

Tavsiyaning kuchliligi A (dalillar darajasi - 1)

Ultratovush tekshiruvi ostida punksion gepatobiopsiya - invaziv tekshiruv bo‘lib, jigar to‘qimalari holatini aniq baholash uchun jigar to‘qimasini (7-8 portal yo‘llari) olishga imkon beradi.

Biopsiya namunasini gistologik tekshirish tashxislash uchun "oltin standart" hisoblanadi, shuningdek, gepatitning surunkali bosqichi (fibroz) shu bilan birga nekroyallig‘lanish jarayonining (faolligi) og‘irlik darajasini ishonchli tarzda baholaydi va boshqa jigar kasalliklarini aniqlash imkonini beradi.

Gepatobiopsiya uchun ko‘rsatmalar:

• aminotransferazalarning 6 oy yoki undan ko‘p vaqt davomida ko‘tarilishi;
• noma'lum etiologiyali gepatomegaliya;
• surunkali jigar kasalligini davolashga javobni baholash;
• jigardan tashqi obstruksiya belgilarisiz, sababsiz sariqlik.

Jigar punksiyasini bajarishda mutloq qarshi ko‘rsatmalar:

• bemor umumiy xolatining og‘irligi;
• koagulopatiya;
• jigarichki o‘t yo‘llarining kengayishi;
• xavfsiz akustik oynaning yo‘qligi;
• exinokokkozga shubha;
• o‘ng plevra bo‘shlig‘ida infeksion jarayon.

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar:

• assit;
• tomir devorining o‘tkazuvchanligi buzilgan kasalliklar;
• jigarning yiringli-yallig‘lanish kasalliklari, o‘t yo‘llari bloklanishi;
• bemor bilan kontakt yo‘qligi;
• anesteziyaga allergik reaksiyalar;
• bemorning ruhiy beqarorligi.

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 2)

Olingan punksion bioptatni morfologik tekshirish umumiy qabul qilingan baholash tizimlari (R.J. Knodell, Metavir, Jshak) yordamida amalga oshiriladi va jigarda yallig‘lanish jarayonining faolligini va kasallikning surunkali bosqichini baholash uchun zarur.

Yallig‘lanish faollik darajasi ko‘pincha R.J.Knodell indeksi sifatida tanilgan yarim miqdoriy gistologik faollik indeksi (GFI) bilan baholanadi (indeksning dastlabki uchta komponenti yallig‘lanish faollik jarajasini aks ettirsa, to‘rtinchisi fibroz darajasini aks ettirishi muhim - 2-jadvalga qarang).

2-jadval.

R. J. Knodell bo‘yicha gistologik faollik indeksi, 1981.

Komponentlar	Raqamli diapazonni baholash
1.Periportal nekroz bilan ko‘prikli nekroz mavjud yoki yo‘q	0-10
2. Intralobulyar degenerasiya va fokal nekroz	0-4
3. Portal yallig‘lanish	0-4

4. Fibroz	0-4

Ballar yig‘indisi jigar yallig‘lanishi darajasini ko‘rsatadi:

- 0 – yallig‘lanish yo‘q
- 1-4 – minimal yallig‘lanish
- 5-8 – yallig‘lanish kam
- 9-12 – yallig‘lanish o‘rta
- 13-18 – yallig‘lanish yuqori.

Virusli gepatitlarda yallig‘lanish faolligini baholashda zamonaviy qo‘llanmalar METAVIR shkalasidan foydalanishni tavsiya qiladi (3-jadv.).

3- jadval.

METAVIR shkalasi bo‘yicha gistologik faollikni baholash, 1994.

Bosqichli nekroz	Lobulyar yallig‘lanish	GFI
0 (yo‘q)	0 (yo‘q yoki yumshoq)	A0
	1 (o‘rta)	A1
	2 (яққол)	A2
1 (yumshoq)	0, 1	A1
	2	A2
2 (o‘rta)	0, 1	
	2	A3
3 (yaqqol)	0, 1, 2	

Surunkali jarayonning bosqichi R.J. Knodell, Metavir va Ishak shkalalari yordamida ***fibroz darajasi*** bo‘yicha baholanadi, 1994 (4-jadv.).

4- jadval.

Jigar fibrozi bosqichlari

Баллар	Knodell	Ishak	METAVIR
0	Fibroz yo‘q	Fibroz yo‘q	Fibroz yo‘q
1	Portal tomirlarini fibrozli kengayishi	Portal tomirlarini fibrozli kengayishi bilan/ yoki mayda septada fibroz yo‘q	Portal traktlarni septa hosil bulmasdan yulduzchasimon kengayishi
2	Portal tomirlarini kengayishi + portoportal septda	Ko‘plab portal tomirlarini fibrozli kengayishi bilan/yoki mayda septlarda fibroz yo‘q	Portal traktlarni birlamchi portoportal sept bilan kengayishi
3	Ko‘prikli fibroz – portoportal yoki markaziy portal septda	Ko‘plab portal traktlarni birlamchi ko‘prikli portoportal septlar bilan fibrozli kengayishi	Sirroz yo‘q ko‘plab markaziy portal septlar
4	Sirroz	Portal traktlarni yaqqol ko‘prikli portoportal va markaziy portal septlar bilan fibrozli kengayishi	Sirroz

5	-	-	-
6	-	Sirroz, ehtimol yoki ishonchli	-

Hozirgi vaqtda **fibroz darajasini baholashning yangi usullari (Fibroskan)** paydo bo‘ldi - ular biopsiyadan keyin dinamikada monitoring uchun qo‘llash mumkin.

Jigarning tranzitor va to‘lqinsiljishli elastografiyasi («Fibroskan» apparati, Fransiya) – a'zoning zichligini aniqlash asosida fibrozning yaqqolligini, jigar to‘qimalarining elastik xususiyatlarini va jarayonning rivojlanish tezligini baholashga imkon beruvchi noinvaziv usul (5-jadv.).

Tavsiyaning kuchliligi C (dalillar darajasi - 2)

5-jadval.

Fibrozning morfologik bosqichlariga ko‘ra elastografiya ko‘rsatkichlari

METAVIR shkalasi bo‘yicha fibroz bosqichi	Ko‘rsatkichlar, kPa	Diagnostik aniqlik, %
F0	1,5-5,8	88,6
F1	5,9-7,2	87,2
F2	7,3-9,5	93,2
F3	9,6-12,5	90,9
F4	12,5 dan yuqori	95,5

Magnit-rezonansli elastografiya – turli tekisliklarda a'zo to‘qimasini vizualizasiya qilish uchun sharoit yaratadigan usul bo‘lib, jigar zichligi va uning parenximasining fibroz yoki sirroz rivojlanishi bilan bog‘liq o‘zgarishlarni, yumshoq to‘qimalarning mexanik xususiyatlarini miqdoriy aniqlashga imkon beradi.

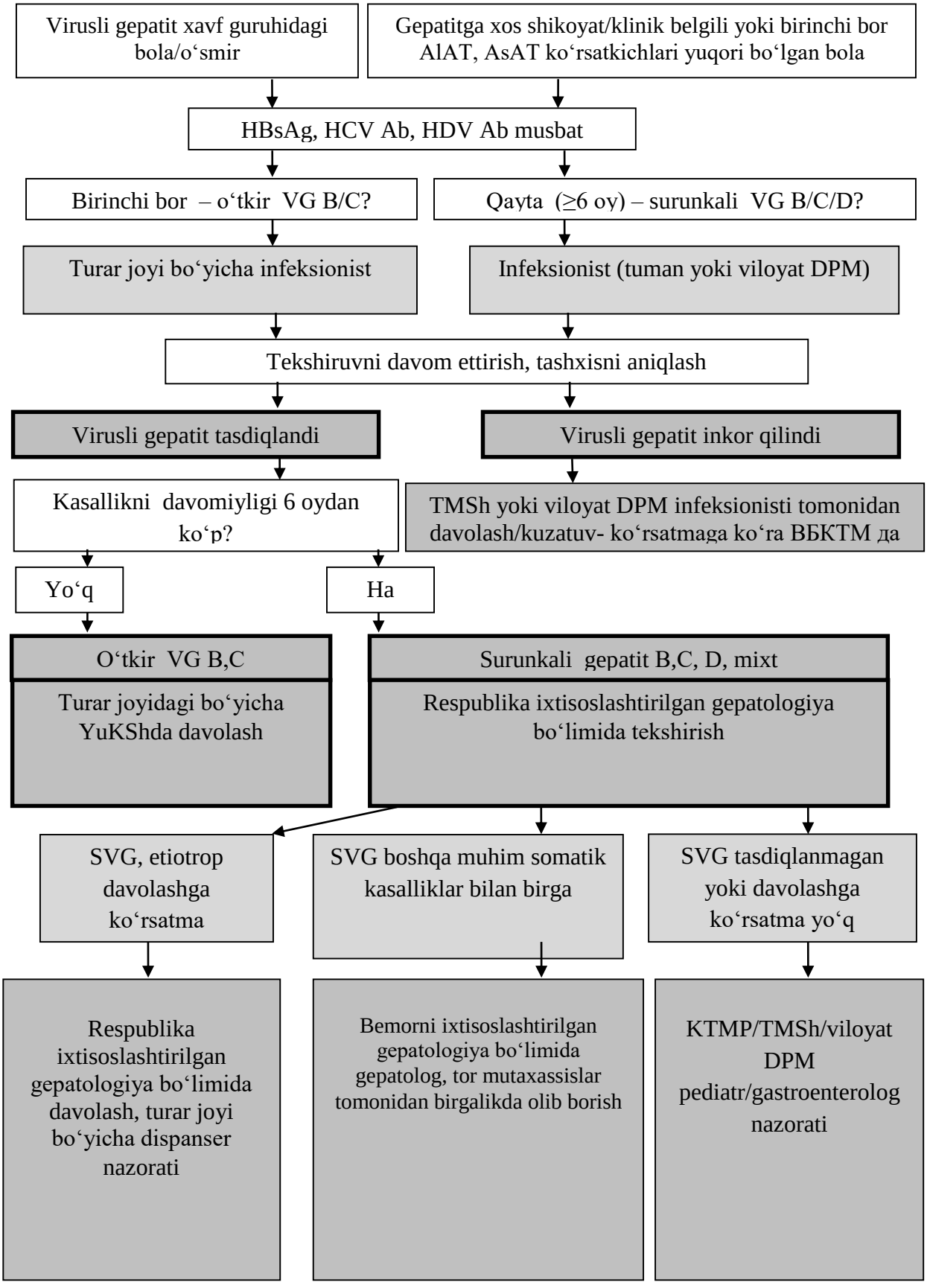
Jigar-hujayra etishmovchiligi va portal gipertenziya sindromi jigar parenximasining sirrozli transformasiyasi mavjudligi haqida guvohlik beradi.

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 2)

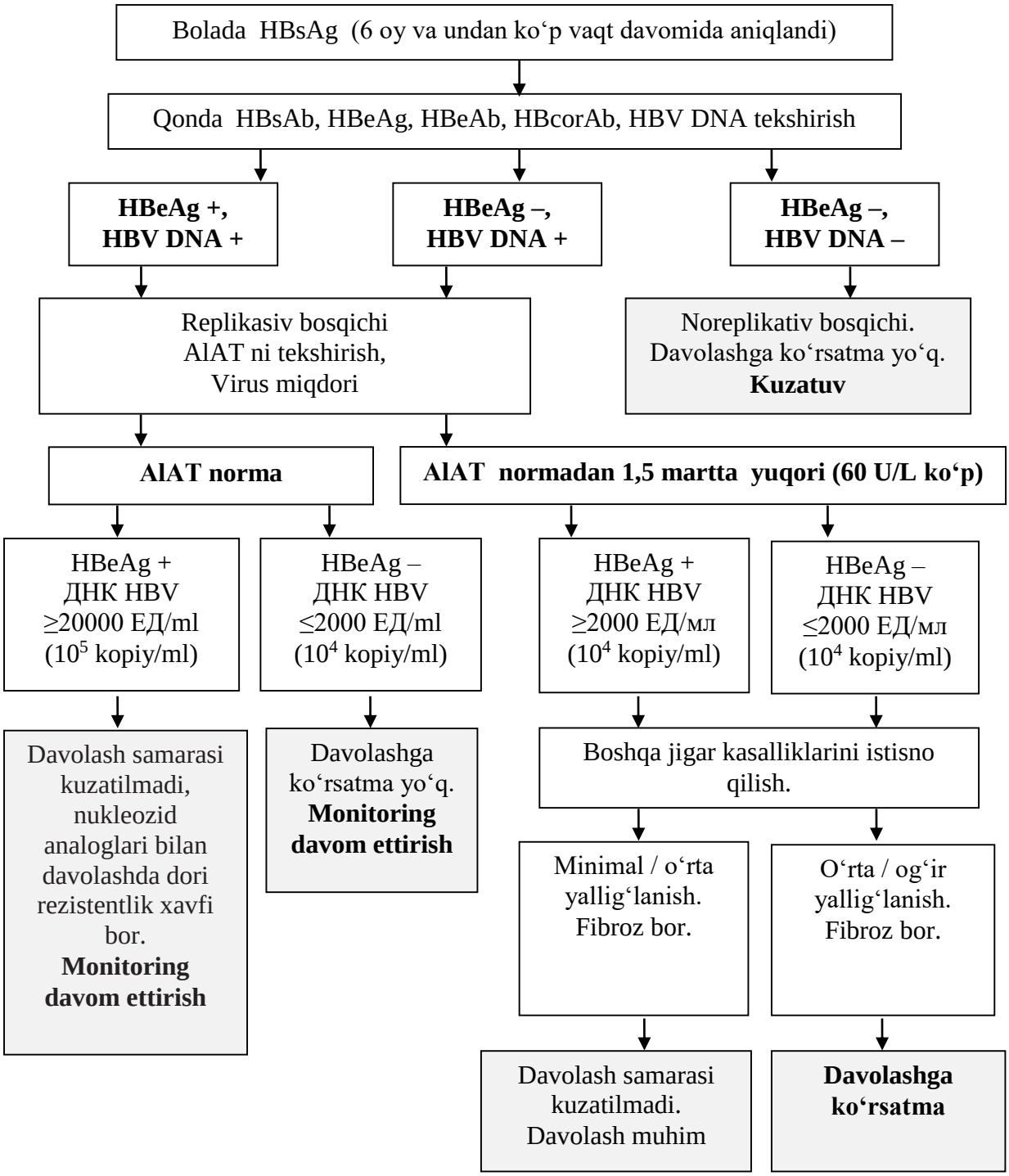
Surunkali virusli gepatit ko‘pincha asimptomatik yoki ba'zi bir klinik ko‘rinishi bilan kechishini hisobga olsak, ayniqsa xavf guruhidagi bolalarni faol tekshirish zarur. Xavf guruhiga kiradi: CDC bo‘yicha *xavf guruhiga* quyidagilar kiradi:

- B va C viruslari bilan kasallangan, shu jumladan V virusining yuzaki antigen tashuvchi onalardan tug‘ilgan bolalar.
- Qon resipientlari, gemodializdagi bemorlar.
- Surunkali gepatitli bemorning oila a'zolari.
- Gepatit B ga qarshi emlanmagan bolalar.
- Endoskopik va boshqa jarroahlik muolajasidan keyingi bolalar.
- Tatuaj va pirsingli o‘smirlar.

Virusli gepatit B, S, D ga shubhali bolalarni boshlang‘ich tekshiruv ALGORITMI



Bolalarda surunkali HBV-infeksiyani tashxislash ALGORITMI



6- jadval.

Differensial tashxislash va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash

Tashxis	Differensial tashxislash uchun asoslash	Tekshiruv	Tashxis mezonlarini istisno qilish
Sitomegalovirus, qizilcha virusi, HSV 1,2,6 tiplari, EBV, parvovirus V19 viruslari chaqirgan SG	Jigar to‘qimasining shikastlanishi ko‘pincha tug‘ma, kam hollada orttirilgan, hamda ular generalizasiyalangan infeksiya holda bo‘lishi mumkin	Biokimyoviy qon tahlili,	Sitomegalovirus, qizilcha virusi, HSV 1,2,6 tiplari, EBV, parvovirus V19 viruslari chaqirgan SG
Toksoplazmaz, protozoylar chaqirgan SG	Tug‘ma va orttirilgan genezli generalizasiyalangan toksoplazmoz infeksiyali jigar to‘qimasining shikastlanishi	IFA, PSR, bosh miya R-grafiyasi yoki KT	Tug‘ma toksoplazmozda jigar shikastlanishi bilan birga xorioretinit, gidrosefaliya, intraserebral kalsifikat “uchlik” zararlanishi, o‘tkir gepatitdan tashqari ensefalit, meningoensefalit va boshqalar shikastlanishi kuzatiladi.
Generalizasiyalangan bakterial: treponema, listeriya, xlamidiya, boreliya infeksiyali SG	Jigar to‘qimasining shikastlanishi (gepatit) mavjud	Serologik tekshiruvlar, shu jumladan IFA;	Jarayon homilaichi infisirlanishi yoki orttirilgan bo‘lishi mumkin. Ushbu kasalliklarda gepatit isitma bilan birga keladi, ko‘pincha uzoq davom etadi, yallig‘lanish o‘choqlari mavjud. Sifilis bilan jigar shikastlanishi ko‘pincha uchinchi darajali sifilis va kasallikning boshqa belgilari mavjudligi bilan sodir bo‘ladi. Tug‘ma sifilis bilan jigar shikastlanishi birinchi o‘rinda turadi. Ushbu kasalliklarda jigar shikastlanishi bilan birga teri va shilliq qavatlarning shikastlanishi tez-tez uchraydi.

