

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
«Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)» лойиҳаси**

**МЕЪДА ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ
БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
ТЎПЛАМИ**

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун**

Тошкент – 2016 йил

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш Республика маркази
“Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш
(Саломатлик-3)” лойиҳаси

МЕЪДА ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР ТЎПЛАМИ

**Туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари
врачлари учун**



Клиник протоколлар ҚВП/ ОП умумий амалиёт врачлари, гастроэнтерологлар, кўл тармоқли туман/шаҳар марказий поликлиника ва марказий туман/шаҳар шифохоналари врачлари учун мўлжалланган

Клиник протоколлар 2014 йилда ишлаб чиқилган.

Тузувчилар:

1. Каримов М. М. - Республика ихтисослашган илмий-амалий марказ терапия ва тиббиёт реабилитацияси, меъда ичак бўлими раҳбари, т.ф.д
2. Нурмухамедова Р.А. - Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг УАВ малакасини ошириш кафедраси доценти, т.ф.н.
3. Аниёзова Д. Ж. - Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг Соғлиқни сақлашни бошқариш, молиялаштириш ва ташкиллаштириш кафедраси, катта илмий ходим-изланувчиси.

Такризчилар:

1. Аляви А. Л. – РИИАМТ ва ТР директори, т.ф.д., профессор
2. Хамрабаева Ф.И. – Тошкент врачлар малакасини ошириш институтининг «Гастроэнтерология ва физиотерапия» кафедрасининг мудир, т.ф.д

**Ушбу протокол Соғлиқни сақлаш вазирининг
2016 йил 1 февраль 57-сонли буйруғи билан тасдиқланган**

**Клиник протоколлар Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ва
Халқаро ривожланиш ассоциацияси иштирокидаги «Саломатлик-3» лойиҳаси
доирасида тайёрланди ва нашр этилди.**

Босишга 14.09.2016 да рухсат этилди.
Бичими 60x84 1/8. Офсет босма. «Таймс» гарнитураси. Ҳажми 4,0 б. т. Шартли б. т. 3,72.
Адади 3458 нусха. 35-16 рақамли буюртма.

«Yangiyo'l poligraf servis» МЧЖ босмахонасида чоп этилди.
112001, Тошкент вилояти, Янгийўл тумани, Самарканд кўчаси, 44-уй.

Мундарижа:

ДИСПЕПСИЯ	5
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	5
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	6
СУРУНКАЛИ ГАСТРИТЛАР	9
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	9
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	10
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ.....	12
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	12
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	14
МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ.....	16
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	16
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	17
МТШ шароитида ташхислаш ва даволаш.....	18
СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАР.....	20
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	20
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	21
МТШ шароитида ташхислаш ва даволаш.....	22
ЖИГАР ЦИРРОЗИ.....	25
ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	25
КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш.....	27
МТШ шароитида ташхислаш ва даволаш.....	27
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР.....	32

Қискартмалар рўйхати

АлАТ	Аланинаминотрансфераза
АсАТ	Аспартатаминотрансфераза
ВГ	Вирусли гепатитлар
ВКТТМ	Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази
ГКС	Глюкокортикостероиды
ГЭРК	Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги
ЖССТ	Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЖЦ	Жигар циррози
ИТИ	Илмий –текшириш институти
ИФ	Ишкорий фосфатаза
ИФТ	Иммунофермент таҳлили
КТМП	Марказий туман кўп тармоқли поликлиникаси
МТШ	Марказий туман шифохонаси
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
ОП	Оилавий поликлиника
ПЗР	Полимераз занжирли реакция
ППИ	Протон помпа ингибитори
РИИАМТ ва ТР	Республика ихтиссослашган илмий-амалий марказ терапияси ва тиббиёт реабилитацияси
СВГ	Сурункали вирусли гепатит
СГ	Сурункали гепатит
ТВИ	Тана вазни индекси
УАВ	Умумий амалиёт врач
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЭКГ	Электрокардиография
ЭФГДС	Эзофагогастроуденоскопия
ЯК	Яра касаллиги
ҚВП	Қишлоқ врачлик пункти
HBV	Вирусли гепатит В
HCV	Вирусли гепатит С
HDV	Вирус гепатитли Д
НР	Helicobacter pylori
PEN	Бирламчи тиббий санитария ёрдами учун ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган юқумсиз касалликлар бўйича асосий тадбирлар пакети

ДИСПЕПСИЯ

ХКТ рақами 10:

К30 Диспепсия

Таърифи

Диспепсия – эпигастрал соҳадаги нохушлик ёки оғрик (қорин ўрта чизиғи бўйича), кўнгил айланиши қусиш, кекириш, жигилдон қайнаши каби белгилар билан намоён бўлади.

Эпидемиологияси

Диспепсия 60% ҳолларда функционал бўлиб, биров хаёт сифатини пасайтиради. Бундан ташқари меъда ичак трактининг бошқа органик касаллиги (ГЭРК ёки яра касаллиги) ҳам диспепсия белгиси билан кечиши мумкин, шунинг учун бундай беморларни қўшимча текшириш учун КТМПга жўнатиш керак.

Хавф омиллари

- Дори воситаларини ичиш: ностероид яллиғланишга қарши воситалар.
- Эмоционал зўриқиш ҳам функционал диспепсияга олиб келади.
- Чекиш ва алкоголь ичиш ҳам хавф омилдир.
- НР-инфекциясини бўлиши.

ҚВП шаронтида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

а) Ўрта чизиқ, яъни эпигастрал соҳада оғрик, нохушлик сезгиси, меъдада тўлиш ҳисси, қоринда дам бўлиши, кўнгил айланиши; оғрикнинг жойлашиши ва иррадиацияси, келиб чиқиш сабаби ва оғриқни камайтирувчи воситалар; оғриқнинг давомийлиги: юқорида кўрсатилган белгилар ташхис қўйишдан олдин 3 ойдан кам, 6 ойдан ошмаслиги керак.

б) Дори воситаларини ичиш, чекиш, кофе ва алкоголь ичиш, уларнинг сони ва микдорига боғлиқ.

2. Клиник кўрик: хаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳарорат; бўй ва вазнини ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш; тери ранги; тил кўриги. Пальпатор эпигастрал соҳадаги сезгирликни текшириш. Перкутор жигар чегараларини аниқлаш лозим.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- а) Умумий қон таҳлили.
- б) Умумий ахлат таҳлили.
- в) Ахлатни яширин қонга текшириш.
- г) АлАТ, АсАТ, билирубин бир маротаба текшириш (жигар касаллигини инкор қилиш мақсадида).

4. ҚВПда даволаш

Номедикаментоз даво

- Беморга касаллик бўйича сабаби, даволаш лозимлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш керак.
- *Чекишни тўхтатиш.* Функционал диспепсия бор беморларда чекишни тўхтатиш, бу ўз навбатида рецидив давомийлиги ва сонини камайтиради, даволаш самарадорлигини оширади.
- *Алкогол ва кофени чеклаш.* Алкогол ва кофе ичишни камайтириш ёки чеклаш.

- *Рационал овқатланиш.* Беморлар касалликни авжланишига олиб келувчи маҳсулотларни чеклаши керак, булар қуйидагилар кофе, шоколад, кофеин сақловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалари, томат.

- *НЯҚВ ни тўхтатиш,* агар беморлар уларни қабул қилаётган бўлса.

Медикаментоз даво

- Протон помпа ингибиторидан бири стандарт дозада берилади (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопрозол 40 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг в суткасида) овқатдан олдин 2 маҳал 7-10 кун мобайнида диспепсия белгилари кетгунча.

- Даво самарасиз бўлса, ППИ курс давосини 2 марта оширилади (2 таблеткадан 2 маҳал кунига 7-10 кун).

- Агар касаллик белгилари 1-6 ойдан кейин қайталанса, беморни КТМПга гастроэнтеролог кўригига жўнатилади.

Даво самарадорлиги мезонлари

Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.

КТМПдаги гастроэнтеролог кўригига жўнатиш мезонлари

1. Эзофагогастродуоденоскопия, НР-инфекциясини аниклаш тести, меъда ичак тизими аъзолари УТТСи беморларда органик патологияни инкор қилиш мақсадида қилинади.
2. Қуйидагилар бўлса: тана вазни бесабаб камайса, ноаниқ этиологияли камқонлик, онлавий анамнезда (биринчи авлодда) онкологик касалликлар бўлса, ахлатда қон бўлса, қон аралаш қусиш белгиларида.

КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Сўраб суриштириш ва анамнез йиғиш

2. Клиник кўрик

3. ҚВП дан ташқари қилинадиган лаборатор-инструментал текширувлар

- а) НР-инфекциясини текшириш тавсия этилади.
- б) Эзофагогастродуоденоскопия. ЭФГДС (биопсия олган ҳолда).
- в) Кўрсатмага кўра ҳазм системаси УТТСи: жигар, ўт пуфаги, меъда ости безини.

4. КТМП шароитида даволаш

- ППИ ноэффектив бўлса, белгиларни камайтириш учун прокинетиклар (метоклопрамид 10 мг 3 маҳал суткасида, домперидон 10 мг 3 маҳал суткасида, итоприд гидрохлорид 150 мг суткасида) берилади.

- НР-инфекцияси аниқланса, уч компонентли эрадикацион терапия 10-14 кунга берилади:

- ППИ стандарт дозада (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, пантопрозол 40 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг суткасида 2 маҳал).

- Антибиотик – (Амоксициллин 1000 мг кунига 2 маҳал).

- Антибиотик – (Кларитромицин 500 мг кунига 2 маҳал).

Агар КТМПда берилган даво самарасиз бўлса, диспепсия белгиларини камайтириш учун, нейролептик (сульпирид гидрохлорид 50-100 мг в суткасида) тавсия этилади.

Даволаш самарадорлиги мезонлари

Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.

Диспепсияси бор беморлар МТШда даволаниши шарт эмас.

Кейинчалик ҚВП назоратида бўлиши керак

- Парҳез режими: диспепсия белгилари авж олмаслиги учун, куйидаги маҳсулотларни чеклаш керак: кофе, шоколад, кофеин сакловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалар, томатлар.
- Ностероид яллиғланишга қарши воситалар, глюкокортикостероидларни тўхтатиш.
- Алкогол ичишни ва чекишни тўхтатиш.

ҚВП да диспансеризация қилиш

Диспепсияси бор беморлар диспансеризация назоратида турмайди.

