Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "15" сентябрдаги
287-сонли буйруғига
3-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

«ЗАХМ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ
РИДВваВИАТМ
директори
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____ 2025 йил

«ЗАХМ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

“ЗАХМ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш қисми

ХКТ-10:

ХКТ-10	
A50	Туғма захм
A50.0	Симптомлари билан эрта туғма захм
A50.1	Эрта яширин туғма захм
A50.2	Аниқланмаган эрта туғма захм
A50.3	Кечки туғма кўз захми
A50.4	Кечки туғма нейрозахм (ювениль нейросифилис)
A50.5	Симптомлар билан кечувчи кечки туғма захмнинг бошқа шакллари
A50.6	Кечки яширин туғма захм
A50.7	Аниқланмаган кечки туғма захм
A50.9	Аниқланмаган кечки туғма захм
A51	**Эрта захм**
A51.0	Жинсий аъзолар бирламчи захми. Сифилик шанкр
A51.1	Анал соҳа бирламчи захми
A51.2	Бошқа локализацияли бирламчи захм
A51.3	Тери ва шиллиқ қаватлар иккиламчи захми
A51.4	Иккиламчи захмнинг бошқа шакллари
A51.5	Эрта яширин захм
A51.9	Эрта аниқланмаган захм
A52	**Кечки захм**
A52.0	Юрак-қон томир тизими захми
A52.1	Симптомли нейрозахм
A52.2	Асимптом нейрозахм
A52.3	Аниқланмаган нейрозахм
A52.7	Кечки захмнинг бошқа белгилари
A52.8	Кечки яширин захм
A52.9	Аниқланмаган кечки захм
A53	**Захмнинг бошқа ва аниқланмаган шакллари**
A53.0	Эрта или кечкилиги аниқланмаган яширин захм.

A53.9	Аниқланмаган захм
	https://classinform.ru/mkb-10/a54.html

ХКТ-11:

ХКТ-11	
1A90.	Туғма захм
1A90.0	Симптомлар билан кечувчи эрта туғма захм
1A90.1	Эрта яширин туғма захм
1A90.2	Кечки туғма кўз захми
1A90.3	Кечки туғма нейрозахм
1A90.4	Симптомлар билан кечувчи кечки туғма захм
1A90.5	Кечки яширин туғма захм
1A90.Z	Аниқланмаган кечки туғма захм
1A91.	**Эрта захм**
1A91.0	Жинсий аъзолар бирламчи захми.
1A91.1	Анал соҳа бирламчи захми
1A91.2	Бошқа аъзолар бирламчи захми
1A91.3	Тери ва шиллиқ қаватлар иккиламчи захми
1A91.4	Бошқа аъзолар иккиламчи захми
1A91.5	Эрта яширин захм
1A91.Y	Эрта аниқланган захмнинг бошка шакллари
1A91.Z	Эрта аниқланмаган захм
1A92	**Кечки захм**
1A92.0	Нейрозахм
1A92.00	Асимптом нейрозахм
1A92.01	Кечки симптомли нейрозахм
1A92.0Z	Аниқланмаган нейрозахм
1A92.1	Юрак-қон томир тизими кечки захми
1A92.2	Симптомлар билан кечувчи бошқа аъзолар кечки захми

1A92.20	Кечки куз захми
1A92.21	Суяк ва мушак тизимига боглик кечки захм
1A92.22	Тери ва шиллиқ қаватлар кечки захми
1A92Y	Бошка аникланган кечки захм
1A92.Z	Аникланмаган кечки захм
1A93.0	Эрта ёки кечкилиги аниқланмаган яширин захм.
JB62.1	Хомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги давр асоратли захми
1A.9Z	Аниқланмаган захм
	https://icd11.ru/pozdniy-syphilis/

Протокол ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2025-йил ва протоколни қайта кўриб чиқиш санаси 2028-й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Барча тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник баённома ва стандартни яратишда ўз хиссаларини қўшдилар:
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши ишчи гуруҳи аъзолари:

1. **Сабиров У.Ю. –** Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Республика ихтисослаштирилган Дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (ЎзР РИДваВИАТМ) директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
2. **Юлдашев К.А.** - Тиббиёт фанлари доктори, профессор, РИДВ ва КИАТМ етакчи илмий ходими
3. **Фаттахов Б.Ш.** – PhD, фалсафа доктори, РИДВваКИАТМ шифокор сифилидологи
4. **Турдиев Ж.Р.** – РИДВваКИАТМ Дерматовенерология ва Репродуктив бузилишлар бўлими шифокор ординатори
5. **Абишала В.А**. – РИДВваКИАТМ марказлашган серология ва ПЗР- даигностика лабораторияси мудири

Тақризчилар:

1. Львов Андрей Николаевич – Россия Федерацияси Президенти Ижроия аппарати “Марказий давлат тиббиёт академияси” Федерал давлат бюджети олий касбий таълим муассасаси дерматовенерология ва косметология кафедраси тиббиёт фанлари доктори, профессор.

2. **Ганиева Шахноза Турсуновна** Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Дерматовенерология ва Косметология кафедраси т.ф.н.,

Техник эксперт баҳо ва тахрирлаш:

1. **Иноятов Аваз Шавкатович** – т.ф.д., директорнинг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, клиника бош шифокори.

2. **Джалилов Дилшод Сайфуллаевич** – т.ф.н. директорнинг илмий ишлари бўйича ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама протоколидан олинган сана ва рақам: ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” Илмий Кенгашининг 06.02.2025даги 1-сонли баённомасидан кўчирма

Мақсадли аудитория: шифокор дерматовенерологлар, умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, тез тиббий ёрдм шифокор/фельдшерлари, стоматологлар, офтальмологлар, оториноларингологлар, акушер-гинекологлар, урологлар, инфекционистлар, педиатрлар, невропатологлар, клиник ординаторлар, магистрантлар, тиббиёт институтлари докторантлари.

Қуйидаги протоколда Соҳлиқни сақлаш амалиётида захм инфекциясини замонавий диагностика ва даволаш усуллари ёритиб берилган барча минтақада тадбиқ этилади.

Беморлар категорияси: захм билан оғриган барча пациентлар ва уларнинг жинсий шериклари.

Далилларга асосланган тиббиётда далиллар даражаси шкаласи.
Диагностика усуллари учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар)

ДИД	Шарҳи
1	Референс усулидан фойдаланган тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши ёки мета-таҳлил қўлланилиши билан рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Референс усулидан фойдаланган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Референс усули бўлмаган назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усулидан фойдаланган тадқиқотлар ёки рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи.
5	Фақат таъсир механизмлари асослантирилган ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далиллар ишонарлилиги даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алохида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-

	назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослантирилиши (клиника олди тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, диагностик, даволовчи ва реабилитацион аралашувлар буйича тавсиянинг ишонарлилик даражасини бахолаш шкаласи

ТИД	Шарҳи
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ).
B	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).
C	Кучсиз тавсия (зарур сифатдаги далиллар йўқ; барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).

Мундарижа

“ЗАХМ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ.....4

“ЗАХМ” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....42

“ЗАХМ” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....59

Қисқартмалар рўйҳати:

НЗ	нейрозахм
НТТ	нотрепонем тестлар
ТТ	трепонем тестлар
МПР RPR	микропреципитация реакцияси тез плазма реагинларини аниқлаш реакцияси
VDRL	қуйидаги тестни таклиф қилган лаборатория номининг аббревиатураси (Venereal Desease Research Laboratory)
TPPA	сезгир зарралар агглютинацияси реакцияси
ПГАР	пассив гемагглютинация реакцияси
ИФА	иммунофермент анализ
ИБ	иммунный блот, иммуноблотинг
ИХА	иммунохроматографик тест
ИХЛ	иммунохемилюминесцент метод
РИФ	иммунофлуоресценция реакцияси
БСМР	захмга биологик сохта мусбат реакциялар
ОМС	орқа мия суюқлиги
ЛП	ликворологик пункция
ЧҚ	чап қоринча
КТ	компьютер томография
МРТ	магнит-резонанс томография
КВЗ	кардиоваскуляр захм
КСН	клиник-серологик назорат
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
РНТ	рандомизирланган назорат текшируви
УТДГ	ультратовуш допплерография
УТТ	ультратовуш текшируви
МНТ	марказий нерв тизими
ЭКГ	электрокардиография
Эхо-КГ	эхокардиография
IgG	иммуноглобулин G
IgM	иммуноглобулин M
ЖЙОЮИ	жинсий йўл орқали юқувчи инфекциялар
АРВТ	антиретровирус терапия

БРТ	бошқа рукнларда таснифланмаган

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш.

Захм (эск.: **лю́эс** лот. *lues* — юқумли) – оқиш трепонема (Treponema pallidum) чақирувчи сурункали юқумли касаллик бўлиб, асосан жинсий йўл орали юқиб, организмда полиорган зарарланиш билан кечиб даврийликка эга касалликдир.