Irsiy pigmentli gepatozlarda jigar shikastlanishi: Jilber, Dabin-Djonson, Rotor sindromi	Sariqlik va/yoki jigar to‘qimasining shikastlanishi mavjud	Biokimyoviy qon tahlili, peshobi,	1. Jilber sindromida bilvosita bilirubinni qamrab olishi va kon'yugasiyasi buziladi, bu ko‘pincha o‘g‘il bolalar va o‘smirlarda uchraydi. Jigar to‘qimasining shikastlanishi yo‘q, najasi va peshob rangi o‘zgarmaydi 2. Dabin-Jonson va Rotor sindromlari - bilirubinning ekskresiyasi buziladi, shuning uchun qondagi umumiy bilirubin darajasi bog‘langan fraksiya hisobiga ko‘tariladi, ammo jigar to‘qimasida yallig‘lanish yo‘q. Klinikasida teri va shilliq qavatlarning surunkali sariqligi mavjud
Jigarichi va jigardan tashqi xolestazli SG: chaqaloqlarda biliar atreziya, biliar gipoplaziya, oilaviy jigarichi xolestaz (Bayler kasalligi, jigar va qorin bo‘shlig‘idagi kista va o‘simtalar, mukovissidoz	Sariqlik, gepatomegaliya va gepatit mavjud	Biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma, ter testi, IFA, PSR, genetik tekshiruv, KT, biopsiya	Virusli gepatitlarning parenteral yuqish mexanizmlarini inkor etish. Biliar atreziyada – jigardan tashqi va jigar ichki o‘t yo‘llarini destruksiya sodir bo‘ladi, sariqlik jadallashadi, bu esa biliar sirrozga olib keladi. Biliar gipoplaziya (Alajilya sindrom) –intralobulyar o‘t yo‘llari yoki kapillyarlarini yo‘qligi yoki torayishidir. Bunda sariqlikdan tashqari ko‘p tizimli shikastlanish kuzatiladi. Oilaviy jigarichki xolestaz – bu 3 turdagi xromosomalar buzilishi bo‘lib, bunda birinchi va ikkinchi turida zardobdagi glyutamiltranspeptidaza ko‘rsatkichi past, uchinchi turida esa GGT ko‘rsatkichi yuqori bo‘lishi muhim o‘rinni egallaydi. Kista va o‘simatlar - 3 xil turi bo‘ladi: jigardan tashqari (ko‘p uchraydi), jigarichi va aralash, bularni barchasida cho‘ziluvchan

			sariqlik namoyon bo‘ladi. Mukovissidoz - (kistozli fibroz) — bu mukovissidozning transmembran regulyatori (MTR) genining mutasiyasidan kelib chiqqan tizimli irsiy kasallik bo‘lib, tashqi sekresiya bezlarining shikastlanishi, nafas olish va oshqozon-ichak traktining og‘ir disfunksiyasi bilan tavsiflanadi, ko‘pincha xurujli yo‘tal bilan birga keladi. Safroning dimlanishi sababli ba'zi bolalarda jigar sirrozi rivojlanadi, o‘t pufagida toshlar paydo bo‘lishi ham mumkin.
SG irsiy modda almashinuvi buzilishi kasalliklari: gepatolentikulyar degenerasiya - Vilson Konovalov kasalligi, Niman-Pik, Goshe kasalligi, alfa-1-antitripsin etishmovchiligi, glikogenozlar, gemokromatoz	Sariqlik, gepatomegaliya va gepatit mavjud	Biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma, ter testi, IFA, PSR, genetik tekshiruv, KT, biopsiya	Ushbu kasalliklarda birinchi navbatda VGB va C inkor etish zarur. Ularning har biri o‘ziga xos belgilar bilan tavsiflanadi, bundan tashqari, irsiy kasalliklar ko‘p hollarda bir vaqtning o‘zida markaziy asab tizimiga zarar etkaziladi. Masalan, gemoxromatoz - parenximatoz organlarda temirning cho‘kishi transaminaz ko‘rsatkichlari oshishi bilan. Bronza rangli teri. Qon zardobida temir miqdori ko‘payadi, transferrinning temir bilan to‘yinishi oshadi (50% dan ortiq). Vilson-Konovalov kasalligi - mis almashinuvining irsiy buzilishi bo‘lib, ko‘p hollarda 5 yoshdan 25 yoshgacha, nevrologik va harakat buzilishi bilan namoyon bo‘ladi. Qon zardobida seruloplazmin konsentrasiyasi (20 mg / ml dan kam), sutkalik peshobda misni aniqlash, shox pardada mis cho‘kishi (Kayzer-Fleysher halqalari), vaqt o‘tishi

			bilan nevrologik va harakat buzilishi birgalikda kuzatiladi. Niman-Pik va Goshe kasalliklarida lipidlar almashinuvi buzilgan irsiy kasalliklardir. Goshe kasalligida suyak iligi, talog‘, jigar va suyaklarda glyukoserebrozidaza fermenti etishmasligi sababli hujayralardaglyukoserebrozid to‘planib, ularning tuzilishini va funksiyasini buzadi. Jigar kattalashishi va talog‘ undan ham kattalashishi kuzatiladi. Niman-Pik kasalligi – bu gepatosplenomegaliya va asab tizimining progressiv shikastlanishi, turli organlarda lipidlarning to‘planishi bilan namoyon bo‘ladigan kasallikdar. Shu bilan birga, bolalar erta bolalik davrini boshdan kechirmaydilar. Alfa-1-antitripsin etishmovchiligi irsiy kasallik bo‘lib, alfa 1-antitripsin proteaza ingibitori etishmovchiligi asoslangan, o‘pka emfizemasi shakllanishiga va jigar shikastlanishiga olib keladigan kasallikdir. Glikogenoz - glikogen sintezi yoki parchalanishida ishtirok etuvchi fermentlarning irsiy nuqsonlari natijasida kelib chiqadigan sindromlarning umumiy nomi. Kasallik bola hayotining birinchi yillarida namoyon bo‘ladi. Bunday bolalar ishtahasi yo‘q va tez-tez qayd qiladi. Nafas olish muammolaridan yo‘tal va nafas qisishi - modda almashinuvi buzilishi hisobiga kuzatiladi.

			Gepatomegaliya, transaminazemiya, o‘sishdan orqada qolish, mushaklar gipotoniyasi, qonda glyukoza ko‘rsatkichining pasayishi va jigar to‘qimalarida glikogen to‘planishi va buyraklar boshqa organlarning funktsiyalari buzilishi ko‘payishiga olib keladi. Gipoglikemiya talvasa bilan koma rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Harorat ko‘pincha infektsion sabablarsiz ko‘tariladi. Jigarning shikastlanishi tufayli gemorragik sindrom (spontan qon ketishga moyillik) rivojlanadi.
Toksik gepatitlar, Reya sindromi	Gepatitlar sariqlik bilan yoki yo‘q	Toksik gepatitlar, Reya sindromi	Dori-darmonlarni qabul qilishga reaksiya sifatida, ayniqsa dorilarni yuqori dozada va uzoq muddat davomida (masalan, silga qarshi preparatlar, kimyoterapiya preparatlari, yarim sintetik penisillinlar, sulfanilamidlar, salisilatlar, indometasin, xolestaz barqarorligi – eritromisin, nitrofuranlar, metiltestosteron va boshq.) qabul qilish. Bu uzoq muddatli, intensiv bo‘lmagan sariqlik, ko‘pincha bilvosita fraksiya hisobiga, o‘rta transaminazemiya va eozinofiliya kuzatiladi. Reya sindromi - (o‘tkir jigar etishmovchiligi, ensefalopatiya va "oq jigar kasalligi") — kamdan-kam uchraydigan, ammo juda xavfli, ko‘pincha hayot uchun xavfli o‘tkir holat, bolalar va o‘smirlarda (odatda 4—12 yoshda) asetilsalisil kislotasini o‘z ichiga olgan preparatlar bilan virusli isitmani davolash paytida

			paydo bo‘ladi, va tez progressiv ensefalopatiya (bosh miya shishi tufayli) va yog‘li jigar infiltrasiyasining rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Reya sindromi giperammonemiya, bilirubin normal darajasida qon zardobida AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini (3 baravardan ortiq) ko‘tarilishi bilan kechadi.
Autoimmun gepatit	Gepatitlar sariqlik bilan yoki yo‘q	Biokimyoviy qon tahlili, koagulogramma, IFA, PZR, KT, biopsiya, qonda autoimmun jarayon markerlari tahlili	Bu noma'lum etiologiyali jigar to‘qimalarining progressiv yallig‘lanishi bo‘lib, gipergammaglobulinemiya va qon zardobida antitelolarni mavjudligi bilan tavsiflanadi. Kasallik tez rivojlanadi va jigar sirrozi, portal gipertenziya, jigar etishmovchiligi va o‘limga olib kelishi mumkin. Parenteral virusli gepatitni istisno qilish zarur.

4. Ambulator sharoitida davolash tadbirlari

Surunkali gepatit bilan og‘rigan bemorlarni ambulator sharoitida davolash faqat ixtisoslashtirilgan markaz (RIPIATM) da davolanishdan so‘ng davolovchi shifokor tomonidan belgilangan tavsiyalar asosida amalga oshiriladi.

Nomedikamentoz davolash

- Kasallik kechishining barcha davrida jismoniy yuklamalar cheklanishi lozim. Harakat faoliyatidagi cheklovlar darajasi kasallik faolligiga bog‘liq.
- *Parhez* - Pevzner bo‘yicha № 5 individual modifikasiyalar bilan (SVG ning zo‘riqish davrida parhez 5a, remissiya davrida – parhez 5).

Medikamentoz davolash

7-jadval.

Ambulator sharoitda asosiy dori vositalar ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli mavjud)

Farmakoterapev-tik guruhi	Dori vositalarining XMN	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi

Gepatoprotektorlar	Silimarin	Tabletka 22,5mg, 35mg №80 1 tabl. 3 mahal/sut.	1A https://www.lvrach.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717
	Glycyrrhizic acid+Phospholipides	Kapsula №50 1 kap. 3 mahal/sut.	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
	L-ornitin L-aspartat	Granula 5g. №10 1 sashe 2 mahal/sut. ***(hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra)***	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
	Liv 52 (XMN yo'q)	Tabletka №100 1 tabl. 3 mahal/sut.	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
Interferonlar	Viferon α-ИНФ-2b	rektal supp. 1000000ed, 3000000ed №10, 100000-150000ed/kg 2 mahal sutkasiga kunora har 12 soat 10 kun davomida, keyinchalik haftada 3 martta 6-12 oy davomida.	1B https://cyberleninka.ru/article/n/interferonoterapiya-pri-hronicheskih-gepatitah-v-i-s-u-detey/viewer
	Roferon α-ИНФ-2a	1 shpr.-tyub. (0,5 ml), №10. 0,5-1,0 mkg/kg haftada 3 martta 24-48 hafta davomida.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Pegintron α-ИНФ-2a	Flakon, 50mkg. №1. 0,5-1,0mkg/kg haftada 3 martta 24-48 hafta davomida.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Endogen INF induktorlari	Meglumini akridonacetas	Ampula, 125mg/ml 2ml №5. Tabletka, 150mg, №50.	1B

		6-10 mg/kg tana vazniga m/o 1 mahal sutkasiga №5, keyinchalik haftada 3 martta 3 oy davomida	DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Proteflazide (Comb. Drug)	Flakon 30ml №1. 1 tomchi bolaning yoshiga ko‘ra 3-6 oy davomida.	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
To‘g‘ridan to‘g‘ri ta'sir qiluvchi virusga qarshi preparatlar. Ingibitor proteazlari	Ribavirin	Tabletka 200mg №100. 15 mg/kg/sut 6-12 oy davomida	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Entekavir	Tabletka 0,5mg i 1,0mg№30. 0,015 mg/kg 1 mahal/sut 12 oy davomida serokonversiyadan keyin	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Tenofovir alafenamide	Tabletka 25 мг №30. >12 yosh va >35mg. 25 mg 1 mahal/sut.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Tenofovir disoproxil fumarate	Таблетка 300 мг №30. >12 ёш ва >35кг. 8 мг/кг/сут.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Sofosbuvir/ Ledipasvir	Тана вазнига кўра (10-жадв.)	1A https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969
	Sofosbuvir/ velpatasvir	Тана вазнига кўра (11-жадв.)	1A https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27.
	Glekaprevir/ pibrentasvir	Тана вазнига кўра (12-жадв.)	1A doi: 10.1002/hep.30840
O‘t haydovchi preparatlar	Ursodezoxiholic acid	kapsula 250mg №50. 10-15 mg/kg/sut.	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40

8- jadval.

Ambulator sharoitda qo‘shimcha dori vositalar ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli mavjud): dalillar darajasi ko‘rsatilishi zarur

Farmakoterapev-tik guruhi	Dori vositalarining XMN	Qo‘llash tartibi	Dalil lar dara jasi
O‘t haydovchi preparatlar	Cynarae scomuli foliae extract	Flakon 120ml №1. Tabletka 200mg №60. <12 oy. 5-10 tomchi; 1-5yosh 10-20 tomchi; >6 yosh 200mg 2-3 mahal/sut.	1A
	Magnesium sulphate	Paketik 20mg 5%, 10% <6 yosh -2,5-5,0ml 3mahal/sut; >6 yosh 5,0-10,0ml 3mahal/sut.	1A
	Xodjimetov damlamasi	Paketik 2,5g №10. 1/3 stakan 3mahal/sut.	1A
Ferment preparatlari	Pancreatin (pankreatin mikrosferik shakli)	Tabletka 2500ME №50. Kapsula 10000ME №30. 500 lipazabirlikda/kg sutkasiga 10-14 kun davomida.	1A
Prebiotiklar	Lactulose+ Ligninum hydrolizatum	Tabletka №50. 1-3 yosh – ½ tabletka; 3-7 yosh – 1 tabletka; 8-12 yosh – 1 tabletka; >12 yosh 2 tabletka 3 mahal/sut.	1A
Probiotiklar	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli	Paketik 5doz №10. <1 yoshgacha - 1 doza 2 m/sut; 1-3 yosh - 2-5 doz 2 m/sut; > 3 yosh - 3-5 doz 2 m/sut.	1A
	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Paketik 5doz №10. <1 yoshgacha - 1 doza 2 m; 1-3 yosh - 2-5 doz 2 m/sut; > 3 yosh - 3-5 doz 2 m/sut.	1A
	Bifidobacterium+ Lactobacillus+ Streptococcus thermophilus	Paketik 5doz №10. 1-4 yosh - 1-2 sashe/sut. 4-12 yosh - 2 sashe/sut. >12 yosh - 3 sashe/sut.	1A
	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli+Enterococcus	Paketik 5doz №10. 3-6 yosh 200 mg (5 ml suspenziya) 2m/sutkasiga; >6 yosh 200 mg 3-4 mahal/sut.	1A
Ichak sorbentlari	Carbo activatus	Tabletka 250mg №30. 3-7 yosh 1 tabl. 2 m/sut; 7-14 yosh 1 tabl. 3 m/sut.	1A
	Silicon dioxide colloidal	Flakon 25g №1. <10 kg 0,5 ch/q; <20 kg 1 ch/q 1 ta qabulda; <30 kg 1 ch/l 1 qabulda;	1A