Илова 1

Диспепсияни даволашда ишлатиладиган дори воситаларини стандарт миқдори

Протон помпа ингибиторлари

1. Омепразол 20 мг
2. Лансопразол 30 мг
3. Пантопразол 40 мг
4. Рабепразол 20 мг
5. Эзомепразол 20/40 мг

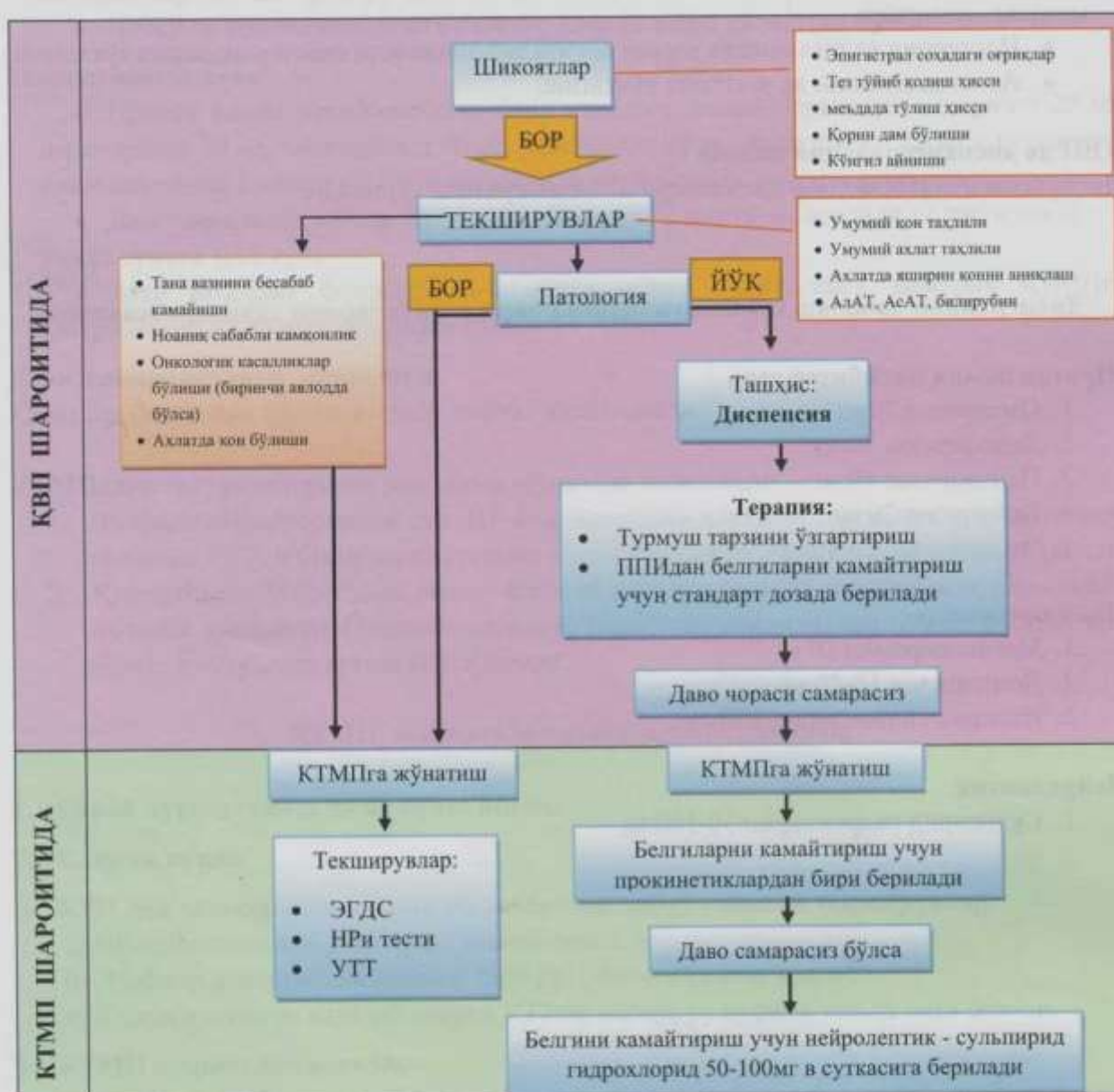
Прокинетиклар

1. Метоклопрамид 10 мг
2. Домперидон 10-20 мг
3. Итоприд гидрохлорид 150 мг

Нейролептик

1. Сульпирид гидрохлорид 50-100 мг

Диспепсия бор беморларни олиб бориш кетма кетлиги



СУРУНКАЛИ ГАСТРИТЛАР

ХКТ рақами 10:

K29 Гастрит ва дуоденит

K29.3 Сурункали гастрит

K29.5 Сурункали антрал, фундал гастритлар

Таърифи

Сурункали гастрит – меъда шиллик қаватини *Helicobacter pylori*-инфекцияси ҳисобига сурункали ёки бошқа жароҳатловчи омилларга кўра яллигланишидир.

Эпидемиологияси

Энг кўп тарқалган касаллик бўлиб, бутун аҳолини бешдан икки қисми бу касаллика чалинади.

Меъда касалликлари ичида сурункали гастрит 85%ни ташкил қилади. Меъда шиллик қаватидаги ўзгаришлар ёш ўтган сари ўзгариб, ҳар йили гастритлар 1,5%га ошаётгани кузатилмоқда.

Хавф омиллари:

- Инфекциялар: Нр-инфекциясини бўлиши, гижжа инвазиялари (*Strongyloides species*, *schistosomiasis*, *Diphyllobothrium latum*).
- Вируслар (ЦМВ, герпес вируси).
- Ноинфекцион омиллар: ўтнинг рефлюкси /ёки панкреатик шира.
- Алкогол ичиш.
- Чекиш.
- Кокаин қабул қилиш.
- Дори воситалар қабули (ностероид яллигланишга қарши воситалар-НЯҚВ).
- Крон касаллиги.
- Саркоидоз.
- Нурланиш.

ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнез йиғиш

Қориндаги оғриқлар, кўнгил айланиши, қусиш, оғирлик ҳисси, тўлиш ҳисси, овқат истеъмоли вақтида ёки овқатдан кейин пайдо бўлади, кекириш, оғизда нохуш таъм бўлиши, эпигастрал соҳада куйиш ҳисси, жигилдон қайнаши меъдада эвакуация фаолияти бузилиши ва меъда ширасини кизилўнгачга қуйилиши билан намоён бўлади.

2. Клиник кўрик

Ҳаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳароратни ўлчаш, бўй ва тана вазнини ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш; тери ранги; оғиз кўриги- тилни оқ қараш билан қопланиши. Эпигастрал соҳадаги оғриқни пальпатор текшируви. Жигар чегараларини перкутор текшириш.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- а) Умумий қон таҳлили.
- б) Умумий ахлат таҳлили.
- в) Ахлатни яширин қонга текшириш.

4. ҚВПда даволаш

Номедикаментоз даволаш

- **Беморга касаллик бўйича,** сабаби, даволаш лозимлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш керак. (Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш).
- **Чекишни тўхтатиш.** Функционал диспепсия бор беморларда чекишни тўхтатиш, бу ўз навбатида рецидив давомийлиги ва сонини камайтиради, даволаш самарадорлиги ошади.
- **Алкоголь ва кофени чеклаш.** Алкоголь ва кофени ичишни камайтириш ёки чеклаш.
- **Рационал овқатланиш.** Беморлар касалликни авжланишига олиб келувчи маҳсулотларни чеклаши керак, булар қуйидагилар кофе, шоколад, кофеин сакловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалари, томат.
- **Агар бемор НЯҚВ қабул қилаётган бўлса,** тўхтатиш.

Медикаментоз даво

Сурункали гастрит НР-инфекцияси билан бирга келса, уч компонентли эрадикацион даво 14 кунга қўлланилади:

- Омепразол 20 мг кунига 2 маҳал.
- Амоксициллин 1000 мг кунига 2 маҳал.
- Метронидазол 250 мг кунига 4 маҳал овқатдан кейин.

Агар беморда НЯҚВли гастропатия бўлса, НЯҚВни қабул қилмаслик, ёки НЯҚВ билан ППИ ёки висмут воситалари бирга қабул қилиниши керак.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.

6. КТМПдаги мутахассисга жўнатиш мезонлари

- ҚВПдаги берилган давонинг самарасизли.
- Асоратлар ривожланиши, консерватив тез тиббий ёрдам кераклиги ёки жаррохлик амалиёти (қон кетиш бўлса).

КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Сўраб суриштириш ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. ҚВП дан ташқари қилинадиган лаборатор-инструментал текширувлар

- а) НР-инфекциясини текшириш тавсия этилади.
- б) Сурункали гастритни асосий текширув усули эзофагогастроуденоскопия.

4. КТМП да даволаш

Иккинчи қатор воситаси берилади, буларга тўртта дори воситаси киради:

- Омепразол 20 мг 2 таблеткадан кунига 2 маҳал 14 кун мобайнида.
- Амоксациллин 1 г кунига 2 маҳал 14 кун.
- Кларитромицин 500 мг кунига 2 маҳал 14 кун.
- Висмут субцитрат 120 мг кунига 3 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин ва тўртинчиси – уйкудан олдин 14 кун.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.

Сурункали гастрити бор беморлар МТШ шароитида даволаниши шарт эмас.

6. Кейинчалик ҚВП назоратида бўлиши керак

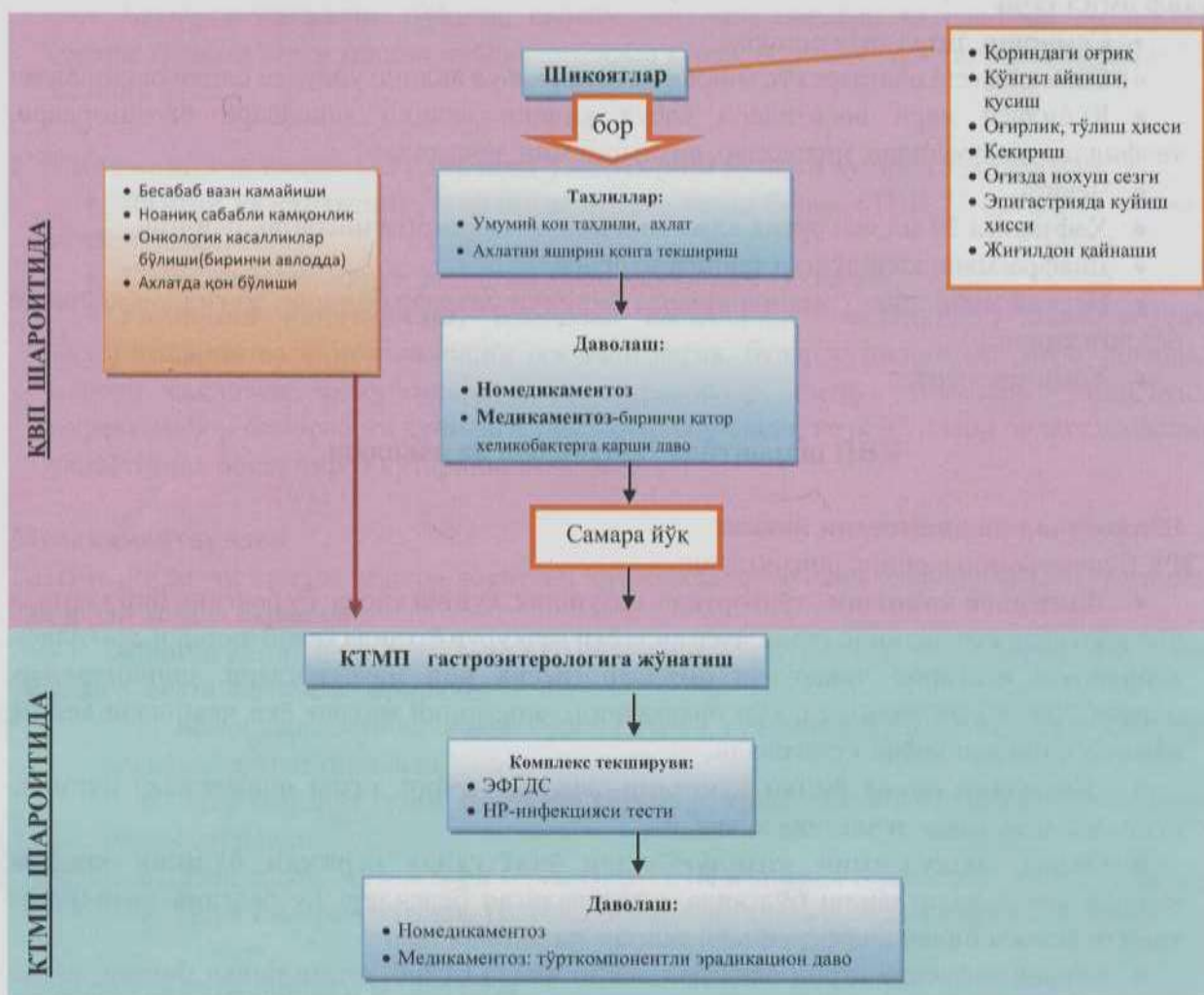
- Парҳез режими: диспепсия белгилари авж олмаслиги учун, қуйидаги маҳсулотларни чеклаш керак: кофе, шоколад, кофеин сақловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалар, томатлар
- Ностероид яллиғланишига қарши воситалар, глюкокортикостероидларни тўхтатиш.
- Алкоголь ичишни ва чекишни тўхтатиш