Сифилитик (захм) инфекция классик венерик касалликларга кириб кенг тарқалган ЖАОЮИлар қаторига киради. Захм барча аъзо ва тизимларни зарарлайди, организмда бу қўзғатувчи зарарламайдиган аъзонинг ўзи йўқ. Кўпинча организмда бирламчи зарарлаган жойда жойлашади ва бутун организм бўйлаб лимфоген йўл билан тарқалади.

Касаллик структураси

Касаллик манбаи – бемор одам. Асосан аҳолининг заиф гуруҳлари бўлмиш: эркак билан эркак жинсий алоқада бўлувчи (бесоқолбоз) лар, жинсий хизмат тижорат ишчилари, трансгендерлар орасида кўп тарқалган. Катта ёшлиларда юқиш жинсий алоқанинг барча кўринишида, юқади, болаларда – перинатал йўл ва жинсий алоқада (педофилия); қизларда камдан кам холларда захм билан оғриган она билан яқин маиший алоқа ва болалар парвариши вақтида юқиб қолиши мумкин.

2.2. Тавсифи ва касалланиш

ЖССТ маълумотларига кўра, жаҳонда ҳар куни ЖАОЮИ билан 1 млн.дан ортиқ инсон касалланади, бир йилда 376 млн. зарарланганлардан 10-12 млн. холати захмга тегишлидир. Дунё бўйича 2016 йилда захмдан 200000 та чақалоқ хаётдан кўз юмган. 90 йилларнинг охири 2000 йилларнинг бошиланишида Ўзбекистон Республикаси ва МДҲ давлаиларида захмнинг эпидемик ўсиши кузатилди. Унгача бўлган холат (1988-1989 йй) 100 000 аҳолига 4,3 ни ташкил қилган бўлса, 1997 йилда касаллик чўққига кўтарилди (100 000 аҳолига 277,3 холат). 1998 йилдан бошлаб касаллик йилига 15-20% га пасайди: 2018 аҳолига - 16,7 холатни ташкил қилди. Туғма захм билан касалланиш 2018 йилда 100 000 аҳолига 32 холат, ундан эрта туғма – 29, кечки туғма – 3 ни ташкил қилди. Умумий захм билан касалланиш кўрсаткичи пасайиш фонида кечки шаклларини рўйҳатга олиш ўсмоқда (2010 й. – 100 000 аҳолига 2,5 холат, 2018 й. – 100 000 аҳолига 4,7 холат).

2.3. Клиник таснифи:
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Амалиётда фойдаланиш учун захмнинг қуйидаги таснифи кўпроқ қулай ҳисобланади:

Кечиши бўйича:

- **инкубацион давр** захм қўзғатувчиси шиллиқ қават ёки шикастланган теридан киришдан бошланиб бирламчи аффект ҳосил бўлиши билан тугайди; бу давр ўртача 3-4 хафтани ташкил қилади, 10 кундан 190 кунгачани ташкил қилади;
- **бирламчи серонегатив захм** (syphilis primaria seronegativa) бирламчи аффект мавжуд бўлганда ташхис қўйилади ва қон зардобида НТТ манфий, ТТ мусбат ёки (кучсиз мусбат), қоронғу майдонда бирламчи аффект ажралмасида мусбат натижа кузатилади;
- **бирламчи серопозитив захм** (syphilis primaria seropositiva) – бирламчи аффект мавжуд бўлганда ташхис қўйилади ва қон зардобида НТТ мусбат (кучсиз мусбат), ТТ мусбат, қоронғу майдонда бирламчи аффект ажралмасида мусбат натижа кузатилади;
- **иккиламчи янги захм** (syphilis secundaria recens) – икклиламчи даврнинг биринчи тошмалари кўп миқдорда, майда, симметрик иккиламчи сифилидлар (кўпроқ розеола, камроқ

папула) ва бирламчи аффект қолдиғи қон зардобида мусбат НТТ ва ТТ, ҳамда қоронғу майдонда бирламчи аффект ажралмасида мусбат натижа кузатилади;

- **иккиламчи рецидив захм** (syphilis secundaria recidiva) – иккиламчи даврнинг “иккинчи ва кейинги тўлқини” тошмалари, бунда кўп бўлмаган, йирикроқ, гуруҳлашган иккиламчи сифилидлар (кўпинча – папулалар), бирламчи аффект йўқлиги ва қон зардобида НТТ ва ТТ мусбат кузатилади;
- **учламчи фаол захм** (syphilis tertiaria activa) – дўмбоқли ва гуммоз тошмалар мавжудлиги билан характерланади, қон зардобида НТТ манфий ёки мусбат ва ТТ ривожланган даражада мусбат бўлади;
- **учламчи яширин захм** (syphilis tertiaria latens) – учламчи фаол захм даврини бошидан кечирганлар ва текширув даврида иккиламчи патогномик чандиқлар кўринишдаги қолдиқлар мавжудлиги, қон зардобида НТТ мусбат ёки манфий ва ТТ ривожланган даражада мусбат бўлади;
- **эрта яширин захм** (syphilis latens praecox) – илгари захмга қарши даво олмаган ва клиник белгилари кузатилмаган пациентларда ташхисланади, қон зардобида НТТ ва ТТ да мусбат натижалар кузатилади, касаллик даврийлиги 2 йилгачани ташкил этади;
- **кечки яширин захм** (syphilis latens tarda) – илгари захмга қарши даво олмаган ва клиник белгиларсиз, қон зардобида манфий ёки кучсиз мусбат НТТ ва мусбат ТТ, касаллик даврийлиги 2 йилгача ни ташкил этади;
- **аниқланмаган яширин захм** (syphilis latens ignorata) – илгари захмга қарши даво олмаган ва клиник белгиларсиз, қон зардобида манфий или кучсиз мусбат НТТ ва мусбат ТТ, касаллик даврийлиги ноаниқ бўлади;
- **эрта нейрозахм** (neurosyphilis praecox) – бунда неврологик/психиатрик симптоматикаси мавжуд бўлган захм тасдиқланган беморлар кузатилади, мия қатламларида экссудатив-яллиғланишли ва пролифератив жараёнлар кузатилади, томир ва цереброспинал суюқликда патологик ўзгаришлар или фақатгина ликворда патология кузатилганда ташхисланади (асимптом эрта нейросифилис), касаллик давомийлиги 5 йилгача ни ташкил этади;
- **ички аъзолар** (зарарланган аъзо кўрсатилади) **ва таянч-ҳаракат тизими эрта захми** (syphilis visceralis praecox) – захм тасдиқланган ва маълум бир аъзода клиник симптоматикали зарарланганда ташхисланади;

ички аъзолар (зарарланган аъзо кўрсатилади) **ва таянч-ҳаракат тизими кечки захми** (syphilis visceralis tarda) – захм тасдиқланган ва маълум бир аъзода клиник симптоматикали зарарланганда ва биоптатни патоморфологитекширувида гранулематозного яллиғланиш ташхисланади;

туғма захм

I. Йўлдош ва хомила захми

II. Эрта туғма захм (syphilis congenita praecox) – 2 ёшгача бўлган болаларда ташхисланади, қуйидагиларга бўлинади:

а) эмизик ёшидагилар захми –0 дан 1 ёшгача

б) эрта болалар ёши захми –1 дан 2 ёшгача.

Эрта туғма захм кузатилиши мумкин:

1. фаол (клиник белгилар билан)
2. яширин – клиник белгиларсиз, аммо мусбат серологик натижалар билан.

III. Кечки туғма захм (syphilis congenita tarda) – 2 ёшдан катталарда ташхисланади, қуйидагиларга бўлинади:

а) иккиламчи захм белгилари билан 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар

б) учламчи захм белгилари билан 5 ёш ва ундан катталар

Кечки туғма захм кузатилиши мумкин:

1. фаол
2. яширин

Юқиш йўллари:

Эркак ва аёлларда бир хил:

 жинсий алоқа (захм инфекцияси мавжуд бўлган бемор билан жинсий алоқанинг барча кўринишида).
 трансплацентар (касалланган онадан плацента орқали хомилага юқиши туғма захмга сабаб бўлади).
 трансфузион (захмнинг давридан қатъий назар касалланган донорнинг қони қуйилганда); маиший (камдан-кам холларда).
 профессионал (зарарланган экспериментал хайвонлардан лаборатория ходими, ҳамда акушер-гинекологлар, жаррохлар, стоматологлар, патологоанатомлар)

Амбулатор шароитда ўтказиладиган асосий диагностик текширувлар:

 умумий қон тахлили;
 ОИВ, гепатит В ва С га текширувлар
Захмга скринин тестлар (РМП, RPR, ИХА, РПГА-миқдорий, ИФА, ИХЛАлардан бири)

[https://diseases.medelement.com/disease/]

Стационар шароитда ўтказиладиган асосий диагностик текширувлар:

 ОИВ ½ га антителони ИФА или экспресс-усулда аниқлаш

 Захмни ташхислашда асосий серологик усулларни икки гуруҳга бўлинади: трепонем тестлар (ТТ) ва нотрепонем тестлар (НТТ). Захмда серологик усулларнинг асосий принципи кетма-кет зинасимон диагностикадир. Аввалига дастлабки олинган мусбат натижа бошқа бир текширув билан тасдиқлаб олинади. Тасдиқловчи тест (ёки тестлар) юқори сезувчанликка эга бўлиши лозим ва, иложи борича, олдинги тестдан сезгирроқ специфик, ва методологияси ҳам олдингидан бошқача бўлиши лозим – бундан мақсад сохта мусбат натижанинг олдини олишдир. Қайта текширув қоннинг бошқа намунасида амалга оширилиши лозим, бунда преаналитик хатолик олди олинади.