		<40 kg 2 ch/l 1 qabulda; 2-3 m/sut.	
	Lactulose	Flakon 100ml №1. <1 yosh – 5 ml; < 6 yosh – 5-10 ml; 7-14 yosh – 10-15 ml.	1A
	Ligninum hydrolizatum	Tabletka 400mg №50. <1 yosh – ½ tabl.; <3 yosh – ½-1 tabl; <7 yosh – 1 tabl.; >7 yosh – 1–2 tabl. 1 m/sut.	1A
Vitamin preparatlari	Thiaminum Pyridoxini hydrochloridum Cyanocobalaminum Nicotinamid	Ampula 2,0ml №10. 6-12 yosh - 1 ml/sut m/o >12 yosh 1-2 ml/sut m/o Tabletka №60. >5 yosh 1 tabl./sut.	1A
	Acidi ascorbinici	Ampula 5%-2,0ml №10 0,1ml/kg/sut.	1A
	Retinolum	Draje №50. <1 yosh 0,5mg (1650ME); <6 yosh 1mg (3300ME); >7 yosh 1,5mg (5000ME)	1A
	Tocopheroli acetas	Draje №50. 1-2 mg/kg/sut.	1A
Antioksidant preparatlar	Deproteinized calf blood haemoderivate	Ampula 40mg/ml 2ml, 5ml №5. <5 yosh– 40mg/sut; <7 yosh – 80mg/sut; >7 yosh – 120mg/sut; >12 yosh – 200mg/sut. Tabletka 200mg №50. <5 yosh – 1/4tabl/sut; <7 yosh – 1/2tabl/sut; >7 yosh – 1tabl/sut; >12 yosh – 1-2tabl/sut.	1A
Antigistamin preparatlari	***I avlod*** Chloropyramine Quifenadine	 Ampula 20mg/ml 1ml №5. 0,1ml/yoshiga/sut. Tabletka 25mg №20. 6.25-12.5mg 2-3 m/sut; <3 yosh5 mg/sut; <7 yosh 10mg/sut; >7 yosh 15mg/sut; >7 yosh 25mg/sut.	1A
	II avlod Cetirizine	 Flakon 10mg 20ml. 6-12 oylik. - 2,5 mg/sut (5 tomchi); 1-6 yosh - 2,5 mg (5 tomchi) 2 mahal/sut.; 6-12 yosh - 10 mg (20 tomchi) 1 m/sut. Tabletka 5mg №10.	1A

	loratadine	<6 yosh5 mg/sut; <12 yosh 10mg/sut. < 12 yosh - 5 mg/sut; > 12 yosh - 10 mg/sut.	
Metabolik jarayonlarni yaxshilovchi preparatlar	Levocarnitine	Flakon 300mg/ml 50ml №1. < 1yosh - 10–15 mg/sut. (10 tomchi); < 3 yosh - 30–50 mg/sut. (10 tomchi); < 6 yosh - 60–90 mg/sut. (1/4 ch/q) > 7–18 yosh – 100 mg/sut. Tabletka 300mg. <7 yosh — 0,012 g 2–3 m/sut; >7 yosh — 0,012–0,024g 2–3 m/sut. Flakon 400mg №5. 5-12 mg/kg/sut. Tabletka 5mg №30. 5 mg 1 m/sut.	1A
	Thioctic acid	Tabletka 300mg. <7 yosh — 0,012 g 2–3 m/sut; >7 yosh — 0,012–0,024g 2–3 m/sut.	1A
Gemostatik preparatlar	Menadione	Flakon 10mg/ml №5. Tabletka 15mg №30. Chaqaloqlar - 4mg/sut; <1 yosh- 2-5 mg/sut; <2 yosh - 6 mg/sut; 3–4 yosh - 8 mg/sut; 5-9 yosh - 10 mg/sut; <14 yosh - 15 mg/sut.	1A
Spazmolitik preparatlar	Drotaverinum	Tabletka №50. <6 yosh- 40-120 mg/sut; >6 yosh - 80-200 mg/sut.	1A
	Mebeverine	Kapsula 100mg, 200mg №30. >10 yosh - 100-200 mg/sut.	1A
	Trimebutine	Tabletka 50mg, 100mg №30. 3-5 yosh -25-50 mg/sut; 5-12 yosh – 50-100 mg/ sut.	1A
Glyukortikoid preparatlar	Prednisolonum	Tabletki 5mg №100. 1-5mg/kg/sut.	1A

Jarrohlik muolajalari: Qizilo‘ngach va oshqozonning varikoz tomirlari mavjud bo‘lsa, ularning endoskopik ligirlash yoki sklerozini bajarish imkoniyatini ko‘rib chiqish lozim.

Surunkali virusli gepatit bilan og‘rigan bolalarni keyingi davolash:

Virusga qarshi davolash zarurligini aniqlash maqsadida keyingi tekshiruv o‘tkaziladi. Patologik jarayon faolligi AlAT, AsAT ko‘rsatkichlari, jigar talog‘ ultratovush tekshiruv va biopsiya ma'lumotlari bilan baholanadi.

Davolashning samaradorlik indikatorlari:

• AlATni normallashuvi;

• HBV/HCV replikasiyasini pasayishi;
• HBeAg serokonversiyasi yoki klirensi;
• HBsAg serokonversiyasi yoki klirensi;
• Fibroz darajasini pasayishi;
• Bemor bola hayot sifatini yaxshilanishi.

5. Tibbiy yordam ko‘rsatishni hisobga olgan holda stasionar davolashga ko‘rsatma:

Rejali stasionar davolashga ko‘rsatma:

• Kasallikning yuqori faollik darajasi;
• SVGlarni virusga qarshi davolash natijalarining nojo‘ya samarasi:
• Uzoq davom etuvchi gipertermiya;
• Surunkali kasalliklarning zo‘riqishi;
• Qabul qilingan darajadan past gematologik ko‘rsatkichlarni pasayishi;
• Gematologik ko‘rsatkichlarning me'yorning eng past chegarasidan kamayishi;
• Jigar punksion biopsiya o‘tkazish (ko‘rsatmaga ko‘ra);
• SVGda jigardan tashqari boshqa a'zolarning og‘ir shikastlanishi;
• SVG ning dekompensirlangan jigar sirroziga o‘tish davri.

Shoshilinch stasionar davolashga ko‘rsatma:

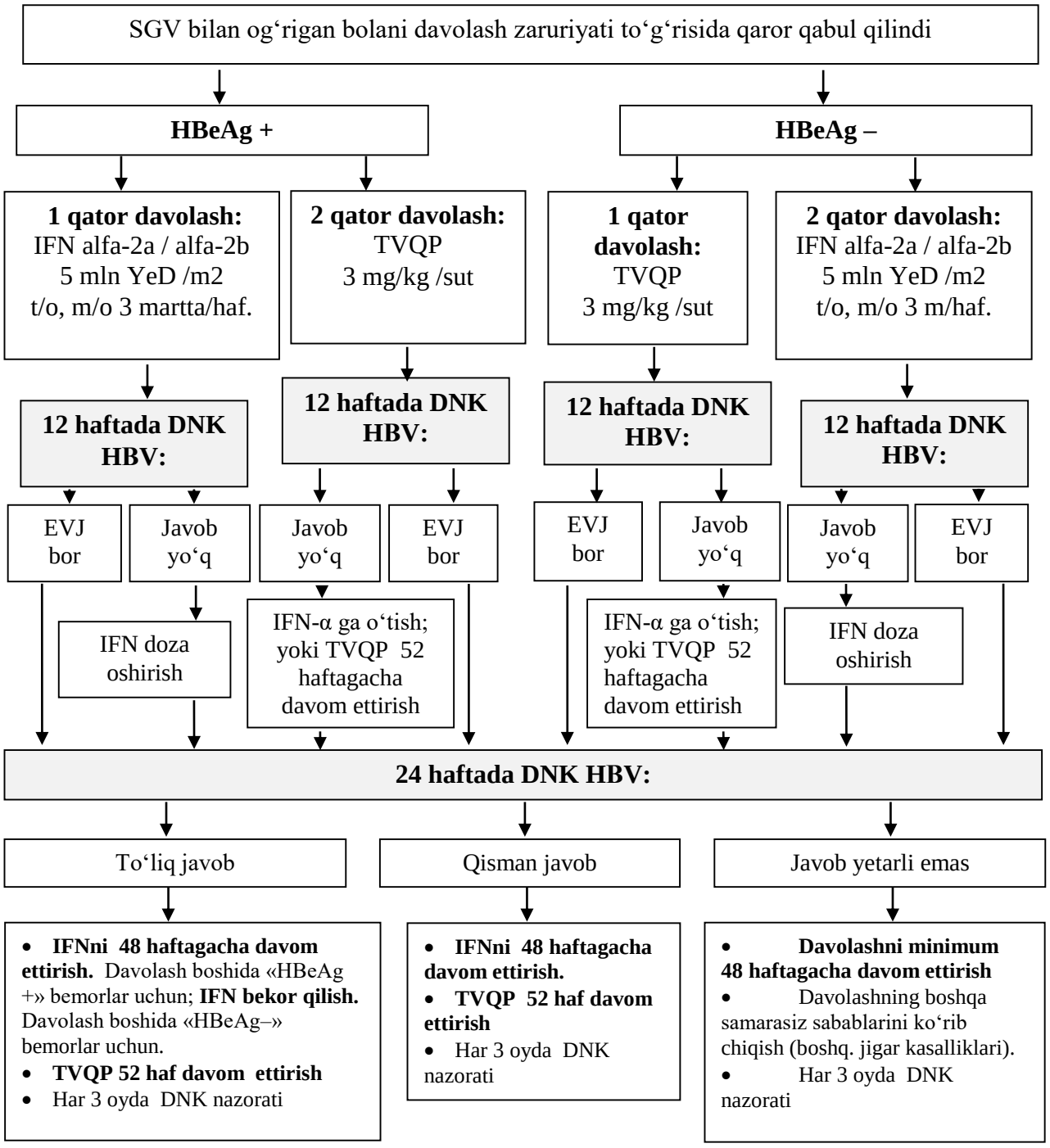
• Qon ketishi;
• Qorinda og‘riq;
• Sariqlik kuchayishi;
• Bosh og‘rishi bolaning hushini buzilishi bilan;
• 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarda – xavf soluvchi umumiy belgilar (ko‘krakni ema olmaslik yoki icha olmaslik, har ovqatlanishdan va suv ichgandan keyin qayt qilishi, ushbu kasallik anamnezida talvasalar va letargik va hushdan ketish xolati) mavjud bo‘lganda.

Stasionar sharoitda davolash taktikasi. Davolashning yakuniy maqsadi: virus replikasiyasini stabil pasaytirish va kasallikning klinik remissiya bilan UTT jigar ko‘rinishini yaxshilashdan iborat.

Davolash choralari bazis va etiotrop davolashni o‘z ichiga oladi. Etiotrop davolash strategiyasi virusga bevosita ta'sir qilishdan iborat bo‘lib, virus replikasiyasini kamaytirish yoki eliminasiyasi, yallig‘lanish faollik darajasini pasayishi yoki kamayishi, surunkali jarayonni jadallashuvi GSK va jigar sirroziga o‘tishini oldini oladi.

Bemorni kuzatuv anketasi (sxemalar, algoritmlar)

Surunkali gepatit B bilan og‘rigan bemorlarni etiotrop davolash ALGORITMI



Eslatma: «EVJ» - erta virusologik javob: DNK-HBV darajasini boshlang‘ich darajasiga nisbatan ≥10 ME/ml yoki ≥50 kopiy/ml ga kamayishi

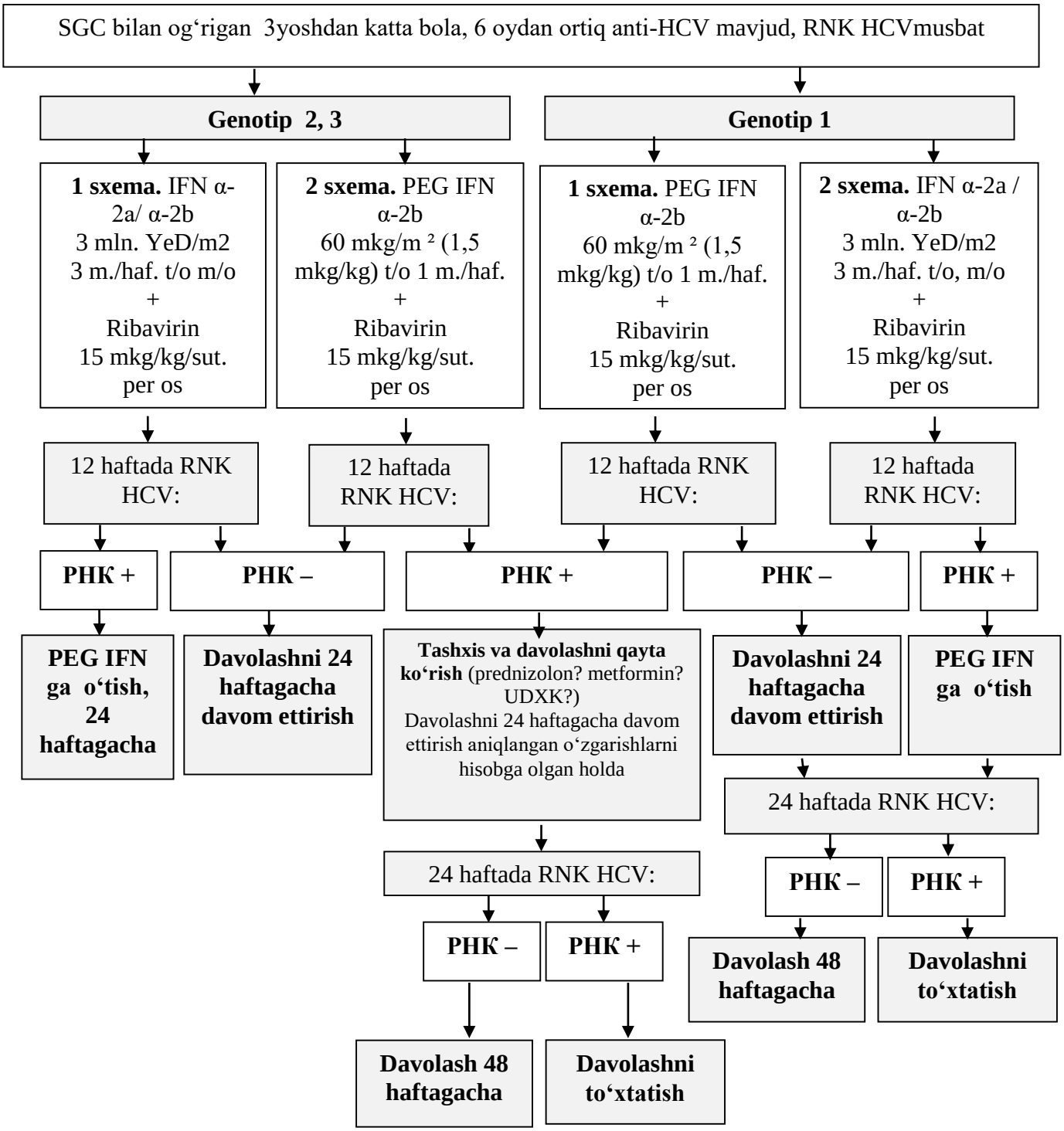
«Javob yo‘q» - Birlamchi davolash samarasizligi: DNK-HBV darajasini boshlang‘ich darajasiga nisbatan <10 ME/ml yoki <50 kopiy/ml ga kamayishi

Davolashga to‘liq javob: PZR manfiy

Davolashga qisman javob: DNK-HBV darajasi 60 dan 2000 ME/mlgacha (yoki 300 dan 10000 kopiy/ml gacha)

Davolashga javob yetarli emas: DNK-HBVdarajasi ≥2000 ME/ml (yoki ≥10000 kopiy/ml)

SGC bilan og‘rigan o‘smir va bolalarni etiotrop davolash ALGORITMI



Eslatma: «RNK -» - RNK virusi aniqlanmaydi yoki virus kontsentratsiyasi boshlang‘ich darajasiga nisbatan 2 log (100 martta) dan ko‘p kamayishi.

Tashxisni qayta ko‘rish quyidagicha: virus genotiplarini aniqlash (2, 3 genotiplar uchun), jigar steatozini va autoimmun gepatit bilan o‘zaro faoliyati sindromi inkor qilish.

Nomedikamentoz davolash:

Kasallik kechishining barcha davrida jismoniy yuklamalar cheklanishi lozim. Harakat faoliyatidagi cheklovlar darajasi kasallik faolligiga bog‘liq.

Statsionar rejim: yarim to‘shakda va to‘shakda.

Parhez - Pevzner bo‘yicha № 5 individual modifikatsiyalar bilan (SVG ning zo‘riqish davrida parhez 5a, remissiya davrida – parhez 5).

Parhez - Pevzner bo‘yicha № 7b (oqsil miqdori me'yorli tuzsiz parhez) shish-astsitik sindromli bemorlarga tavsiya etiladi.

Fitoterapiya (suli qaynatmasi, jo‘xori popugi, zveroboy, moychechak, na'matak va boshq.) – remissiya davrida

Tavsiyaning kuchliligi A (dalillar darajasi - 1)

Medikamentoz davolash:

Patogenetik va simptomatik davolash

● Dezintoksikatsion davolash. Intoksikatsiya yuqori bo‘lgan xolatlarda infuzion davolash: 5-10% glyukoza eritmasi, 0,9% NaCl eritmasi, yantar kislota preparatlari vena ichiga tomchilab yuborish qo‘llaniladi.

