



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

20 24 yil "14-" iyun _____

№ -195

Toshkent sh.

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

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

1. Quyidagilar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vazir v.b.



A. Xudayarov



«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Вирусология ИТИ директори

Э.И. Мусабаев

“14” июн 2024 йил

**ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2024

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

**ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2024

Сурункали вирусли гепатит С билан касалланган беморларни даволаш бўйича миллий клиник протоколи:

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

Ишчи гуруҳ таркиби:

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

Тақризчилар:

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

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқишда қуйидаги халқаро қўлланаалардан фойдаланилган:

1. Гепатит С бўйича тавсияларни янгилаш. Жигар касалликларини ўрганиш бўйича Америка ассоциацияси. 2023 йил

Кейинги:

2023 IDSA / AASLD Hepatitis C Guidance

Ҳавола:

2023 Update: American Association for the Study of Liver Diseases– Infectious Diseases Society of America Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C Virus Infection.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciad319/7179952>

2. 2021 йилги жигарни ўрганиш бўйича CBГC Европа Ассоциациясини бошқариш бўйича кўрсатмалар

Кейинги:

2021 EASL recommendations on treatment of hepatitis C:

Ҳавола:

EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series – some issues.

[https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(20\)30548-1/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(20)30548-1/fulltext)

3. Болаларда ВГC ҳақида AASLD-IDSA кўрсатмалар. Гепатит С ни текшириш, бошқариш ва даволаш бўйича тавсияла. 2021

Кейинги:

2021 AASLD Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. HCV in Children

Ҳавола: HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. HCV in Children

<http://www.aasld.org/>

<https://www.hcvguidelines.org/unique-populations/children>

4. Сурункали гепатит С ни бошқариш бўйича кўрсатмалар Европа жигарни ўрганиш ассоциацияси 2016 йил

Кейинги:

2016 EASL recommendations on treatment of hepatitis C:

Ссылка:

EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series – some issues.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827816304895>

5. Сурункали гепатит С ни бошқариш бўйича кўрсатмалар Европа жигарни ўрганиш ассоциацияси 2018 йил

Кейинги :

2018 WHO Guidelines for the Care and Treatment of Persons Diagnosed with Chronic Hepatitis C Virus Infection

Ҳавола :

Guidelines for the care and treatment of persons diagnosed with chronic hepatitis C virus infection

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550345>

6. Сурункали вирусли гепатит С (2021). Клиник тавсиялар.

Кейинчалик, сурункали гепатит С учун клиник кўрсатмалар.

Ссылка https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/khronicheskij-virusnyj-gepatit-s-khvgs-u-vzroslykh_14028/

Далилларнинг ҳаққонийлик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Тавсияларнинг ишончилилик даражаларини баҳолаш шкаласи

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

Мундарижа

Таърифи.....	8
Сурункали вирусли гепатит С таснифи	9
Сурункали гепатит С ташхисоти	9
СВГС ташхисоти қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:.....	9
Лаборатор ташхисоти	11
Инструментал текширувлар.....	13
Сурункали гепатит Снинг ташхисоти ва даволаш алгоритми.....	16
СВГС даволаш	17
СВГС нинг дори воситаларисиз даволаш.....	17
СВГС ни дори воситалари билан даволаш	17
ГЦК билан оғриган беморларда этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари	27
Трансплантациядан кейинги даврда беморларга этиотроп даволашни	27
буюриш хусусиятлари	27
Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида сурункали гепатит Снинг кечиши.....	28
Болалар ва ўсмирлар учун этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари.....	29
Ўсмирлар ва болаларда ВГС ни даволаш	29
СВГС билан оғриган беморларнинг патогенетик терапияси	34
Диспансер кузатув.....	49
Сурункали гепатит С ни даволаш бўйича амалий кўникмаларнинг компетенциялари.....	51
СВГСни бошқариш бўйича билим компетенциялари	53
Илова	54

Қисқартмалар рўйхати

Anti-HCV	гепатит С вирусига қарши антитаналар
HBsAg	hepatitis B surface antigen, гепатит В вирусининг юзаки антигени
HCV	Hepatitis C virus , гепатит С вируси
NS 3/4A ингибиторлар	гепатит С ни учун вирусга қарши дорилар, гепатит С вирусининг NS 3 ва NS 4A ноструктуравий оксилларни блоклайди (J05AE протеаза ингибиторлари)
NS 5A ингибиторлар	гепатит С ни учун вирусга қарши дорилар, гепатит С вирусининг NS 5A ноструктуравий оксиллини блоклайди (J05AX протеаза ингибиторлари)
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
АФП	альфа фетопротеин
ВН	вирус юкламаси
ОИВ	Одамнинг иммунитет танқислиги вируси
ВВК	веналарнинг варикоз кенгайиши
ГГТ	гамма- глутамилтрансфераза
ГТ	генотип
ГЦК	гепатоцеллюляр карцинома
РНК	деоксирибонуклеин кислотаси
ХБ	халқаро бирлик
КХТ 10	Касалликларнинг халқаро таснифи, 10-тасвир
БТҚВҚД	бевосита таъсир қилувчи вирусга қарши дорилар
ВҚД	Вирусга қарши даво
РНК	рибонуклеин кислотаси
РКТ	рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
м/к	марта кунига
КФТ	коптокчалар фильтрация тезлиги
таб.	таблетка
УТТ	ультратовуш текшируви
БВЖ	барқарор вирусологик жавоб
СВГС	сурункали вирусли гепатит С
ЖЦ	жигар циррози

Таърифи

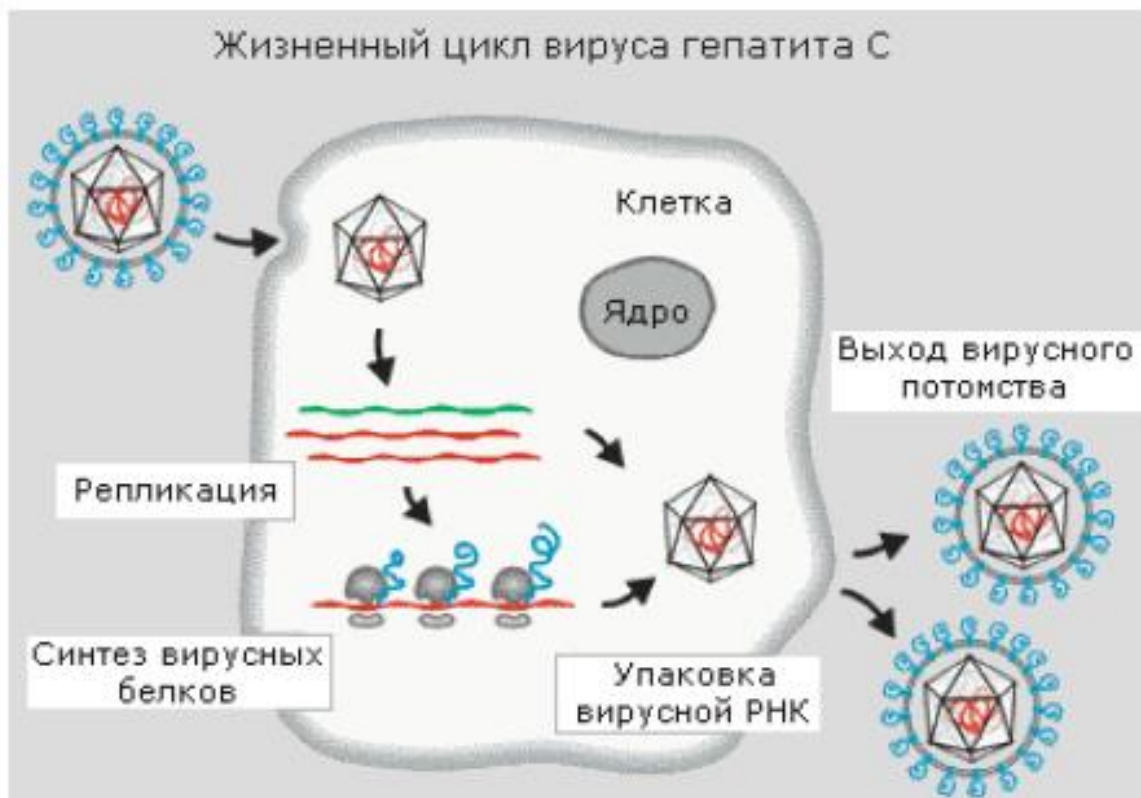
Сурункали вирусли гепатит С (СВГС) 6 ойдан ортиқ давом этадиган сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, гепатит С вирусини (ГСВ ёки HCV – Hepatitis C virus) юктирганлиги сабабли асосан жигар тўқимасининг шикастланиши билан оғир оқибатларга - цирроз (ЖЦ), жигар саратони (гепатоцеллюляр карцинома) ва ўлимга олиб келиши мумкин.

Патогенези

СВГС нинг энг муҳим патогенетик бўғинлари:

- Гепатит - бу жигар тўқималарининг яллиғланиши бўлиб, жигар биопсиясида яллиғланишсиз ўзгаришлар мавжудлиги билан тавсифланади. СВГС қўзғатувчиси HCV бўлиб, Flaviviridae оиласига мансуб кичик гепатотроп РНК вирусидир. Вирус ядро оқили (HCVcoreAg) ва бир занжирли (+) РНКдан ташкил топган нуклеокапсиддан иборат. Вирусли геноми 10 хил оқилни, шу жумладан, 3 та структуравий ва 7 та ноструктуравий (p7, NS2, NS3, NS4A, NS4D, NS5A ва NS5B) ни кодлайди.
- HCV инфекциясининг узок муддатли табиий кечиши турличадир: жигарнинг шикастланиши минимал некрояллиғланиши ўзгаришлардан кенг фиброз ва жигар циррози билан ёки гепатоцеллюляр карцинома (ГЦК) билан намоён бўлиши мумкин.