7. ҚВП шароитида диспансеризация қилиш

- Атрофик гастрити бор беморлар диспансеризация қилиниши керак.
- Агар меъда шиллиқ қаватида атрофия бўлса, хавфли ўсмани олддини олиш ҳолатларини эрта аниқланиши учун қайта ЭФГДС биопсия билан олинади, 2-3 йилда 1 марта мониторинг ўтказилади. Шу мақсадда беморларни мутахассисга КТМП жўнатилади.

Илова 3

Гастрити бор беморларни олиб бориш кетма кетлиги



ХКТ рақами -10:

К 21.0 Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги

К 21.0 Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги эзофагит билан

К 21.1 Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги эзофагитсиз тури

Таърифи

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги – меъда ширасини қизилўнгачга қуйилиши ва беморда нохушлик сезгиси кузатилиши билан намоён бўлади.

Эпидемиологияси

Эпидемиологик текширувларга кўра, ГЭРК белгилари аҳолида ҳар қуни 4-10%, ҳар ҳафтада 20-30%, ҳар ойда 50%, кузатилади, шунинг учун бу белгилар ҳаёт сифатига ва иш фаолиятига таъсир кўрсатади. ГЭРКнинг энг хавфли асорати Баррет кизилўнгачи–(метаплазияси) тўлиқ кўп қаватли ясси эпителий ўрнига меъда цилиндрик эпителияси билан қопланиб, қизилўнгач аденокарциномаси ривожланиш хавфи ошиб боради¹.

Хавф омиллари

- Семириш, тезда вазн ошиши.
- Озиқ-овқатли одатлар: кўп миқдорда овқат қабул қилиш; уйқудан олдин овқатланиш
- Қуйидаги дори воситалари қабул қилиш: калций каналлари блокаторлари, теофиллин сакловчилар, нитратлар, антигистамин воситалар.
- Чекиш.
- Ҳафтасига 70 мл дан ортиқ алкоголь ичиш тоза спиртга нисбатан олинган.
- Диафрагмани қизилўнгач тешиги чурраси.
- Наслий мойиллик (қариндошларда биринчи авлодда бўлиши, жигилдон қайнаши безовта қилиши).
- Ҳомиладорлик.

ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

ГЭРК бўлган беморларнинг шикоятлари:

- **Жигилдон қайнаши** –тўш ортида нохушлик, қуйиш ҳисси; бу белгини бир ҳафтада бир мартадан кўп бўлиши; гавда эгилганда ёки кечқурун ётганда келиб чиқиши, жигилдон қайнашини келтириб чиқарувчи омиллар (иссиқ нон маҳсулотлари, ширинликлар, нордон, зираворли таомлар), кўп овқатланиш, жисмоний меҳнат ёки чекишдан кейин, алкоголь ичишдан кейин кузатилади.
- **Кекириш, овқат билан кекириш**-овқатдан кейин, газли ичимликлар ичганда, ётган ҳолатда, гавда эгилганда кучаяди.
- **Овқат маҳсулотини қизилўнгачдан ўтаётганда оғрикли бўлиши** шиллик қаватда яққол яллигланиш бўлганда кузатиладиган белгидир. Бу белгини қизилўнгач хавфли ўсмаси билан дифференциал ташхис қилиниши шарт.
- **Кўкрак қафасида оғриқ** овқатдан кейин пайдо бўлиб, ютиш билан боғлиқ, оғриқ юрак чўққисига тарқалиши, стенокардия хуружига ўхшаш бўлиб, ишқорий минерал сувлар, антацидлардан кейин оғриқ камаяди.

1 *Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги. Методик қўлланма//Аляви А.Л., Каримов М.М., Ахматходжаев А.М., Саатов З.З./Тошкент, 2009*

- **ГЭРКнинг қизилўнгачдан ташқари белгилари** ГЭРКни стенокардия, зотилжам деб уйлаб, амалиётда кўп хатоларга олиб келмоқда. Бу белгиларга кўкрак қафасидаги оғриқ, йўтал, томоқдаги оғриқ, астма, аспирацион зотилжам киради.

2. Клиник кўрик: ҳаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳарорат; бўй ва вазни ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш; тери ранги; тил кўриги. Пальпатор эпигастрал соҳадаги сезгирликни текшириш. Перкутор жигар чегараларини аниқлаш.

УАВ ташҳисни аниқ қўйиши учун қуйидаги ППИ билан тест ўтказиши керак. Тест қилиш учун беморда «хатар» белгиси бўлмаслиги керак. Беморда ГЭРК белгилари бўлса, ППИдан бири стандарт дозада нонуштадан 30-60 дақиқа олдин бир ҳафта мобайнида берилади. Агар беморда белгилар 50% дан ошиқ камайса, тест мусбат, яъни ГЭРК ташҳиси исботланади. Агар тест манфий бўлса, беморни КТМП ЭФГДС учун жўнатилади.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар: керак эмас.

4. ҚВП шароитида даволаш

Номедикаментоз даво

- **Беморга касаллик бўйича,** сабаби, даволаш мақсади ва даволаш лозимлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш керак. (Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш).

ГЭРКда биринчи қадам ҳаёт тарзини ўзгартириш буларга қуйидагилар киради:

- **Вазни камайтириш,** агар ортиқча тана вазни бўлса, (ТВИ 25 ортиқ) ва тез вазн тўпловчилар.
- **ГЭРКли беморларга** чекиш ва алкоголь ичишни тўхтатиш.
- **Рационал овқатланиш.** Беморлар касалликни авжланишига олиб келувчи маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклаши керак, булар қуйидагилар: кофе, шоколад, кофеин сакловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалари, томат. Тунги рефлюкси бор беморларга қуйидаги тавсиялар берилади; кечкурунлари овқатланмаслик, ухлаётганда боши бироз кўтарилиши лозим.

Медикаментоз даво

ППИ ГЭРКда энг самарали дори воситаси ҳисобланади. Асосий даво усули ППИ минимал самарали дозада берилади.

1. Биринчи катор дори воситалари ППИдан бири нонуштадан 30-60 дақиқа олдин бир маҳал 8 ҳафта давомида берилади.

а. Беморларга мусбат жавоб бўлса ППИга, суткасига 2 маҳал берилади ёки дори воситаси алмаштирилади.

б. Агар беморда тунги хуружлар устунлик қилса, дори воситаси кечки овқатдан олдин берилади.

с. Узоқ давом этувчи дори терапияси ППИ минимал терапевтик дозада берилади

д. Дори самарасиз бўлса, ППИ икки баробар катта дозада 4 ҳафта берилади.

Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Эндоскопик текширувда яра ва эрозли эзофагитда -яра битиши аниқланади.

КТМПдаги гастроэнтеролог кўригига жўнатиш мезонлари:

1. Даво самарасиз бўлса.

2. Қуйидаги симптомлар бўлса:

- Ривожланган дисфагия.
- Ютинганда оғрик.
- Бесабаб вазн камайса.
- Қонли қусиш.
- Ахлатда қон бўлиши.
- Камқонлик.

КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор-инструментал текширувлар - ЭФГДС

4. КТМПда даволаш

- Агар биринчи қатор дори воситаси самарасиз бўлса, прокинетиклардан бири (итоприд гидрохлорид 150 мг 1 маҳал суткасига ёки метаклопрамид 10 мг суткасига 3 маҳал) 4 ҳафта.
- Агар беморда асоратлар бўлмаса, давони УАВ назорати остида олиб борилади.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Эндоскопик текширувда яра ва эрозли эзофагитда-яра битиши аниқланади.

6. Беморда асоратлар бўлса, жўнатиш мезонлари

Асоратлар ривожланса, тиббий ёрдам кўрсатиш қадамлари:

- Қизилўнғач структураси – МТШси жарроҳлик бўлимига.
- Қизилўнғач яраси – МТШси жарроҳлик бўлимига.
- Баррет қизилўнғачи ривожланса – вилоят онкология диспансерига.
- Қизилўнғач аденокарциномаси – вилоят онкология диспансерига.

7. Кейинчалик ҚВП назоратида бўлиши керак

- Пархез режими: диспепсия белгилари авж олмаслиги учун, қуйидаги маҳсулотларни чеклаш керак: кофе, шоколад, кофеин сакловчи маҳсулотлар, ёғлар, зираворлар, цитрус мевалар, томатлар. Кечқурун ва ухлашдан олдин овқат қабул қилмаслик.
- Ностероид яллиғланишига қарши воситалар, глюкокортикостероидларни тўхтатиш.
- Алкогол ичишни ва чекишни тўхтатиш.
- Тана вазнини назорат қилиш.