● *Gepatoprotektorlar:*

O‘tlardan tayyorlangan gepatoprotektorlar (AlAT<2 me'yor bo‘lganda);

Kimyoviy gepatoprotektorlar (AlAT>2 me'yor bo‘lganda).

● Oshqozon-ichak trakti faoliyatnini me'yorlashtiruvchi vositalar (ferment preparatlari, pre-, probiotiklar, enterosorbentlar);

● Gepatotsitlar funktsional faolligiga ta'sir ko‘rsatuvchi preparatlar:

(polivitaminlar, antioksidantlar);

- O‘t haydovchi preparatlar (xoleretiklar, xolekinetiklar - ko‘rsatmaga ko‘ra);
- Ursodezoksixoliy kislota preparatlari (xolestaz xolatlarda);
- Spazmolitik preparatlar (safro oqimini yaxshilash uchun);
- Proteoliz ingibitorlari;
- Desensibilizatsiyalovchi preparatlar;
- Antibakterial preparatlar;
- Metabolik vositalar;
- Plazma o‘rnini bosuvchi preparatlar
- Aminokislotalar (tsitoliz bo‘lmagan hollarda);
- Gemostatik vositalar;
- Kislota-ishqor xolatini korrektsiyalovchi preparatlar;
- Vit D va uning analoglari;
- Oqsil preparatlari;
- Immunomodulyatorlar;

● Glyukokortikosteroidlar. Autoimmunn komponent: ANA (+), SMA (+), SLA (+) mavjud bo‘lgan hollarda GKSni qo‘llash ko‘rsatma bo‘yicha;

- Diuretiklar;
- Desensibilizatsiyalovchi preparatlar;

● Hamroh somatik kasalliklarni davolash;
● Surunkali infektsiya o‘choqlari sanatsiyasi.

Tavsiyaning kuchliligi A (dalillar darajasi - 1)

Etiotrop davolash.

Surunkali virusli gepatitlarni etiotrop davolashda tegishli tekshiruvlardan keyin komissiya asosida buyuriladi.

Ko‘rsatma bo‘yicha virusga qarshi davolash 12-24-48 va undan ko‘p hafta davomida, kasallikning progressiv kechishini aniqlovchi uch ko‘rsatkichlar asosida:

- virus yuklamasi darajasi $>10^5$ kopiy/ml;
- AlAT ning zardobdagi faolligi > 2 me'yordan ko‘pligi;
- kasallik faollik darajasining morfologik aniqlanganligi.

Yuqorida ko‘rsatilgan preparatlar bolalarda jigardagi patologik jarayonning faolligiga ko‘ra mono- va kombinirlangan davolash ko‘rinishida qo‘llaniladi.

IFN preparatlari - infitsirlangan hujayralar membrana retseptorlari bilan bog‘lanib, virusning kirib borishini bloklash, virus replikatsiyasini bostirish va virusga qarshi oqsillar ishlab chiqarishni qo‘zg‘atadi. Tabiiy va rekombinant IFNlardan foydalanish mumkin. Ular keng doiradagi nojo‘ya ta'sirga ega (autoimmun jarayonlar, neytro- va trombotsitopeniya, depressiya, grippga o‘xshash xolatlar, anoreksiya, soch to‘kilishi).

Pediatriya amaliyotida ***Viferon*** (IFN-α ning membrana stabilizatorlari bilan kombinatsiyasi) dan foydalanish yaxshiroqdir, chunki rektal suppozitoriya ko‘rinishida mavjud bo‘lib, bu bolalarda foydalanish uchun qulaydir.

- **Interferon al'fa -INF-2b Viferon -** bolalar uchun dozasi: 100000-150000ME/kg 2 mahal sutkasiga kunora har 12 soat 10 kun davomida, keyinchalik haftada 3 martta 24-48 hafta davomida.

1A	3 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun interferon al'fa-2b (rektal suppozitoriya) ko'rinishida foydalanish mumkin [17]

Interferon qatoridagi preparatlar: (Chelovecheskiye gennoinjenernыye)

- alfa-2b interferon (**intron A** va analoglari) o‘rtacha dozasi 3 ME/m2 tana yuzasiga ko‘ra, t/o, m/o haftada 3 marotaba buyuriladi.
- alfa-2a interferon (**roferon** va analoglari) – o‘rtacha dozasi 3 ME/m2 tana yuzasiga ko‘ra, t/o, m/o haftada 3 marotaba buyuriladi.

Pegilirlangan alfa-2b interferon (PEG-Intron - tana vazni 30kg dan yuqori bo‘lgan bolalar) – dozasi 60 mkg/m² tana yuzasiga ko‘ra (1,5 mkg/kg), hafta 1 martta t/o buyuriladi.

2B	Virusga qarshi davolash o'tkazish uchun IFN-a (al'fa-2a al'fa-2b) preparatlarini qo'llash yordamida qarshi ko'rsatmalar aniqlanadi. Bemor bolalarning optimal yoshi 7-12 yosh, tana vazni >20 kg dan ko'p hisoblanadi [24].

IFN induktorlari: (tsikloferon, proteflazid) – IFN preparatlaridan farqi, ular toksik ta'siri kam va nojo‘ya effekti yo‘qligi bilan xarakterlanadi.

• **Sikloferon** m/o sutkasiga 6-10 mg/kg dozada, har 48-72 soatda sutkasiga 1 martta per os orqali, SGV va SGS uchun kurs davomiyligi – 2 oy.

• **Proteflazid -** ovqatdan bir soat oldin yoki keyin qand yoki non bo‘lagiga tomchi tomizish shaklida qo‘llaniladi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun proteflazid sutkada 1-2 tomchi, 2 yoshdan 6 yoshgacha - sutkada 4-8 tomchi, 7 yoshdan 12 yoshgacha - sutkada 8-14 tomchi va 12 yoshdan kattalarga – 14-20 tomchigacha buyuriladi. Preparatni qo‘llash davomiyligi jigardagi patologik jarayon faolligining darajasiga bog‘liq (6-12 oy davomida).

Tavsiyaning kuchliligi B (dalillar darajasi - 1)

Nukleot(z)id analoglari

1. Ribavirin (rebetol) – HCVni davolash uchun, 15mg/kg sutkada, per os, har kuni ertalab va kechasi ovqatdan keyin. Davolash davomiyligi: HCV ni 1 va 4 genotip uchun – 48 hafta, 2 va 3 – 24 hafta.

2. Entekavir (baraklyud) – 2 yoshdan katta bolalarga HBVni davolash uchun 0,015 mg/kg dozada buyuriladi.

3. Tenofovir (tenofovir alafenamid fumarat) – 12 yoshdan katta bolalarga HBvni davolash 25mg/sut dozada buyuriladi.

9- jadval.

Bolalar va o'smirlar uchun virusga qarshi davolash preparatlar dozasi

Preparat nomi	Bemorlar guruhi	Dozirovkasi
ETV (Entekavir Entekavir)	Tana vazni <30kg	0,015 mg/kg/sutka
TDV (*Tenofovir disoproxil fumarate*	(maksimum 0,5mg/sut)	
	Tana vazni >30kg	0,5 mg/sutka
TAF *(Tenofovir alafenamide)*	>12 yosh	300mg sutkasiga

1A	Bolalarni virusga qarshi davolashda ko'rsatma bo'yicha entekavir (ETV) yoki tenofovir alafenamid fumarat (TAF) (2 yosh va undan katta bemorlar uchun ETV) yoki o'smirlar (12 yosh va undan katta bemorlar uchun al'ternativ sxema sifatida TAF) tavsiya etiladi [4]

10-Jadval.

≥ 3 yoshdan katta bolalar uchun tana vazniga ko'ra sofosbuvir/ledipasvir dozasi

Tana vazni	Sofosbuvir/Ledipasvir preparatining bir marotabalik sutkalik dozasi
< 17 kg	33,75 mg/150mg
17kg dan < 35 kg gacha	45mg/200mg
≥ 35 kg	90mg/400 mg sutkasiga

1A	Virusning 1, 3, 4, 5 va 6 genotipi bilan kasallangan 12 yoshdan katta bolalar uchun sofosbuvir+ledipasvir kombinirlangan preparati buyuriladi. Preparat dozasi 490 mg (bitta tabletka sofosbuvir 400,0 mg va ledipasvir 90,0 mg mavjud) sutkasiga bir mahal ovqat vaqtida tavsiya etiladi. Tavsiya etilgan rejim va davolash davomiyligi: 1, 4, 5, 6 genotipi bilan kasallangan bemorlar uchun 12 hafta davomida [27]

11-Jadval.

≥ 3 yoshdan katta bolalar uchun tana vazniga ko'ra sofosbuvir/velpatasvir kombinatsiyasining belgilangan dozasi

Tana vazni	Sofosbuvir/velpatasvir preparatining bir marotabalik sutkalik dozasi
< 17 kg	150 mg/37,5mg
17kg dan < 30 kg gacha	200 mg/50mg
≥ 30 kg	400mg/100 mg sutkasiga

1A	Virusning 1, 2, 3, 4, 5 va 6 genotipi bilan kasallangan 12 yoshdan katta va tana vazni 30kg kam bo'lmagan bolalar uchun sofosbuvir+velpatasvir kombinirlangan preparati buyuriladi. Preparat dozasi 500 mg (bitta tabletka sofosbuvir 400,0 mg va velpatasvir 100,0 mg mavjud) sutkasiga bir mahal tavsiya etiladi. Tavsiya etilgan rejim va davolash davomiyligi: 1, 2, 3, 4, 5, 6 genotipi bilan kasallangan jigar tsirrozi bo'lmagan va kompensirlangan tsirroz bemorlar uchun 12 hafta davomida [28]

12-Jadval.

≥ 3 yoshdan katta bolalar uchun tana vazniga ko'ra pibrentasvir/glekaprevir dozasi

Tana vazni	Pibrentasvir/glekaprevir preparatining bir marotabalik sutkalik dozasi
< 20 kg	33,75 mg/150mg
> 20 kg dan < 30 kg gacha	45mg/200mg
> 30 kg dan < 45 kg gacha	45mg/200mg
≥ 45 kg yoki 12 yosh va undan katta	90mg/400 mg sutkasiga

1A	HCV genotipidan qat'iy nazar 12 yoshdan katta bolalar uchun pangenotip glekaprevir+pibrentasvir preparati buyuriladi. Preparat dozasi 300mg/120 mg (100

	mg/40 mg dan 3 ta tabletka) sutkasiga bir mahal ovqat vaqtida tavsiya etiladi. Ilgari virusga qarshi davolash muolajasi olmagan bemorlar uchun davolash davomiyligi 8 haftani tashkil qiladi [29]

Virusga qarshi davolashning samaradorlik monitoringi:

Klinik remissiya; biokimyoviy remissiya, virusologik remissiya, "EUROHEP" (1996) tavsiyalariga ko‘ra: to‘liq remissiya; stabil biokimyoviy remissiya; stabil to‘liq remissiya; davolash samarasi yo‘qligi; kasallikning retsidivi.

- qonda biokimyoviy ko‘rsatkichlar davolashning birinchi 6 oy davomida har 1-3 oyda, keyin har 6 oyda;
- umumiy qon tahlili davolashning birinchi oyida har 2 haftada 1 martta, keyin har oyda;
- serologik ko‘rsatkichlar har 3 oyda 1 martta, keyin 6-12 oyda 1 martta;
- Davolash boshlangandan 3 oydan keyin virus DNA yoki RNA aniqlangan hollarda ko‘rsatilgan davolash sxemasini davom ettirish maqsadga muvofiq emas! Bunday xolatlarda α-IFN dozasini oshirish va maromini o‘zgartirish, ularni boshqa ta'sir mexanizmli preparatlar bilan kombinirlangan variantlari qo‘llaniladi.

IFN-terapiyani samaradorligini baholash:

Biokimyoviy remissiya davolash oxirida - davolashdan keyin AlAT va AsAT ko‘rsatkichlari normallashuvi;

To‘liq remissiya davolash oxirida - AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini normallashuvi, davolashdan keyin qonda virusologik markerlarni yo‘qolishi;

Stabil biokimyoviy remissiya - davolash to‘xtatilgandan 6 oy va undan keyin AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini normallashuvini saqlanishi;

Stabil to‘liq remissiya - davolash to‘xtatilgandan 6 oy va undan keyin AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini normallashuvi, shuningdek virusologik markerlarni yo‘qolishini saqlanishi. Bemorlarni 2 yil davomida har 6 oyda kuzatuvni davom ettirish va keyinchalik jigar va taloq tomirlarini UTT bilan doppleroflumetriya o‘tkazish tavsiya etiladi.

Tavsiyaning kuchliligi V (dalillar darajasi - 2)

Virusologik remissiya – qonda aktiv replikativ markerlarini yo‘qolishi.

tez virusologik javob (TVJ): davolashning 4chi haftasidan keyin virusni <50 ME/ml kam aniqlanishi;

erta virusologik javob (EVJ): davolashning 12chi haftasidan keyin viremiya darajasining boshlang‘ich darajasidan 2 log10 dan ko‘p pasayishi;

davolash oxiridagi javob: davolashni yakunlash vaqtida RNK/DNK viruslarini yo‘qolishi;

baqaror virusologik javob (TVJ): davolashni yakunlashdan 24 haftadan keyin HBV-DNK va HSV-RNK yo‘qolishi;

Davolash samarasi yo‘qligi - davolash boshlanishida va/yoki davolash oxirida 3 oy davomida qonda AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini normalashuvini yo‘qolishi va/yoki virusologik markerlarni saqlanishi.

Kasallikning retsidivi – davolash kursi to‘xtatilgandan keyin qonda AlAT va AsAT ko‘rsatkichlarini ko‘tarilishi va/yoki virusologik markerlarni paydo bo‘lishi.

javob yo‘q: davolash vaqtida RNK/ DNK viruslarini aniqlanishi.

Tavsiyaning kuchliligi V (dalillar darajasi -2)

Gistologik – bu davolash samaradaorligini baholash uchun informativ parametr hisoblanadi, ammo bu yondashuv har doim amalda, ayniqsa pediatriyada qo‘llanishi mumkin emas.

Tavsiyaning kuchliligi C (dalillar darajasi - 2)

13-jadval**.**

Stasionar sharoitida asosiy dori vositalar ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli mavjud)

Farmakoterapev-tik guruhi	**Dori vositalarining XMN**	**Qo‘llash tartibi**	**Dalillar darajasi**
Gepatoprotektorlar	Silimarin	Tabletka 22,5mg, 35mg №80 1 tabl. 3 mahal/sut.	1A https://www.lvrach.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717
	Glycyrrhizic acid+Phospholipides	Flakon 2,5mg №5 > 6 yosh - 2,5mg/sut; >12 yosh - 5,0 mg/sut. Kapsula №50 1 kaps. 3 mahal/sut.	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
	Monoammonium glycyrrhizinate (glycyrrhizic acid), glycine, L-cysteine hydrochloride hydrate (L-cysteine hydrochloride)	Ampula 20ml №10. <10 yosh - 10 ml/sut; >10 yosh - 20 ml/sut.	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
	L-ornitin L-aspartat	Ampula 10ml №10 >12 yoshdan kattalar Granula 5g. №10 1 sashe 2 mahal/sut. ***(hayotiy ko‘rsatmalarga ko‘ra)***	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-

			virusnyh-gepatitah-u-detey
	Liv 52 (XMN yo'q)	Tabletka №100 1 tabl. 3 mahal/sut.	1A https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey
	S-ademetionine	Flakon 400mg №5. Tablrtka 400mg №20. 5-12 mg/kg/sut. >12yoshdan kattalar ***(hayotiy ko'rsatmalarga ko'ra)***	1A
Interferonlar	Viferon α-ИНФ-2b	rektal supp. 1000000ed, 3000000ed №10, 100000-150000ed/kg 2 mahal sutkasiga kunora har 12 soat 10 kun davomida, keyinchalik haftada 3 martta 6-12 oy davomida.	1B https://cyberleninka.ru/article/n/interferonoterapiya-pri-hronicheskih-gepatitah-v-i-s-u-detey/viewer
	Roferon α-ИНФ-2a	1 shpr.-tyub. (0,5 ml), №10. 0,5-1,0 mkg/kg haftada 3 martta 24-48 hafta davomida.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Pegintron α-ИНФ-2a	Flakon, 50mkg. №1. 0,5-1,0mkg/kg haftada 3 martta 24-48 hafta davomida.	2B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
Endogen INF induktorlari	Meglumini akridonacetas	Ampula, 125mg/ml 2ml №5. Tabletka, 150mg, №50. 6-10 mg/kg tana vazniga m/o 1 mahal sutkasiga №5, keyinchalik haftada 3 martta 3 oy davomida	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Proteflazide (Comb. Drug)	Flakon 30ml №1. 1 tomchi bolaning yoshiga ko'ra 3-6 oy davomida.	1B DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
To'g'ridan to'g'ri ta'sir qiluvchi virusga qarshi preparatlar. Ingibitor proteazlari	Ribavirin	Tabletka 200mg №100. 15 mg/kg/sut 6-12 oy davomida	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Entekavir	Tabletka 0,5mg i 1,0mg№30.	1A