Сурункали гепатит С да вируснинг таъсири ва у келтириб чиқарадиган иммунологик реакциялар нафақат жигарга, балки бошқа аъзолар ва тўқималарга ҳам зарар етказди. Сурункали гепатит С да тизимли шикастланишлар концепцияси вируснинг жигардан ташқарида, айнан келиб чиқиши лимфоид ва лимфоид бўлмаган келиб чиқиши тўқималарда кўпайиш имкониятидир. Вируснинг иммунокомпетент хужайраларда (лимфоцитларда) кўпайиши уларнинг иммунологик функциясини бузилишига олиб келади.



1-расм. Сурункали вирусли гепатит С ҳаётий цикли

ХКТ-10/ХКТ-11 бўйича кодланиши

Сурункали вирусли гепатит С ХКТ-10 (B 18.2)	Сурункали вирусли гепатит С ХКТ-11 (1E51.1)
Сурункали вирусли гепатит С (B 18.2)	Сурункали гепатит С (1E51.1) https://icd.who.int/ru

Сурункали вирусли гепатит С таснифи

Сурункали вирусли гепатит С

Ташхисни шакллантириш тамойиллари

Сурункали вирусли гепатит С

Якуний ташхисни шакллантириш мисоли:

Сурункали вирусли гепатит С

Сурункали гепатит С ташхисоти

СВГС ташхисоти қуйидаги босқичларни ўз ичига олади:

-шикоятларни аниқлаш ва анамнезни йиғиш;

-холисона текшириш;

-лаборатор ва инструментал текширув усуллари: биринчи босқичда мунтазам ва текширувнинг иккинчи босқичида ўзига хос (кўрсатмаларга мувофиқ);

-жигардан ташқари белгиларни намоёнларни истисно қилиш;

-жигар ҳолатини баҳолаш.

Шикоятлар

Сурункали вирусли гепатит С кам белгили ёки белгисиз кечиши мумкин.

Сурункали гепатит С клиник белгиларсиз ёки минимал белгилар билан қуйидаги ўзига хос бўлмаган аломатлар билан кечади:

- чарчоқ;
- гриппга ўхшаш симптомлар;

- бўғимларда оғриқлар;
- қичишиш;
- уйқу ва иштаҳанинг бузилиши;
- кўнгил айнаши;
- депрессия (Бек шкаласидан фойдаланиб барча беморларда текширув ўтказиш).

Сурункали гепатит С жигардан ташқари кўринишлар билан боғлиқ бўлиши мумкин, масалан:

Эндокрин	Гипертиреоз Гипотиреоз Хашимото тироидити Қандли диабет
Гематологик	Аралаш криоглобулинемия Идиопатик тромбоцитопения Но-Ходжкин В лимфомаси Валденстрём макроглобулинемияси Апластик камқонлик
Сўлак безлари ва кўзларнинг шикастланиши	Лимфоцитар сиаладенит Шох парданинг яраси Увеит
Тери	Тери некротик васкулити Кечки тери порфирияси Қизил ясси темирлатки Мультиформ эритема Тугунли эритема Малакоплакия Эшак еми
Нерв-мушак бўғимлар ва	Миопатик синдром, периферик полинейропатия, Гиена-Барре синдроми, артрит, артралгиялар
Буйрак	Гломерулонефрит
Аутоиммун бошқалар ва	Интерстициал ўпка фибрози, ўпка васкулити, гипертрофик кардиомиопатия, CRST синдроми, антифосфолипид синдроми, аутоиммун гепатит 1 ва 2 тип, Бехчет синдроми, дерматомиозит

Анамнез

Касаллик анамнезни йиғишда вирусли гепатит С билан касалланиш учун хавф омилларининг кўрсаткичларини ҳисобга олиш керак

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

Физикал текширувлар

СВГС билан касалланган барча беморларда умумий кўрикда тери ва шиллик пардаларнинг иктерик бўялганлигининг аниқланиши. Жигар ва талоқ ҳажмини (катталишиши ёки кичрайиши) ва консистенциясини аниқлаш билан қоринни пайпаслаш. Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шишлар, геморрагик синдром) (класс/ишончлилик даражаси I C).

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

Лаборатор ташхисоти

Сурункали вирусли гепатит С га шубҳа қилинган барча беморлар қуйидаги серологик қон тестларидан ўтишлари керак (ИФТ, тезкор диагностика тестлари, қондаги ВГС РНК ПЗР) (класс/ишончлилик даражаси I C).

Қоннинг иммунофермент таҳлили:

Изоҳ: HCV инфекциясини скрининг қилиш ИФТ усули ёрдамида зардобда ёки плазмада HCV га қарши антитаналарни аниқлашга асосланган бўлиши керак (синф/ишончлилик даражаси I A).

HCV антитаналарига скринингни осонлаштириш ва тиббий ёрдам олиш имкониятини яхшилаш учун ИФТ ўрнига тиббий ёрдам кўрсатиш жойида зардоб, плазма, бармоқдан олинган қон ёки сўлакда тезкор диагностика тестларидан фойдаланиш мумкин. (класс/ишончлилик даражаси I A).

Реал вақт режимида полимераза занжир реакцияси (ПЗР):

Изоҳ: Сурункали HCV инфекциясида HCV РНК аниқланиши керак (синф/ишончлилик даражаси I A). Гепатит С вирусининг генотипини аниқлаш фақат сурункали HCV инфекцияси бўлган беморларга генотипга хос вирусга қарши даво режимини режалаштириш учун тавсия этилади. (синф/ишончлилик даражаси I A).

НСVга мусбат антитаначалар, НCV РНК-манфий, яқинда орттирилган НCV инфекциясига шубҳа қилинган беморлар якуний клиренсни тасдиқлаш учун 12 ва 24-ҳафталарда такрорий НCV РНК текширувидан ўтишлари керак. (класс/ишончлилик даражаси I A).

Изоҳлар: НCV РНК билан биргаликда анти-НСV мавжудлиги сурункали гепатит С билан касалланган беморлар учун ҳам, ўткир гепатит С билан касалланган беморлар учун ҳам хосдир. Ўткир гепатит С билан касалланган беморларда НCV РНК концентрацияси аниқланмайдиган даражага қадар ўзгариши мумкин. Шундай қилиб, аниқланмайдиган НCV РНКси бўлган беморлар НCV клиренсига ишонч ҳосил қилиш (ўткир гепатит С дан ўз-ўзидан тузалиши) ёки НCV шаклланишини тасдиқлаш учун манфий натижадан 12 ва 24 ҳафта ўтгач, НCV РНКни қайта текшириш керак.

Лаборатория параметрларини талқин қилиш

анти-НСV	НСV РНК	Натижани талқин қилиш
+	+	Ўткир гепатит С.
+	+	Сурункали гепатит С
+	-	Ўткир гепатит С нинг реконвалесценти (тузалган) Ёлғон мусбат ИФТ натижаси Қон қуйиш пайтида пассив равишда олинган антитаналар Боланинг онадан ўтган пассив антитаналари Интемиттирланган виремия Кам вирус юкламаси
-	+	Лаборатор хатолик ЎГС (биринчи ҳафталарда) касалликнинг ўткир намоён бўлиш вақтида 50% ИФТ (+) бўлиши сабабли, ЎГС шубҳали барча ҳолатларда ПЗР амалга оширилади, шу жумладан ИФА (-) ҳолатларда ҳам Иммуносупрессия кузатилган шахсларда ВГС Иммуносупрессив дориларни қабул қиладиган беморлар Гемодиализда бўлганлар Трансплантациядан кейин ОИВ инфекцияси бўлган беморлар

Жигарнинг шикастланиш даражасини аниқлаш учун қуйидагиларни бажариш керак:

Биокимёвий қон таҳлили. Сурункали гепатит С билан касалланган барча беморларга трансаминазаларнинг (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза) фаоллигини, гепатоцитлар шикастланишининг оғирлигини аниқлаш, жигар ва буйраклар фаолиятини баҳолаш учун **биокимёвий қон таҳлилини** ўтказиш тавсия қилинади. (синф/ишончлилик даражаси I A).

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

Умумий (клиник) қон таҳлил кенгайтирилган:

Сурункали гепатит С ва/ёки жигардан ташқари кўринишлар белгилари (лимфопрлифератив касалликлар) бўлган барча беморларга **умумий (клиник) қон таҳлилини кенгайтирилган** ўтказиш тавсия этилади.

Изоҳлар: сурункали гепатит С нинг кечиши қоннинг хужайра таркибига таъсир қилиши мумкин, аммо гепатит С томонидан қўзғатилган жигар циррози ва лимфопрлифератив касалликлар бўлмаганида бундай ўзгаришларнинг ишончли далиллари йўқ. Жигар циррози шаклланганда кўпинча турли даражада тромбоцитопения, кам ҳолларда цитопениянинг бошқа вариантлари кузатилади.

Инструментал текширувлар

Сурункали вирусли гепатит С билан касалланган беморларда инструментал ташхисот усуллариини ўтказиш жигар шикастланиш даражасини аниқлаш, шунингдек, жигар циррози, ГЦК ва қорин бўшлиғининг бирга келадиган патологиясини истисно қилиш учун зарурдир.

Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви. Сурункали гепатит С билан оғриган барча беморларга жигар циррози ва ГЦК белгиларини аниқлаш учун қорин бўшлиғи (комплекс) ва ретроперитонеал бўшлиқнинг ультратовуш текширувидан ўтиш тавсия этилади. (класс/ишончлилик даражаси I A).

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

Жигарнинг эластометрияси (фиброскан текшируви).

Жигар фибрози босқичини ташхислаш учун тавсия этилади (жигар эластометрияси, агар у мавжуд бўлмаса – зардоб тестлари APRI, FIB-4ни ҳисоблаш) (синф/ишончлилик даражаси I A).

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

Жадвал. СВГС билан касалланган беморларни текшириш учун стандарт тестлар*

Лаборатор текширувлар
Қоннинг иммунофермент таҳлили anti-HCV
Реал вақт режимидаги полимераз занжир реакцияси (ПЗР) - РНК ВГС
Қоннинг биохимиявий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин)
Умумий қон таҳлили
Қонда креатинини аниқлаш
Инструментал текширувлар
Қорин бўшлиғининг ультратовуш текшируви
Жигар эластометрияси, агар мавжуд бўлмаса-зардобни ҳисоблаш тестлари APRI, FIB-4)

АЛТ— аланинаминотрансфераза, АСТ— аспартатаминотрансфераза,

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

СВГС беморларни текшириш учун қўшимча текширувлар

Қонда Альфа-фетопротеин (АФП) даражасини текшириш. Сурункали гепатит С оғир жигар фибрози (Ф3-Ф4) билан кечганда ГЦКни ўз вақтида ташхислаш учун беморларнинг қон зардобидagi алфа-фетопротеин (АФП) даражасини аниқлаш тавсия қилинади (синф/ишончлилик даражаси I A).