- *Скрининг тестлар: ИФА, ПГАР, МПР, RPR, ИХА, ИХЛА.*
- *Тасдиқловчи тестлар: ПГАР, ИФА, ИБ, РИФ, ИХА, ИХЛ*, қоронғу майдон

микроскопияси, ПЗР;

 Бошқа ЖАОЮИга микроскопик, культурал или ПЗР текширувлар

[https://diseases.medelement.com/disease/]

Стационар шароитда ўтказиладиган қўшимча диагностик текширувлар (клиник шаклига қараб):

 Умумий сийдик тахлили
 Умумий нажас тахлили
 Биохимик текширувлар комплекси
 Захмга тасдиқловчи серологик тестлар (бешдан иккитаси (ИХА, ПГАР-миқдорий), ИФА (IgM суммар антителолар), Иммуноблот IgM, G, РИФ (200, абс, Ц), ИХЛА ва қоронғу майдон микроскопияси, ПЗР;
 Бошқа ЖАОЮИга микроскопик, культурал ёки ПЗР текширувлар
 Гепатит В ва С га текширув

 Ички аъзоларни УТТ
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Тез тиббий ёрдам этапида ўтказиладиган диагностик тадбирлар: талаб этилмайди.
Ташхис қўйишдаги диганостик мезонлар: серологик реакциялар (НТ и ТТ) натижаларининг мусбатлиги

2.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Захмнинг клиник белгилари патологик жараённинг кечиш даври, унинг тарқалганлиги, беморнинг иммун холатига боғлиқ.

Инкубацион даври захм қўзғатувчисининг шиллиқ қават ёки шикастланган тери орқали киритиши билан бошланади ва бирламчи аффект пайдо бўлиши билан тугайди; ўртача 3-4 ҳафта ва 10 дан 190 кунгача давом этиши мумкин.

Бирламчи захм (A51.0-A51.2). Бу оқиш трепонема жойлашган жойда, регионар лимфаденит ва кўпинча лимфангит билан биргаликда эрозия ёки яра шаклида қаттиқ шанкр (шанкр) пайдо бўлиши билан тавсифланади. Шанкрларнинг ўзига хос хусусияти пойдеворда зич эластик инфильтрат кузатилади. Атипик шанкрларга қуйидагилар киради: индуратив шиш, шанкр-панариций ва шанкр-амигдалит.

Бирламчи сифилиснинг клиник кўринишларига асосланган дифференциал диагностикаси эрозив баланопастит, генитал герпес, гонорея ва трихомониаз жинсий яралари, шанкрсимон пиодермия, тери саратони, юмшоқ шанкр, венерик лимфогрануломатоз, донованоз, ўткир Чарли-Липшюц вульвар яраси, жинсий аъзоларнинг фульминант гангренаси, тромбофлебит ва жинсий аъзоларнинг флеболимфангити, эктима, қўтир билан амалга оширилади. Баъзида қаттиқ шанкрни эрозив сифилитик папулалардан фарқлаш керак.

Иккиламчи захм (A51.3). Бу инфекциянинг гематоген тарқалишидан келиб чиқади ва терида тошмалар (розеолёз (доғли), папулёз (тугунли), пустулёз (пустула) ва везикулёз (весикула) захм) ва/или шиллиқ пардалар (чекланган ва дренажловчи розеал ва папулёз захм); лейкодерма (пигментли сифилис) - доғли, тўрсимон, мармар; ўчоқли фокал, диффуз, аралаш алопеция; бирламчи сифилиснинг мумкин бўлган қолдиқ таъсири, ички органлар ва тизимларнинг шикастланиши (A51.4) билан ўзини намоён қилади.

Иккиламчи сифилиснинг клиник кўринишларига асосланган дифференциал диагностикаси : доғли сифилис-ўткир инфекцияларда тошмалар (қизилча, қизамиқ, тиф ва тифус), токсикодерма, пушти темиратки, питириаз, қизил ясси темиратки доғлари билан; папулёз сифилис-томчисимон парапсориаз, лихень планус, қўл ва оёқ кафтлари папулаларнинг локализацияси билан, экзема, оёқ микозлари билан; жинсий аъзоларнинг эрозив папулалари - банал фолликулит, контагиоз моллюск билан, аёлларда-псевдосифилитик папулалар билан; ўткир учли кондиломалар, вегетатив пемфигус; пустулёз сифилис: акне - балоғатга етмаганлар хуснбузари, теринг папулонекротик сил касаллиги, тугунли аллергик васкулит, йод или бромидли акне, ёғли касбий фолликулит билан; чечак–сувчечак билан; импетигога ўхшаш – вулгар импетиго билан; сифилитик эктима - вулгар импетиго билан; везикуляр захм – герпес тошмаси билан; шанкр амигдалит - лакунар ангина, фарингеал дифтерия, Плаут-Винсент томоқ оғриғи, лихень плануси, лейкоплакия, қизил югурук, кандидоз, кўп шаклли эритема, буллёз пемфигоид, герпес, чин пемфигус, афтоз стоматит, эксфолиатив глоссит билан; сифилитик лейкодерма-питириаз, лейкодерма билан бошқа дерматозлар (псориаз, парапсориаз) ва ҳоказо.), витилиго; сифилитик алопеция-носпесифик этиологияли диффуз алопеция, катта фокал алопеция, себореик алопеция, чандиқли алопеция (пседопелада Брока), трикомикоз, дискоид ва тарқалган қизил югурук, баъзан лихень плануси билан.

Учламчи захм (A52.7). Бу тери/шиллиқ пардалардаги тошмалар (дўмбоқли ва гуммоз сифилиси, Фурнъе учламчи росеоласи), ички аъзолар ва тизимларнинг шикастланиши (A52.0-A52.7) билан намоён бўлади. Учинчи захмнинг клиник кўринишларига асосланган дифференциал

диагностикаси: дўмбоқли захм - туберкулёз дўмбоғи билан, моховнинг туберкулоид тури, қизил акне, ҳалқали гранулёма, базал ҳужайрали карцинома, Бениер– Бек–Счауманн саркоидози, вульгар эктима, оёқнинг варикоз яралари, тери лейшманиози, некробиоз, тугунли некрозли васкулит, сурункали ярали пиодермия; гуммаоз захм - скрофулодерма, терининг индуктив туберкулёзи, вульгар эктима, сурункали ярали пиодермия, спиноцеллюлар саратон, сифилитик эктима, ярали базал ҳужайрали карцинома, лепроматоз тугунлар, варикоз яралар, тугунли эритема, аллергик тугунли васкулит, Вебер–Кристиан тугунли панникулити, терининг лейшманиози, сил касаллиги; учламчи розеола - турли хил эритемалар билан (Афзелиус – Люпшиц сурункали кўчиб юрувчи эритемаси, Дарье марказдан қочма ҳалқа шаклидаги эритема), шунингдек моховдаги доғли тошмалар билан.

Эрта яширин захм (А51.5) (касаллик бошланганидан 2 йилгача), кечки (А52.8) (2 йилдан ортиқ) ва аниқланмаган эрта или кечки (А53.0) яширин захм. Бу клиник кўринишларнинг йўқлиги билан тавсифланади. Ташхис фақат серологик текширув маълумотларига асосланади.

Туғма захм (А50). Хомилани юқтириш манбаи фақат сифилис билан касалланган онадир. Эрта (ҳаётнинг дастлабки 2 йилида намоён бўлган) ва кечки (2 йилдан кейин ҳаётда намоён бўлган) туғма захм мавжуд бўлиб, улар клиник кўринишлар билан (А50.0; А50.3-А50.5) ва уларсиз (яширин) (А50.1; А50.6) кечади

Нейрозахм. Асимптоматик ва манифест нейрозахм ўртасида фарқ бор. Касаллик бошланиш давридан бошлаб вақтга кўра, нейрозахм шартли равишда эрта (инфекция пайтидан бошлаб 5 йилгача) ва кеч (5 йилдан ортиқ) бўлинади.

Асимптоматик нейрозахм (А51.4; А52.2) клиник кўринишларнинг йўқлиги билан тавсифланади. Ташхис мия суюқлигини текширишнинг патологик маълумотларига асосланади.