		0,015 mg/kg 1 mahal/sut 12 oy davomida serokonversiyadan keyin	DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
	Tenofovir alafenamide	Tabletka 25 мг №30. >12 yosh va >35mg. 25 mg 1 mahal/sut.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Tenofovir disoproxil fumarate	Tabletka 300 мг №30. >12 yosh va >35mg. 8 mg/kg/sut.	1A Guidelines for the prevention, diagnosis, care and treatment for people with chronic hepatitis B infection (who.int)
	Sofosbuvir/ Ledipasvir	(10-jadv.)	1A https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969
	Sofosbuvir/ velpatasvir	(11-jadv.)	1A https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27.
	Glekaprevir/ pibrentasvir	(12-jadv.)	1A doi: 10.1002/hep.30840
O‘t haydovchi preparatlar	Ursodezoxiholic acid	Kapsula 250mg №50. 10-15 mg/kg/sut.	1A DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40

14-jadval**.**

Stasionar sharoitida qo’shimcha dori vositalar ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli mavjud)

Farmakoterapev-tik guruhi	Dori vositalarining XMN	Qo‘llash tartibi	Dalil lar dara jasi

O‘t haydovchi preparatlar	Cynarae scomuli foliae extract	Flakon 120ml №1. Tabletka 200mg №60. <12 oy. 5-10 tomchi; 1-5yosh 10-20 tomchi; >6 yosh 200mg 2-3 mahal/sut.	1A
	Magnesium sulphate	Paketik 20mg 5%, 10% <6 yosh -2,5-5,0ml 3mahal/sut; >6 yosh 5,0-10,0ml 3mahal/sut.	1A
	Xodjimetov damlamasi	Paketik 2,5g №10. 1/3 stakan 3mahal/sut.	1A
Ferment preparatlari (pankreatin mikrosferik shakli)	Pancreatin	Tabletka 2500ME №50. Kapsula 10000ME №30. 500 lipazabirlikda/kg sutkasiga 10-14 kun davomida.	1A
Prebiotiklar	Lactulose+ Ligninum hydrolizatum	Tabletka №50. 1-3 yosh – ½ tabletka; 3-7 yosh – 1 tabletka; 8-12 yosh – 1 tabletka; >12 yosh 2 tabletka 3 mahal/sut.	1A
Probiotiklar	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli	Paketik 5doz №10. <1 yoshgacha - 1 doza 2 m/sut; 1-3 yosh - 2-5 doz 2 m/sut; > 3 yosh - 3-5 doz 2 m/sut.	1A
	Saccharomyces boulardii, Bacillus clausii	Paketik 5doz №10. <1 yoshgacha - 1 doza 2 m; 1-3 yosh - 2-5 doz 2 m/sut; > 3 yosh - 3-5 doz 2 m/sut.	1A
	Bifidobacterium+ Lactobacillus+ Streptococcus thermophilus	Paketik 5doz №10. 1-4 yosh - 1-2 sashe/sut. 4-12 yosh - 2 sashe/sut. >12 yosh - 3 sashe/sut.	1A
	Bifidobacterium bifidum+Escherichia coli+Enterococcus	Paketik 5doz №10. 3-6 yosh 200 mg (5 ml suspenziya) 2m/sutkasiga; >6 yosh 200 mg 3-4 mahal/sut.	1A
Ichak sorbentlari	Carbo activatus	Tabletka 250mg №30. 3-7 yosh 1 tabl. 2 m/sut; 7-14 yosh 1 tabl. 3 m/sut.	1A
	Silicon dioxide colloidal	Flakon 25g №1. <10 kg 0,5 ch/q; <20 kg 1 ch/q 1 ta qabulda; <30 kg 1 ch/l 1 qabulda; <40 kg 2 ch/l 1 qabulda; 2-3 m/sut.	1A
	Lactulose	Flakon 100ml №1. <1 yosh – 5 ml; < 6 yosh – 5-10 ml; 7-14 yosh – 10-15 ml.	1A

	Ligninum hydrolizatum	Tabletka 400mg №50. <1 yosh – ½ tabl.; <3 yosh – ½-1 tabl; <7 yosh – 1 tabl.; >7 yosh – 1–2 tabl. 1 m/sut.	1A
Vitamin preparatlari	Thiaminum Pyridoxini hydrochloridum Cyanocobalaminum Nicotinamid	Ampula 2,0ml №10. 6-12 yosh - 1 ml/sut m/o >12 yosh 1-2 ml/sut m/o Tabletka №60. >5 yosh 1 tabl./sut.	1A
	Acidi ascorbinici	Ampula 5%-2,0ml №10 0,1ml/kg/sut.	1A
	Retinolum	Draje №50. <1 yosh 0,5mg (1650ME); <6 yosh 1mg (3300ME); >7 yosh 1,5mg (5000ME)	1A
	Tocopheroli acetas	Draje №50. 1-2 mg/kg/sut.	1A
Vit D va uning analoglari	*Holekalciferolum*	Flakon 500ME 15ml 1000 ed/sut. – profilaktik davo; 2000-5000 ed/sut. – terapevtik davo 2-10 tomchi/sut.	1A
Antioksidant preparatlar	Deproteinized calf blood haemoderivate	Ampula 40mg/ml 2ml, 5ml №5. <5 yosh– 40mg/sut; <7 yosh – 80mg/sut; >7 yosh – 120mg/sut; >12 yosh – 200mg/sut. Tabletka 200mg №50. <5 yosh – 1/4tabl/sut; <7 yosh – 1/2tabl/sut; >7 yosh – 1tabl/sut; >12 yosh – 1-2tabl/sut.	1A
Antigistamin preparatlari	***I avlod*** Chloropyramine Quifenadine	Ampula 20mg/ml 1ml №5. 0,1ml/yoshiga/sut. Tabletka 25mg №20. 6.25-12.5mg 2-3 m/sut; <3 yosh5 mg/sut; <7 yosh 10mg/sut; >7 yosh 15mg/sut; >7 yosh 25mg/sut.	1A
	II avlod Cetirizine loratadine	 Flakon 10mg 20ml. 6-12 oylik. - 2,5 mg/sut (5 tomchi); 1-6 yosh - 2,5 mg (5 tomchi) 2 mahal/sut.; 6-12 yosh - 10 mg (20 tomchi) 1 m/sut. Tabletka 5mg №10. <6 yosh5 mg/sut; <12 yosh 10mg/sut. < 12 yosh - 5 mg/sut;	1A

		> 12 yosh - 10 mg/sut.	
Proteoliz ingibitorlari	Aprotinin	Flakon 10000ed №5. 1000ed/kg/sut. 5-10 kun davomida	1A
Metabolik jarayonlarni yaxshilovchi preparatlar	Levocarnitine	Flakon 300mg/ml 50ml №1. < 1yosh - 10–15 mg/sut. (10 tomchi); < 3 yosh - 30–50 mg/sut. (10 tomchi); < 6 yosh - 60–90 mg/sut. (1/4 ch/q) > 7–18 yosh – 100 mg/sut. Tabletka 300mg. <7 yosh — 0,012 g 2–3 m/sut; >7 yosh — 0,012–0,024g 2–3 m/sut. Flakon 400mg №5. 5-12 mg/kg/sut. Tabletka 5mg №30. 5 mg 1 m/sut.	1A
	Thioctic acid	Tabletka 300mg. <7 yosh — 0,012 g 2–3 m/sut; >7 yosh — 0,012–0,024g 2–3 m/sut.	1A
Infuzion preparatlar	Dextrose 5-10%	Flakon 5%-100ml, 200ml 10%-100ml. 10 ml/kg/sut.	1A
	Natrii chloridum 0,9%	Flakon 100ml, 200ml 10 ml/kg/sut.	1A
	Butanedioic acid + Natrii chloridum+ kalii chloridum+ calcii chloridum+ magnii chloridum+ natrii hydrocorbonas	Flakon 100ml, 200ml. 5-7 ml/kg/sut.	1A
	Dextrose+Natrii chloridum	Flakon 100ml, 200ml 5 ml/kg/sut.	1A
	Comb.drug (magnii chloridum+natrii lactas+ natrii chloridum+kalii chloridum+calcii chloridum+sorbitolum	Flakon 200ml 6-7 ml/kg/sut.	1A
	Natrii chloridum+ kalii chloridum+ calcii chloridum+ magnii chloridum+, natrii asetat	Flakon 200ml 5-10 ml/kg/sut.	1A
Antibakterial preparatlar	B-laktamaz kengaytirilgan spektri	Susp. 250mg+62,5mg/5ml 25g 100ml. Tabl. 250 mg; 500 mg №10. Tabl. 250 mg+62,5 mg №20; Tabl.500 mg +125 mg №14 Flakon 0,5g; 1,0g №1 50-70-100 mg/kg/sut.	1B

	Sefalosporinlar	Tabl.250mg; 500mg №10. Flakon 0,5g; 1,0g №1 50-70-100 mg/kg/sut.	1B
	Makrolidlar	Tabl.250mg; 500mg №10. 50-70 mg/kg/sut.	1B
	Sulfanilamidlar	Susp. 240mg 100ml Tabl. 240mg №20. 50-70 mg/kg/sut.	1B
Kislota-ishqor muvozanatini yaxshilovchi preparatlar	Kalii asperginas +Magnii asperginas	Tabletka №50. <6 oy – 0,1-0,2 ml/sut; <12 oy – 0,2-0,5 ml/sut; <3 yosh - 0,5-1,0 ml/sut; <6 yosh – 1,5-2,0 ml/sut; <12 yosh – 2-3 ml/sut.	1B
	Potassium chloridum 4%	Flakon 4%-10ml №1. 0,1g toza modda sutkasiga 1 kg tana vazniga	1B
Parenteral oziqlanish preparatlari	Aminol	Flakon 100ml, 200ml 2 ml/kg/sut.	1B
	Aminoplasmal Hepa	Flakon 500ml №1 5-7 ml/kg/sut.	1B
	Human albumin	Flakon 10%-100ml№1; 20%-50ml №1. 3,0ml/kg/sut.	1B
Gemostatik preparatlar	Menadione	Flakon 10mg/ml №5. Tabletka 15mg №30. Chaqaloqlar - 4mg/sut; <1 yosh- 2-5 mg/sut; <2 yosh - 6 mg/sut; 3–4 yosh - 8 mg/sut; 5-9 yosh - 10 mg/sut; <14 yosh - 15 mg/sut.	1A
	Aminocaproic acid	Flakon 5%-100ml №1. 1,0-1,5 ml/kg/sut.	1B
	Etamsylate	Ampula 125mg/ml 2ml №10. 0,1 ml/kg/sut.	1A
Spazmolitik preparatlar	Drotaverinum	Tabletka №50. <6 yosh- 40-120 mg/sut; >6 yosh - 80-200 mg/sut.	1A
	Platyphylline	Ampula 1,0ml №10. Chaqaloqlar va ko'krak yoshi — 0,035 mg/kg (0,0175 ml/kg); 1–5 yosh — 0,03 mg/kg (0,015 ml/kg); 6–10 yosh — 0,025 mg/kg (0,0125 ml/kg); 11–14 yosh — 0,02 mg/kg (0,01 ml/kg).	1A
	Mebeverine	Kapsula 100mg, 200mg №30. >10 yosh - 100-200 mg/sut.	1A
	Trimebutine	Tabletka 50mg, 100mg №30. 3-5 yosh -25-50 mg/sut;	1A

		5-12 yosh – 50-100 mg/ sut.	
Glyukortikoid preparatlar	Prednisolonum	Tabletki 5mg №100. 1-5mg/kg/sut.	1A
	Dexamethasolonum	Ampula 4mg/ml 1 ml №25. 0,02-0,3 mg/kg/sut.	1A

Jarrohlik aralashuvi: jigar biopsiyasi *ko'rsatmaga ko'ra*

Surunkali gepatit bilan og'rigan bolalarga laparoskopik usul yordamida jigar biopsiyasi tavsiya etilmaydi, chunki bu invaziv muolaja qon ketishi, gematoma va boshq. xavfni keltirib chiqarishi mumkin. Jigar biopsiyasi zahiradagi tashxis usuli bo'lishi kerak, bunda shifokorning davolash taktikasi o'zgaradi. Fibroz darajasini aniqlash uchun noinvaziv tashxislash usullariga: jigarning bilvosita elastometriyasi, jigar va periportal zonaning ultratovush tekshiruvi, kompьyuter tomografiya va magnit-rezonans tomografiyaga tayanish kerak.

Surunkali virusli gepatit bilan og'rigan bolalarni keyingi davolash:

Etiotrop davolash zarurligini aniqlash maqsadida keyingi tekshiruv o'tkaziladi. Patologik jarayon faolligi AlAT, AsAT ko'rsatkichlari, jigar talog' ulьtratovush tekshiruv va biopsiya ma'lumotlari bilan baholanadi.

Davolashning samaradorlik indikatorlari:

- AlATni normallashuvi;
- HBV/ HCV replikatsiyasini pasayishi;
- HBeAg serokonversiyasi yoki klirensi;
- HBsAg serokonversiyasi yoki klirensi;
- Fibroz darajasini pasayishi;
- Bemor bola hayot sifatini yaxshilanishi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей // Учебник 3-е издание.- 2022. ISBN978-5-9704-7032-9. https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni
2. Волынец Г.В., Панфилова В.Н. Хронический вирусный гепатит В у детей и подростков: современный взгляд на проблему // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65, № 4. С. 47–60. https://cyberleninka.ru/article/n/hronicheskiy-virusnyy-gepatit-v-u-detey-i-podrostkov-sovremennyy-vzglyad-na-problemu/viewer
3. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2015. № July. P.166. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en. (accessed: 19.06.2015.
4. Всемирная организация здравоохранения. *Глобальный доклад о гепатите, 2017 г.* [по состоянию на 9 января 2022 г.]. https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017.
5. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2020. № July. P. 1–8. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en. (accessed: 19.06.2021.
6. Шамшева О.В. и др. Парентеральные вирусные гепатиты у детей: учебное пособие // Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 108с. https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detei_01.

7. Приказ № 542, от 27 августа 2018 года «Об усовершенствовании мер диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов в Республике Узбекистан», 2018. https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm
8. Клинический протокол диагностики и лечения хронический вирусный гепатит В у детей. / Казахстан.-2023г. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34599094
9. Клинический протокол диагностики и лечения хронический вирусный гепатит С у детей. / Казахстан.-2023г. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36719425
10. Клинические рекомендации Евро-азиатские общество по инфекционным болезням «Хронический гепатит В у детей» /Санкт-Петербург.-2023г. https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-V-u-detej.
11. Клинические рекомендации Евро-азиатские общество по инфекционным болезням «Хронический гепатит С у детей» /Санкт-Петербург.-2023г. https://ipoeasid.ru/wp-content/uploads/2023/03/HG-C-u-detej.
12. Международный конгресс гастроэнтерологов. Лос-Анджелес. 1994.
13. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection | Elsevier Enhanced Reader [Electronic resource]. URL: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S016882781730185X?token=996B34855DDD70609EE7ADCF455D71735A969FF633F937EFF23051F7A4C119D59EE8800F7057DC95F9265AE3DF0D13FC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210617135011 (accessed: 17.06.2021).
14. Бабаян М.Л., Хавкин А.И. Гепатопротекторная терапия при заболеваниях печени у детей. https://www.lvrach.ru/2013/01/15435610?ysclid=lp86y3aje224291717.
15. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Чаплыгина Г.В., Писарев А.Г. Лив. 52 - новый взгляд на эффективность при острых и хронических вирусных гепатитах у детей // Детские инфекции. 2003. №3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/liv-52-novyy-vzglyad-na-effektivnost-pri-ostryh-i-hronicheskih-virusnyh-gepatitah-u-detey.
16. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Хамраев Х.Т. Эффективность препарата Ливерин при лечении хронического гепатита В у детей // International scientific review. 2019. №LXV. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-preparata-liverin-pri-lechenii-hronicheskogo-gepatita-b-u-detey.
17. Чуелов С.Б., Россина А.Л., В.Ф.Учайкин Этиотропная терапия вирусных гепатитах. //Детские инфекции, М.-2017.-№3.-С.32-40. https://core.ac.uk/download/235718418.
18. Ивлева С.А., Дворяковский И.В., Смирнов И.Е. Современные неинвазивные методы диагностики фиброза печени у детей. Российский педиатрический журнал. 2017; 20(5): 300-306. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2017-20-5-300-306.
19. Иноятова Ф.И. Хронический вирусный гепатит С у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2009.- 415с.
20. Классификация хронического гепатита: диагностика, определение степени тяжести и стадии течения. / Desmet V., Gerber M., Hootnagle I. et al. // Р.Ж.Г.Г.К. –1995. – №2. – С.38-45.
21. Состояние физического и нервно-соматического статуса у детей больных хроническим вирусным гепатитом В. / Иноятова Ф.И., Абдумаджидова Ш.У., Иногамова Г.З. и др. // Мет. рек. Т. 2002. -18с.
22. Современные аспекты хронического гепатита В. / Н. Т. Шапиева, Ж. Б. Понежева, В. В. Макашова, Х. Г. Омарова // Лечащий врач -2019.-№ 5.-С. 82-87. https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-hronicheskogo-gepatita-v
23. Опыт использования тилорона при вирусных заболеваниях с поражением печени у детей / Р. Ф. Махмутов, А. И. Бобровицкая, Б. А. Безкаравайный, Л. А. Захарова // Методические рекомендации. – Луганск, 2020. – 35 с. DOI:10.22627/2072-8107-2017-16-3-32-40
24. Volynets G.V. et al. Chronic hepatitis C in children in the Russian Federation: a multicenter study. Journal of Hepatology. 2017; V66 (1), 316 – 317.
25. Jonas MM, Squires RH, Rhee SM, Lin CW, Bessho K, Feiterna-Sperling C, Hierro L, Kelly D, Ling SC, Strokova T, Del Valle-Segarra A, Lovell S, Liu W, Ng TI, Porcalla A, Gonzalez YS, Burroughs M, Sokal E. Pharmacokinetics, Safety, and Efficacy of Glecaprevir/Pibrentasvir in Adolescents With Chronic Hepatitis C Virus: Part 1 of the DORA Study. Hepatology. 2020 Feb;71(2):456-462. doi: 10.1002/hep.30840.