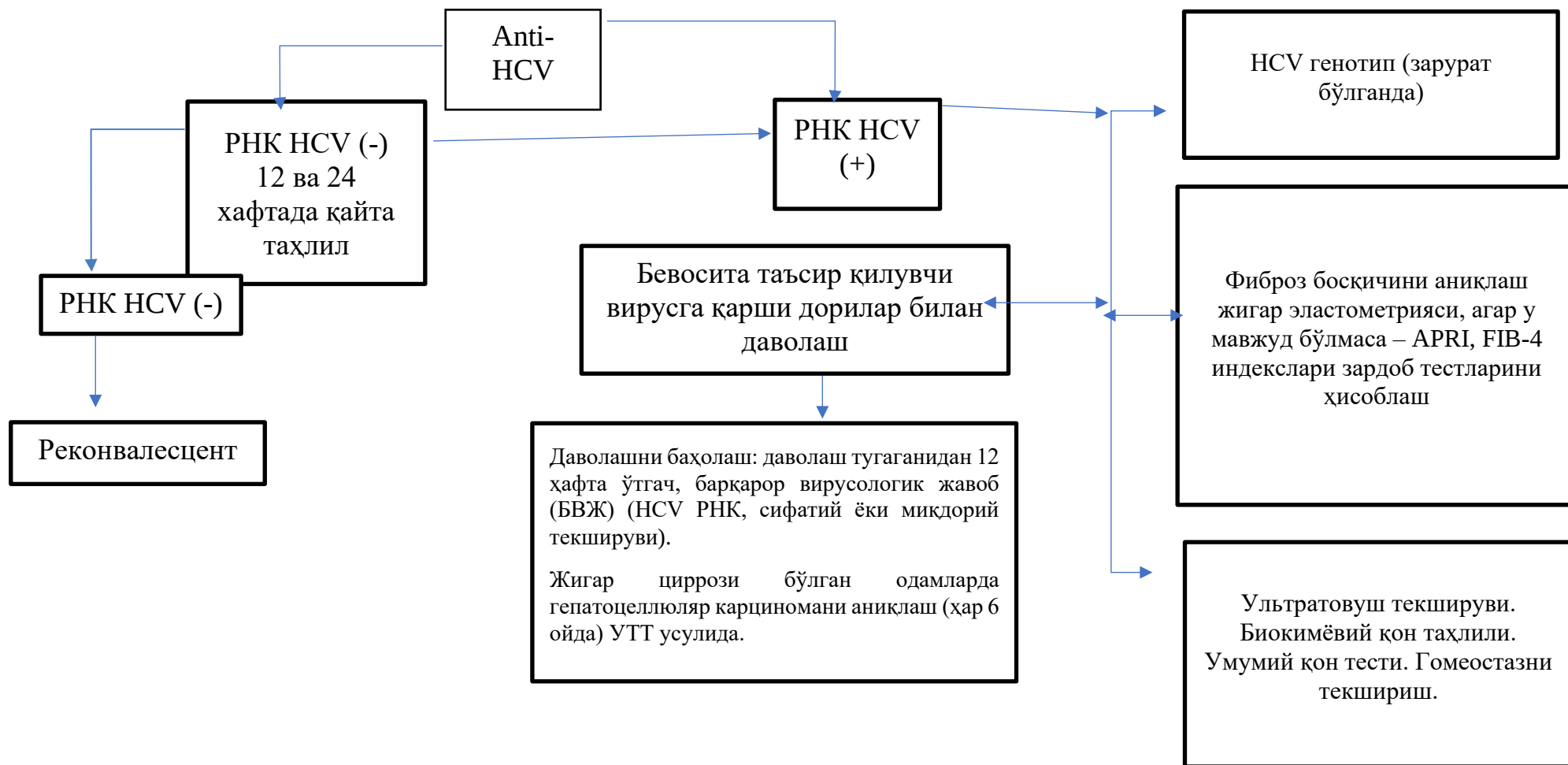
Изоҳлар: хавф ЖЦ босқичида ГЦК ривожланиши йилига тахминан 1-5% ни ташкил қилади. ГЦК билан оғриган беморларда ташхисдан кейинги биринчи йил ичида ўлим эҳтимоли 33% ни ташкил қилади.

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

Жадвал. СВГС билан касалланган беморларни текшириш учун қўшимча тестлар

Текширув тури	Кўрсатмалар (интерпретация)
Альфа-фетопроtein (АФП) даражасини текшириш	Сурункали гепатит С оғир жигар фибрози (Ф3-Ф4) билан кечганда ГЦКни ўз вақтида ташхислаш учун беморларнинг қон зардобидидаги алфа-фетопроtein (АФП) даражасини аниқлаш тавсия қилинади. Қондаги алфа-фетопроtein даражасининг кўтарилиши жигар циррози (ЖЦ) бўлган беморларда ГЦК ривожланиши учун хавф омилидир. Сурункали вирусли гепатитда жигарда фиброз даражаси ва АФП даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланди.
Жигар биопсияси	Нонинвазив диагностикадан қарама-қарши маълумотларни олаётганда, ВҚД тактикасини аниқлаш ва беморни кейинги бошқариш (ЖЦ ҳолатида) учун тери орқали жигар биопсиясини ўтказиш ҳақида ўйлаш тавсия этилади.

Сурункали гепатит Снинг ташхисоти ва даволаш алгоритми



СВГС даволаш

СВГС нинг дори воситаларисиз даволаш

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

СВГС ни дори воситалари билан даволаш

СВГС ташхиси қўйилган барча беморларга дори-дармонларни (antiviral) даволашни бошлаш тавсия этилади (синф/ишончилилик шкаласи I A).

Этиотроп даволашнинг мақсади

- HCV инфекциясини даволаш (синф/ишончилилик даражаси I A).
- Давонинг якуний нуқтаси қон зардобиди ёки плазмасида HCV РНК ни аниқлашнинг пастки чегараси <15 ХБ/мл 12 ҳафта (БВЖ12) ёки 24 ҳафта (БВЖ24) давомида даволаш тугаганидан кейин аниқланмаслиги ҳисобланади (A1). Даволаш тугаганидан кейин 12 ҳафта (БВЖ12) ёки 24 ҳафта (БВЖ24) ўтгач қон зардобиди ёки плазмасида аниқланмайдиган HCV РНК (A1).

Даволашни бошлашдан олдин мониторинг

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

- HCV инфекциясининг жигардан ташқари кўринишларини аниқлаш керак (синф/ишончилилик даражаси I A).
- ҳКФТ ни аниқлаган ҳолда буйрак функцияси текширилиши лозим (синф/ишончилилик даражаси I A).
- Барча беморлар ВГВ инфекцияси, ОИВ инфекцияси билан аввал касалланганлик ёки ҳозирда инфекциянинг мавжудлиги ва иммунитетни аниқлаш учун текширувдан ўтиши керак (синф/ишончилилик даражаси I A).
- Фибрознинг босқичини дастлаб жигарнинг зичлик даражасини аниқлаш ёки APRI ва FIB-4 биомаркёрларини ўрганиш орқали ноинвазив усуллар ёрдамида баҳолаш зарур (синф/ишончилилик даражаси I A).
- Биринчи гуруҳ дори воситалари билан даражали даволашни бошлашдан олдин HCVга чидамлиликини текшириш тавсия этилмайди (синф/ишончилилик даражаси I A).
- ВГС давосини бошлашдан олдин ва даволаниш пайтида бошқа дори-дармонларни қабул қилишдан олдин дориларнинг ўзаро таъсири хавфини ҳар бир БТҚВКДни тайинлаш тўғрисидаги маълумотларга асосланиб, БТҚВКД билан даволанаётган барча беморлар учун тўлиқ баҳолаш зарур (асосий фикрларнинг қисқача мазмуни). Druginteractions.org интернет ресурс бўлиб ҳисобланади, тавсиялар мунтазам янгиланади (синф/ишончилилик даражаси I A).

- Дори воситаларининг ўзаро таъсири ОИВ/ВГС коинфекцияси мавжуд беморларни даволашда муҳим ҳисобланади ва шунинг учун қарши кўрсатма бўлган, тавсия этилмайдиган ёки маълум БТҚВҚД режимларида дозани ўзгартиришни талаб қиладиган вирусга қарши дориларга (синф/ишончлилиқ даражаси I A) диққат билан эътибор қаратиш лозим.
- Беморларга даволаш режими, дозалар бўйича тавсиялар ва дори миқдорини белгилаш риоя қилиш ҳамда буюрилган бошқа дориларни қўллаш ҳақида хабар қилишнинг муҳимлиги ҳақида маълумот бериш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Этиотроп даво учун кўрсатмалар

Сурункали ВГС инфекцияси бўлган, илгари даволанмаган ва илгари вирусга қарши даводан ўтган (муваффақиятсиз) барча беморларга дарҳол даволанишни таклиф қилиш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Этиотропик даволашнинг чекловлари

-Замонавий ВҚД асосланган муолажалар учун бир неча ҳолатлар бор (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

-жигар билан боғлиқ бўлмаган ҳамроҳ касалликлар туфайли умр кўриш давомийлиги чекланган беморлар (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

-Баъзи цитохром Р450/Р-гр қўзғатувчи дориларни (карбамазепин, фенитоин ва фенобарбитал каби) қўллаш ВГС БТҚВҚД концентрациясининг сезиларли даражада пасайиши хавфи туфайли барча ВГС БТҚВҚД схемалари учун қарши кўрсатмадир (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Ҳамроҳ патологияси мавжуд беморларни даволаш