8. ҚВП шароитида диспансеризация қилиш

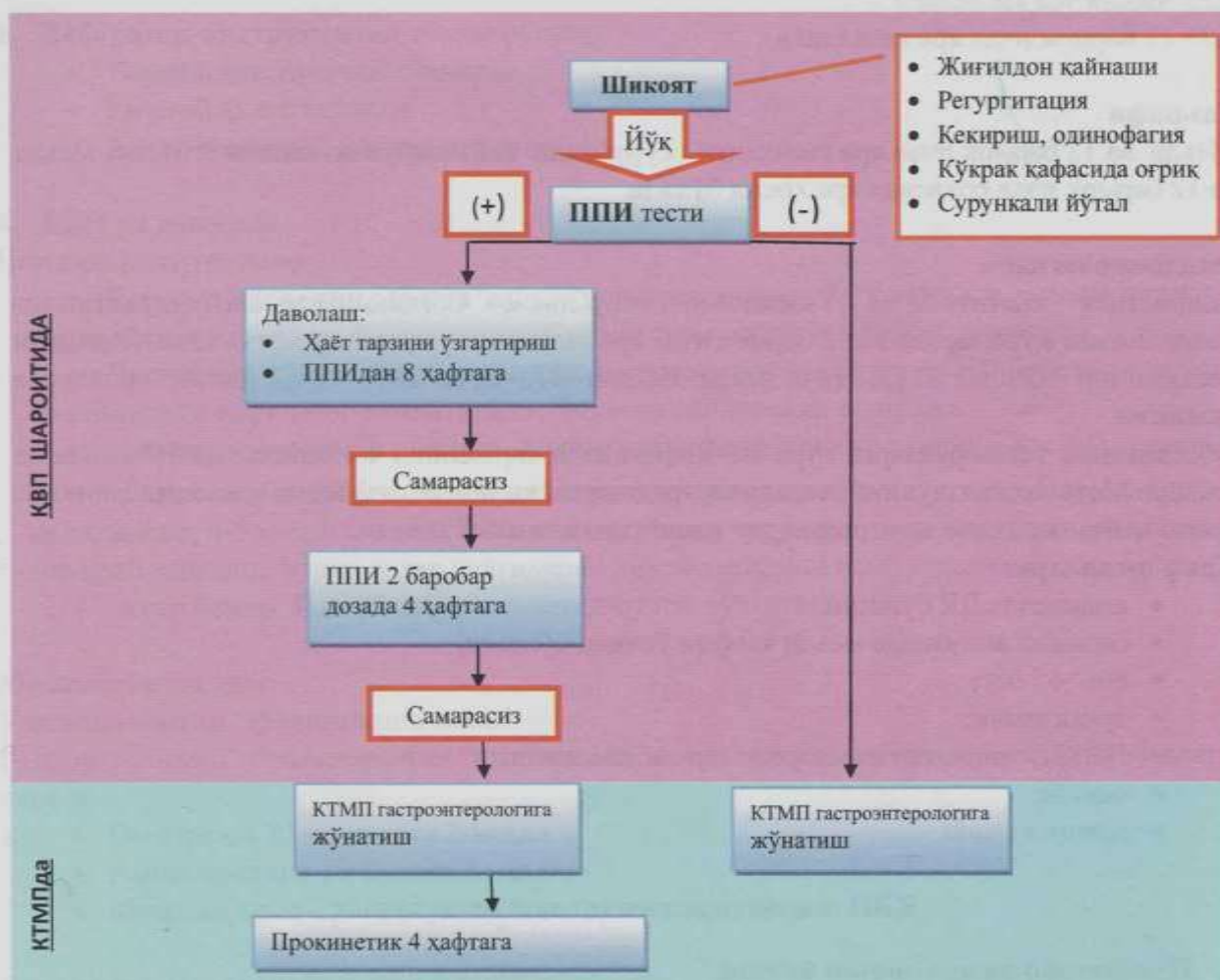
ГЭРК бор беморлар диспансеризацияда туриши шарт эмас.

Илова 4

ГЭРКни даволашда ППИнинг стандарт дозаси

1. Омепразол 20 мг
2. Лансопразол 30 мг
3. Пантопразол 40 мг
4. Рабепразол 20 мг
5. Эзомепразол 20/40 мг

ГЭРКли беморларни олиб бориш кетма кетлиги



МЕЪДА ВА 12 БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ

ХКТ рақами -10:

K25 Меъда яра касаллиги

K26 12 бармоқ ичак яра касаллиги

Таърифи

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги - сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, меъда ва 12 бармоқ ичак соҳасида яра ҳосил бўлади.

Эпидемиологияси

Саломатлик институти ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг маълумотига кўра, меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги умумий кўрсаткичи ва бирламчи касалланиш 526 дан 381,22 гача ҳамда 95,7дан 37,9 гача 2007 - 2011 йиллар оралигида камайган.

Обсервацион текширувларга кўра НР-инфекцияси тарқалиши Ўзбекистонда 80% ташкил қилади. Мета таҳлил шуни кўрсатадики, эрадикация қилинган инфекция ярани даволаниши, ярани қайталанишини ва асоратларни камайтиришга олиб келади.

Хавф омиллари:

- анамнезда ЯК бўлиши;
- оилавий анамнезда меъда хавфли ўсмаси бўлиши;
- ёш >65 лет;
- эркак киши;
- НЯҚВ, глюкокортикостероидлар қабул қилиш;
- чекиш;
- алкоголь ичиш.

ҚВП шароитида ташҳислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Анамнезда ЯКги, оилавий анамнезда меъда хавфли ўсмаси бўлиши, НЯҚВ ёки ГКС қабул қилиш.

Оғриқ бўлиши – яра касаллигининг асосий белгиси. Оғриқ симилловчи, босувчи бўлиб, ханжарсимон ўсиқ остида, ёки чап қовурга остида бўлади. Оғриқ қизилўнгач бўйлаб тарқалиши, кўп миқдорда кекириш, жигилдон қайнаши, яра касаллиги кўпинча кардиянинг етишмовчилиги ва меъда-қизилўнгач рефлюкси билан кузатилади. Оғриқ ўнг елка, ўнг ёки чап қовурга остига тарқалади, бу жараёнга ўт йўллари ва меъда ости беши кўшилганидан дарак беради.

Оғриқ характери ва жойлашиши

- *Меъда яраси* – эрта оғриқ; меъдани юқори қисми яраси (кардиал қисм), овқатдан сўнг дарров бошланиши, кўпинча аччиқ ва/ёки иссиқ овқатлардан кейин пайдо бўлувчи оғриқлар; агар яра меъда танаси ёки тубида жойлашса (*медиагастрал яралар*) оғриқ овқатдан 20-30 дақиқадан сўнг бўлиб, кам ҳолларда тунда кузатилади.

- *Яра привратник атрофида ва 12 бармоқли ичакда бўлса* – кечки оғриқлар; агар яра 12 бармоқли ичакнинг пиёзча ёки меъданинг антрал қисмида бўлса, наҳорги оғриқлар (оч қоринга), тунги оғриқлар 1,5-2 соатдан сўнг овқатдан кейин намоён бўлувчи (кечки оғриқлар). Оғриқ овқатдан кейин камаяди. Кучли оғриқлар яранинг привратник каналида жойлашганида кузатилади, овқатдан 40 дақиқа - 1 соатдан кейин пайдо бўлади.

Асоратлар келиб чиқса - қора, кўмирсимон ахлат, қон қусиш, камқонлик, тана вазни камайса (>10%) беморни КТМПга гастроэнтеролог кўригига жўнатилади.

2. **Клиник кўрик:** ҳаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳарорат; бўй ва вазини ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш; тери ранги; тил кўриги. Пальпатор эпигастрал соҳадаги оғриқни текшириш.

3. **Лаборатор-инструментал текширувлар:**

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий ахлат таҳлили.
- Ахлатни яширин қонга текшириш.

4. **ҚВП да даволаш**

Номедикаментоз даво

- **Беморга касаллик бўйича,** сабаби, даволаш мақсади ва лозимлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш керак. (Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш).
- **Чекишни тўхтатиш.** Беморларда чекишни тўхтатиш, бу ўз навбатида рецидив давомийлиги ва сонини камайтиради, даволаш самарасини оширади.
- **Алкогол ва кофени чеклаш.** Алкогол ва кофени ичишни камайтириш ёки чеклаш.
- **Рационал овқатланиш.** Парҳезга риоя қилиш, кам-камдан, тез-тез, кам миқдорда овқатланиш, 4-5 маҳал кунига. Таомномадан аччиқ, тузланган, дудланган маҳсулотларни чиқариб ташлаш, чунки булар белгиларни ривожланишига олиб келади.
- **Агар бемор НЯҚВ қабул қилаётган бўлса,** тўхтатиш.

Медикаментоз даво

Учкомпонентли эрадикацион даво

1-қатор стандарт учкомпонентли эрадикацион даво 14 кунга берилади ва қуйидагилар киради.

- Омепразол 20 мг, кунига 2 маҳал.
- Амоксициллин 1 г кунига 2 маҳал.
- Метронидазол 250 мг, кунига 4 маҳал овқатдан сўнг.

Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Яра дефектини чандикланиши (ЭФГДСда исботланиши).
- НР-инфекциясини йўқлиги.

КТМП гастроэнтерологи кўригига жўнатиш мезонлари

- 1-қатор давонинг самарасизлиги.
- Ташҳисни асослаш учун ЭФГДС қилиниши.
- НР-инфекциясини аниқлаш учун.
- Асоратлар кузатилса; қон кетиш, қорайган, кўмирсимон ахлат, кучли чидаб бўлмас оғриқлар, қон қусиш, тана вазни камайиши.

КТМП шаронтида ташҳислаш ва даволаш

1. **Шикоятлар ва анамнезни йиғиш**

2. **Клиник кўрик**

3. **Лаборатор-инструментал текширувлар (ҚВПдан ташқари яна қўшимча текширувлар)**

- Ташҳисни тасдиқлаш мақсадида -ЭФГДС қилиш.
- НР-инфекциясини аниқлаш учун- уреaza нафас тести.
- Морфологик текширувлар – атрофия, дисплазия ёки неоплазияни ташҳислаш учун.



- Меъда шиллик қаватидан биопсия олиш.
- Куйидаги тўрт компонентли даво ни гастроэнтеролог 14 кунга буюради:
 - Омепразол 20 мг 2 таблеткадан кунига 2 маҳал.
 - Амоксациллин 1 г кунига 2 маҳал.
 - Кларитромицин 500 мг кунига 2 маҳал.
 - Висмут субцитрати 120 мг кунига 3 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин ва 4-мартаси – уйқудан олдин.

4. Симптоматик даво

Тўрт компонентли даводан кейин оғриқ бўлса, симптоматик даво буюрилади, омепразол 20 мг кунига 2 маҳал 3 кун мобайнида, сўнг 10 мг 2 ҳафта давомида бериледи. Оғриқ йўқолса, даво бошқа ўтказилмайди.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Яра дефектини чандикланиши (ЭФГДСда исботланиши).
- НР-инфекциясини йўқлиги.

6. МТШдаги ички касалликлар бўлимига жўнатиш мезонлари

- 2-қатор терапиясидан кейин давонинг самарасизлиги.
- ЯКнинг асоратларини ривожланиши (кон кетиш, пенетрация ёки перфорация).
- Катта (3см) ва жуда катта яра бўлиши (3смдан катта).
- Меъда ичак тизимининг ёндош касалликлари (сурункали гепатит, жигар циррози, сурункали панкреатит авж олиш даври).

МТШ шаронтида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

2. Клиник кўрик

3. Лаборатор-инструментал текширувлар (қўшимча текширувлар ҚВПдан, КТМПдан ташқари):

- Умумий қон таҳлили (тўлик).
- Коагулограмма.
- ЭФГДС.
- ЭКГ.

4. МТШ даволаш

• 2 қатор давосидан кейин, *Helicobacter pylori* эрадикация қилинмаса, *Helicobacter pylori*га сезувчан антибиотик олиш тавсия қилинади (бунинг учун ахлатни ёки ЭГДФС орқали олинган меъда биоптатини экиш лозим). МТШ ички касалликлар бўлимида даволаниши керак.