Симптомлар билан кечувчи нейрозахм бир неча ой ёки йиллар давомида ўткир ривожланиш ёки ривожланишга эга бўлган ҳар қандай неврологик ёки психик касалликлар билан намоён бўлади. Нейрозахмнинг эрта шаклларидан энг кенг тарқалгани (А51. 4) менинговаскуляр сифилис бўлиб, унинг клиник кўринишида мия мембраналари ва томирларининг шикастланиш белгилари устунлик қилади: сифилитик менингит (ўткир конвекцитал – ўткир базал, натижада-ўткир сифилитик гидроцефалия), сифилитик увеит (хориоретинит, ирит), қон томир нейросифилис (ишемик, камдан-кам геморрагик, спинал менинговаскуляр сифилис (сифилитик менингомиелит). Нейрозахмнинг кеч шаклларига кечки менинговаскуляр, прогрессив фалаж, умуртқа қуруқлик (сухотка), табиал фалажи, оптик асаб атрофияси (А52.1) ва гуммоз нейрозахм (А52.3) киради, уларнинг клиник кўринишида мия паренхимасининг шикастланиш белгилари устунлик қилади.

Клиник кўринишларга асосланган нейрозахмнинг дифференциал диагностикаси: бошқа этиологияли менингит билан сифилитик менингит, сифилитик бўлмаган неврит билан оптик ва эшитиш нервларининг неврити, гипертензив менинговаскуляр нейрозахмнинг мия вариантининг белгилари, атеросклеротик ёки бошқа генезли инсульт (ўткир цереброваскуляр фалаж), орқа мия шикастланиши, орқа мия шиши, орқа мия томирлари тромбози, склерознинг орқа мия шакли; прогрессив фалаждаги руҳий касалликлар - неврастения, маниакал-депрессив психоз, шизофрения, атеросклероз, қарилик ва алкоголли психоз, мия шиши (айниқса фронтал лоблар) билан; орқа миядаги неврологик касалликлар- мия ва орқа мия шикастланиши оқибатлари билан, асаб тизимининг шикастланиши билан ўткир юқумли касалликлар (геморрагик иситма, грипп), узоқ муддатли сурункали интоксикация (мишъяк, алкогол); бирламчи диабетик оптик асаб атрофияси - бошқа этиологиянинг оптик асаб атрофияси билан, кўпинча сил касаллиги; гуммалар мия ва орқа мия неоплазмалари билан боғлиқ.

Ички аъзолар ва мушак-скелет тизимининг захми. Касаллик бошланиш вақтга кўра, у шартли равишда эрта (инфекция пайтидан бошлаб 2 йилгача) ва кечки (2 йилдан ортиқ) шаклларга бўлинади. Эрта шаклларда (А51.4) фақат шикастланган аъзонинг функцияси энг катта функционал бузилиш кузатилади. Патологик жараён асосан юрак (эрта юрак–қон томир захми), жигар (гепатитнинг сариқсиз или сариқликли шакллари), ошқозон (вақтинчалик гастропатия, ўткир гастрит, ўзига хос яралар ва эрозияларнинг шаклланиши) ва камдан-кам ҳолларда бошқа

органларни ўз ичига олади.

Кечки шаклларда (A52.0; A52.7) ички органларда қайтмас ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча юрак-қон томир тизимининг шикастланиши (сифилитик аортит, аорта клапанларининг сифилитик етишмовчилиги, коронар артерияларининг стенози, сифилитик аорта аневризмаси, сифилитик миокардит, гуммоз эндо- ва перикардит), камроқ - кечки гепатит (чекланган сурункали эпителий, сурункали интерстициал гуммоз ва милиар гуммоз гепатит) қайд этилади, ҳатто камроқ-бошқа кечки висцерал сифилитик дўмбоқлар (A52.7) кузатилади. Таянч-ҳаракат тизими патологиясининг кечки намоён бўлишига табетик артропатия ва суяклар ва бўғимларнинг гуммоз ўзгаришлари киради.

3. Касалликнинг ташхиси

Касаллик ёки ҳолатнинг диагностикаси (касалликлар или ҳолатлар гуруҳлари), тиббий кўрсатмалар ва диагностика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

Ташхис/ҳолат мезонлари қуйидаги патогномоник маълумотларга асосланган:

1) беморнинг шикоятлари, анамнестик маълумотлар;

2) беморларнинг физик текширувидан олинган маълумотлар;

3) лаборатория тадқиқотлари маълумотлари;

4) инструментал текширув маълумотлари.

3.1. Шикоятлар ва анамнез

Беморлар тери ва шиллиқ пардалардаги тошмалар ҳақида шикоят қилмаслиги ёки умуман шикоят қилмаслиги мумкин, улар кўпинча намли тошмалар, баъзида лохаслик, оғриқ ва қичишиш, лимфа тугунларининг катталашиши, умумий холсизлик, иситма, суяклар, бўғинлар, мушаклардаги тунги оғриқлар билан бирга келади. Нейрозахм билан беморларни бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айниши, қусиш, кўриш, эшитиш, нутқ, онгни йўқотиш, парестезия, юриш, тос аъзолари функциясининг бузилиши, хотира, ақл ва руҳий касалликларнинг пасайиши безовта қилиши мумкин. Висцерал захм билан беморларда кўкрак қафасидаги оғриқлар, ўнг гипокондриюм, эпигастрал, бел соҳасида оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, иктерик склера, терининг сариқлиги, периферик шиш пайдо бўлиши мумкин.

Анамнестик маълумотлардан тери ва шиллиқ пардаларда тошмалар, кенгайган лимфа тугунлари ва бошқалар мавжудлигини кўрсатади. Ўтмишда маълум бир вақтда ҳисобга олиниши керак; маълум бир даврда захм билан касалланиш эҳтимоли (инфекция манбаи мавжудлиги); ўтмишда захм учун серологик текширув; ўтмишда захмни даволаш кўрсаткичи; ўтмишда антибиотикларни қабул қилиш кўрсаткичи ўтган; ўтмишдаги касалликлар ҳақида маълумот, бошқа соҳа мутахассислари билан диспансер кузатуви, махсус тадқиқотлар натижалари ва агар мавжуд бўлса, тегишли мутахассислар билан маслаҳатлашувлар. Аёлларда репродуктив аъзоларнинг яллиғланиш жараёнларининг мавжудлиги, шунингдек, олдинги ҳомиладорликнинг сони ва натижаси ҳисобга олинади.

3.2. Физикал текширув

Физикал текширув пайтида аниқланган сифилиснинг объектив клиник кўринишлари "клиник кўриниш"бўлимида тасвирланган.

Касалликнинг мавжудлигининг мутлақ исботи қоронғу кўрув майдонида микроскопия ёрдамида зараланган ўчоқлардан олинган намуналарда оқиш трепонемани аниқлаш, шунингдек, қон намуналарида трепонема антителоларини аниқлашдир.

3.3. Лаборатор диагностик текширувлар

Захмни лаборатор ташхисоти учун бевосита ва билвосита усуллардан фойдаланилади.

Бевосита усуллар касалликнинг эрта шаклларини (бирламчи ва иккиламчи захм) клиник кўринишлар (эрозив ва ярали элементлар) билан ташхислаш, туғма захмни (киндик тўқимаси, плацента, ҳомила аъзолари, бурун шиллиқ қаватининг ажралмаси, пуфакчалар таркиби, папулалар юзасидан суртма) тасдиқлаш учун қўлланилади.

Захм ташхисининг билвосита усуллари қон зардобида ва мия суюқлигида захм қўзғатувчисига антителоларни аниқлайдиган тестлар бўлиб, улар серологик лаборатория тестлари атамаси ҳам қўлланилади.

Сифилис диагностикасининг асосий усуллари серологик лаборатория текширувлари - нотрепонем ва трепонем усуллардир.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://yandex.ru/search/?text=6.+Ballard+R.%2C+Hook+E.W.+III.+Syphilis.+In%3A+Dynamo+M.%2C+Ballard+R.%2C+Icon+C.%2C+Lewis+D.%2C+Ndowa+F.%2C+Peeling+R.%2C+eds.+Laboratory+diagnosis+of+sexually+transmitted+infections%2C+including+human+immunodeficiency+virus.+World+Health+Organization+(WHO)%2C+Geneva%2C+Switzerland%2C+2013%3A+107-129.&clid=2270455&win=475&lr=10335&msp=1

https://natmedlib.uz/fm/?sitemap/file/9p8vkXmg&view=Клинические%20рекомендации.%20Стандарты./Стандарты_диагностики_и_лечения_по_дерматовенерологии.pdf

5C	Сифилисга шубҳа қилинган беморларни текшириш учун қуйидаги нотрепонем текширувлардан фойдаланиш тавсия етилади: -Қон зардобида/ орқа мия суюқлигида нотрепонем тестларда (РПР, РМП) Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш;

Нотрепонем тестларнинг умумий хусусиятлари: нотрепонем келиб чиқадиган антиген (стандартлаштирилган кардиолипин антигени) ишлатилади; улар бирламчи сифилома шаклланганидан 1-2 ҳафта ўтгач ижобий бўлади; улар паст сезувчанликка эга (захмнинг эрта шаклларида 70-90% гача ва кеч шаклларда 30% гача), улар нотўғри ижобий натижалар бериши мумкин (3% ёки ундан кўп). Нотрепонем тестларнинг афзалликлари: арзон нарх; техник бажарилишнинг соддалиги; натижаларни олиш тезлиги. Нотрепонем тестларнинг камчиликлари: бирламчи (75-80%) ва кечки захмда паст сезувчанлик (30-75%), нотўғри ижобий натижалар эҳтимоли (7% гача).