- Пангенотип схемалар, жумладан, софосбувир/даклатосвир, софосбувир/велпатасвир ёки глекапревир/пибрентасвир билан даволаш генотип ва подтиплар ҳақида маълумотга эга бўлмасдан бошланиши мумкин (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ВГС ва ВГВ коинфекцияси мавжуд беморлар ВГС моноинфекцияси бўлган беморлар билан бир хил кўрсатмаларга риоя қилган ҳолда HCV даволаш схемалари билан даволаниши керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ВГС ва ВГВ коинфекцияси мавжуд беморлар, ВГВ даволаш учун стандарт мезонларга жавоб берадиган беморларни нуклеозид/нуклеотид аналоглари билан даволаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- HBsAg аниқланган беморларга HCV билан даволаш давомида ва HCV давосидан сўнг камида 12 ҳафтагача нуклеозид/нуклеотид аналоглари билан профилактика ўтказилиши керак агар ВГВ билан даволаш тўхтатилса бўлса, ойлик мониторингдан ўтишлари керак (синф/ишончлилиқ даражаси I B).
- HBsAg манфий, лекин HBc антитаналари мусбат бўлган беморларда қон зардобдаги АЛТ даражасини қайта фаолланиш эҳтимолини аниқлаш мақсадида ҳар ойда назорат қилиш зарур (синф/ишончлилиқ даражаси I B).
- Гемоглобинопатия ёки қон ивишининг бузилиши бўлган беморларда HCV давосига кўрсатмалар бир хил бўлади (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- Гемоглобинопатиялар ёки қон ивишининг бузилиши билан оғриган беморлар ВГС моноинфекцияси бўлган беморлар билан бир хил кўрсатмаларга риоя қилган ҳолда ВГС даволаш схемалари билан даволаниши керак (синф/ишончлилиқ даражаси I B).
- Оғир сурункали буйрак касаллиги мавжуд сурункали гепатит С нинг (КФТ <30 мл/мин/1,73 м²) бўлган беморларда ВҚД учун иложи борица софосбувирсиз схемаларга устунлиқ бериш тавсия этилади. Масалан: Глекапревир + пибрентасвир - пангенотипик схема; Дасабувир; омбитасвир + паритапревир + ритонавир; 1- генотип учун, 4-генотип учун Елбасвир + grazoprevir (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Бевосита таъсирга қилувчи вирусга қарши дорилар таркибига киритилган компонентлар ва таъсир қилувчи дори воситалари

NS3/4A ни ингибирловчи	NS A ни ингибирловчи	NS5B ни ингибирловчи
Глекапревир (ГЛЕ) Гразопревир (ГРА) Нарлапревир (НРВ) Паритапревир (ПТВ)	Велпатасвир (ВЕЛ) Даклатасвир (ДАК) Лэдипасвир (ЛЕД) Омбитасвир (ОБВ) Пибрентасвир (ПИБ) Элбасвир (ЭЛБ)	Дасабувир (ДСВ) Софосбувир (СОФ)

Сурункали гепатит С билан оғриган циррозсиз, ВҚТ дан фойдаланмаган ва жигар трансплантацияси бўлмаган беморларни даволаш муқобил режимлардан бирига мувофиқ амалга оширилиши тавсия этилади (синф/ишончлилиқ даражаси I A)

Дориларнинг номи	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси
Даклатасвир + Софосбувир	A
Глекапревир + Пибрентасвир	A
Велпатасвир + Софосбувир	A
Гразопревир + Элбасвир	A
Даклатасвир + Нарлапревир + Ритонавир	A
Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир – 1b генотипда	C
Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + Ритонавир + Рибавирин - 1a генотипда	A
Лэдипасвир + Софосбувир	A
Нарлапревир + Софосбувир + Ритонавир	B

ВГС моноинфекцияли ёки ВГС/ОИВ инфекцияли, жигар циррози бўлмаган сурункали гепатит С, илгари даволанмаган ва пегилирланган ИФН-а ва рибавирин асосида даволаш самарасиз бўлган (олдин даволанган, лекин БТҚВҚД дорилари олмаган), беморларни даволаш бўйича тавсиялар

Беморлар	Даволанмаган ёки илгари даволанган	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир ва дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ элбасвир	Софосбувир ва Даклатасвир	Софосбувир ва симепревир
Генотип 1a	Даволанмаган	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 недель рибавирин билан	Йўқ	12 ҳафта, рибавиринсиз, агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, агар РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл ^b	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	
Генотип 1b	Даволанмаган	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	8-12 ҳафта, рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавиринсиз		12 недель рибавиринсиз				
Генотип 2	Барча беморлар	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
Генотип 3	Даволанмаган	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга		12 ҳафта рибавирин билан ^c ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта рибавирин билан ^c ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	

Генотип 4	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта, рибавиринсиз, агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, ёки РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз
Генотипы 5 или 6	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Илгари даволанган	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	

а РАС тести мавжуд бўлса, фақат NS5A ингибиторларига резистентликнинг юқори даражасини таъминлайдиган қаршилик ўрнини босувчи беморларга рибавирин қўшинг.

б 16 ҳафтагача узайтиринг ва рибавиринни фақат резистентлик билан боғлиқ алмаштиришлари бўлган беморларга қўшинг, бу эса қаршилик билан боғлиқ алмаштиришлар учун тест мавжуд бўлса, дастлабки босқичда элбасвирга қаршилик кўрсатади.

с рибавиринни фақат NS5A резистентлиги билан боғлиқ бўлган Y93H алмашиши бўлган беморларга қўшинг, агар резистентлик билан боғлиқ алмаштиришларни текшириш мавжуд бўлса.

НСV моноинфекцияси ёки сурункали гепатит С билан НCV/ОИВ коинфекцияси бўлган, компенсацияланган жигар циррози (ЧАЙлд-Пью А) бўлган беморларни, шу жумладан илгари даволанмаган беморларни ва пегилирланган интерферон-а ва рибавирин билан даволанган беморларни даволаш бўйича тавсиялар натижа бермаганда (даволаш тажрибаси), илгари БТҚВҚДларни қабул қилмаган беморлар)

Беморлар	Даволанмаган ёки илгари даволанган	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир ва дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ элбасвир	Софосбувир ва Даклатасвир	Софосбувир ва симепревир
Генотип 1a	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	24 недели с рибавирином	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз агар РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл ёки 16 ҳафта рибавирин билан, агар РНК ВГС > 800 000 (5,9 log) ХБ/мл ^b	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ^a ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	
Генотип 1b	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга							
Генотип 2	Все пациенты	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
Генотип 3	Даволанмаган	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	24 ҳафта рибавирин билан	Йўқ
	Даволаш тажрибасига эга		12 ҳафта рибавирин билан ^c ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					

Генотип 4	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	12 недель с рибавирином	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз
	Даволаш тажрибасига эга	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз				12 ҳафта рибавиринсиз, если РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) МЕ/мл или 16 недель с рибавирином, если РНК ВГС > 800 000 (5,9 log) МЕ/мл	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	12 недель с рибавирином или 24 ҳафта рибавиринсиз
Генотипы 5 или 6	Даволанмаган	12 ҳафта рибавиринсиз	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавиринсиз	Йўқ
	Илгари даволанган	12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз					12 ҳафта рибавирин билан ёки 24 ҳафта рибавиринсиз	

а РАС тести мавжуд бўлса, фақат NS5A ингибиторларига резистентликнинг юқори даражасини таъминлайдиган қаршилик ўрнини босувчи беморларга рибавирин қўшинг.

б 16 ҳафтагача узайтиринг ва рибавиринни фақат резистентлик билан боғлиқ алмаштиришлари бўлган беморларга қўшинг, бу эса қаршилик билан боғлиқ алмаштиришлар учун тест мавжуд бўлса, дастлабки босқичда елбасвирга қаршилик кўрсатади.

с рибавиринни фақат NS5A резистентлиги билан боғлиқ бўлган Y93H алмашиши бўлган беморларга қўшинг, агар резистентлик билан боғлиқ алмаштиришларни текшириш мавжуд бўлса.

ВГС моноинфекцияси ёки ВГС/ОИВ коинфекцияси ва сурункали гепатит С билан оғриган, бир ёки бир нечта БТҚВҚДларни ўз ичига олган олдинги вирусга қарши давода БВЖга эриша олмаган беморларни қайта даволаш бўйича тавсиялар. Аини пайтда ВГС генотипи, илгари буюрилган дориларнинг маълум резистентлик профиллари, қўлланиладиган дорилар сони, рибавиринни қўллаш ва даволаш давомийлигини ҳисобга олган ҳолда, қайта даволаш бўйича ушбу тавсияларни қўллаб-қувватлаш учун

чекланган далиллар мавжуд

Муваффақиётсиз даволаш	Генотиплар	Софосбувир/ лэдипасвир	Софосбувир/ велпатасвир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир и дасабувир	Омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Гразопревир/ Элбасвир	Софосбувир и даклатасвир	Софосбувир и симепревир	Софосбувир плюс омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир и дасабувир	Софосбувир плюс омбитасвир/ паритапревир/ ритонавир	Софосбувир плюс гразопревир/ элбасвир	Софосбувир плюс даклатасвир плюс симепревир
РегIFN-α рибавирин билан ва телапревир билан, ёки боцепревир билан, ёки симепревир билан	1 a	12 ҳафта рибавирин билан	12 ҳафта рибавирин билан	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Софосбувир алоҳида, ёки софосбувир плюс рибавирин, ёки софосбувир плюс	1 b	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин билан (F3-F4)	Йўқ	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2 РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл)	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	12 ҳафта рибавирин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавирин	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

PegIFN-α ва рибавирин		билан (F3-F4)	рин билан (F3-F4)			ёки 24 хафта рибавир ин билан (F0-F2 РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл ва F3-F4)	ин билан (F3-F4)	ин билан (F3-F4)				
	2	Йўқ	12 хафта рибави рин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибави рин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 хафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавир ин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
	3	Йўқ	12 хафта рибави рин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибави рин	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 хафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 хафта рибавир ин	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