• Асоратлар ривожланса (кон кетиш, перфорация, пенетрация, привратник стенози) МТШни жарроҳлик бўлимида даволаниши керак.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Яра дефектини чандикланиши (ЭФГДСда исботланиши).
- НР-инфекциясини йўқлиги.

6. ҚВПда реабилитация ишлари

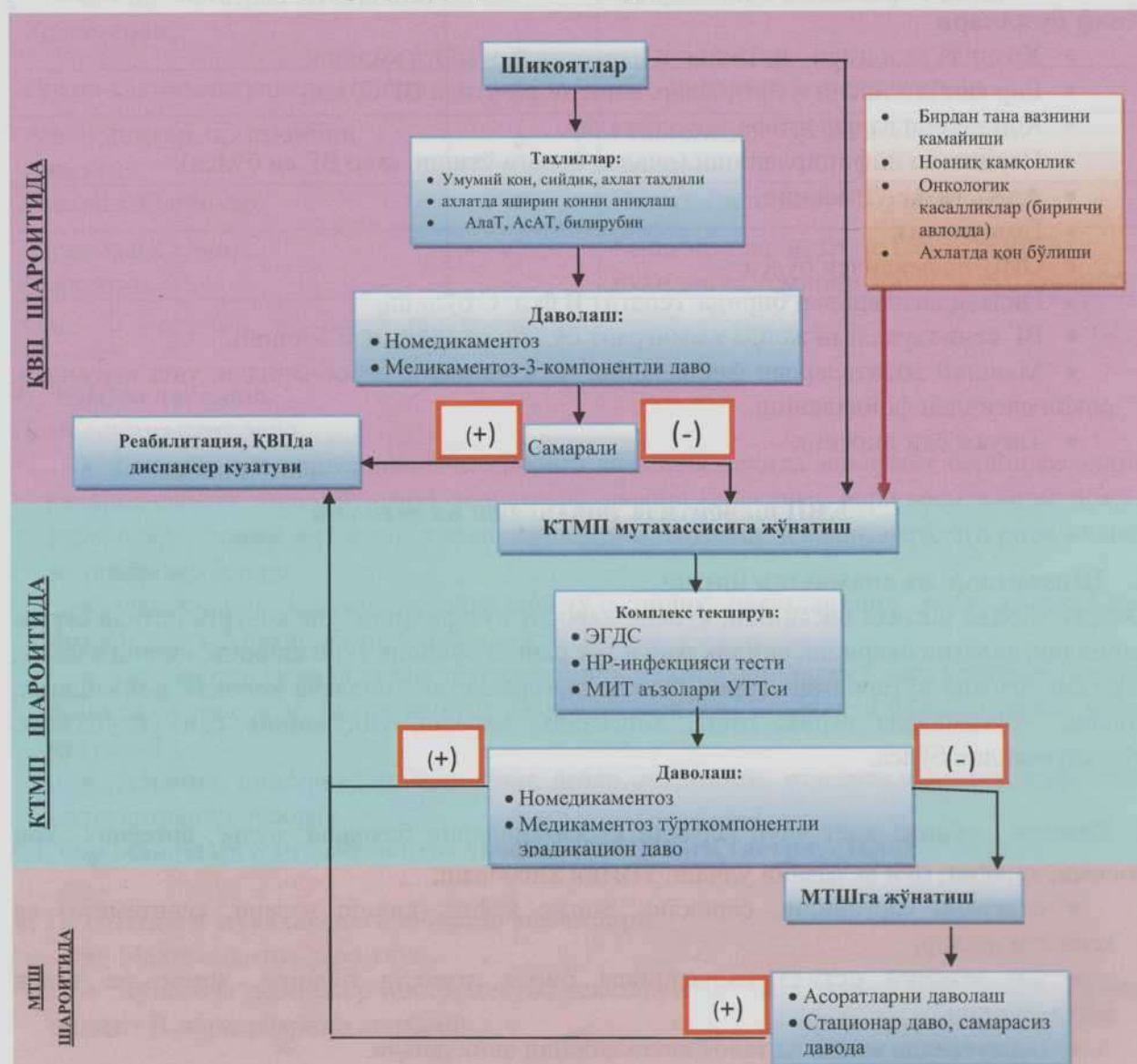
- Жарроҳликдан кейинги жароҳатни ишлов бериш ва жарроҳлик давосидан кейин беморларни парваришлаш.
- Беморга мос парҳез танлаш (мумкин бўлмаган маҳсулотларни тўхтатиш ёки чеклаш)
- Меҳнат ва дам олишни тартиблаш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш.
- НЯҚВ ва ГКСлар қабул қилмаслик.
- Алкогол ва чекишни тўхтатиш.
- Санатор-курорт даво.

7. ҚВП шароитида диспансеризация қилиш

- Меъда яра касаллиги бор беморларни диспансеризацияга олиш.
- Меъда яраси битгандан сўнг, қайта ЭГДС 3 ва 6 ойдан кейин қилинади. Фақат яра белгилари бўлса ЭФГДС қилиниши лозим. Шу мақсадда КТМП га жўнатилади.
- Меъда шиллиқ қаватида атрофия бўлса, хавфли ўсмаларни олдини олиш ҳолатларини эрта ташхислаш учун қайта ЭГДС биопсия билан олиниши керак, 2-3 йилда 1 марта олинади. Шу мақсадда КТМП мутахассисига жўнатилади.

Илова 6

ЯК бор беморларни олиб бориш кетма кетлиги



СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТЛАР

ХКТ рақами 10:

В 18 – сурункали вирусли гепатит

В 18.0 - сурункали вирусли гепатит В дельта -агентли

В 18.1 - сурункали вирусли гепатит В дельта - агентсиз

В 18.2 - сурункали вирусли гепатит С (СВГ -С)

Таърифи

Сурункали гепатит – жигарнинг 6 ойдан ортиқ яхшиланмай давом этувчи полиэтиологик тарқалган яллиғланиш касаллиги бўлиб, жигар архитектониқаси сақланган ҳолда ҳар хил морфологик ўзгаришлар, гепатоцеллюляр некроз ва жигар яллиғланиши кузатилади.

Эпидемиологияси

Республикада жигарнинг аралаш (диффуз) касалликлари сурункали вирусли В, С, В+Д гепатитлари билан 60% гача ифодаланади. Республика саломатлик марказининг маълумотларига кўра 2012 йилда сурункали гепатит билан касалланиш 100000 аҳолига 267,2 ташкил этган. Сурункали гепатит В ва Снинг хавфли асоратлари жигар циррози ва гепатоцеллюляр карциномадир.

Хавф омиллари

- Ҳозирда ва илгари инъекцион наркотиклар қабул қилиши
- Бир канча жинсий жуфтликлар, жинсий жуфтида ВГ бўлса.
- Қон куйиш ва парентерал муолажалар.
- Перинатал инфецирланиши (онадан болага ўтиши, агар ВГ си бўлса).
- АлАТ ва АсАТ ошиши.
- Гемодиализ.
- ОИВ-инфекцияси бўлса.
- Оиласидагиларидан бирида гепатит В ёки С бўлиши.
- ВГ кенг тарқалган жойда иммигрант бўлиш ва сайёҳатга бориши.
- Маиший воситалардан фойдаланиш ёки маникюр асбобларидан, тиш ювгичдан, соқол олгичдан фойдаланиш.
- Татуаж ёки пирсинг.

ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Охирги 6 ойда иштаҳа пасайиши, қусиш, ҳарорат кўтарилиши, ўнг қовурға остида оғрик, сариклик, ахлатни оқариши, сийдик ранги тўқ рангда бўлиши, тери кичиши, кичиш излари; теридан озгина кўтарилган сариқ рангли- чегараланган пиллакча ковоқда жойлашиши, қонаш; бўғимларда оғрик; озиш, ҳолсизлик, чарчаш, уйқучанлик ёки уйқусизлик, кўзгалувчанлик бўлса.

2. Клиник кўрик: ҳаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳарорат; бўй ва вазнини ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш;

- склерани сарғайиши, сариклик, жигар кафти, қичиш излари, ксантематоз ва ксантелазмалар;
- ўнг қовурға остида пальпацияда биров оғриқли бўлиши, жигар ва талок катталашиши;
- перкуссияда жигар ва талок катталашиши аниқланади.

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- Умумий қон таҳлили.
- Умумий сийдик таҳлили.
- Фермент фаоллиги ошиши - АЛТ, АСТ, билирубин (умумий, боғланган, боғланмаган).

Сурункали жигар касалликларида лаборатор кўрсаткичларни клиник тушунтирилиши		
Лаборатор кўрсаткичлар	Қондаги миқдори	Клиник асослаш
Умумий ва боғланган билирубин	↑	Гепатоцитлар некрози, холестаз
АлАТ, АсАТ	↑	Гепатоцитлар некрози
АлАТ, АсАТ	N	Некроз йўқлиги ёки кам фаоллик даражаси
Ишқорий фосфатаза, Гамма-глутамилтранспептидаза, Холестерин	↑	Ички ёки жигардан ташқари ўт йўлларида холестаз
Ишқорий фосфатаза, Гамма-глутамилтранспептидаза, Холестерин	↑ ↓	Холестаз жигар паренхиматоз зарарланиши билан бирга келса
Гамма-глутамилтранспептидаза	↑	Жигарни токсик зарарланиши
Альбуминлар, протромбин индекси	↓	Гепатоцеллюлар етишмовчилиги
Гаммаглобулинлар	↑	Имун (аутоимун) бузилишлар
Зардобдаги темир, Ферритин	↑	Гепатоцитлар некрози (гемохроматоз, иккиламчи темирни жигарда тўпланиши)

Изоҳ: ↑ – ошиши, ↓ - пасайиши, N - норма.

4. ҚВПда даволаш

Номедикаментоз даво

- Беморга ёки парваришловчи инсонга касаллик ҳақида маълумот бериш: касаллик кечиши, сабаби, юқиш йуллари, асоратлари, давони кераклиги, дори воситаларни ножўя таъсирлари, бошқа инсонларга юқиш йўллари, алкоғолни чеклаш, парҳезга риоя қилиш ва тавсиялар бериш
- Овқатланиш асосий тамойиллари: тўлақонлик овқатланишга риоя қилиш. Кам-камдан тез-тез овқатланиш 5-6 маҳал кунига.
- Сабзавотли, ёрмали, сутли шўрваларни истеъмол қилиш; сут маҳсулотлари юқори ёғликда бўлмаслиги. Балиқ ва гўшт маҳсулотлари кам ёғликлиги бўлиши керак, мева, қулупнай.
- Алкоғол, пишириклар, ёғли гўшт, ёғлар, дудланган, консерва, шоколад, кофе каби маҳсулотларни чеклаш.

СГ бор беморларга медикаментоз давони КТМПдаги гастроэнтеролог беради.

8. КТМПдаги мутахассисга юбориш мезонлари

- Медикаментоз даво учун.
- Қўшимча лаборатор-инструментал текширувлар: ҳазм қилиш аъзоларини УТТси, гепатит В маркерларини аниклаш.