26. Wirth S, Rosenthal P, Gonzalez-Peralta RP, et al. Sofosbuvir and ribavirin in adolescents 12-17 years old with hepatitis C virus genotype 2 or 3 infection. Hepatology 2017;66:1102–10.

27. Balistreri WF, Murray KF, Rosenthal P, et al. The safety and effectiveness of ledipasvir-sofosbuvir in adolescents 12 to 17 years old with hepatitis C virus genotype 1 infection. Hepatology 2017;66:371–8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9439969.

28. Aschenbrenner DS. Epclusa Approved For Children With Hepatitis C. Am J Nurs. 2020;120(7):26-27. https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2020/07000/epclusa_approved_for_children_with_hepatitis_c.27.

29. Cotter TG, Jensen DM. Glecaprevir/pibrentasvir for the treatment of chronic hepatitis C: design, development, and place in therapy. Drug Des Devel Ther. 2019 Jul 29;13:2565-2577. doi: 10.2147/DDDT.S172512.

1-ilova.

Surunkali virusli gepatitli bemorlar uchun

PARHEZ MASLAHATLARI

Ovqat va mahsulotlar nomi	**Diyeta № 5A**	**Ovqat va mahsulotlar nomi**	**Diyeta № 5A**
Non va un mahsulotlari	Oliy, bug‘doy unidan tayyorlangan, quritilgan yoki kechagi non	Shu, II nav undan tayyorlangan mahsulotlar	Yangi pishirilgan jaydari non, oshirilgan va shirin konditer mahsulotlari, qovurilgan gummalar
Sho‘rvalar	Vegetarian sabzavotli sho‘rvalar, makaron mahsulotlari bilan sutli sho‘rvalar	Shular, go‘shtning ikkinchi sho‘rvasida qaynatib tayyorlangan	Go‘shtli, baliqli, qo‘ziqorinli sho‘rvalar, okroshka, shovuldan tayyorlangan sho‘rvalar, yormali sho‘rvalar
Go‘sht va parranda	Yog‘siz mol, quyon go‘shti, terisiz tovuq go‘shti, kurka go‘shti kaynatilgan ko‘rinishda	Shular, yog‘siz qo‘y go‘shti, qaynatib pishirilgan go‘sht bo‘lagi, sutli sosiskalar	Yog‘liq sortidagi go‘shtlar, g‘oz, o‘rdak. Qovurilgan, dudlangan go‘sht, miya, jigar, buyrak, kolbasalar, konservalar
Baliq	Yog‘siz, suvda pishirilgan, parda tayyorlangan	Shular, ikra ham mumkin	Yog‘liq, dudlangan, sho‘r, qovurilgan, konservalar, baliq sho‘rva
Sutli mahsulotlar	Sut, yog‘siz tvorog va ulardan tayyorlangan ovqatlar, yog‘siz smetana	Sut, kefir, prostokvasha, o‘tkir bo‘lmagan pishloq	Qaymoqlar, yog‘li tvorog, o‘tkir va sho‘r pishloq
Donli mahsulotlar	Turli donli mahsulotlardan tayyorlangan ovqatlar, ayniqsa grechkali va ovsyankali	Shular	Dukkaklilar, tariq, turli bo‘tqalar. Surunkali gepatitni remissiya davrida faqat dukkaklilar
Sabzavotlar	Kartoshka, sabzi, lavlagi, qovoq, turli xil karamlar suvda qaynatilgan va parda pishirilgan holda, bodring, qovoqcha	Shular, nordon bo‘lmagan karamli salat, qaynatilgan piyoz, yangi uzilgan sabzavotlardan o‘simlik yog‘i qo‘shilgan salatlar, vinegret, dimlangan sabzavotlar	Qo‘ziqorinlar, dukkaklilar, karam, sholg‘om, redis, turp, shovul, piyoz, sarimsoq, tuzlangan, marinadlangan sabzavotlar
Mevalar, shirinliklar	Tarvuz, qovun, anor, limon, turli mevalar, (nordondan tashqari), xom, qaynatilgan, pishirilgan: kisel, jele, muss, kompot ko‘rinishida, quritilgan mevalar, asal, shakar, murabbo, marmelad, zefir	Shular	Shokolad, kremli konditer mahsulotlari, muzqaymoq

Ichimliklar	Limonli, sutli choy, yangi tayyorlangan mevali sharbatlar	Shular, yangi tayyorlangan sabzavotli sharbatlar, bug‘doy kepagidan tayyorlangan qaynatmalar	Kuchli kofe, kakao, gazlangan ichimliklar
Yog‘lar	Saryog‘ cheklangan, o‘simlik yog‘i mumkin	Shular	Mol, qo‘y yog‘i, tuzli qaymoqli yog‘lar (durda), margarin

2-ilova.

Gepatoprotektorlar

Preparat	Ta'sir qilish mexanizmi	Dozirovkasi	Chiqarish shakli
Essentsial fosfolipidlar (Fosfogliv, Essentsiale N va analoglari)	Lipidlar, oqsillar almashinuviga va jigarning dezintoksikatsion funktsiyasini normallashtiruvchi ta'sir ko‘rsatadi; jigarning hujayra strukturasini tiklaydi va saqlaydi; jigarda biriktiruvchi to‘qimalar shakllanishiga to‘sqinlik qiladi.	<5 yosh – ½ kaps. x 2 mahal sutkasiga, 5-10 yosh – 1 kaps. x 2 mahal sutkasiga, >10 yosh – 1 kaps. x 3 mahal sutkasiga.	Kapsula
Ademetionin (Geptral)	Antioksidant, bilvosita antixolestatik (membrana suyuqligi oqishi va toksik safro kislotalarini oltingugurtlanishini yaxshilovchi), detoksikatsiya qiluvchi ta'sirga ega, to‘qimalar regeneratsiyasini yaxshilaydi va fibroz hosil bo‘lishini sekinlashtiradi. Antidepressiv faollikka ega	>7 yosh – 400 mg 7-10 kun v\i, keyin 1 tabl. 1-2 mahal sutkasiga	Flakon 400 mg, tabl. 400 mg
Silimarin (Legalon va analoglari)	Antioksidant va bilvosita antifibrotik ta'sirga ega, oqsil sintezini kuchaytiradi, fosfolipid almashinuvini me'yor xolatiga keltiradi.	<3 yosh – 35 mg x 2 mahal sutkasiga, 3-10 yosh – 35-70 mg x 2 mahal sutkasiga, > 10 yosh – 70 mg x 3 mahal sutkasiga.	Draje 35 mg, 70 mg, kapsula 140 mg
Urosodezoksixoliy kislota (Ursofalьk Ursosan)	Gepatoprotektor. Safroning xolesterin bilan to‘yinishini pasaytiradi, safroda uning eruvchanligini oshiradi va undagi o‘t kislotalarining tarkibini oshiradi. Xoleretik, antiapoptik va bilvosita antifibrotik ta'sirga ega.	10 mg/kg tana vazniga 1 mahal sutkasiga uxlashdan oldin.	Kapsula 250 mg
Gepabene	Antioksidant, membranostabili-zator, antitoksik ta'sirga ega, spazmolitik va og‘riq qoldiruvchi xususiyatga ega. Safro oqishi va sekretsiyasini me'yorlashtiradi.	<5 yosh – ½ kaps. x 2 mahal sutkasiga, 5-10 yosh – 1 kaps. x 2 mahal sutkasiga, >10 yosh – 1 kaps. x 3 mahal sutkasiga.	Kapsula
Gepatofalk	Antioksidant, membranostabili-zator, antitoksik ta'sirga ega. Spazmolitik, o‘t haydovchi, og‘riq qoldiruvchi, yallig‘lanishga qarshi, bakteritsid va i bakteriostatik faollik xususiyatiga ega.	<5 yosh – ½ kaps. x 2 mahal sutkasiga, 5-10 yosh – 1 kaps. x 2 mahal sutkasiga, > 10 yosh – 1 kaps. x 3 mahal sutkasiga.	Kapsula
Artishok barglari ekstrakti (Xofitol)	Gepatoprotektor, xolespazmolitik, xoleretik, antioksidant, yallig‘lanishga qarshi ta'sirga ega, yog‘lar almashinuvini yaxshilaydi.	1 tomchi bolaning yoshiga ko‘ra 2 mahal sutkasiga ovqatdan bir soat keyin	Flakon, 100 ml

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASI BO’YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI

2. Asosiy qism

Kirish

Virusli etiologiyali surunkali jigar kasalliklari muammosi uning keng tarqalishi (dunyoning geografik zonalariga qarab 3% dan 47% gacha), surunkali kasalliklarga eng ko'p moyil bo'lgan aholi guruhlari - bolalar populyatsiyasining zararlanishi (95 gacha), yuqori xarajat va davolashning cheklangan samaradorligi, shuningdek keyingi 20 yil ichida kasallikning progressiv shakllarining - siroz (30-70%) va jigar saratoni (5-42%) ning sezilarli darajada oshishi bilan bog'liq. Bu bemorlarning hayot sifatining pasayishiga, erta nogironlik va o'limga olib keladi (barcha bolalar o'limining 2,7-5,4%) https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni

Surunkali virusli gepatitning og'ir shakllari bilan og'rigan bemor bolalar 15-20% hollarda jigar transplantatsiyasini amalga oshirishga muhtoj, ammo bir qator sabablarga ko'ra (ijtimoiy va tibbiy-biologik) bu usulni qoniqarli deb hisoblash mumkin emas, chunki 80% hollarda qayta infektsiya rivojlanadi va 38,4% hollarda retransplantatsiya talab etiladi, bu esa bemorning omon qolishini sezilarli darajada kamaytiradi https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1009799.

Ko'pgina virusga qarshi preparatlar bolalarda cheklangan qo'llanilishi, virusologik o'zgaruvchanlik ko'rinishidagi ehtimoliy salbiy oqibatlar - viruslarning mutatsiyalari (HBV, HCV, HDV) va immunitet tizimining past tolerantligi tufayli, bu boradagi yutuqlarni ham qoniqarli deb bo'lmaydi, bunda virusga qarshi terapiya fonida patologik jarayonning qayta faollashishi 90% gacha yetishi mumkin https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detei_01. Bu faktlarning barchasi bemor bolalarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam va tibbiy xizmat sifatini oshirish maqsadida yuqoridagi muammolarni hal qilish uchun surunkali gepatitni tashxislash, davolash va oldini olishning yangi usullarini ishlab chiqishga undaydi.

Ta'rif:

Surunkali virusli gepatit - surunkali diffuz jigar kasalligi bo'lib, gepatotrop (B, C, Д, G, TTV) viruslarning yallig'lanish va degenerativ genezli persistentsiyasi natijasida gepatotsitlarning yallig'lanish, nekroz, degeneratsiya, lobular tuzilishi saqlanib qolgan fibrozi kabi morfologik belgilar bilan namoyon bo'lib, 6 oydan uzoq davom etadi https://www.natap.org/2022/HBV/Hepatology2018TerraultUpdateonpreventiondiagnosiandeatment%20ofchronichepatitisBAASLD2018hepatitis

Klinik tasnifi. Surunkali gepatitning Los-Anjeles tasnifi (1994) quyidagi mezonlarga asoslanadi:

Etiologiyasi bo'yicha

- Delta agentsiz surunkali virusli gepatit B (B 18.1)
- Delta agentli surunkali virusli gepatit B (B 18.0)
- Surunkali virusli gepatit C (B18.2)
- Boshqa surunkali virusli gepatit (B 18.8)
- Surunkali virusli gepatit, aniqlanmagan (B18.9)

HBV-infektsiyasi tabiiy kechishiga ko'ra patologik jarayon bosqichlari (5 fazaga ajratiladi):

- HBeAg – musbat surunkali HBV-infektsiya
- HBeAg – musbat surunkali gepatit B
- HBeAg – negativ surunkali HBV-infektsiya
- HBeAg – negativ surunkali gepatit B
- HBsAg – negativ HBV-infektsiya (okkul't gepatit B)

Ushbu tasnif 2017 yilda Yevropa jigar tadqiqotlari assotsiatsiyasi (EJTA) tomonidan qabul qilingan, chunki ilgari ishlatilgan bosqich nomlari immunologik ma'lumotlar bilan tasdiqlanmagan va virusga qarshi davolash uchun ko'rsatmalarni hal qiluvchi ahamiyatga ega emas. Tashhisni taklif etilayotgan yangicha shakllantirishda kasallikning surunkali xususiyatlari ikkita asosiy tavsiflashga asoslangan: infektsiya/gepatit.

Jadval 1.

Surunkali HBV-infektsiyali bemorlarda patologik jarayon bosqichlari tavsifi

Markerlar	**Jarayon bosqichlari / oldingi bosqich nomi**				
	HBeAg – musbat surunkali HBV-infektsiya /immunotolerant lik bosqichi	HBeAg – musbat surunkali gepatit B / immun reaktivlik bosqichi	HBeAg – negativ surunkali HBV-infektsiya /noaktiv tashuvchanlik	HBeAg – negativ surunkali gepatit B/ reaktivatsiya bosqichi	HBsAg – negativ latent (okkul't gepatit B)
HBeAg	+	+	-	-	-
HBeAb	-	-	+	+	-
DNK-HBV	+++	++	+	++	-
AlAT	N	>N	N	>N	N/>N
HBsAg/ HBsAb	+/-	+/-	+/-	+/-	-/±
HBcAb	+	+	+	+	+

Faollik darajasiga ko'ra **-** klinik, biokimyoviy, virusologik, instrumental va morfologik ma'lumotlar asosida aniqlanadi:

- Minimal
- O‘rtacha
- Yuqori

Surunkali gepatit bosqichiga ko'ra

- 0 - fibroz yo'q
- 1 - engil periportal fibroz
- 2 - porto-portal septa bilan o'rtacha fibroz

● 3 - porto-markaziy septalar bilan ifodalangan fibroz
● 4 - jigar sirrozi

Fibroz darajasi morfologik materialni o'rganish natijalari asosida baholanadi. So'nggi yillarda fibroz darajasini invaziv bo'lmagan usul - jigar elastometriyasi (ultratovush yoki magnit aks sado) va laboratoriya parametrlari to'plamining natijalari asosida baholash mumkin.

Virus faollik bosqichiga ko'ra

• *Replikativ* (agar HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK aniqlansa), ular yo'qligida-*replikativ bo'lmagan* («faol emas» - SGC uchun; «integrativ» - SGB uchun).

• ***Virusli yuklama darajasi:***
Kam - 2 x 10^5-10^6 nusxa / ml
O'rtacha - 10^6 - 5x10^6 nusxa / ml
Yuqori - 5x10^6 - 2,5x10^7 nusxa / ml
Juda yuqori – > 2,5x10^7 nusxa/ml

• ***Genotip:*** HCV (1a, 1b, 2a, 2b, 3a, 4 va boshqalar); HBV - (A, B, C, D, E, F, G va H); HDV (1, II, III). C virusi uchun genotipni aniqlash majburiy tadqiqotdir, chunki u davolash taktikasini belgilaydi.