			билан (F3-F4)				билан (F3-F4)					
	4	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибави рин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибави рин билан (F3-F4)	Йўқ	12 ҳафта рибавири н билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавири н билан (F3-F4)	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2 с РНК ВГС ≤800 000 (5,9 log) ХБ/мл) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2 с РНК ВГС >800 000 (5,9 log) ХБ/мл и F3-F4)	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ
	5 или 6	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	12 ҳафта рибави рин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибави рин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	12 ҳафта рибавир ин билан (F0-F2) ёки 24 ҳафта рибавир ин билан (F3-F4)	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ	Йўқ

ГЦК билан оғриган беморларда этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

- Жигар циррози бўлмаган ёки компенсацияланган (Чайлд Пью бўйича А синфи) ГЦКли циррози бўлган, жигар резекцияси ёки трансплантацияси билан потенциал даволашга кўрсатма бўлган беморлар ГЦК даволаш тугагунга қадар БТҚВҚ давони кечиктиришлари керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ВГС инфекцияси билан жигар трансплантациясини кутаётган ГЦК мавжуд беморларда вирусга қарши даволаш вақти (трансплантациядан олдин ёки кейин) кутиш рўйхатида беморни олиб бориш ҳалақит бермаслиги керак ва ҳар бир ҳолатда мултидисциплинар муҳокама орқали аниқланиши керак (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- HCV инфекцияси билан жигар трансплантациясини кутаётган HCV беморларда трансплантациясидан олдин HCV даволашни бошлаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- Жигар трансплантациясини кутаётган циррозсиз ГЦК ёки компенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича А синфи) бўлган беморлар умумий кўрсатмаларга мувофиқ жигар трансплантациясидан олдин ёки кейин HCV инфекциясини даволаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ГЦК давосига тўлиқ жавоб берадиган беморлар ГЦК бўлмаган беморлар учун умумий тавсияларга мувофиқ HCV инфекциясини даволаш керак (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- БВЖ га эришган ГЦК терапиясига тўлиқ жавоб берган беморларда ГЦК такрорланиш хавфи доимий бўлиб, БВЖдан кейин ГЦК учун ҳар 6 ойда ультратовуш текшируви билан доимий кузатувни талаб қилади (синф/ишончлилиқ даражаси I A).
- ГЦК бўйича паллиатив ёрдам олаётган беморлар умумий прогноз ва потенциал фойдага қараб HCV билан даволашлари мумкин (синф/ишончлилиқ даражаси B).
- Циррозни аниқлаш керак, чунки баъзи даволаш схемаларни коррекция қилиш ва ГЦК учун даволанишдан кейинги кузатув шарт (синф/ишончлилиқ даражаси I A).

Трансплантациядан кейинги даврда беморларга этиотроп даволашни

буюриш хусусиятлари

- HCV инфекциясининг трансплантациядан кейин қайталаниши бўлган барча беморлар даволаниши керак (A).
- Даволашни жигар трансплантациясидан сўнг имкон қадар тезроқ бошлаш керак, идеал ҳолатда беморнинг аҳволи барқарорлашганда (одатда трансплантациядан кейинги дастлабки 3 ойдан кейин), чунки трансплантациядан кейинги ривожланган жигар касаллигининг сўнги (кечки) босқичларида бўлган беморларда БВЖ12 даражаси пасаяди. (A).
- Трансплантациядан кейинги даврда фиброзли холестатик гепатит ёки ўртача ва кенг тарқалган фиброз ёки портал гипертензия мавжудлиги шошилишга қарши даволанишни талаб қилади (A).
- Трансплантациядан кейинги HCV циррозсиз ёки компенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича А синфи) бўлган беморларни қуйидаги усуллардан бири билан даволаш керак: 12 ҳафта давомида софосбувир ва велпатасвирнинг қатъий дозали комбинацияси (иммунодепрессантларга эҳтиёж сезмасдан) дозани коррекция қилиш ёки 12 ҳафта давомида глекапревир ва пибрентасвирнинг қатъий дозали комбинацияси (иммунодепрессив даражасини назорат қилиш ва даволаниш пайтида ва ундан кейин керак бўлганда уларни коррекция қилиш) (B).

- Трансплантациядан кейинги HCV рецидив ва декомпенсацияланган циррози (Чайлд Пью бўйича В ёки С синфи) бўлган беморлар софосбувир ва велпатасвирнинг белгиланган дозадаги комбинациясини суткалик вазнга боғлиқ ҳолда суткалик рибавирин билан (<75 кг ёки> -75кгда бўлган беморларда 1000 ёки 1200 мг) 12 ҳафта давомида олишлари керак (В).
- Жигардан ташқари қаттиқ аъзолар трансплантантлари, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беи ёки ингичка ичак трансплантантларни қабул қилувчилар трансплантациядан олдин ёки кейин HCV инфекциясига қарши даволаниши керак (А).
- Трансплантациядан сўнг, паренхиматоз аъзолар трансплантантларни, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беи ёки ингичка ичак реципиентлари 12 ҳафта давомида иммуносупрессант дозасини ўзгартиришга зарурат бўлмаган ҳолда БТҚВҚДларнинг қатъий дозали комбинацияси билан даволаниши керак (В).
- Трансплантациядан сўнг, паренхиматоз аъзолар, шу жумладан буйрақлар, юрак, ўпкалар, ошқозон ости беи ёки ингичка ичак реципиентлари 12 ҳафта давомида глекапревир ва пибрентасвирнинг қатъий дозали комбинацияси билан даволаниши мумкин, аммо даволанишдан олдин ва даволаниш жараёнида иммуносупрессив дори даражасини назорат қилиш ва зарурат бўлганда коррекция қилиш зарур (В).
- Ижобий HCV антитаналари ва HCV РНКга эга бўлган донорларнинг органлари HCV РНК бўлган қабул қилувчиларга қўчирилиши мумкин. (В)

Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида сурункали гепатит Снинг кечиши

- Ҳомиладорлик сурункали гепатит С нинг кечишига салбий таъсир кўрсатмайди. Туғруқ кейин қонда АЛТ фаоллиги ошиши мумкин. HCV РНК даражаси биринчи ва учинчи триместрда ошади, учинчи триместрда энг юқори даражага етади ва туғруқдан кейин камаяди. Бу ҳолат, эҳтимол, ҳомиладорликнинг иммуносупрессив самараси ва она плазмаси ҳажмининг ошиши билан боғлиқ.
- HCV нинг онадан болага юқиши 5% дан 15% гача бўлган ҳолатда кузатилади. HCV нинг ҳомила ривожланиши ва ҳомиладорлик натижасига салбий таъсири ҳақида ишончли маълумотлар йўқ.
- ЖЦ нинг ҳомиладорлик жараёни ва унинг натижасига таъсири ҳақида айрим маълумотлар мавжуд. Шундай қилиб, жигар циррози бўлган ҳомиладор аёлларда она учун нохуш оқибатлар (масалан, преэклампсия, геморрагик асоратлар ва ўлим) ва ҳомила учун (масалан, эрта туғилиш, кам вазн ва неонатал ўлим) хавфи мавжуд. Сурункали гепатит С натижасида жигар циррози бўлган аёллар мумкин бўлган асоратлар ҳақида хабардор бўлишлари керак. Репродуктив ёшдаги аёллар учун HCV ВҚД ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин туғилмаган болага HCV юқиш хавфини камайтириш учун тавсия этилади (С).
- Сурункали гепатит С ни аниқлаш учун ҳомиладор аёлларни ҳомиладорликнинг биринчи (ҳомиладорлик бўйича рўйхатда кўйилганда) ва учинчи триместрларида HCVга қарши антитаначага текшириш тавсия этилади (С).
- HCV ВҚД ни оладиган туғиш ёшидаги аёлларга ВҚДни қабул қилиш пайтида ва тўхтатилгандан кейин камида 6 ой давомида ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди (С).
- HCV ВҚД ни олаётган эркалар учун жинсий шерикларига ВҚДни қабул қилиш пайтида ва ВҚДни тўхтатгандан кейин камида 6 ой давомида ҳомиладор бўлишлари тавсия этилмайди (С).

- Хавфсизлик ва самарадорлик маълумотларининг етишмаслиги туфайли ҳомиладорлик даврида гепатит С ни даволаш тавсия этилмайди (С).
- HCV билан касалланган аёлларда кўкрак сути билан боқишга монелик йўқ, қон кетиши ёки кўкрак қафасининг ёрилиши ҳоллари бундан мустасно, бу ҳолда мутахассис маслаҳатига мурожаат қилиш керак (В).

Болалар ва ўсмирлар учун этиотроп даволашни буюриш хусусиятлари

HCV билан касалланган аёллардан туғилган барча болалар 18 ойликдан бошлаб HCV инфекциясига текширилиши керак (А);

Ўсмирлар ва болаларда ВГС ни даволаш

Болалик ва ўсмирлик даврида эрта даволанишнинг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

Касаллик ривожланишидан олдин даволанишга эришиш HCV билан боғлиқ жигар шикастланиши ва жигардан ташқари кўринишлар намоён бўлишининг олдини олади. Болалар ва ўсмирларда ривожланган жигар касаллиги кам учрасада, жигар фибрози вақт ўтиши билан ривожланиб боради ва кеч ўсмирлик ва / ёки эрта вояга этганида асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Эрта даволанишнинг бошқа потенциал афзалликлари орасида инфекция юктирган болаларни стигматизация қилишнинг олдини олиш ва вирусни бошқаларга, айниқса хавфли хатти-ҳаракатлари бўлган ўсмирларга юқишининг олдини олиш киради.

Жиддий нохуш ҳодисалар ва даволанишни тўхтатиш камдан-кам учрайди. Ҳар қандай нохуш ҳодисанинг учраши ёш гуруҳларда юқори бўлсада (3-5 ёшли болалар учун 72%, 6-11 ёшдаги болалар учун 53% ва ўсмирлар учун 50%), жиддий нохуш ҳолатлар ва даволанишни тўхтатиш кам учрайди. Шунинг учун ўсмирлар ва катта ёшдаги болаларда фойда ва зарар нисбати жуда юқори.