КТМП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш
2. Клиник кўрик
3. Лаборатор-инструментал текширувлар (қўшимча текширувлар, ҚВПдан ташқари):
 - ИФТ HBVга.
 - Ишқорий фосфатаза.
 - Қондаги албумин.
 - Қондаги оксил фракциялари аниқлаш.
 - Коагулограмма.
 - Тимол синамасы.
 - Қорин бўшлиғи УТТси.
 - Кўрсатмага кўра ЭФГДС килиш.

4. КТМП даволаш

Сурункали вирусли гепатитни даволаш

Сурункали вирусли гепатитни даволашдан олдин албатта ПЗР қилиниши ва ВКТТМ ёки Республика ИТИ вирусологияда вирусолог/инфекционист томонидан даволанаши керак.

Токсик (медикаментоз) гепатитларни даволаш

Асосий тамойили – жигарни жароҳатловчи дори воситани ичмаслик зарур.

Тўлақонлик парҳез, жигарга салбий таъсир кўрсатувчи маҳсулотларни ва овқатларни чеклаш, (ковурилган, ёғли, дудланган).

Беморда жигар энцефалопатияси келиб чиқса ҳайвон оқсилларини чеклаш.

Кортикостероидлар, дезинтоксикацион даво берилади.

Агар жигар жароҳатланиши ривожланиб борса, тез тиббий ёрдам сифатида специфик антидот (мисол, парацетамол билан заҳарланиш бўлганда N- ацетилцистеин берилади).

Аутоиммун гепатитларни даволаш

Этиологик давоси бўлмагани учун, биринчи навбатда патогенетик, иммуносупрессив асосий даво бўлиб, глюкокортикостероидлардир. Остеопороз белгилари ривожланса, (карияларда, узоқ вақт стероидлар қабул қилаётган бўлса) кальций 1 г ҳар куни, витамини Д (1000 ЕД) кунига (1 ой) биргаликда берилади.

5. Даво самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Қондаги лаборатор кўрсаткичларни яхшилланиши (АлАТ, АсАТ, билирубин, ИФ).

6. МТШ ички касалликлар бўлимига жўнатиш мезонлари

- Амбулатор даво самарасиз бўлса.
- Цитолитик ва холестатик белгилар фаоллиги сакланса.

МТШ шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш
2. Клиник кўрик
3. Лаборатор-инструментал текширувлар
4. МТШ ички касалликлар бўлимида даволаш
 - Дезинтоксикацион даво.
 - Симптоматик даво.

- Глюкокортикостероидлар ва цитостатиклар билан даволаш (СГ аутоиммун этиологияли бўлса).
- Глюкокортикостероидлар билан даволаш (СГ алкохол этиологияли бўлса).

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса — ҳаёт сифати яхшиланади.
- Қондаги лаборатор кўрсаткичларни яхшиланиши (АлАТ, АсАТ, билирубин, ИФ).

6. ВКТТМга жўнатиш мезонлари

- Сурункали вирусли гепатитларда: HBV, HCV, HDV гепатитларни аниқлаш учун ПЗР таҳлилини ўтказиш.
- Токсик ва аутоиммун гепатитларда даволаш самарасиз бўлса (беморнинг умумий аҳволини ва жигар вазифасини кўрсатувчи биокимёвий кўрсаткичларни яхшиланмаслиги).
- Вирусга қарши даволаш ва давони назорат қилиш.
- Асоратларни ривожланиши.

7. ҚВПда реабилитация ишлари

- Беморга хос парҳез танлаш (кам-камдан, тез-тез овқатланиш, ёғли, қовурилган маҳсулотларни чеклаш).
- Дам олишни ва ишлашни тартиблаш
- Жисмоний тарбия билан шугулланиш.
- Алкохол ва гепатотоксик дори воситаларини чеклаш.

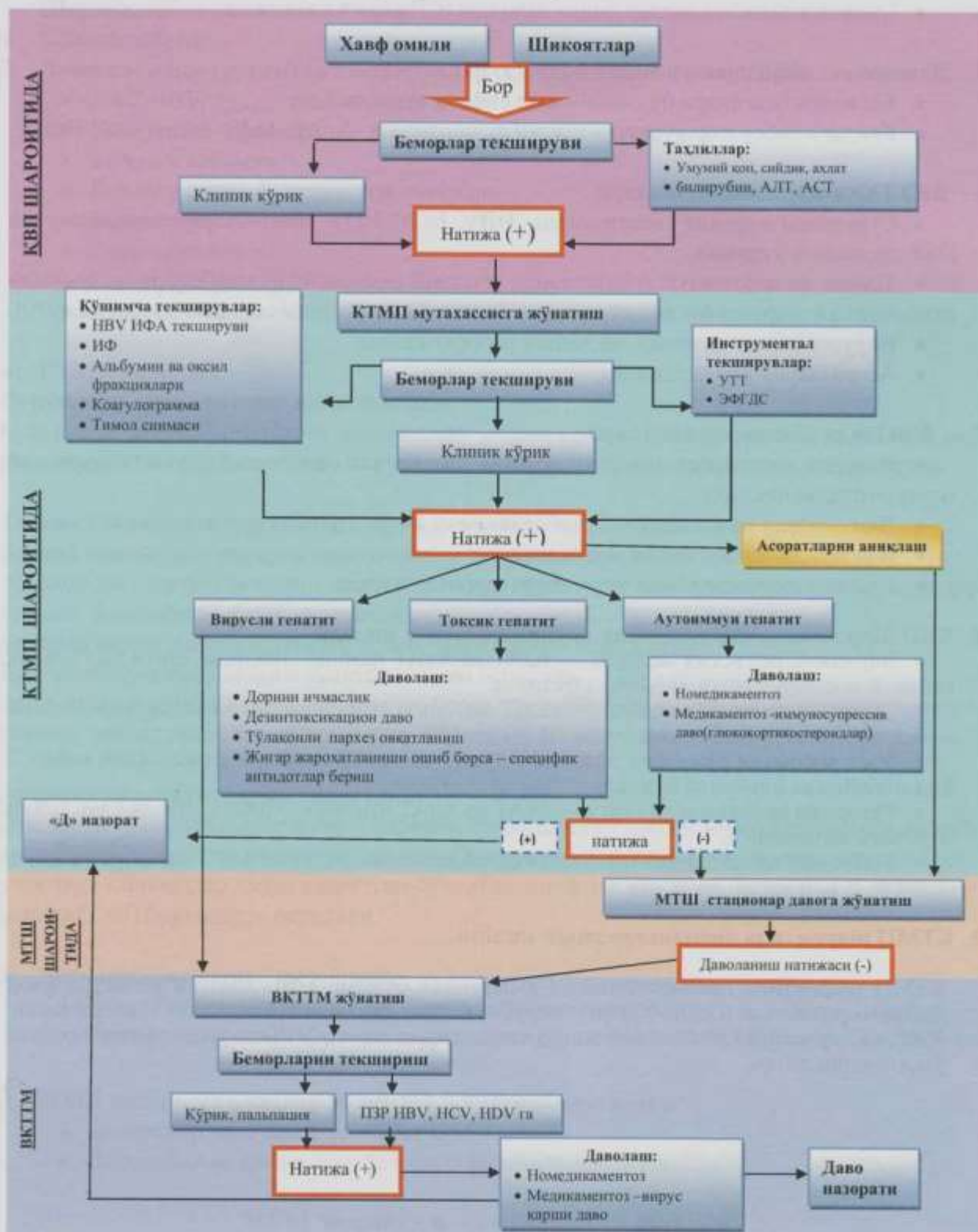
8. ҚВП шаронтида УАВ ремиссия даврини назорат қилади

- Бирламчи ремиссия даврида — АсАТ ва АлАТ даволаш вақтида, қайта ҳар 1 ойдан кейинги текширувларда меъёрида бўлиши.
- Турғун ремиссия даврида — АсАТ ва АлАТ миқдори даволашдан кейин 6 ой мобайнида меъёрида бўлиши.
- Узоқ муддатли ремиссия даврида — АсАТ ва АлАТ миқдори даволашдан кейин 2 йил мобайнида меъёрида бўлиши.
- Ремиссия даврининг йўқлиги — АсАТ ва АлАТ миқдори 3 ойлик даволашдан кейин меъёрига келмаслиги.
- Қайта авж олиш даври — ремиссия давридан кейин АсАТ ва АлАТ миқдорини қайта ошиши.

9. КТМП шаронтида диспансеризация қилиш

КТМП шаронтида диспансеризация кузатувида бўлади. СБГ доимий равишда фаол диспансеризацияда 6 ойда 1 марта, вирусга қарши даво олиш мақсадида туриши керак. 1 йилда бир марта биокимёвий жигар синамалари, жигар УТТси, умумий қон таҳлили ўтказилиши лозим.

СВГ бор беморларни олиб бориш кетма кетлиги



ЖИГАР ЦИРРОЗИ

ХКТ рақами-10:

- K74 Жигар фибрози
- K70.3 Алкоголли жигар циррози
- K71.7 Токсик жигар циррози
- K74.3 Бирламчи билиар циррози
- K74.4 Иккиламчи билиар циррози
- K74.6 Бошқа аниқланмаган циррозлар
- K74.6 Портал гипертензия
- K72.1 Сурункали жигар етишмовчилиги

Таърифи

Жигар циррози — сурункали полиэтиологик ривожланувчи касаллик бўлиб, жигар паренхимаси ва интерстициал тўқимани жароҳатланиши: жигар хужайралари дистрофияси ва некрози, аъзо архитектоникасининг бузилиши ва жигар вазифасини етишмовчилиги билан кечади.

Эпидемиологияси

Ҳозирги даврда жигар циррози кўпайиб бормоқда, 100 минг аҳоли ичида ўртача 20–40 жигар циррози билан касалланмоқда. Ҳар йили 40 млн. киши жигар циррози ва гепатоцеллюляр карциномадан вафот этмоқда. Жигар циррози кўпинча эркакларда учрайди: эракак ва аёллар ўртасида ўртача 3:1 нисбатни ташкил қилади.

Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлигининг маълумотларига кўра 2012 йил 100 000 аҳолига жигар циррози 66,72 ташкил қилмоқда.

Хавф омиллари:

- Сурункали вирусли гепатитлар В, С, Д.
- Жигарнинг алкоголли касаллиги.
- Аутоиммун гепатит.
- Сурункали дорили гепатит.

ҚВП шароитида ташхислаш ва даволаш

1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш

Жигар циррози кўплаб специфик белгилар билан кечиб, булар этиологиясига, босқичига ва фаоллик жараёнига боғлиқдир.

Эрта босқичларида жигар циррози белигисиз кечади.

Компенсация босқичида: умумий ҳолсизлик, тез чарчаш, уйқучанлик; ўнг қовурға остида оғриқлар, бош оғриғи ва мушакларда оғриқлар; тери қичиши, қўнгил айнаиши, кекириш, иштаҳа пасайиши, қорин дам бўлиши, ич қотиши, ёғли овқатлардан кейин ич кетиши. Сариклик, жигар катталашиши- қовурға ёйидан 2–4 бармоқ катталашади.