5C	Клиник ҳолатга қараб захмга шубҳа қилинган беморларни текшириш учун қуйидаги трепонем тадқиқотлардан фойдаланиш тавсия этилади: - Пассив гемагглютинация реакциясида (ПГАР) Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш; - Иммунофермент усул (ИФА) ёрдамида Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш; - Иммунофлюоресценция реакцияси (РИФ) билан Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш (шу жумладан $РИФ_{абс}$ ва $РИФ_{200}$ модификацияларида);; - Иммунохроматографик текширув.

Трепонем тестларнинг умумий хусусиятлари: трепонем антиген ишлатилади; сезувчанлик – 70-100% (тест тури ва сифилис босқичига қараб); ҳаққонийлик – 94-100%.

Усулларнинг қисқача тавсифи:

1. Пассив гемаглютинация реакциясида (ПГАР) Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш жуда сезгир ва ўзига хос усулдир. Бирламчи захмда усулнинг сезгирлиги 76%, иккиламчи захмда – 100%, яширин захмда – 94-97%, ўзига хослиги – 98-100%.
2. Иммунофермент (ИФА) ёрдамида Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш жуда сезгир ва ўзига хос синовдир. Бирламчи ва иккиламчи захмда сезувчанлик 98-100%, ўзига хослик 96-100%. Бу захм қўзғатувчисига IgM ва IgG антителоларини дифференциал ва тўлиқ аниқлаш имкониятини беради.
3. Иммуноблот орқали Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш ИФАнинг модификациясидир. Сезувчанлик ва ўзига хослик-98-100%. У ташхисни тасдиқлаш учун ишлатилиши мумкин, айниқса бошқа трепонем тестларнинг натижалари шубҳали ёки ҳақиқатга зид бўлса. Бу захм қўзғатувчисига IgM ва IgG антителоларини дифференциал ва тўлиқ аниқлаш имкониятини беради.
4. Иммунофлюоресценция реакцияси (РИФ), шу жумладан $Риф_{абс}$ ва $РИФ_{200}$ модификациялари билан Treponema pallidum га антителоларни аниқлаш захмнинг барча босқичларида жуда сезгир бўлган усулдир. Бирламчи захмда сезувчанлик 70-100%, иккиламчи ва кечки захмда – 96-100%), ўзига хослиги – 94-100%. РИФ захмнинг яширин шаклларини ва сохта мусбат захм тест натижаларини фарқлаш учун ишлатилади.
5. Иммунохроматография усули 99-100% сезгирликка ва 97-99,5% ўзига хосликка эга. Натижани бажариш ва талқин қилишнинг оддий технологик тартиби ва мураккаб ускуналарга эҳтиёж йўқлиги ушбу усулни қўшимча синов сифатида ишлатишга имкон беради.

РИФ ва ИФА касаллик бошланишидан бошлаб тахминан 3 ҳафтадан кейин, ПГАР – 4 ҳафтадан, РИБТ – 7-8 хафтадан ижобий бўлади. Трепонем тестларнинг афзалликлари: юқори сезувчанлик ва ўзига хослик. Трепонем тестларнинг камчиликлари: улар терапия самарадорлигини кузатиш учун ишлатилиши мумкин эмас ва улар вақти-вақти билан сохта ижобий натижа бериши мумкин. Мақсадларга қараб, аҳолини захм учун серологик текшириш турли усуллар ёрдамида амалга оширилади.

Скрининг лаборатор текширувлар

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

5C	Сифилитик инфекциянинг фаол шакллари бўлганларни аниқлаш учун, аҳолини оммавий скрининг қилиш учун нотрепонем тестлардан фойдаланиш тавсия етилади.

5C	Қуйидаги холларда инфекцияни ёки махсус мақсадли гуруҳларда скрининг учун юқтирганларни аниқлаш учун трепонемик бўлмаган ва трепонемик тестларнинг

	комбинациясидан фойдаланиш тавсия этилади: – ҳомиладор аёллар, шу жумладан ҳомиладорликни сунъий равишда тугатиш учун юборилаётганлар; – қон, сперма ва тўқима донорлари; – психиатрик, неврологик, кардиологик, офталмологик ва оториноларингологик беморлар; – ОИВ билан касалланган шахслар.

5C	Захм билан оғриган бемор билан 2 ойдан ортиқ бўлмаган даврда жинсий ва яқин маиший алоқада бўлган шахсларни текшириш учун трепонем тестлардан бирини (ИФАIgM, ИФАIgM+IgG РИФабс/200) қўллаш тавсия этилади.

3.3.1. Ташхис қўйиш учун қўлланиладиган лаборатория текширувлари

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

5C	Касалликнинг дастлабки шаклларини (бирламчи ва иккиламчи захм) эрозив ва ярали элементлар билан клиник кўринишлари ташхислаш учун қуйидаги тадқиқотлардан фойдаланиш тавсия этилади: - Treponema pallidum учун ўзига хос элементларни микроскопик текшириш;

5C	Туғма сифилисни тасдиқлаш учун қуйидаги тўғридан-тўғри усуллардан фойдаланиш тавсия этилади (киндик ичакчасидаги тўқима, плацента, ҳомила аъзолари, бурун шиллиқ қаватининг ажралмаси, пуфакчалар таркиби, папула юзасидан суртма): - Treponema pallidum учун ўзига хос элементларни микроскопик текшириш; - биопсия (жарроҳлик) материалининг хаётийлик давридаги патолого-анатомик текшируви (иммуногистокимёвий текширув);

1A	Олинган сифилитик инфекциянинг эрта манифест шаклларини ташхислаш учун нотрепонем ва кўрсатилган трепонемал (ПГАР, ИФАIgM+IgG ва иммунохроматографик усуллардан бири) тестларидан фойдаланиш тавсия этилади.

Нотрепонем тестларни қўллаш учун кўрсатмалар: скрининг; инфекциянинг фаоллигини аниқлаш (антитело титрларини аниқлаш); терапия самарадорлигини кузатиш (антитело титрларини аниқлаш).

Трепонем тестлардан фойдаланиш учун кўрсатмалар: нотрепонем тестларнинг ижобий

натижаларини тасдиқлаш; скрининг трепонем тести ва кейинги нотрепонем тест натижалари, шунингдек скрининг ва тасдиқловчи трепонем тестлар ўртасида номувофиқлик бўлса, тасдиқлаш; ИФА, захм учун аҳолининг айрим тоифаларини ПГАР билан скринингги (донорлар, ҳомиладор аёллар, офталмологик, психоневрологик, кардиологик касалхоналар, инсон иммунитет танқислиги вирусини юқтирган шахслар).

Трепонем тестлардан терапия самарадорлигини кузатиш учун фойдаланиш мумкин эмас, чунки сифилитик инфекцияга чалинган беморнинг танасида антитрепонемал антителолар узоқ вақт давомида айланади; трепонем тестлар венерик бўлмаган трепонематоз ва спирохетозда ижобий натижалар бериши мумкин; трепонем тестлар аутоиммун касалликлар, мохов билан оғриган беморларда сохта мусбат реакциялар бериши мумкин, онкологик касалликлар, эндокрин патология ва соматик баъзи бошқа касалликлар.

1А	Олинган захмнинг яширин ва кечки шаклларини ташхислаш, яширин захмнинг дифференциал диагностикаси ва нотрепонем ва трепонем тестларнинг сохта мусбат натижалари, агар кечки туғма захмга шубҳа қилинган бўлса, миқдорий нотрепонем тест ва камида иккитасидан кўрсатилган трепонем тестлардан (ПГАР, ИФАIgM+IgG, РИФ$_{абс/200}$, иммунохроматография, ИБ) фойдаланиш **тавсия этилади.**

2В	Нейрозахм ташхиси учун орқа мия суюқлигини текшириш тавсия этилади: орқа мия суюқлиги ҳужайраларини цитологик текшириш ва орқа мия суюқлигидаги оқсил даражасини ўрганиш, шунингдек, антителоларни аниқлаш учун иммунологик тестлар. T. pallidum: МПР, РИФ$_{ц}$, ПГАР, ИФА IgM+IgG, ИБ **тавсия этилади**.

Симптомли нейрозахм диагностикаси орқа мия суюқлигида серологик тестларнинг ижобий натижалари ва унинг таркибидаги ўзгаришлар (ҳужайралар ва оқсил даражаси сони) билан клиник кўринишларнинг комбинацияси асосида, яширин – орқа мия суюқлигидаги патологик ўзгаришларни лаборатория усулда аниқлаш асосида белгиланади.