35 та тадқиқотдан 1891 ўсмирда (12-17 ёш) ва 13 та тадқиқотдан 472 катта ёшдаги болаларда (6-11 ёш) ушбу БТҚВҚД схемалар фойдаланишга асосланган тизимли шархлаш чиқиш ва мета-таҳлилнинг тўғридан-тўғри далиллари юқори самарадорлик, хавфсизлик ва бардошлиликни тасдиқлади ва барча БТҚВҚД схемалари учун катталарни даволаш бўйича тадқиқотларнинг билвосита маълумотлар билан тасдиқланади.

**Ўсмирлар ва болаларда
БТҚВҚД ДАВОЛАШНИНГ ДАВОМИЙЛИГИ**

Ёш бўйича гуруҳлари	Тавсия этилган пангенотипик БТҚВҚД схемалари			Пангенотипик бўлмаган БТҚВҚД (минимал GT3 инфекцияси шароитида)²
	SOF/DCV¹	SOF/VEL²	G/P	
Катталар (18 ёш ва ундан катта)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта
Ўсмирлар (12-17 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта
Каттароқ ёшдаги болалар (6-11 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта
Кичик ёшдаги болалар (3-5 ёш)	12 ҳафта	12 ҳафта	8 ҳафта	12 ҳафта

1Жигар циррози бўлмаган одамларда. 24-ҳафта давомида даволаниш даволанган ёки компенсацияланган жигар циррозига эга бўлганлар учун тавсия этилади. 3-генотип кенг тарқалганлиги маълум бўлган шароитларда (>10%) кўриб чиқилиши мумкин.

1, 4, 5 ёки 6 генотипли инфекцияси бўлган беморларда фойдаланиш учун.

БТҚВҚД СХЕМАЛАРИНИ ТАНА ВАЗНИГА МУВОФИҚ ДОЗАЛАШ

Тавсия этилган пангенотип БТҚВҚД схемалари			Пангенотип бўлмаган БТҚВҚД режими (минимал инфекция шароитларида GT3) ¹
SOF/DCV ²	SOF/VEL	G/P глекапревир ва пибрентасвир	SOF/LED
> 26 кг 400/60 мг дан кунига 1 марта (плёнка билан қопланган таблеткалар)	> 30 кг Кунига 1 марта 400/100 мг (FDC таблетка)	> 45 кг 300/120 мг дан кунига 1 марта (FDC таблетка ёки 6 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари)	≥35 кг Кунига бир марта 90/400 мг (FDC таблетка)
14-25 кг 200 мг/30 мг ² (алоҳида таблеткалар шаклида, SOF афзалроқ кичик ўлчамли таблетка 100 мг)	17–29 кг Кунига 1 марта 200/50 мг (FDC таблетка ёки гранулалар)	30–<45 кг 250/100 мг дан кунига 1 марта (5 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари) 20–<30 кг 200/80 мг дан кунига 1 марта (4 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари)	17-35 кг 45/200 мг (таблетка)
	<17 кг Кунига бир марта 150/37,5 мг (қопланган гранулалар)	<20 кг 150/60 мг дан кунига 1 марта (3 пакет оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари) <20 кг	<17 кг 33,75/150 мг (FDC гранулалари пакетлари)

- FDC - қатъий дозали комбинацияси
- ¹1 Генотип 1, 4, 5 ёки 6 инфекцияси бўлган ёки генотип 3 инфекцияси кам учрайдиган шахсларда фойдаланиш учун. SHARED синовида (катталар) SOF/LED (400/90 мг) ни қўллаганда БВЖ жами 261 та (87%), лекин HCV генотиби 4р билан касалланганларнинг атиги 56% билан касалланганларнинг 93% билан солиштирганда кузатилган. 4р дан бошқа генотип субтиплари билан. Ушбу натижалар Африканинг Саҳрои Кабирдан жанубидаги баъзи минтақалар ва мамлакатларда генотип субтипларисиз) SOF/LEDни бошланғич терапия сифатида қўллашни қўллаб-қувватламайди.
- ²Дозалаш популяцияси фармакокинетик моделлаштириш тадқиқотларига асосланган.
- ³100/40 мг таблеткалар (FDC) ва 50/20 мг оғиз орқали қабул қилиш учун гранулалари шаклида мавжуд бўлиб, маҳаллий маълумотларга мувофиқ маҳсулот ҳақида маълумот берилади.

Этиотроп даволашга жавоб бермайдиган беморларни даволаш хусусиятлари

- БТҚВҚДларни ўз ичига олган ҳар қандай даволаш схемасидан сўнг натижага эриша олмаган беморлар Республика гепатология марказида қайта даволаниши керак;
- БТҚВҚД ўз ичига олган ҳар қандай режим муваффақиятсизликка учраган беморларда қайта даволашдан олдин HCV резистентлигини текшириш жавоб эҳтимоли билан қайта даволанишни бошқариш учун фойдалидир (B);
- Жигар циррози бўлмаган ёки компенсацияланган жигар циррози (Чайлд-Пью бўйича А синфи) бўлган беморларда БТҚВҚД (протеаза ингибитори ва/ёки NS5A ингибитори) ўз ичига олган схема билан даволанмаган бўлса, софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг белгиланган дозали комбинациясини қайта бошлаш керак 12 ҳафта (A);
- Даволаниши жуда қийин бўлган беморларда (протеаза ва/ёки NS5A ингибитори бўлган комбинацияланган режимдан сўнг икки ёки ундан ортиқ БВЖга эриша олмаган NS5A СРАли беморлар), софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг учлик комбинацияси тавсия этилади. Софосбувир, глекапревир ва пибрентасвирнинг рибавирин билан 12 ҳафта давомида комбинацияси тана вазнига қараб (мос равишда <75 кг ёки >75 кг беморларда 1000 ёки 1200 мг) ва/ёки даволаш давомийлиги, қўп тармоқли жамоанинг индивидуал қарорига кўра 24 ҳафтагача узайтирилиши мумкин (B).
- Софосбувир, велпатасвир ва воксилапревирнинг учлик комбинацияси билан қайта даволашдан кейин БВЖга эриша олмаган беморларда софосбувир, глекапревир ва пибрентасвирнинг учлик комбинацияси рибавирин билан 24 ҳафта давомида тана вазнига боғлиқ ҳолда (беморлар учун 1000 ёки 1200 мг мос равишда 75 кг ёки >75 кг) қўлланилиши мумкин (B).
- Декомпенсацияланган жигар циррози (Чайлд-Пью бўйича В ёки С синфлари) бўлган БТҚВҚД (протеаза ингибитори ва/ёки NS5A ингибитори) ни ўз ичига олган режим билан даволаш муваффақиятсизликка учраган беморлар протеаза ингибиторларини қўллашга қарши кўрсатмаларга эга ва шунинг учун уларни қатъий даволаш режими - индивидуал мультидисциплинар қарор асосида 24 ҳафта давомида тана вазнига қараб софосбувир ва велпатасвирни рибавирин билан бирлаштириш (мос равишда <75 кг ёки >75 кг беморларда 1000 ёки 1200 мг қайта даволаш керак). (B)

Этиотроп даволаш пайтида мониторинг

Сурункали HCV инфекцияси билан боғлиқ аралаш криоглобулинемия ва буйрак касалликларини даволашда салбий ҳолатларни диққат билан кузатиш зарур (B);

HCV билан боғлиқ буйрак касаллиги учун ритуксимабни қўллаш бўйича кўрсатмалар нефролог билан муҳокама қилиниши керак (B);

HCV билан боғлиқ лимфомаларни умумий тавсияларга кўра, мумкин бўлган дорилар ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда, махсус кимётерапия билан биргаликда пангенотипик БТҚВҚД схемалари билан даволаш керак (B);

HCV билан боғлиқ лимфомаларни умумий тавсияларга кўра, мумкин бўлган дорилар ўзаро таъсирини ҳисобга олган ҳолда, махсус кимётерапия билан биргаликда пангенотип БТҚВҚД схемалари билан даволаш керак (B);

Енгил ва ўртача даражадаги буйрак шикастланиши (хКФТ <30 мл/дак/1,73 м²) ёки буйракнинг оғир шикастланиши (хСКФ <30 мл/дак/1,73 м²) бўлган HCV инфекцияси бўлган беморлар, шу жумладан гемодиализда бўлган буйрак етишмовчилигининг охириги босқичи бўлган беморлар

НСV БТҚВҚД дозасини коррекциялаш талаб қилинмасдан, умумий тавсияларга мувофиқ НСV инфекциясини даволаш тавсиялари бўйича даволанадилар (А);

Даволаниш вақтида бир вақтда қабул қилинган дориларнинг самарадорлиги ва токсиклигини бирга келадиган касалликлар ва дори воситаларининг потенциал ўзаро таъсирда назорат қилиш керак (А);

Иложи бўлса, НСV билан даволаш пайтида ўзаро таъсир қилувчи бир вақтнинг ўзида қўлланиладиган дори воситаларини тўхтатиш ёки ўзаро таъсир етувчи дори воситаларини ўзаро таъсир қилиш эҳтимоли камроқ бўлган муқобил дори билан алмаштириш керак (В).

АЛТ даражаси камида бошланғич босқичда ва даволанишдан кейин 12 (ёки 24) ҳафта ўтгач баҳоланиши керак (В).

хКФТ пасайган беморларда буйрак функцияси ҳар ойда текширилиши керак (А).

Жиддий нохуш ҳолатлар юзага келса ёки АЛТ даражаси меъёрдан юқори чегарасидан 10 баравар ошса даволанишни тўхтатиш керак (В).

Даволаш муваффақиятли ёки муваффақиятсизлигини баҳолаш учун даволашдан сўнг 12 (БВЖ12) ёки 24 (БВЖ24) ҳафта ўтгач НСV РНК аниқлаш зарур (А).