Субкомпенсация босқичида: юз ва елка камарида томир юлдузчалари, кафт эритемаси, тирноқларни оқариши(зардобдаги оксил микдорини камайиши белгиси), бармоқ фалангаларини деформацияси, яъни барабан тайёқчалари каби, кизил «бўёқланган, силликланган» тил. Милк ва бурун шиллиқ каватидан қон кетиш белгилари, тери ости қон қуйилишлари, петехиялар, маҳаллий ва тарқалган пурпуралар. Скелет мушакларини камайиши ва озиш, тери ранги оқариш ёки склерани иктериклиги. Аёлларда дисменорея, аменорея, бачадондан қон кетиш, ҳомила тушиш ва бепушлик белгилари; иккиламчи сочланиш, акне, эркакларда гинекомастия белгиларини бўлиши.

Декомпенсация босқичида: сариклик, тери қичиши, теридаги қичиш излари. Тери ёки шиллик қаватларда тарқалган пурпура, спонтан ёки инъекциядан кейинги қон қуйилишлар (доғ). Қорин катталашини, оёқ ва қўллардаги шишлар, киндик чурраси, бавосилдан қон кетиш белгилари.

2. Клиник кўрик

- Ҳаёт учун керакли кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, артериал қон босими, ҳарорат; бўй ва вазни ўлчаш, ТВИни ҳисоблаш.
- Объектив-кахектик кўринишда, озиш, тери ва юз ранги кир-сарик рангда бўлиши, склерани субиктериклиги, сариклик.
- «Томир юлдузчалари» – кичик ангиома, ўргимчаксимон томирларни кенгайиши бўлиб, бурун, ёнокларда, қўл, елка камарларида бўлиши; thenar, hypothenar, бармоқ қафтлари, фалангаларни гиперемияси кузатилади («жигар қафти»).
- Баъзан оғиз ва лаб шиллик қавати қип-қизил атрофи силликланади.
- Узоқ вақт давом этган механик сарикликдан сўнг, терида қичиш излари, айниқса пастки ковокда холестерин йиғилиши (ксантелазмалар) белгилари.
- Асцит ҳисобига қорин катталашини, қорин бўшлиғига суюқлик йиғилса, қорин териси таранглашиб, оқ йўллар ҳосил бўлиб, ялтироқ тусга кириб, киндик ташқарига чиқиб қолади.
- Палпатор - (босқичига қараб) жигар, талок, қорин катталашади.
- Перкутор – (босқичига қараб) жигар, талок катталашади. Асцит ривожланганда палпация ва перкуссия қилиб бўлмайди.

ЖЦ оғирлик даражасини баҳолаш учун Чайлд-Пью шкаласи бўйича таснифланади

Белгилари	1	2	3
Протромбин вақти, с	1 - 4	>4 - 6	6
Билирубин, мкмоль/л	<34	34 - 51	> 51
Альбумин, г/л	> 35	35 - 28	< 28
Асцит	Йўқ	Юмшок	Таранг
Энцефалопатия	Йўқ	Босқич I - 2	Босқич 3 - 4

ЖЦ А синф (компенсацияланган) 6 баллгача;

ЖЦ В синф (субкомпенсацияланган) 7-9 балл;

ЖЦ С синф (декомпенсацияланган) 10-15 балл

3. Лаборатор-инструментал текширувлар

- умумий қон таҳлили;
- умумий сийдик таҳлили;
- умумий ахлат таҳлили;
- билирубин;
- АЛТ, АСТ.

4. КТМП жўнатиш мезонлари

- Ташҳисни қуйиш учун

КТМП шаронтида ташхислаш ва даволаш

- 1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш**
- 2. Клиник кўрик**
- 3. Лаборатор-инструментал текширувлар** (ҚВПда қилинган текширувларга қўшимча, таҳлиллар қилиш):
 - ИФ.
 - Умумий оксил.
 - Коагулограмма.
 - HBV маркерлари.
 - Қондаги глюкоза.
 - Холестерин.
 - Жигар, ўт йўллари, меъда ости беzi, талоқ портал тизим томирлари УТТси.
 - Меъда кардиал қисми ва қизилўнгач дистал қисмини эзофагогастроуденоскопияси.
- 4. МТШнинг ички касалликлар бўлимига жўнатиш мезонлари**
 - Беморда жигар циррозини субкомпенсация ва декомпенсация босқичи бўлса.
 - Турғун асцит бўлса.
 - Жигар энцефалопатияси ривожланса.

МТШ шаронтида ташхислаш ва даволаш

- 1. Шикоятлар ва анамнезни йиғиш**
- 2. Клиник кўрик**
- 3. Лаборатор-инструментал текширувлар:** керак бўлса ҚВП, КТМП қилинган таҳлилларни қайта қилиш.
- 4. МТШнинг ички касалликлар бўлимида даволаш**
 - Оксилни ва тузни чеклаган ҳолда парҳез қилиш (тана вазнига кўра 0,5 г/кг).
 - Портал гипертензия бўлса, бета-блокаторлар ва нитратлар бериш.
 - Гепаторенал синдром бўлса, вена ичига альбумин ва янги музлатилган зардоб қуйилади
 - Энцефалопатия:
 - Оксилни чеклаш кунига 40 г дан ёки ҳайвон оксилларини умуман қабул қилмаслик.
 - Лактулоза 30 мл кунига 1 ёки 2 маҳал. Дори воситаси миқдори оширилади, беморда ич кетиш белгилари 2-4 маҳалга етгунча. Агар диарея, корин дамланиши белгилари бўлса, дори воситасини миқдорини камайтириш керак. Беморда оғир энцефалопатия белгилари бўлганда, воситани назогастрал ёки ректал зонд орқали юборилади.
 - Антибиотиклар.
 - Инфузион терапия
 - Жигар ва мушакдаги аммиакни зарарсизлантириш ва стимуляция қилиш учун: орнитин берилади.
 - Шиш - асцитик синдром:
 - Тузни чеклаш.
 - Диуретиклар монотерапия ёки комбинирланган ҳолда берилади. Мусбат диурез 500 мл суткасига ошмаслиги керак.
 - Рефрактерли асцитда- парацентез қилиш лозим.
 - Бактериал асцит– перитонитда антибактериал даво.

- Холестаз - урсодезоксихолева кислота (1-2 ой мобайнида).
- Қизилўнғач ёки меъда веналари кенгайганда- бета-блокаторлар.
- Остеопороз – суякда минерал зичлигини яхшилаш учун бифосфанатлар берилади.
- Ўт пуфагида тош бўлса, жаррохлик йўл билан олиб ташлаш.

5. Даволаш самарадорлиги мезонлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Қондаги лаборатор кўрсаткичларни яхшиланиши (АлАТ, АсАТ, билирубин, ИФ, ПТИ).

6. Вилоят шифохонасига жўнатиш мезонлари

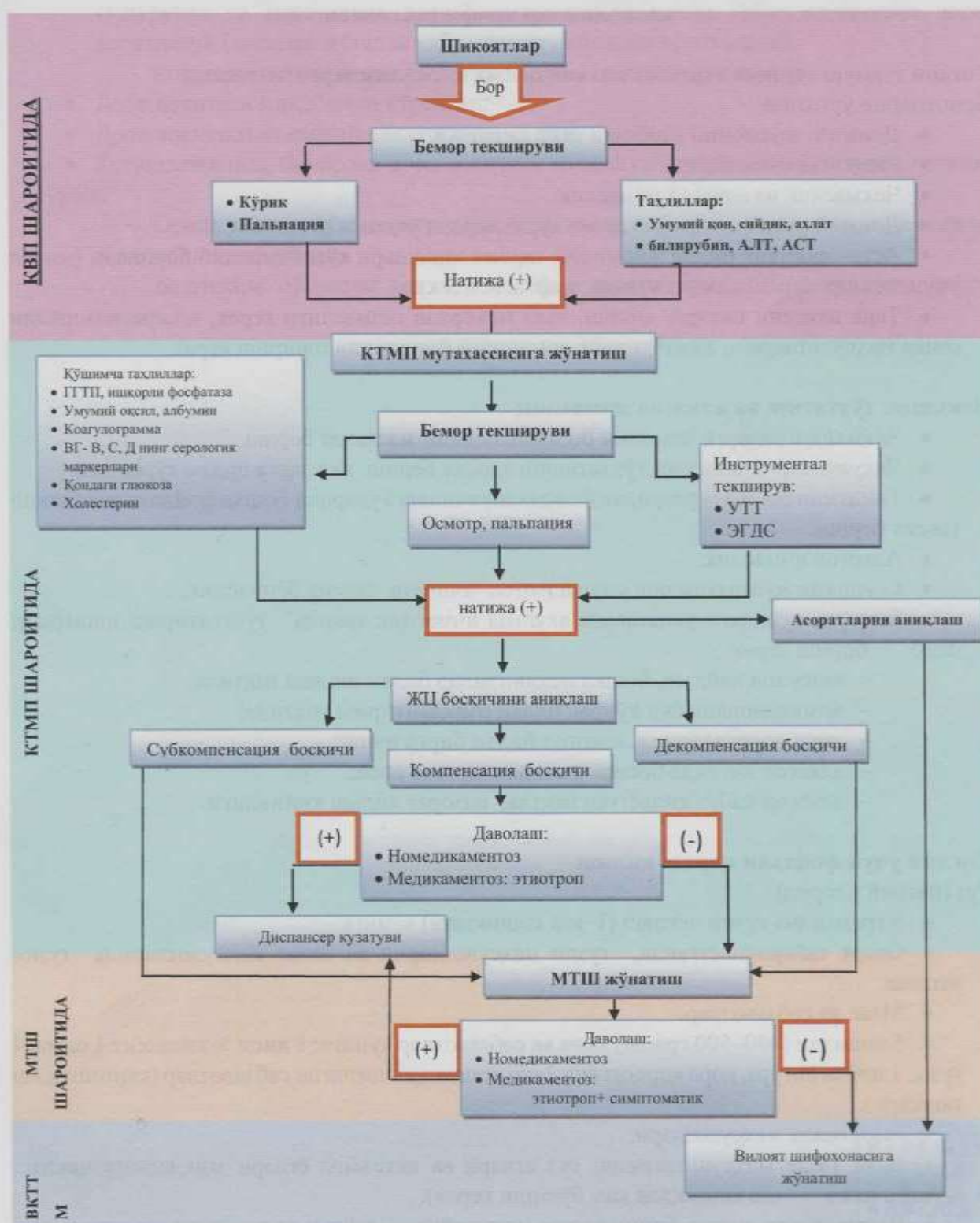
- Самарасиз даво.
- Асоратлар ривожланса: қизилўнғач кенгайган веналаридан қон кетиш, спонтан бактериал перитонит, гепаторенал синдром, қоматоз ҳолатларда.

7. КТМП шароитида диспансеризацияси

Жигар циррози бор беморларда фаол диспансер назорати КТМП ўтказилиши керак, мунтазам равишда 6-12 ойда 1 марта қуйидаги текширувлар (жигар УТТси, кўрсатмага кўра ЭФГДС, биокимёвий жигар синамалари) ўтиши лозим.