• ***HBV* shtammi** (“yovvoyi” HBeAg-pozitiv yoki “mutant” HBeAg-negativ).

• ***HCV subtiplari:*** 1a, 1b va 1c; 2a, 2b, 2c va 2d; 3a, 3b, 3c, 3d, 3e va 3f; 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f, 4h, 4i va 4j; 5a; 6a.

• ***HDV subtiplari:*** 1a, 1b, 1c; 2a, 2b; 3

3. Diagnostika va davolash usullari, yondashuvlari, jarayonlari

PLAZMAFEREZ - bu qon plazmasi yoki uning tarkibiy qismlarini ekstrakorporal olib tashlash, qaytarish yoki almashtirishni o'z ichiga olgan terapevtik aralashuv.

Maqsad - aberrant oqsillarni (normadan chetga chiqadigan) yoki antitanachalarning tanada to'planishini va tananing ayrim tizimlariga hujum qilish qobiliyatini oldini olish uchun ularni olib tashlash.

Qo'llash mumkin bo'lmagan absolyut holatlar.

- markaziy chiziqqa yoki katta diametrli periferik liniyalarga kirishning yo'qligi;
- gemodinamik beqarorlik yoki septitsemiya;
- yangi muzlatilgan plazma yoki almashtiriladigan kolloid/albuminga ma'lum allergiya;
- geparinga ma'lum allergiya;
- oshqozon yara kasalligi.

Nisbiy qarshi ko‘rsatmalar

- gipokalsemiya (muolaja davomida antikoagulyant sifatida sitratdan foydalanishni cheklaydi);
- oxirgi 24 soat ichida ishlatilgan angiotenzinga aylantiruvchi ferment (ACE) inhibitori;

Ko'rsatmalar. Terapevtik plazmaferezga asosiy ko'rsatmalar: og'ir immunitet buzilishlari, metabolik kasalliklar, og'ir va progressiv kasallik, yon ta'siri yoki asoratlari, shuningdek standart terapiyaning samarasizligi:

- hayot uchun xavfli bo'lgan bilirubin darajasining sezilarli darajada oshishi, obstruktiv sariqlik bilan o'tkir gepatit;
- surunkali virusli gepatit, yuqori faollik darajasi https://elibrary.ru>item
- surunkali diffuz jigar kasalliklari;
- dastlabki bosqichda jigar sirrozi;
- jigar etishmovchiligi;
- jigar ensefalopatiyasi;
- autoimmun gepatit (surunkali faol shakl);
- Vilson kasalligi (fulminant);

- Jigar transplantatsiyasi: desensibilizasiya.

Plazmaferezni amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar.

Jarayon maxsus kasbiy tayyorgarlikdan so'ng gepatolog tomonidan amalga oshiriladi. Hajm yo'qolishi, gipokalsemiya va yangi muzlatilgan plazma quyish asoratlarini baholash uchun protsedura davomida bemorning hayotiy belgilarini diqqat bilan kuzatib borish tavsiya etiladi. Jarayonning sifati va xavfsizligini ta'minlash.

Plazmoferezga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari:

Plazmaferez bir-ikki soatdan ortiq davom etmaydi. Bu tozalanadigan qonning usuli va hajmiga bog'liq. Bemorni maxsus tayyorlash talab qilinmaydi, ammo kontrendikatsiyalarni istisno qilish uchun minimal laboratoriya testlarini o'tkazish kerak - bu klinik qon tekshiruvi, koagulogramma (XNN, FQTV, fibrinogen, protrombin, D-dimer), biokimyoviy qon testi (AlAT, AsAT, umumiy va to'gri bilirubin, umumiy oqsil va albumin, kaltsiy, kreatinin, mochevina), qon guruhi va Rh omili.

Plazmaferezga qo'yiladigan talablar:

Santrifugaga asoslangan asbob-uskunalar yordamida plazmaferez bosqichlarini ta'minlash:

1. Dastlab, markaziy venoz kateterdan taxminan 3-5 ml qon chiqariladi.
2. To'liq gemogramma, kaltsiy va fibrinogen miqdori uchun dastlabki namunalar olingandan so'ng, u 5-10 ml geparinlangan sho'r suv bilan yuviladi.
3. Ikki lumenli kateter endi to'ldirish jarayonini boshlash uchun apparat trubasiga ulangan.
4. Apparat bemorning umumiy tana hajmini (TBV) va samarali plazma hajmini (bu TBV × (1 - gematokrit) ga teng) operator tomonidan kiritilgan balandlik va vaznga qarab hisoblab chiqadi.
5. Ishlatiladigan o'rnini bosuvchi mahsulot va uning kerakli hajmi (40-60 ml/kg) shifokor tomonidan aniqlanadi va mashinaga kiritiladi, buning asosida sentrifuga tezligi hisoblanadi.
6. Ajratilgan plazma qurilma tomonidan chiqariladi va qizil qon tanachalari almashtiriladigan suyuqlik bilan birga bemorga qaytariladi.
7. Jarayondan so'ng, naychalar geparinlangan sho'r suvga ulanadi va reinfuziya boshlanadi.
8. Plazmaferezdan keyingi qon yana fibrinogen va kaltsiy uchun topshiriladi va markaziy venoz kateterlarning lümenleri yuviladi.

Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar:

Plazmaferez uchun bemorning maxsus tayyorgarligi talab qilinmaydi. Biroq, markaziy chiziqni kiritishda lokal anestetik talab qilinishi mumkin. Odatda bu maqsadda 2% lidokain in'ektsiyalari qo'llaniladi. Pediatrik bemorlarda og'riq va xavotirni nazorat qilish uchun opioidlar va benzodiazepinlar bilan sedasiya ko'rib chiqilishi mumkin.

Bemor plazmaferez uchun orqa tomonida joylashgan;

Jarayon davomida qon oqimini etarli darajada ushlab turish uchun markaziy venoz kirish joyiga qarab, ayniqsa bo'yinning joylashishini sozlash mumkin.

Jarayon yoki aralashuvning samaradorligi ko'rsatkichlari:

Patologik jarayonni barqarorlashtirish.

GEMOSORBTSIYA - bu maxsus sorbent (selektiv, noselektiv) orqali butun qonni perfuziyaga asoslangan ekstrakorporal gemokorreksiya usuli.

Maqsad - organizmda to'planishining oldini olish uchun bemorning qonidan endogen va ekzogen tabiatli patogen moddalarini olib tashlash.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar.

- past bosim;
- tez-tez va og'ir qon ketish;
- qon ivishining yomonligi;
- o'tkir bosqichda yurak yoki o'pka etishmovchiligi;
- yaxshi qon aylanishi uchun qon hajmining etarli emasligi;
- gemodinamik buzilishlar;
- jigar sirrozi (dekompensatsiya bosqichi, Child-Pugh C klassi).

Ko'rsatmalar.

- surunkali va o'tkir jigar etishmovchiligi https://elibrary.ru>item;
- jigarning toksik shikastlanishi (obstruktiv sariqlik bilan, o'smaga qarshi dorilar bilan jigarni shikastlanishi);
- dori vositalarining (gormonlarning) haddan tashqari dozasi yoki haddan tashqari ta'siri;
- qon yopishqoqligining sezilarli darajada oshishi (aterogen lipoproteidlar darajasining oshishi, antikoagulyantlardan to'gri foydalanishning etishmasligi) va tromboz xavfining oshishi;
- qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda uzoq muddatli insulinresistentligi;

Gemosorbtsiyani amalga oshiradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar.

Jarayon maxsus kasbiy tayyorgarlikdan so'ng gepatolog tomonidan amalga oshiriladi, uning majburiyatlari protseduraning sifati va xavfsizligini ta'minlashni o'z ichiga oladi; samarali terapevtik rejimni tanlash va reabilitatsiya tadbirlarini ishlab chiqish. Hajm yo'qolishi, gipokalsemiya va yangi muzlatilgan plazma transfüziyasi asoratlarini baholash uchun protsedura davomida bemorning hayotiy belgilarini diqqat bilan kuzatib borish tavsiya etiladi.

Gemosorbsiyaga tayyorgarlik ko'rishda asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari:

• jigarni perkussiya va palpatsiya qilish, EKG;
• psixo-emotsional holatni tekshirish;
• trombotsitlar, biokimyo (AlAT, AST, umumiy va to'g'ri bilirubin, kreatinin, mochevina, umumiy oqsil, kaltsiy), koagulogrammalar, qon guruhi va Rh omil bilan klinik qon tahlilini o'rganish.

Gemosorbtsiyaga qo'yiladigan talablar. Bosqichlarga muvofiqligi:

A) Tayyorgarlik. Bemorning tanasini har tomonlama tekshirish o'tkaziladi; Qonni tozalash bosqichi. Buning uchun maxsus jihozlar qo'llaniladi. Bemor kushetkaga yotadi. Tomirlar kolonkaga ulangan, uning ichida sorbent mavjud. Bir tomirdan qon ichi bo'sh naychalardan o'tib, kolonkaga kiradi. Toksinlar va boshqa zararli komponentlar sorbent yuzasida qoladi. Sof qon tanaga boshqa tomir orqali kiradi. Nasos jarayoni maxsus nasos yordamida amalga oshiriladi. Bir-ikki soat ichida taxminan 9 litr qon tozalanadi.

B) Yakuniy. Shifokor bemorning ahvolini kuzatib boradi. Bosim, puls, nafas olish darajasini nazorat qiladi. Agar kerak bo'lsa, dori-darmonlarni buyuradi.

Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar. Qonning ekstrakorporeal gemosorbsiyasi maxsus jihozlangan steril xonada amalga oshiriladi, bu erda barcha sanitariya-epidemiologiya qoidalariga qat'iy rioya qilinadi. Bemor qulay kushetkada yotadi.

Keyingi harakatlar:

• terini antiseptik bilan tozalash;

• geparinni tomir ichiga yuborish (tromb shakllanishiga to'sqinlik qiladi);

• bilak venaga qon quyish tizimiga ulangan igna kiritiladi.

Jarayon yoki aralashuvning samaradorligi ko'rsatkichlari. Patologik jarayonni barqarorlashtirish.

JIGAR BIOPSIYASI (JB) – morfologik usul bo‘lib, uning davomida a'zo tuzilishini va uning shikastlanish xususiyatini o‘rganish uchun jigar to‘qimasining bir qismi olinadi. Bu usul invaziv muolajalar sirasiga kirali va jigarda patologik jarayonni tashxislash uchun "oltin" standart hisoblanadi.

Bizning bolalar gepatologiyasi amaliyotida ko'p yillik tajribamiz (1981 yildan beri) shuni ko'rsatadiki, JB jigar ichki magistral tomirlari zararlanishi oqibatida qon ketish, safro peritoniti, subkapsulyar gematoma ko'rinishidagi asoratlar xavfi tufayli, ayniqsa, bolalarda to o'limgacha (0,13% -0,33% hollarda) bir qator jiddiy muammolarni keltirib chiqarishi mumkin. Bundan tashqari, namuna olishda xatolik kontekstida materialni olishda xatolar - sampling error (olingan mahalliy to'qima xususiyatlarining jigardagi umumiy jarayonga mos kelmasligi), 20-30% hollarda tashxisdagi nomuvofiqlik JB natijalarini talqin qilish tufayli, og'riq va psixogen sindrom https://translated.turbopages.org/proxy_u/en-ru

Hozirgi vaqtda bolalarda JBga muqobil sifatida biz elastometriya/grafiyani tavsiya qilamiz, uning afzalligi, yuqori informativligi (sezuvchanlik - 92,5-96%, o‘ziga xoslik - 85%), jigardagi patologik jarayonni va skrining tekshiruvlarini statsionar va ambulator ravishda nazorat qilish imkoniyatiga ega https://cyberleninka.ru/article/n

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей // Учебник 3-е издание.- 2022. ISBN978-5-9704-7032-9. https://www.troykaonline.com>Infektsionnoybolezni
2. World Health Organization. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ [Electronic resource]. 2020. № July. P. 1–8. URL: (accessed: 19.06.2021) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en
3. Rosen H.R. Single-cell transcriptomic analyses of T cells in chronic HCV-infected patients dominated by DAA-induced interferon signaling changes / PLOS PATHOGENS // Published: August 9, 2021. https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1009799.
4. Шамшева О.В. и др. Парентеральные вирусные гепатиты у детей: учебное пособие // Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 108 р. ISBN 978-5-88458-523-2 https://rsmu.ru/fileadmin/templates/DOC/Faculties/PF/Child_inf_diseases/Parenteralnye_virusnye_gepatity_u_detei_01.
5. Norah A Terrault, Anna S F Lok, Brian J McMahon. Update on prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B // AASLD, 2018. PMID: 29405329 PMCID: PMC5975958 DOI: 10.1002/hep.29800.

https://www.natap.org/2022/HBV/Hepatology2018TerraultUpdateonpreventiondiagnosiandeatment%20ofchronichepatitisBAASLD2018hepatitis

6. С.И. Пиманов. Лечение декомпенсированного цирроза печени. Часть III. Острая печеночная недостаточность на фоне хронической / Sergey I. Pimanov // Gastroenterology. Surgery. Intensive care. Consilium Medicum. 2019; 3: 7–10. https://elibrary.ru>item

“BOLALARDA SURUNKALI VIRUSLI GEPATITLAR” NOZOLOGIYASI BO’YICHA TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

2. Asosiy qism

Kirish.

Surunkali virusli gepatitlar deyarli barcha joyda tarqalganligi (dunyoning geografik zonalariga qarab 3% dan 47% gacha), jigar sirrozi (30-70%) va gepatotsellyulyar saraton (5-42%) xavfi, va bu patologiya bolalar nogironligi va o'limining sabablaridan biri (barcha bolalar o'limi holatlarining 2,7-5,4%) ekanligi tufayli bolalar va o'smirlardagi jigar kasalliklari tarkibida muhim o'rin tutadi https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(17)30185-X/fulltext Ushbu klinik protokol surunkali virusli jigar patologiyasi bilan kasallangan 18 yoshgacha bo'lgan bemor bolalar va o'smirlarni davolashning profilaktikasi va izchil taktikasini amalga oshiruvchi amaliyot shifokorlar uchun uslubiy qo'llanmadir**.** Protokol kasallikning jadallashuvini oldini olish, umumiy somatik salomatlikni saqlash va hayot sifatini yaxshilash maqsadida bemor bolalarni klinik ko'rikdan o'tkazish bosqichlarini amalga oshirish bo'yicha diagnostika, davolash va profilaktika choralarini o'z ichiga oladi.

Ta'rif.

Profilaktik gepatologiya - bu jigar kasalliklarining rivojlanishi va jadallashuvini oldini olishga qaratilgan bosqichma-bosqich (birlamchi, ikkilamchi, uchinchi darajali) profilaktika choralari majmui bo'lib, u infektsiya manbasiga, patogenning oilaviy va jamoaviy yuqish yo'llarini uzishga va aholining virusga qarshi immunitetini oshirishga va SVG kechshini yaxshilashga qaratilgan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm

Profilaktika turlari.

• *Birlamchi profilaktika* - ekologik va sanitariya-gigiyena skriningini o'tkazish va surunkali gepatit bilan kasallangan bemor bolalarning organizmiga zararli omillarning ta'sirini kamaytirish bo'yicha chora-tadbirlar ko'rish (atmosfera havosi, ichimlik suvi sifatini, ovqatlanishning tarkibi va sifatini, mehnat va yashash, dam olish sharoitlarini yaxshilash, psixososyal stress darajasi va hayot sifatiga ta'sir qiluvchi boshqa omillar).

• *Ikkilamchi profilaktika* - ma'lum sharoitlarda (immunitetning pasayishi, haddan tashqari kuchlanish, moslashishning buzilishi) bolalarda surunkali gepatitning zo‘riqishiga olib keladigan salbiy xavf omillarini bartaraf etish bo'yicha chora-tadbirlar majmuasini amalga oshirish.

• *Uchinchi darajali profilaktika* - to'liq yashash qobiliyatini yo'qotgan og'ir nogiron bemorlarni (nogironlarni) reabilitatsiya qilish bo'yicha kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish.

• *Skrining* - kasallik va/yoki xavf omillari borligiga shubha qilingan shaxslarda yuqori sezgir “tezkor” testlar, tahlillar yoki boshqa muolajalar yordamida surunkali gepatitning yashirin (okkult) shakllarini aniqlash bo‘yicha tadbirlar o‘tkazish.

Profilaktika usullari va tartibi

Profilaktikaning maqsadi – kasallikning progressiv shakllari shakllanishini oldini olish, surunkali gepatitning asoratlari va salbiy oqibatlari xavfi; infektsiya tarqalishining oldini olish,

xavf omillarining ta'sirini bartaraf etish va kamaytirish, aholining kasallanish darajasini kamaytirish.