Жадвал. ВҚДда серологик таххисот кўрсаткичлари

Комбинация/жавоб	Таъриф
Тез вирусологик жавоб (ТВЖ)	Даволашнинг 4 ҳафтасида қонда НСV RNA миқдорининг аниқланмаслиги
Эрта вирусологик жавоб (ЭВЖ)	Эрта тўлиқ вирусологик жавоб Даволашнинг 4 ҳафтасида қонда НСV RNA миқдорининг аниқланмаслиги ва даволаш охиригача сақланиши
Барқарор вирусологик жавоб (БВЖ)	Даволаш тугагандан 24 ҳафтадан сўнг қонда НСV RNA миқдорининг аниқланмаслиги
Вирусологик қайталаниш	Вирусга қарши даво пайтида НСV RNAнинг аниқланмайдиган даражаси кузатилгандан кейин исталган вақтда қонда НСV RNAнинг қайта пайдо бўлиши
Рецидив	Муваффақиятли даво курси тугаганидан кейин 24 ҳафта ичида қонда НСV RNAнинг пайдо бўлиши (яъни, даволаниш охирида НСV RNAнинг аниқланмайдиган даражаси кузатилгандан кейин)

СВГС билан оғриган беморларнинг патогенетик терапияси

Симптоматик терапияни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак бўлган шартлар жадвали

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

Гепатопротектор восита	Глицирризин кислотаси	перорал кунига 1-2 капсуладан 3 марта суткасига овқатланиш вақтида. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	• Дорига юқори сезувчанлик • антифосфолипид синдроми; • ҳомиладорлик (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); • лактация даври (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); • 12 ёшгача бўлган болалар; • глицирризин кислота, фосфатидилхолин ёки дорининг бошқа таркибий қисмларига юқори сезувчанлик.	Қон босимининг ошиши.
Гепатопротектор восита	Глицирризин кислотаси+Фосф олипидлар	перорал 80-120 мг дан/сут овқатланиш вақтида қабул қилиш. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда	▪ Дорининг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик. ▪ 3 ёшгача бўлган болалар - инъекциялар. ▪ 12 ёшгача бўлган болалар - капсулалар.	Ҳомиладорлик пайтида дори таркибида плацента тўсиғидан ўтиши мумкин бўлган бензил спирти мавжудлиги сабабли (муддатида туғилган ёки муддатидан олдин туғилган чақалоқларда бензил спиртини ўз ичига олган дориларни қўллаш ўлимга олиб келадиган хансираш синдромининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган).
Гепатопротектор восита	Фосфолипидлар	Ампулалар 50, 250, 500 мг. Дори вена ичига юборилади. Капсулалар 35, 65, 300, 400 мг, перорал.	▪ Дорининг ҳар қандай таркибий қисмларига юқори сезувчанлик. ▪ 3 ёшгача бўлган болалар – инъекциялар.	Ҳомиладорлик пайтида дори таркибида плацента тўсиғидан ўтиши мумкин бўлган бензил спирти мавжудлиги сабабли (муддатида туғилган ёки муддатидан олдин

		Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	12 ёшгача бўлган болалар - капсулалар.	туғилган чақалоқларда бензил спиртини ўз ичига олган препаратларни қўллаш ўлимга олиб келадиган хансираш синдромининг ривожланиши билан боғлиқ бўлган).
Гепатопротектор восита	Селимарин (силиблин сифатида ҳисобланган) 140 мг	Доза, қўллаш усули ва схемаси, даво давомийлиги индивидуал равишда белгиланади.	Расторопшага юқори сезувчанлик.	Силимариннинг иохимбин ва фентоламин билан боғланиши.
Гепатопротектор восита	Бетаин глюкуронат (глюкометамин)	Ампулалар 150 мг вена ичига. Капсулалар 150 мг перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади. Сироп 3,75 г перорал. Даволаш давомийлиги касаллик оғирлиги ва кечишига қараб индивидуал белгиланади.	Сувсиз бетаин ёки бетаиннинг бошқа шаклларига аллергия ёки юқори сезувчанлик. Кекса беморлар, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир патологиялар билан касалланган беморлар.	Кекса ёшдаги, буйрак етишмовчилиги ва бошқа оғир ёндош патологиялар мавжуд беморлар. Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Дезинтоксикация воситаси	Глутатион	Қайта тикланган глутатион ампулалари 300, 600, 1200, 1800 мг	Дорининг фаол моддалари ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар; Ҳомиладорлик ва лактация.	Буйрак етишмовчилиги мавжуд беморлар.

Гепатопротектор восита	L-аргинина	Флакон. 100 мл кунига 1 маҳал Эритма вена ичига томчилаб 10 томчи/мин бошланғич тезликда юборилади. Юбориш бошланганидан 20 дақиқа ўтгач, тезлик 30 томчи/мин гача оширилади. Препаратнинг кунлик дозаси 4,2 грамм, яъни 100 мл ни ташкил қилади. Даволаш курси давомийлиги - 8-15 кун; керак бўлса, даволаш курси такроран	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита средство	L-аргинина аспартат	Сироп 10 мл кунига 2 маҳал овқат вақтида 14 - 60 кун	Препаратни индивидуал қабул қилмаслик - ўта сезувчанлик реакциялари, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, гиперхлоремик атсидоз, уч ёшгача бўлган болалар.	Ҳомиладорлик ва лактация даврида фойдаланиш тавсия этилмайди, она учун дорининг потенциал фойдаси ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳоллар бундан мустасно.
Гепатопротектор восита средство	Моноаммоний Глициризинат	1-2 капсуладан суткасига 3 маҳал овқатланиш вақтида перорал қабул қилиш. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	■ антифосфолипид синдроми; ■ ҳомиладорлик (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас); ■ лактация даври (самарадорлик ва хавфсизлик тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас);	Портал гипертензия ва артериал гипертензия мавжуд беморларда эҳтиёткорлик билан қўллаш зарур.

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

				эҳтиёткорлик билан қўлланиши керак, ҳомиладорлик вақтида буюрш тавсия этилмайди. Болаларда етарли даражада назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган. Кекса беморлар учун дозани коррекциялаш талаб қилинади.
Гепатопротектор таъсирга эга биологик фаол қўшимча (БФҚ)	Расторопша	Перорал қабул қилинади. Дозаси, қўлланиш частотаси ва давомийлиги кўрсатмаларга, беморнинг ёшига ва ишлатиладиган дори шаклига боғлиқ.		
Миотроп спазмолитик восита	Мебеверин гидрохлорид	Мебеверин гидрохлорид капсулалари, таблеткалари 135, 200 мг. Перорал қабул учун. 1 та капсуладан суткада 2 марта, битта – эрталаб ва битта – кечкурун, овқатланишдан олдин.	▪ Ҳомиладорлик ▪ Эмизиш даври ▪ 18 ёшгача бўлган болалар	
Спазмолитик восита	Дротаверин	Таблеткалар: Катталарга 40-80 мг дан суткасига 3 марта. Болаларга ёшига нисбатан дозаларда.	Юқори сезувчанлик, кардиоген шок, артериал гипотензия, ёпиқ бурчакли глаукома, простата бези аденомаси, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги, лактация даври, 3 ёшгача бўлган болалар.	Коронар артерияларнинг ифодаланган атеросклерозида эҳтиёткорлик билан.

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

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

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

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

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

			буйрак етишмовчилиги, ГКС билан ёндош даволаш. D витамини концентрациясининг ошишига мойиллик (шу жумладан саркоидоз).	гипернатриемия ёки гиперкалиемия билан боғлиқ бошқа патологиялар (енгил ва ўртача оғирлик даражасидаги буйрак етишмовчилиги, буйрак усти етишмовчилиги, ўткир дегидратация, тўқималарнинг экстенсив парчаланиши).
Регидрация ва дезинтоксикация ва парентерал қўлаш учун дори воситаси	Сорбитол натрий лактат натрий хлорид кальций хлорид калий хлорид магний хлорид	Вена ичига томчилаб. Юбориладиган суюқлик хажми дегидратация тури, сувсизланиш даражаси ва бемор тана вазнига, шок ривожланиш сабабига боғлиқ. 6-7 мл/кг тана вазнига	алкалоз; катта ҳажмдаги суюқлик юборилиши қарши кўрсатма бўлган ҳолатларда (мияга қон қуйилиши, тромбоэмболия, юрак-қон томир декомпенсацияси, III босқич артериал гипертензия); дори компонентларига юқори сезувчанлик.	Жигар функциясининг бузилиши, яра касаллиги, геморрагик колит кузатилган беморлар.
Метоболик восита	Левокарнитин	Вена ичига ва мушак орасига юбориш учун эритма 100, 200 мг/мл. Комплекс даво таркибида перорал, мушак орасига, вена ичига қўлланилади. Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга,	Левокарнитинга юқори сезувчанлик; ҳомиладорлик, эмизиш даври.	Эҳтиёткорлик билан: қандли диабетда

		клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.		
Аминокислоталар	L-Аргинин L-Аспартат	Комплекс даво таркибида перорал, мушак орасига, вена ичига қўлланилади. Доза, қўлланиш усули ва схемаси даволаниш давомийлиги кўрсатмаларга, клиник ҳолатга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	L-аргинин-L-аспартатга ёки ҳар қандай ёрдамчи моддаларига юқори сезувчанлик; буйрак функциясининг жиддий етишмовчилиги (зардобдаги креатинин даражаси >3 мг/100 мл бўлган буйрак етишмовчилиги).	
Фермент дорилар	Панкреатин	Ичакда эрувчи капсулалар Ичакда эрувчи гранулалар микрпеллетлар Перорал. Доза, қўлланиш схемаси ва қўлланиш давомийлиги кўрсатмаларга қараб индивидуал равишда белгиланади. Катталар учун ўртача доза - 150 000 Бирлик/сут. липазалар 10000 Бирлик амилазалар 8000 Бирлик протеазалар 600 Бирлик	фаол моддага ёки дори шаклига қўшилган ҳар қандай ёрдамчи моддаларга юқори сезувчанлик. ўткир панкреатит.	