Беморнинг исми	Сурат	Таблица
1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33
34	35	36
37	38	39
40	41	42
43	44	45
46	47	48
49	50	51
52	53	54
55	56	57
58	59	60
61	62	63
64	65	66
67	68	69
70	71	72
73	74	75
76	77	78
79	80	81
82	83	84
85	86	87
88	89	90
91	92	93
94	95	96
97	98	99
100	101	102

Жигар циррози бор беморларни олиб бориш кетма кетлиги



ЖССТ Интеграцияланган нонинфекцион касалликлар баённомаси (PEN) бўйича касалликлар профилактикаси

Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш (ҳамма касалликларга тегишли)

Беморларни ўргатиш

- Доимий жисмоний тарбияга вақт ажратиш
- Рационал овқатланиш.
- Чекмаслик ва алкоголь ичмаслик.
- Доимий равишда профилактик кўриклардан ўтиш
- Аста-секинлик билан жисмоний тарбия машқлари кўпайтирилиб борилади (мисол учун, тез юриш); 30 дақиқа кунига, ҳафтасига 5 кун.
- Тана вазнини назорат қилиш, вазн меъёрдан ошмаслиги керак, юқори калорияли озиқа маҳсулотларини камайтириш, жисмоний фаолликни ошириш керак.

Чекишни тўхтатиш ва алкоголь ичмаслик

- Чекмайдиганларга чекишни бошламасликни маслаҳат бериш.
- Чекувчиларга чекишни тўхтатишни тавсия бериш ва уларга ёрдам кўрсатиш.
- Тамакини бошқа турларидан фойдаланувчиларга улардан бошқа фойдаланмасликни тавсия бериш.
- Алкогол ичмаслик.
- Соғлиқни мустаҳкамлаш учун алкоголь ичишни тавсия бермаслик.
- Беморга қуйидаги ҳолатларда алкоголь ичмаслик ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш керак:
 - автоулов ҳайдаш, бошқа механизмлар билан ишлаш вақтида;
 - ҳомиладорлик ёки кўкрак билан озиқлантириш вақтида;
 - дори воситаларини, алкоголь билан бирга ичиш;
 - алкоголь ичганда бошқа касалликлар авж олса;
 - алкоголь қабул қилаётган вақтда, назорат қилиш қийинлиги.

Соғлиқ учун фойдали парҳез қилиш

Туз (натрий хлорид)

- 5 граммгача тузни чеклаш (1 чой қошиқгача) кунига.
- Овқат тайёрланаётганда, тузли маҳсулотларни ва овқат маҳсулотларида тузни чеклаш.
- Мева ва сабзавотлар.
- 5 қисмдан (400–500 грамм) мева ва сабзавотлар кунига: 1 қисм эквивалент 1 олма, 4 ўрик, 1 пиёла йогурт, қора қорағат ёки 3 ош қошиқ қайнатилган сабзавотлар (картошқадан ташқари).
- Ёғли овқат маҳсулотлари.
- Ёғли гўшт маҳсулотларини, сут ёғлари ва истеъмол ёғлари миқдорини чеклаш (кунига икки ош қошиқдан кам бўлиши керак).
- Палма, кокос пахта, ёғини писта, маккажўхори, зайтун ва соя ёғига алмаштириш.
- Балиқ.
- Балиқни ҳафтасига 3 мартадан кам истеъмол қилмаслик, кўпроқ сом, зоғора балиқ, илон балиқ, тунец, денгиз балиғи.

Даволашга хос тавсияларга риоя қилиш

- Агар беморларга дори воситаси берилган бўлса:
 - дори воситасини ичиш кераклиги сабабини айтиш;

– беморга уй шароитида дори воситаларни қандай ичиш кераклигини тушунтириш (кунига неча маҳал, овқатдан олдин ёки кейин, кунни қайси ярмида в.х.к.), қайси дори воситаларни доимий ичиш (мисол қондаги қанд миқдорини тушурувчи ва гипотензив дори воситалари) ва қисқа қабул қилинувчи дори воситалари (масалан йўталда қабул қилинувчи дори воситалари)

– ножўя таъсирлари намоён бўлиш белгиларини тушунтириш;

- Дори воситаси миқдорини кўрсатиш.
- Дори воситасини қандай сақлаш ва муддати.
- Кетишдан олиш, бемордан дори воситаси қандай қабул қилинишини тушунганини сўраш.

– Орада узилиш бўлмаслиги учун, дори воситалари билан даволаш учун етарли эканлигини таъминлаш.

– Белгилари бўлмаган вақтда ҳам, дори воситалари доимий равишда қабул қилиш.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ЎЗГҲИ ҚОНУН
ЎЗБЕКИСТОН ДАВЛАТ
ТАБИБИЙ ОТИСТИТУТИ
ЎЗБЕКИСТОН
ШИФОҚОРА
ЎЗБЕКИСТОН

823

Фойдаланилган адабиётлар

1. Доказательная медицина. Лекарственные средства. Справочник – путеводитель практикующего врача: Москва 2003.
2. Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан за 2007-2011гг.; Института здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.
3. [Best Evidence] Sharma BC, Sharma P, Agrawal A, Sarin SK. Secondary prophylaxis of hepatic encephalopathy: an open-label randomized controlled trial of lactulose versus placebo. *Gastroenterology*. Sep 2009;137(3):885-91, 891.e1
4. "Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report"; P Malfertheiner, F Megraud, C O'Morain, F Bazzoli, E El-Omar, D Graham, R Hunt, T Rokkas, N Vakil, E J Kuipers and The European *Helicobacter* Study Group (EHSg); *Gut* 2007;56:772-781; originally published online 14 Dec 2006; on 29 January 2008;
5. AASLD practice guideline update//Chronic Hepatitis B: Update 2009//Anna S. F. Lok1 and Brian J. McMahon
6. AASLD practice guidelines Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C:An Update//Marc G. Ghany,1 Doris B. Strader,2 David L. Thomas,3 and Leonard B. Seeff// *HEPATOLOGY*, April 2009
7. Als-Nielsen B, Gluud LL, Gluud C. Nonabsorbable disaccharides for hepatic encephalopathy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;CD003044
8. Antidepressants and anxiolytics for functional dyspepsia//Cochrane Library 2010, Issue 1.
9. Bass NM, Mullen KD, Sanyal A, et al. Rifaximin treatment in hepatic encephalopathy. *N Engl J Med*. Mar 25 2010; 362 (12):1071-81.
10. Cirrhosis//National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases //2014// www.digestive.niddk.nih.gov
11. Clinical Guideline 17. Dyspepsia: management of dyspepsia in adults in primary care//National Institute for Clinical Excellence//2004// www.nice.org.uk
12. Clinical guideline on diagnostics and treatment of uncomplicated ulcer in active phase, PHC level Kyrgyzstan; Bishkek 2010
13. Dyspepsia with or without *Helicobacter pylori* infection - Clinical Approach in Adults// Guidelines and Protocols Advisory Committee//2009// www.BCGuidelines.ca
14. Dyspepsia. A national clinical guideline//Scottish Intercollegiate Guidelines Network//2003// www.sign.ac.uk
15. Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Dyspepsia: Managing dyspepsia in adults in primary care// North of England Dyspepsia Guideline Development Group//2004// www.nelh.nhs.uk
16. Evidence-based Best Practice Guideline Management of Dyspepsia and Heartburn//New Zealand Guidelines Group//2004// www.nzgg.org.nz
17. Extended peginterferon plus ribavirin treatment for 72 weeks versus standard peginterferon plus ribavirin treatment for 48 weeks in chronic hepatitis C genotype 1 infected slowresponder adult patients (Review)//Katz LH, Goldvaser H, Gafter-Gvili A, Tur-Kaspa R// The Cochrane Library//2012, Issue 9// <http://www.thecochranelibrary.com>
18. Gastroesophageal Reflux Disease – Clinical Approach in Adults// the Guidelines and Protocols Advisory Committee//2009// www.BCGuidelines.ca
19. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged nonspecific cough in children and adults (Review)//Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, Connor FL, Garske LA// The Cochrane Library 2011, Issue 1// <http://www.thecochranelibrary.com>
20. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease//Philip O. Katz , Lauren B. Gerson and Marcelo F. Vela//*Am J Gastroenterol*// 2013//108:308 – 328; doi: 10.1038/ajg.2012.444
21. Hepatitis B (chronic). Diagnosis and management of chronic hepatitis B in children, young people and adults//June 2013// www.guidance.nice.org.uk/cg165
22. Interferon for interferon nonresponding and relapsing patients with chronic hepatitis C (Review)//Koretz RL, Pleguezuelo M, Arvaniti V, Barrera Baena P, Ciria R, Gurusamy KS, Davidson BR, Burroughs AK// The Cochrane Library//2013, Issue 1// <http://www.thecochranelibrary.com>
23. Kiser TH, Maclaren R, Fish DN. Treatment of hepatorenal syndrome. *Pharmacotherapy*. Oct 2009; 29 (10):1196-211.
24. Laparoscopic fundoplication for gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in adults //Mackay C, Wileman SM, Krukowski ZH, Bruce J// The Cochrane Library 2010, Issue 9// <http://www.thecochranelibrary.com>
25. Management of hepatitis C//A national clinical guideline July 2013// www.sign.ac.uk
26. Medical versus surgical management for gastro-oesophageal reflux disease (GORD) in adults (Review) Wileman SM, McCann S, Grant AM, Krukowski ZH, Bruce J// The Cochrane Library//2010, Issue 3// <http://www.thecochranelibrary.com>
27. Peptic ulcer disease, *Helicobacter pylori* infection and chronic gastritis; EBM Guidelines, 15.2.2010;
28. Peptic Ulcer Disease; Guidelines for Clinical Care; University of Michigan Health System May 2005
29. Practice guidelines. ACG Practice Guidelines: Esophageal Reflux Testing// *Am J Gastroenterol* 2007;102:668–685
30. Practice guidelines. Guidelines for the Management of Dyspepsia//the American College of Gastroenterology//*Am J Gastroenterol* 2005;100:2324–2337
31. Proton pump inhibitor versus placebo in the short term management of gastro-esophageal reflux disease// Elmazariky N, Neumann I, Armstrong D, Leontiadis GI, Moayyedi P// The Cochrane Library 2013, Issue 5// <http://www.thecochranelibrary.com>
32. Review of the evidence for H. Pylori treatment regimens; 18th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines; 21 to 25 March 2011
33. Sanyal AJ, Boyer T, Garcia-Tsao G, Regenstein F, et al. A randomized, prospective, double blind, placebo-controlled trial of terlipressin for type I hepatorenal syndrome. *Gastroenterology*. May 2008;134(5):1360-8
34. Sequential combination of glucocorticosteroids and alfa interferon versus alfa interferon alone for HBeAg-positive chronic hepatitis B (Review)//Møllerup MT, Krogsgaard K, Mathurin P, Gluud C, Poynard T// The Cochrane Library 2005, Issue 3// <http://www.thecochranelibrary.com>
35. Vierling JM, Zeuzem S, Poordad F, Bronowicki JP, Manns MP, Bacon BR, et al. Safety & Efficacy of Boceprevir/Peginterferon/Ribavirin for HCV G1 Compensated Cirrhotics: Meta-Analysis of 5 Trials. *J Hepatol*. Apr 17 2014;