Нейрозахм ташхиси неврологик/психиатрик/офталмологик/отологик аломатлар мавжудлигидан қатъий назар, орқа мия суюқлигининг РМП (РПР ва бошқа аналоглари) нинг ижобий натижаси билан тасдиқланган ҳисобланади. Нотрепонем тестларининг паст сезувчанлиги туфайли уларнинг орқа мия суюқлигида салбий натижаси нейрозахм ташхисини истисно этмайди. Орқа мия суюқлигининг трепонем тестларининг салбий натижаси нейросифилис ташхисини истисно қилади.

Орқа мия суюқлигини РМП (РПР) текширувида салбий натижасида, клиник белгилар мавжудлигидан қатъий назар, нейросифилис ташхиси трепонем тестларнинг ижобий натижалари комбинацияси билан тасдиқланади, оқсил миқдори ортади (0,45 г /л дан ортиқ) ва/ёки плеоцитоз (5 дан ортиқ ҳужайралар). 1 мл орқа мия суюқлиги, лимфоцитларнинг устунлиги билан тавсифланади), бу холатга бошқа касалликлар сабаб бўлиши мумкин эмас.

Орқа мия суюқлигида трепонем тестларининг ижобий натижалари холатида плеоцитоз ва гиперпротеинемия бўлмаган тақдирда нейрозахм ташхисини тасдиқлашга имкон бермайди, чунки бу тестларда аниқланган антителолар гематоэнцефалик тўсиғи орқали зардобдан пассив ўтиши туфайли орқа мия суюқлигида пайдо бўлиши мумкин ёки қон орқа мия суюқлигига умуртқани пункцияси натижасида ўтиб қолади. Орқа мия суюқлигидаги трепонем тестларнинг паст титрлари (РПГ титри < 1:160) нейрозахмга қарши фикрни беради.

ОИВ инфекцияли беморлар захм билан касалланганларда асаб тизимининг патологик жараёнга мойиллиги юқорилиги хавфи юқори бўлганлиги сабабли, қуйидаги ҳолларда беморларда орқа мия суюқлигини ўрганиш тавсия этилади:

1. неврологик, офталмологик, патологик аломатлар мавжуд бўлганда;
2. агар қон зардобда РМП/РПР титри 1:32 бўлса (бу ҳолда нейрозахм ривожланиш хавфи 6 баробар ортади);

3. агар қондаги СД4+ Т-лимфоцитлар даражаси 350 ҳужайра/мл дан кам бўлса (бу ҳолда нейрозахм ривожланиш хавфи 3 баробар ортади);

4. агар ОИВ билан касалланган бемор юқори фаол антиретровирус терапиясини олмаса.

2C	Ички аъзолар ва таянч-ҳаракат тизимининг сифилитик зарарланиши клиник белгилар, инструментал текширувлар (рентген, ультратовуш, магнит-резонанс томография, компьютер томографияси) ва лаборатор текширувлар (серологик, патоморфологик) хулосаси асосида аниқланади.

Эрта висцерал захм диагностикаси мезонлари:

- беморда серологик тасдиқланган захмнинг мавжудлиги;
- тегишли аъзога зарарланганлиги клиник белгиларининг мавжудлиги;
- иммуногистокимёвий усуллар ёрдамида кумушлаш биопсия намуналарини патоморфологик текширганда лимфогистоплазмоцитик яллиғланиш инфильтрацияси ва оқиш трепонемаларни аниқлаш;
- зарарланишнинг ўзига хослигини исботлаш;
- махсус даво фонида жараённинг ижобий динамикаси (ҳар доим ҳам эришилмайди).

Кечки висцерал захмнинг диагностик мезонлари:

- беморда серологик тасдиқланган захмнинг мавжудлиги;
- тегишли аъзо зарарланишидаг клиник белгиларининг мавжудлиги;
- биопсияни патоморфологик текширувида гранулёматоз яллиғланишни аниқлаш махсус шикастланишнинг исботидир;
- махсус даво фонида жараённинг ижобий динамикаси.

2C	Болаларда туғма сифилисни онанинг анамнези, клиник кўринишлар, рентген текшируви маълумотлари ва серологик реакциялар натижалари (РМП/РПР, ELISA, РПГА, РИФ, ИҲА, ИХЛА, ИБ) асосида ташхис қўйилади.

Туғма захм туфайли ўлик туғилиш қуйидаги холатда тасдиқланади: ҳомиладорликнинг 22 хафталигидан ўтганда ёки тана вазни 500 граммдан ортиқ бўлганда, онада даволанмаган ёки етарли даражада даволанмаган захм мавжуд бўлганда.

Туғма захм деб ҳисобланади, агарда: янги туғилган чақалоқнинг онаси ҳомиладорлик пайтида (ҳомиладорликнинг 32 хафталигидан кейин ёки захира антибактериал дорилар билан) даволанмаган ёки етарли даражада даволанмаган бўлса (болада касаллик белгилари мавжудлигидан қатъий назар); болада трепонем тестларнинг ижобий натижаси ва қуйидаги мезонлардан камида биттасининг мавжудлиги: физикал ёки рентген текширув пайтида ёки узун ғовакли суякларнинг рентгенографиясида туғма захм белгиларининг намоёнлиги; орқа мия суюқлигида РМП текширувида мусбат натижа ва плеоцитоз ёки гиперпротеинархия (бошқа сабаблар бўлмаганда); ИФА или иммуноблоттингда IgM аниқланганда.

Аломатлари билан эрта туғма захмни ташхислашда шуни ёдда тутиш керакки, туғма захмнинг бошқа белгиларисиз ва остеохондрит туғма захмнинг белгиси бўлиб хизмат қила олмайди, чунки шунга ўхшаш ўзгаришлар бошқа касалликларда ва ҳатто соғлом болаларда ҳам кузатилиши мумкин.

Эрта туғма захм ташхиси қуйидаги асосий мезонларни ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши лозим:

болада касалликнинг клиник белгиларини аниқлаш; лабораториянинг бевосита усуллари ёрдамида оқиш трепонемани аниқлаш;

боладаги серологик реакцияларнинг мусбат натижалари (қон онанинг қони билан паралелл равишда олинади, бир хил тестларда амалга оширилади, РМП/РПР ва ПГАР – миқдорий);

орқа мия суюқлигида патологик ўзгаришларнинг мавжудлиги;

.ренгенологик текширувда узун ғовакли суякларда аниқланган ўзгаришларнинг мавжудлиги;

плацента, киндикдаги ва ички аъзолардаги ўзгаришларнинг макроскопик ва патоморфологик белгиларини аниқлаш;

онада бевосита ва/или серологик диагностик усуллари натижалари билан тасдиқланган манифест ёки яширин захмни аниқлаш.

Шуни ёддда тутиш лозимки, янги туғилган чақалоқларда қон зардобидаги антителолар даражаси паст ва ҳатто эрта туғма захмнинг аниқ клиник белгилари билан ҳам баъзи серологик реакциялар салбий бўлиши мумкин. Агар чақалоқ ҳомила ривожланишининг охирги даврларида юқтирилса серологик реакциялар янги туғилган чақалоқ ҳаётининг 4-12 хафталигида салбий бўлиб қолиши мумкин, Шу билан бирга, серологик реакцияларнинг ижобий натижалари она антителоларининг пассив трансплацентар ўтиши натижаси бўлиши мумкин. Ушбу антителолар туғилгандан кейин 3-6 ой ичида йўқолади ва серологик реакциялар аста-секин салбий бўлади.

Агар янги туғилган чақалоқ зардобидаги РМП/ РПР титри онанинг зардобидаги ушбу реакцияларнинг титридан 4 ёки ундан кўп марта юқори бўлса или бола ҳаётининг дастлабки 3 ойи давомида РМП/ РПР титри бошланғич кўрсаткичга нисбатан камида тўрт баравар кўпайган бўлса, бу туғма захмнинг кўрсаткичи ҳисобланади. Бироқ, бу ҳолат фақат эрта туғма захм билан оғриган болаларнинг 30 фоизида кузатилади, шунинг учун болада онадан тўрт баравар юқори нотрепонем тест титри йўқлиги туғма сифилисни истисно қилмайди. Махсус антитрепонем IgG антикорлари IgM-ИФА, IgM-РИФ$_{абс}$ усуллари билан фақат 75-80% янги туғилган чақалоқларда клиник жиҳатдан эрта туғма захм аниқланади. Шунинг учун IgM тестининг салбий натижалари ҳам туғма захмни истисно қилмайди.

Кечки туғма захмни қуйидагини ҳисобга олган ҳолда аниқлаш мумкин: касалликнинг клиник белгилари (Гетчинсон триадасига таалуқли ҳар бир кўриниш диагностик аҳамиятга ега; эҳтимолий белгилар ва дистрофия (дисморфогенез стигмалар) ишончли ёки серологик текширув маълумотлари, анамнез билан биргаликда ҳисобга олинади. Захмнинг бошқа белгиларисиз фақат битта дистрофияни аниқлаш ташхисни тасдиқлашга имкон бермайди, чунки дистрофиялар ота-оналарда бошқа сурункали касалликлар ва интоксикацияларнинг намоён бўлиши мумкин (алкоголизм, токсоплазмоз, эндокрин касалликлар ва бошқалар.) ва болалар (сил, рахит ва бошқалар.), шунингдек, деярли соғлом одамларда), мусбат натижалар серологик реакциялар: нотрепонем тестлар беморларнинг 70-80 фоизида ижобий, трепонемик – 92-100% онаси захмнинг кеч шакли, онанинг касаллик тарихи, шу жумладан акушерлик тарихи, шунингдек, ота ва оиладаги бошқа болаларни текшириш натижалари бўлиши.