Surunkali virusli gepatitning **birlamchi profilaktikasi** quyidagi tadbirlarni o'z ichiga oladi:

● surunkali virusli gepatit rivojlanishi va kechishiga salbiy omillarning ta'siri hamda uni pasaytirish imkoniyatlari to'g'risida aholining barcha toifalarining bilim darajasini oshirishga qaratilgan doimiy axborot-tashviqot tizimini yaratish;

● gigienik ta'lim va sog'lom turmush tarzini shakllantirish;

● Somatik va aqliy rivojlanish kasalliklarni oldini olish choralari

• *Maxsus profilaktika* – infektsiya turiga qarab, "aloqada bulgan" va kasal bolalarni HBV va HAVga qarshi emlash:

- Remissiya davridagi surunkali gepatit (HBV, HCV, HDV) bilan og'rigan barcha bemorlarga gepatit A ga qarshi vaktsinani 6 oydan 18 oy oralab 2 dozada yuborish tavsiya etiladi. U qat'iy ravishda tibbiy muassasa sharoitida (OP, SES, emlash markazlari, MTR) amalga oshiriladi.

• *Nospesifik profilaktika* quyidagi yo'llar bilan amalga oshiriladi:

- infektsiya manbalarini faol aniqlash (infektsiya xavfi yuqori bo'lgan va/yoki alohida epidemiologik ahamiyatga ega bo'lgan shaxslarni tekshirish);

- HBsAg, HCV-Ag, HDV-Ag tashuvchisi bo'lgan homilador ayollardan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gepatit viruslari bilan kasallanishning oldini olish;

- rekonvalesentlar, virus tashuvchilari va surunkali virusli gepatit bilan og'rigan bemorlarning oila a'zolarining infitsirlanishini oldini olish.

- sun'iy yuqish mexanizmini cheklash (faqat hayotiy ko‘rsatmalarga ko'ra qon quyish, invaziv tekshirish usullarining asosliligi, bir martalik asboblardan foydalanish, tibbiy asboblar va asbob-uskunalarni sterilizatsiya qilish rejimlariga qat'iy rioya qilish, tibbiyot xodimlarining himoya vositalari);

- SVG va O'VG bilan kasallangan bolalarni davolashda virusni to'liq eliminatsiyasiga erishish.

- Birlamchi profilaktika tibbiyot muassasalari, maktabgacha ta’lim muassasalari, maktablar va mahalla qo‘mitalari xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

Skrining. Infitsirlanish fakti IXLA va / yoki IFA usullari bilan tasdiqlanadi: HBsAg (Gepatit B); HCV-Ab (gepatit C - shubhali natijalar bo'lsa, qo'shimcha ravishda immunoblot o'tkaziladi). Natija ijobiy bo'lsa, to'liq marker spektrini, shu jumladan PZRni tekshirish kerak.

Ehtimoliy talqinlar:

Ijobiy natija: O'VG rekonvalessensiyasi, HCV bilan kasallangan onalardan tug'ilgan bolalarda HCV-Ab ning cirkulatsiyasi, transfuziyadan keyingi persistentsiya/infeksiya;

Salbiy natija: gepatit virusili infektsiyaning yo'qligi, inkubatsiya davrining birinchi 4-6 haftasi, surunkali gepatit kechshining seronegativ varianti, immunosupressiv terapiya natijasi (AIG, transplantatsiyadan keyingi davr).

Skrining tekshiruvi tibbiy muassasada tibbiy xodimlar tomonidan kerak bo'lganda o'tkaziladi.

Surunkali gepatitning **ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikasi** quyidagi faoliyat turlarini o'z ichiga oladi:

● *Maqsadli sanitariya-gigiyena ta'limi,* shu jumladan individual va guruh bo‘yicha maslahatlar berish, bemorlar va ularning oila a'zolarini surunkali gepatit va uning asoratlari bilan bog‘liq bilim va ko‘nikmalarga o‘rgatish (yuqtirish yo‘llari, HAV va HBV ga qarshi emlash, kasallikning rivojlanish omillarini istisno qilish/tuzatish va h.k.).

● salomatlik holati dinamikasini, surunkali gepatitning kechishini baholash maqsadida og‘ir bemorlarni *dispanser tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish*, tegishli sog‘lomlashtirish, davolash va reabilitatsiya tadbirlarini o‘tkazish maqsadida doimiy kuzatuvlar o‘tkazish;

● *Profilaktik davolash va maqsadli sog'lomlashtirish,* shu jumladan parhez ovqatlanish, jismoniy tarbiya, tibbiy massaj va sog'lomlashtirishning boshqa terapevtik va profilaktik usullari, sanatoriy-kurort davolash;

● Kasallik holatidagi vaziyatning o'zgarishiga *tibbiy-psixologik moslashish,* organizmning o'zgargan imkoniyatlari va ehtiyojlariga nisbatan to'g'ri idrok va munosabatni shakllantirish.

● *qoldiq mehnat qobiliyatini* va ijtimoiy muhitga moslashish qobiliyatini saqlab qolish.

● Xavf omillarining ta'sir darajasini pasaytirishga va bemor nogironlarning hayotini maqbul darajada ta'minlashga qaratilgan davlat tibbiy-ijtimoiy chora-tadbirlarini amalga oshirish.

Ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktika oila shifokori, OP lardagi umumiy amaliyot shifokori, QVP, TTB, statsionar va reabilitatsiya markazlarida gepatolog tomonidan amalga oshiriladi.

Dispanserizatsiya (reabilitatsiya) usullari va tartibi

Dispanserizatsiya (reabilitatsiya) dan maqsad - bemor bolalarda surunkali gepatitning kechishini dinamik kuzatish va nazorat qilish, jigarda patologik jarayonning zo‘riqishi va jadallashuvini, asoratlar rivojlanishining oldini olish hamda umr ko‘rish sifati va davomiyligini yaxshilashdan iborat.

Dispanserizatsiya (reabilitatsiya) uchun ko'rsatmalar

- Surunkali virusli gepatitning zo‘riqish bosqichi;
- Surunkali virusli gepatitning remissiya bosqichi;
- Surunkali gepatitning yashirin shakllari;
- HBsAg surunkali tashuvchilari;
- Surunkali gepatitning asoratlari (gemorragik sindrom, jigar ensefalopatiyasi);
- Surunkali gepatit tufayli kelib chiqqan ko'p a'zolar etishmovchiligi;
- Surunkali gepatit bilan kasallangan bolalarning ijtimoiy dezintegratsiyasi.

Profilaktikani amalga oshirishni, reabilitatsiya muolajalarining bosqichlari va hajmini aniqlash mezonlari (dispanser tekshiruvi) (xalqaro standartlarga muvofiq)

JSST mezonlari (2013) Funktsionallik, nogironlik va salomatlikning xalqaro tasnifiga (ICF: b510-b539) muvofiq quyidagilardan foydalanishni taklif qiladi:

- Tanadagi buzilishlarni miqdoriy baholash uchun universal shkala:

0 daraja (buzilishlar yo'q: 0-4%),

1 daraja (engil buzilishlar: 5-24%),
2 daraja (o'rtacha buzilish: 25-49%),
3 daraja (og'ir buzilishlar: 50-95%),
4 daraja (mutlaq buzilishlar: 96-100%).

- "ICF-reader" reabilitatsiya tashxisi bilan ishlash dasturlari;
- JSST so'rovnomasi "ICF Checklist";
- JSST nogironlik reytingi shkalasi 2.0

http://who-fic.ru/icf/
https://www.icf-core-sets.org/en/page1.php
https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26232214
https:www.1spbgmu.ru
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925452/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24856787/
https://www.who.int/classifications/icf/icfchecklist.pdf
https://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_36itemsSELF.pdf

Dispanserizatsiya (reabilitatsiya) bosqichlari va hajmi

***Birinchi bosqich -** ambulatoriya tekshiruvi, davolash va klinik kuzatuv yashash joyidagi tibbiyot muassasalarida (OP, MTP, SHM, respublika markazlari KP qoshidagi gepatologiya xonalarida) amalga oshiriladi. Har 3-6 oyda bir martta.

Bemorni olib borish taktikasi:
- kengaytirilgan UQT trombotsitlar bilan, UST, koprologiya
- ALT, AST, umumiy va to'g'ri bilirubin;
- Jigar, taloq va o't pufagining ultratovush tekshiruvi;
- virusning marker profili (agar imkoniyat bo'lmasa, protsedura keyingi bosqichda amalga oshirilishi kerak);

Ko'rsatmalarga ko'ra:
- surunkali infektsiya o'choqlarini sanatsiya qilish;
- degelmintizatsiya ishlarini olib borish;
- vitamin va mineral tarkibni korrektsiyasi
- fon (yondosh) kasalliklarni davolash.

* Birinchi navbatda klinik zo'riqishli surunkali gepatit bilan og'rigan bemor bolalarni qo'shimcha tekshirish va davolash uchun maxsus bo'limlarga yuborish kerak.

Ikkinchi bosqich - shifoxona sharoitida (OIB, SHM, respublika muassasalari) individual terapevtik tadbirlar majmuasini amalga oshirish.

Nazorat va diagnostika tekshiruvi quyidagilarni o'z ichiga oladi:
- trombotsitlar bilan kengaytirilgan UQT, UST, koprologiya;
- Funktsional jigar testlari (AlAT, AsAT, umumiy oqsil, oqsil fraktsiyalari, mochevina, kreatinin, IF, GGTP, PTI, ferritin, xolesterin, seruloplazmin*, qalqonsimon bez gormonlari*, diastaza*);
- Jigar, taloq va o't pufagining ultratovush tekshiruvi, jigar elastometriyasi (fibroskan).

- Virus faolligining replikativ yoki integrativ (inaktiv) bosqichlarini aniqlash uchun virusning marker profili (IXLA, PZR);

Ko'rsatmalarga ko'ra:

- IFN - holati, virus genotiplari
- Jigar biopsiyasi
- Autoimmun markerlar
- Lipid spektri

Surunkali gepatit bilan kasallangan va AVT da bo‘lgan bemor bolalarni monitoring qilish taktikasi O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2018 yil 27 avgustdagi 542-sonli buyrug‘i tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi. https://riv.uz/deyatelnost/dokumenty/387.htm

Patologik jarayonning faolligini hisobga olgan holda surunkali gepatitli bolalarni kuzatish chastotasi:

Minimal faollikda - kuzatuvning birinchi yilida har 3 oyda bir martta, keyingi yiliga 1-3 martta (ko'rsatmaga ko'ra) tekshiruv.

O'rta faollikda - kasalxonadan chiqqandan keyin har 3 haftada jarayon barqarorlashguncha, keyin 1 martta /3 oy.

Yuqori faollikda - kasalxonadan chiqqandan keyin har 2 haftada jarayon barqarorlashguncha, keyin 1 marta /2 oy.

Uchinchi bosqich - ixtisoslashtirilgan bolalar muassasalarida davolanish, sanatoriy va kurortda davolanish.

- *ratsional harakat rejimi* - surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarga og'ir jismoniy faoliyat, yugurish, sakrash, og'irlik ko'tarish va sport bilan shug'ullanish, stressli mashg'ulotlar taqiqlanadi;
- Parhez - to'liq va muvozanatli ovqatlanish bilan №5 stol;
- Mineral suvlarni qabul qilish ehtiyotkorlik bilan amalga oshiriladi. Bikarbonat, xlor, natriy va kaltsiy ionlari mavjud bo'lgan past mineralizatsiyali suvlar tavsiya etiladi (Borjomi, Polyana Kvasova, Essentuki, Naftusya, Narzan). Suv iliq holda ichiladi (40°C);
- Klimatoterapiya - toza havoda kuniga 2-7 soat turish, tushdan keyin uxlash, xona harorati 20-22^{0}C da bemorni beligacha yalang'och holda quyoshga toblash.
- *Davolovchi mashqlar va davolovchi massaj*.
- *Dori-darmonlar bilan davolash* - vitamin komplekslari, gepatoprotektorlar - jigar faoliyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadigan dorilar, o'simlik dori vositalari va boshqalar;
- *Fizioterapiya* - magniy va kaltsiy bilan elektroforez, magnitoterapiya, umumiy vannalar, jigar sohasida sulfid, loy yoki parafin-ozokerit applikatsiyalari, balneoterapiya. Barcha fizioterapevtik muolajalar kasallikning klinik, biokimyoviy va virusologik remissiya bosqichida yumshoq usullardan foydalangan holda amalga oshirilishi kerak.

Tibbiy dispanserizatsiya darajasini ko'rsatish bilan diagnostika choralari

1.Dalillar darajasini ko'rsatish bilan asosiy diagnostika choralari:

- umumiy qon tahlili
- biokimyoviy qon testlari (AlAT, AsAT, umumiy bilirubin, to'g'ri bilirubin)

5C	Surunkali virusli gepatit bilan og'rigan barcha bemorlarga kasallikning og'irligini baholash va asoratlarni oldini olish uchun keng qamrovli (klinik) qon testini (shu jumladan leykotsitlar va trombotsitlar miqdorini tekshirish) o'tkazish tavsiya etiladi.

- molekulyar genetik tadqiqot usuli (PZR)
- serologik tadqiqot usullari (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcAb)

5C	Antigen profillarining doimiy serokonversiyasi, ya'ni, HBsAg ning qondan to'liq yo'qolishi va majburiy morfologik nazorat bilan ikki yil ichida HBsAb (zardob testlari va PZR) paydo bo'lishi.

- qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi
- Jigar elastometriyasi

5C	Kasallikning bosqichini baholash uchun qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (kompleks).
2A	Surunkali virusli gepatit bilan og'rigan bemorlarga kasallikning bosqichini baholash uchun jigar elastometriyasi tavsiya etiladi.

2. Dalillar darajasini ko'rsatish bilan qo'shimcha diagnostika choralari:
- umumiy siydik tahlili

5C	Surunkali virusli infektsiya bilan og'rigan barcha bemorlarga kasallikning ekstrahepatik ko'rinishlarini (buyrak shikastlanishi) istisno qilish uchun umumiy (klinik) siydik testini o'tkazish tavsiya etiladi.

- ezofagogastroduodenoskopiya
- kompyuter tomografiyasi
- MR - xolangiografiya
- vaqtinchalik elastografiya
- jigarning punktsion biopsiyasi

5C	Surunkali virusli gepatit va sirrozli bemorlarda qizilo'ngach varikozlarini baholash uchun ezofagogastroduodenoskopiyadan o'tkaziladi.
5C	Jigar kasalligi bilan og'rigan bemorlarga agar o'zgarishlarning mohiyatini aniqlash uchun jigarning fokal shikastlanishiga shubha bo'lsa, qorin bo'shlig'i organlarining kompyuter tomografiyasi yoki magnit-rezonans tomografiyasi tavsiya etiladi,

1A	Jigar kasalliklarini o'rganish bo'yicha Evropa assotsiatsiyasining so'nggi amaliy ko'rsatmalariga ko'ra, tranzient elastometriya jigar elastikligini o'lchash uchun standart noinvaziv test deb hisoblanishi mumkin (dalil darajasi - A1), virusli gepatitda (A1) yuqori ishonchlilikka ega, JNAYOK va boshqa surunkali jigar kasalliklarida (A1) bir oz kamroq ishonchli, fibrozning "ilg'or" bosqichlarini (A1) aniqlashdan ko'ra, sirrozni aniqlash uchun ko'proq sezgirlikka ega.
1A	Jigar biopsiyasi surunkali jigar kasalliklarini tashxislashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda, u oltin standart bo'lib xizmat qiladi.

https://cyberleninka.ru/article/n/modifitsirovannaya-shkala-renkina-universalnyy-instrument-otsenki-nezavisimosti-i-invalidizatsii-patsientov-v-meditsinskoy/viewer
https://iris.who.int>handle>9241545445_rus

Protokolning tashkiliy jihatlari:

Manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi xaqida ma'lumot: mualliflar manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi xaqida ma'lumot beradilar

Ekspertlar xaqida ma'lumot (respublika mutaxissislari):

Tuychiev Laziz Nodirovich - Virusologiya ITI direktor o'rinbosari, t.f.D., professor

Xudaykulova Gulnara Karimovna - TTA menedjment va ommaviy salomatlik kafedrasi mudiri, t.f.D., professor

Protokolni qayta ko'rish vaqti: 3-5 yil

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Иноятова Ф.И. Хронические вирусные гепатиты у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 1997.- 280с.
2. Иноятова Ф.И., Абдумаджидова Ш.У. Хронический вирусный гепатит дельта у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2006.- 304с.
3. Иноятова Ф.И. Хронический вирусный гепатит С у детей. // Ташкент: Изд. «Шарк», 2009.- 415с.