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

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

Диспансер кузатув

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

НОЗОЛОГИЯ	Оила шифокори томонидан тиббий кўрикларнинг муддати	Диспансер кузатув			Функционал текширувлар муддати	Лаборатор текширувлар муддати
		Кўриклар муддати	Диспансер кузатув давомийлиги	Тор мутахассислар кўриги		
Сурункали вирусли гепатит С фиброз F0-2	1-кўрик бемор мурожаат қилганда ёки скрининг пайтида ВГС аниқланганда Такрорий кўрик 10 кун ичида жигарнинг ҳолатини баҳолаш ва ВҚД масаласини ҳал қилиш учун 2-кўрик ВҚДни тайинлаш	1-кўрик ВҚД бошлангандан 4 ҳафтадан кейин 2-кўрик ВҚД бошлангандан 12 ҳафтадан кейин 3-кўрик ВҚД тугагандан 6 ойдан кейин 4-кўрик ВҚД тугагандан 12 ойдан кейин	24-ҳафтада барқарор вирусологи к жавоб кузатилганд а (ПЗР ВГС РНК манфий) ВҚД ўтказилганд ан кейин диспансер кузатуви тўхтатилади	Чуқурлаштирилган диспансер текшируви пайтида тор мутахассислар томонидан текширувлар: кардиолог невролог офтальмолог эндокринолог ВҚДни бошлашдан олдин	- Ички аъзолар УТТ - Жигар эластметрияси ҳар бир мурожаатда (жами 4 кўрик)	- Қоннинг умумий таҳлили - АЛТ, АСТ, билирубин - ПЗР РНК ВГС сифатий ҳар бир мурожаатда (жами 4 кўрик)
Сурункали вирусли гепатит С фиброз F3-4	1-кўрик бемор мурожаат қилганда ёки скрининг пайтида ВГС аниқланганда Такрорий кўрик 10 кун ичида жигарнинг ҳолатини баҳолаш ва ВҚД масаласини ҳал қилиш учун 2-кўрик ВҚДни тайинлаш	1-кўрик ВҚД бошлангандан 4 ҳафтадан кейин 2-кўрик ВҚД бошлангандан 12 ҳафтадан кейин 3-кўрик ва кейинги	бутун ҳаёти давомида	Чуқурлаштирилган диспансер текшируви пайтида тор мутахассислар томонидан текширувлар: кардиолог невролог офтальмолог	- Ички аъзолар УТТ - Жигар эластметрияси ВҚД тугагандан кейин 3 ойда 1 марта йил давомида Кейинчалик ҳар 6 ойда	- Қоннинг умумий таҳлили - АЛТ, АСТ, билирубин - ПЗР РНК ВГС сифатий - АФП ВҚД тугагандан кейин 3 ойда 1 марта йил давомида

		кўриklar ҳар 12 ойда		эндокринолог <i>ВҚДни бошлашдан олдин</i> <i>ВҚДдан кейин зарурат бўлганда</i>		<i>Кейинчалик ҳар 6 ойда</i>
--	--	-------------------------	--	--	--	------------------------------

**Сурункали гепатит С ни даволаш бўйича амалий кўникмаларнинг компетенциялари
(task shifting)**

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор Бирламчи тиббий санитария поликлин икаси (бакалавр)	Топ мутахасс ис (амбулат ор)	Топ мутахас сис (стацио нар)
Шикоятлар ва анамнез				
Анамнез йиғиш				
Беморларнинг шикоятларини тўплаш қобилиятини кўрсатиш	+	+	+	+
Жигар патологияси белгилари ҳақида билимларни қўллаш (- чарчоқ; - бўғимларда оғриқ; - қичишиш; - уйқу ва иштаҳанинг бузилиши - кўнгил айниш; - депрессия) беморнинг касаллик тарихини йиғишда	+	+	+	+
Жигар патологияси бўлган беморларнинг тўлиқ тарихини шакллантириш	+	+	+	+
Хавф омиллари	+	+	+	+
Жисмоний текширув				
Беморнинг дастлабки текширувини ўтказиш				
Беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказишда малакани кўрсатиш - Умумий текширув, терининг ва шиллиқ пардаларнинг иктерик ранги ўзгаришини аниқлаш.	+	+	+	+
Беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказиш бўйича малакани кўрсатиш - жигар ва талоқнинг ҳажмини (катталашиши ёки кичрайиши) ва мустаҳкамлигини аниқлаш учун қоринни пальпация қилиш.		+	+	+
Беморни кенг қамровли физикал текширувдан ўтказишда малакани кўрсатиш - Жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларини аниқлаш (энцефалопатия, периферик шиш, геморрагик синдром).	+/-	+	+	+
Беморни текшириш режасини ишлаб чиқиш.				+

Ташхис қўйиш				
Сурункали гепатит С ташхисини қўйиш		+	+	+
Беморни касалхонага ётқизиш учун кўрсатмаларни аниқлаш		+	+	+
Беморни тегишли мутахассисга юборинг		+	+	+
Асосий лаборатор ташхисоти				
Асосий лаборатор тестларини буюриш	++	+	+	+
Анти-НСV ИФТ	+	+	+	+
ВГС ПЗР сифатий		+	+	+
- Умумий қон таҳлили	++	+	+	+
Жигар функцияси кўрсаткичлари (АЛТ, АСТ, билирубин)	++	+	+	+
Қон креатинини	++	+	+	+
Ҳисобланган КФТ		+	+	
Асосий лаборатор таҳлиллар натижаларини талқин қилиш		+	+	+
Мажбурий инструментал ташхисот				
Ультратовуш текширувини буюриш (мажбурий текширув)	++	+	+	+
Қўшимча инструментал ташхисот				
Эластометрияни тайинлаш		+	+	+
Жигар биопсиясини режалаштириш		+	+	+
Сурункали гепатит С ни даволаш				
Номедикаментоз даволаш	+	+	+	+
Сурункали гепатит С учун дори-дармонларни билан даволашни буюриш қобилияти		+	+	+
Диспансер текширув				
Диспансер текширувни ўтказиш	+	+	+	
Мунтазам тиббий кўриклар ҳақида хабар бериш ва скрининг дастурлари	+	+	+	
Профилактика				
Вақтинча меҳнатга қобилиятсизлик тиббий экспертизасини ўтказиш ва тиббий хужжатларни расмийлаштириш.		+	+	+
Иммунопрофилактика масалалари бўйича маслаҳат бериш	+	+	+	+
Ҳаётнинг турли соҳаларида хавфсизлик ва гигиенани таъминлаш бўйича санитария талаблари, қоидалари ва тавсиялари ҳақида маълумот бериш: озиқ-овқат, сув, санитария, уй-жой шароитлари, шахсий гигиена.	+	+	+	+
Хужжатларни тайёрлаш	+	+	+	+

Асосий тор мутахассис - юқумли касалликлар шифокори.

* таҳлилларнинг маълум доираси

СВГСни бошқариш бўйича билим компетенциялари (task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	Оилавий шифокор (бакалавр) Бирламчи тиббий санитария поликлин икаси	Топ мутахассис #
Сурункали вирусли гепатит С таърифи		+	+
Шикоятларни, хавф омилларини, симптомларни тасвирлаб бериш	+	+	+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатор текширувлари ва ультратовуш текширувлари) асосида сурункали гепатит С ташхисоти учун ёндашувни яратиш.	+*	+	+
Асосий таҳлиллар ва ультратовушни талқин қилиш		+	+
Сурункали гепатит С учун дори- дармонсиз терапияни тавсифлаш	+	+	+
Сурункали гепатит С учун дори терапиясини тавсифлаш		+	+
Сурункали гепатит С учун қўлланиладиган турли дориларнинг таъсир қилиш механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилиш		+	+
Вирусга қарши препаратлардан фойдаланишни назорат қилиш		+	+
Вирусга қарши препаратларни тўхтатиш учун кўрсатмаларни аниқлаш			
Иммунопрофилактика босқичларини таърифлаш	+	+	+
Санитария-гигиена талабларини муҳокама қилиш	+	+	+

Асосий топ мутахассис - юқумли касалликлар шифокори.

* Ушбу компетенцияларга амалиёт ҳамшираларини тайёрлаш орқали еришиш мумкин.

Илова

Жигарни пайпаслаш қоидаси

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

Жигарни пайпаслаш ушбу органнинг пастки чегараларини, унинг консистенциясини, оғриғини, жигар юзасининг табиатини ва пастки қиррасини аниқлашга имкон беради. Жигарни пальпация қилиш қорин бўшлиғи органларини пайпаслашнинг умумий қоидаларига мувофиқ унинг чегараларини перкутор аниқлагандан сўнг амалга оширилади.

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

Пайпаслашнинг 1-лаҳзаси: ўнг қўл қориннинг тўғри мускулларининг латерал ташқи четига аввал топилган жигар пастки чегараси даражасида текис жойлаштирилади. Қўлнинг тўрт бармоғи бирига теккан ҳолда, уларнинг учлари бир хил чизикда бўлган ҳолатда жойлаштирилади.

Пайпаслашнинг 2-лаҳзаси: нафас олиш пайтида тери пастга тортилади.

Пайпаслашнинг 3-лаҳзаси: нафас чиқариш пайтида ўзига хос чўнтак ҳосил қилиш орқали қўл аста-секин ўнг қовурға остига ботирилади. қорин деворидан.

Пайпаслашнинг 4-лаҳзаси: бемордан чуқур нафас олиш сўралади, бунда жигар қисқарувчи диафрагма таъсирида пастга тушади. Бунда, ўнг қўл юқорига сурилади ва бармоқ учлари бир оз олдинга силжийди (ярим эгилган фалангаларда текисланиб) жигарнинг тушаётган қирраси билан учрашади. Жигар бармоқлар учи фалангалари тўқимасига таянади ва кейин уларни четлаб ўтиб сирпанади.

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

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

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

Жигар перкуссияси

Жигарнинг перкуссияси ушбу органнинг хажми ва унинг юқори ва пастки чегаралари ҳақида тасаввурга эга бўлишга имкон беради. Жигарнинг ўнг ўпканинг пастки чети билан қопланган қисмини перкуссия қилганда перкуссия товушининг бўғиқлиги аниқланади. Бу жигарнинг нисбий бўғиқлиги деб аталади, унинг юқори чегараси аъзонинг ҳақиқий чегарасига ва диафрагма гумбазининг даражасига тўғри келади. Жигарнинг ўнг ўпка билан қопланмаган соҳасига перкутор зарбалар қўлланилганда, мутлақо бўғиқ (сон) товуш кузатилади. Бу жигарнинг мутлақ бўғиқлиги, унинг юқори чегараси ўнг ўпканинг пастки чегараларига тўғри келади.

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

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

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

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

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

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