3.3.3. ОИВ мубат пациентларда серологик натижаларнинг интерпретацияси

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://yandex.ru/search/?text=3.+Красносельских+Т.В.%2C+Соколовский+Е.В.+Современные+стандарты+диагностики+сифилиса%3A+сравнение+российских+и+зарубежных+клинических+рекомендаций+(сообщение+I).+Вестник+дерматологии+и+венерологии%2C+2015%3B+2%3A+11-22&lr=10335&clid=2270455&win=475

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://hiv.bmoc-spb.ru/jour/article/view/346/297

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/1/1199728492019011064

5C	ОИВ билан касалланган беморларда нотрепонем ва трепонем серологик реакциялар натижаларини, ОИВ юқтирмаганлар билан бир хил алгоритмларга мувофиқ интерпретация қилиш тавсия этилади.

ОИВга тест манфий аниқланганда 6 ойдан сўнг қайта текширув ўтказилади.

Агар беморда ОИВга қарши антителолар аниқланса, у ОИТС га қарши кураш, олдини олиш ва назорати регинал марказига захмни даволаш бўйича тегишли кўрсатмалар билан қўшимча текшириш, даволаш ва доимий назорат учун юборилади.

ОИВ билан касалланган беморларнинг кўпчилигида захм одатий кечади хосдир, аммо жуда оз фоиз ҳолларда ўртача ва айниқса оғир иммунитет танқислиги билан (юқори фаол антиретровирус терапия бўлмаса) касаллик тез ривожланади ва махсус клиник кўриниш билан тавсифланади ва "хавли кечувчи захм"атамаси билан номланади. ОИВ билан касалланган захмли беморларда ОИВсиз беморларга нисбатан асаб тизими, кўриш ва эшитиш аъзоларининг специфик зарарланиши 3-6 баравар кўпдир. ОИВ билан боғлиқ иммуносупрессия фонида ривожланаётган нейрозахм кўпинча клиник полиморфизм, атипик клиник кўриниш ва тез ривожланиш билан тавсифланади.

Етарли даражадаги ишончли бўлган серологик тестлар ОИВ инфекцияси бўлган беморларда захмни ташхислаш ва терапия самарадорлигини баҳолаш имконини беради. ОИВ инфекцияси фонида сохта мусбат серологик реакциялар ва серологик тестларнинг кечиктирилган позитивацияси ҳолатлари мавжуд бўлса-да, бундай ҳолатлар кам учрайди (нотрепонем тестлар учун 3-11% ва трепонем тестлар учун 0,7%). Аксинча, ОИВ билан касалланган захмли беморларда нотрепонем ва трепонем тестларда юқори антитело титрлари кескин ижобий бўлади. ОИВ билан касалланган беморларда нотрепонем тестларда ўртача антителолар титри ОИВ билан касалланмаган беморларга қараганда анча юқори. ОИВ билан касалланган беморларда нотрепонем тестларнинг титрлари касалликнинг давомийлиги ва унинг оғирлиги, шунингдек СД4+ Т-лимфоцитлар даражаси билан боғлиқ емаслиги аниқланди. ОИВ билан касалланган одамларнинг 1-6% нотрепонем тестлар сохта мусбат натижаларига эга. Аммо, умуман олганда, серологик текширув натижалари беморларнинг ОИВ ҳолатига деярли боғлиқ эмас ва ОИВ билан касалланган беморларда серологик реакциялар натижалари ОИВсиз беморларда бўлгани каби алгоритмларга мувофиқ талқин қилиниши керак.

3.3.4. Сохта мусбат лаборатор текширув натижалари

Захмга сохта мусбат ёки носпецифик реакциялар сифилитик инфекцияси билан оғримаганлар ва ўтмишда захм билан касалланмаган одамларда сифилисга серологик реакцияларнинг ижобий аниқланишидир. Бу холатлар тадқиқотни бажаришда техник хатолар ва тананинг хусусиятларидан келиб чиқиши мумкин. Улар шартли равишда ўткир (<6 ой) ва сурункали (>6 ой) га бўлинади.

Сохта мусбат реакциялар ҳомиладорлик пайтида ва ҳайз пайтида, эмлашдан кейин, миокард инфарктидан кейин, кўплаб юқумли касалликларда (мохов, безгак, нафас олиш йўллари касалликлари, грипп, сувчечак, вирусли гепатит, ОИВ инфекцияси) ва дерматозларда, аутоиммун касалликларда, тизимли бириктирувчи тўқима касалликлари, онкологик касалликлар, жигар ва ўт йўллари сурункали патологиялари, юрак-қон томир ва эндокрин патологияда, қон касалликларида, сурункали ўпка касалликларида, гиёҳвандларда, қариликда ва ҳоказода учраши мумкин.

Трепонем ва нотрепонем тестларда сохта мусбат реакциялари эндемик трепонематозларда (фрамбезия, пинта, беджел), боррелиоз, лептоспирозда кузатилиши мумкин. Эндемик трепономатозли мамлакатдан келган захмга ижобий серологик реакцияси бўлган беморни захм учун текшириш керак ва агар у илгари ўтказилмаган бўлса, захмга қарши даволаш буюрилиши керак.

Сурункали сохта мусбат натижалар оғир хасталикларнинг преклиник белгилари натижасида келиб чиқиши мумкин.

Ёш катталашгани сари сохта мусбат натижали кўрсаткичлар ошади, 80 ёшлилар орасида сохат мусбат кўрсаткичлар 10% ни ташкил қилади.

Сохта мусбат натижалари иккиламчи захмда суюлтирилмаган зардоб билан тестда прозона феномени натижасида, ҳамда иммунтанқислик холати, масалан, ОИВ ли шахсларда кузатилади.

3.3.5. Бошқа лаборатор текширувлар

3B	Бирламчи захмдан ташқари захмнинг барча шаклларига жигар функциясини баҳолаш мақсадида биокимёвий (умумий билирубин, аланинаминотрансфемаҳал, аспартатаминотрансфемаҳал, ишқорий фосфатаза) текширувлар ўтказиш **тавсия этилади** ва бу даволаш жараёнига таъсир қилади.

1B	Сифилис билан оғриган барча беморларга қонда инсон иммунитет танқислиги вируси ОИВ-1/ОИВ-2 (инсон иммунитет танқислиги вируси ОИВ 1/ОИВ2) га M, G (IgM, IgG) синфларининг антителоларини аниқлаш **тавсия этилади**; қондаги гепатит В вирусининг антигенини (HBsAg) аниқланш, сифатли ўрганиш; ва жинсий йўл билан юқадиган вирусли инфекцияни истисно қилиш учун қондаги гепатит С вирусига (гепатит С вируси) М ва G синфларининг суммар антителоларини (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) аниқлаш лозим.

[https://diseases.medelement.com/disease/]

3.3.6. Инструментал диагностик текширувлар

5C	Нейрозахмни ташхислашда клиник шакли ва ҳажмидан келиб чиқиб, зарарланиш хажми ва топик ташхисни баҳолаш мақсадида барча беморларга магнит-резонанс томография ва миянинг компютер томографияси ва электроэнцефалография қилиш **тавсия этилади.**

Нейрозахмда ноинвазив нейровизуал текширувлар носпуцифик ҳисобланади.

5C	Кардиоваскуляр захмга шубҳа қилинган пациентларга эхокардиография, компьютер томография, магнит-резонанс томография, электрокардиография, рентгенография, коронарография, аортография, йирик қон-томирлар допплерографияси ва бошқа текширувларни ўтказиш **тавсия этилади**.

Кардиоваскуляр захмга тахминий ташхис эхокардиография натижаларига қараб қўйилиши мумкин. Кардиоваскуляр захмда эхокардиографиянинг муҳим белгилари қуйидагилар:
– аорта кенгайиши, айниқса кўтариувчи қисмда (тахминан – диаметр 4 см дан катта);
– аорта деворалари қалинлашиши, унинг асоси ва деворида кальциноз;
–аорталь клапан зичлашиши ва қалинлашиши, клапан қалпоқлари деформацияси, аортал регургитация, I даражадан бошлаб (нормада аортал регургитация бўлмайди) III-IV даражагача (бунда кучли аортал клапан етишмовчилиги кузатилади);
– кўпинча чап қоринча отиш фракцияси пасаяди.
Миокард инфаркти ўтказган пациентларда миокарднинг маълум қисмида локал қисмқарувчанлик пасаяди. Коронар томирлар оғзи ва проксимал қисмларида стеноз кузатилиб, у ҳақида коронаграфия аниқ маълумот беради. Аорта аневризмасини аниқ ташхис қўйишда рентгенография, компьютер томография, магнит-резонанс томографиялардан фойдаланиш лозим. Йирик томирлар аневризмаси кузатилиши мумкин (аорта шохлари), уларни аниқлашда брахиоцефал томирларни ультратовуш допплерографияси аниқ маълумот беради.
Кардиоваскуляр захм белгилари кузатилганда Эхо-КГ натижаларидан келиб чиқиб юрак қон-томир тизимига, маълум диагностик текширувларга таяниб баҳо берилади.

3.3.7. Бошқа диагностик текширувлар

5C	ОИВ-манфий беморларда нейрозахм ташхисини қўйишда қуйидаги холларда орқа мия пункцияси ўтказиш **тавсия этилади**: – захмнинг давридан қатъий назар неврологик, офтальмологик, отологик симптоматикалар мавжуд бўлганда ва психиатрик бузилишлар кузатилганда; – захмнинг яширин ва кечки шаклларида; – эрта захм хавфли кечишида (хатто неврологик симптомлар кузатилмаса ҳам); – лейкодерма, алопеция (айниқса қўшилиб келганда) каби белгилари кузатилган иккиламчи захмда; – ички аъзоларда эрта ва кечки зарарланишларда; – туғма захмга шубха қилинганда; – эрта захм шаклларида махсус даво ўтказилганидан сўнг ҳам нотрепонем тестларда негативация кузатилмаса; – кечки ва аниқланмаган захм турларида даводан сўнг клиник-серологик назорат (кузатув)да серологик тестлар позитивлиги сақланиб қолса ёки ўсаверса; – нейрозахм ва серорезистентли беморларни ҳисобдан ечишда.

5C	ОИВ-мусбат беморларда патологик жараёнга асаб тизими шикастланиш хавфи юқорилиги туфайли орқа мия пункцияси ва унинг суюқлигини серологик текшируви қуйидаги холатларда **тавсия этилади**: – неврологик, офтальмологик, отологик симптоматикалар мавжуд бўлганда; – қон зардобида РМП/ RPR титри ≥ 1:32 бўлганда (бунда нейрозахм хавфи 6 марта ошади); – қонда CD4+ Т-лимфоцит ≤ 350 хужайра/мкл бўлганда (бунда нейрозахм хавфи 3 марта ошади); – ОИВ-инфицирланган пациент юқори фаол антиретровирус терапия олмаса.

5C	Ҳамма пациентларга патологик жараённинг тарқалганлик даражасини баҳолаш мақсадида қуйидаги шифокор-мутахассислар кўриги **тавсия этилади**: шифокор-офтальмолог, шифокор- невролог, шифокор- терапевт – барча орттирилган захмда; шифокор-офтальмолог, шифокор-невролог, шифокор-оториноларинголог – туғма захмга шубха қилинган болаларга; ички аъзолар, суяк-таянч тизимининг специфик зарарланишига шубха қилинганда уларнинг шикоятидан келиб чиқиб шификор мутахассилар ва керакли инструментал текшиувлар ўтказилади.

3. Лаборатор текширувлар:

Умумий қон тахлили
Умумий сийдик тахлили
Қоннинг биокимёвий тахлили
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Махсус лаборатор диагностика:
□□ қон зардобида оқиш *трепонемага (Treponeta pallidum)* нотрепонемн тестларда (RPR,РМП) сифатий ва миқдорий текширув) титрларини аниқлаш; ва трепонем тестлар

(ИФА, ПГАР, РИФ, ИХА, ИХЛА, ИБ)
Ёндош инфекцияларга серологик диагностик текширувлар (гепатитлар, ОИВ):
□□ қонда гепатит В (HbsAg) антигени; ОИВга IgM,IgG антигенларни текшириш
□□ қонда гепатит С га антигенларни аниқлаш.
□ юқиш манбаи аниқланмаганда захмга 3 ойдан сўнг қайта серологик текширувлар тавсия этилади, ОИВ, гепатит В ва С га - 3-6-9 ойда текширилади. Номаълум ёки илгари ОИВ-манфий пациентларда 6 ойдан сўнг ОИВга қайта текширув ўтказилади.
□ қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларини УТТ текшируви;
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Инструментал текширувлар:

Қорин бўшлиғи аъзоларини УТТ текшируви: эндометрит, сальпингоофорит, перитонит, лимфатик тугунлар катталашиши ва б.;
ЭКГ, ЭхоКГ, РЭГ, ЭЭГ
ИФА: ОИВга антителоларни аниқлаш.
[https://diseases.medelement.com/disease/]

Дифференциал ташхис:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/

Ташхис	**Диф. ташхис ўтказиладиган нозология**
Бирламчи захм	Бирламчи захм клиник белгиларига кўра қуйидаги касалликлар билан дифференциал ташхисланади: эрозив баланопостит, генитал герпес, жинсий аъзолар гонореяли ва трихомонадали яралари, шанкрисимон пиодермия, тери раки, юмшоқ шанкр, венерик лимфогранулематоз, донованоз, Чапин-Липшютц вульванинг ўткир яраси, жинсий аъзолар яшинсимон гангренаси, жинсий аъзолар тромбофлебит ва флеболимфангитлари, қўтир эктимаси. Баъзида қаттиқ шанкрни эрозив сифилитик папулалар билан қиёсланади
Иккиламчи захм	Доғли сифилидлар – ўткир инфекциялар тошмалари (қизилча, қизамиқ, қорин тифи), токсикодермия, пушти темиратки, қипиқли темиратки, хашаротлар чақиши; папулёзные сифилидлар - томчисимон парапсориаз, қизил ясси темиратки ва псориаз; папулалар оёқ ва қўл кафтларида жойлашганда – псориаз, экзема, оёқлар микози; эрозив папулалар гениталийда жойлашганда - банал фолликулитлар, контагиоз моллюск, аёлларда – сохта сифилити папулалар билан; сербар кондиломалар – ўткир учли кондиломалар билан, вегетирловчи пўрсилдоқ яралар билан, геморроидал тугунлар билан; пустулез сифилидлар - вульгар (ўсмирлар) хуснбузари билан, папулонекротик тери сили, тугунли аллергик

	васкулит билан, йодли или броли хуснбузарлар билан, профессионал ёғли фолликулитлар билан; чечаксимон сифилидлар – сувчечак билан; сифилитик эктима – вульгар эктима билан; сифилитик рупиялар –рупийсимон псориаз билан; везикулез сифилид – герпетик тошмалар билан; шиллиқ қавтлар зарарланиши - лакунар ангина билан, томоқ дифтерияси билан, Плаут-Венсан ангинаси билан, қизил ясси темиратки билан, лейкоплакия билан, қизил югуруқ билан, кандидоз билан, кўп шаклли экссудатив эритема билан, буллёз пемфигоид билан, герпес билан, чин пўрсилдоқ яра билан, афтоз стоматит билан, эксфолиатив глоссит билан; сифилитик лейкодерма – қипиқланувчи темиратки билан, иккиламчи гипопигментация билан (псориаз, парапсориаз ва х.о.дан кейинги), витилиго; сифилитик алопеция - диффуз алопеция билан, кенгн ўчоқли алопеция билан, себореяли каллик билан, чандиқли алопеция билан (псевдопелада Брока), трихомикозлар билан, дискоид ва диссеминирланган қизил югуруқ, баъзан қизил ясси темиратки билан
Учламчи захм	Дўмбоқли сифилид - туберкулёз волчанка билан, моховнинг туберкулоид типи билан, халқасимон гранулёма билан, базалиома билан, Бенье – Бек – Шауманн саркоидози билан, вульгар эктима билан, болдирлар варикоз яралари билан, тери лейшманиози билан, липоид некробиоз, васкулит, тугунли некротик, сурункали ярали пиодермия, псориаз билан; гуммалар – скрофулодерма билан, терининг индуратив сили, вульгар эктима билан, сурункали ярали пиодермия, спиноцеллюляр рак, сифилити эктима, ярали базалиа билан, лепроматоз тугунлар билан, варикоз яралар, тугунли эритема билан, аллергик тугунли васкулит, панникулит билан, тери лейшманиози, туберкулезли ва ўсмали тери патологиялари; учламчи розеолани - турли эритемалар билан (турғун шаклли Венде эритемаси билан, сурункали кўчиб юрувчи Афцелиус – Липшютц эритемаси билан, марказдан қочувчи Дарье эритемаси), моховда доғли тошмалар
Нейрозахм	Бошқа этиологияли менингитлар билан, эшитув ва кўрув невритлари – носифилитик табиатли невритлар билан, менинго-васкуляр нейрозахм церебрал симптоматикаси – гипертони криз билан, ОНМК (бош мия ўткир қон айланиши бузилиши) атеросклеротик или бошқа генезли, спинал бузилишлар - орқа мия ўсмаси билан, орқа мия томирлари тромбозлари билан; прогрессив фалажда прпогрессив психик бузилишлар – неврастенияли билан, маниакал-депрессив психоз билан, шизофрения, атеросклероз билан, кексалар ва алкоголь психоз билан, мия ўсмаси (айниқса пешона қисми); орқа мия сухоткасида – бош

	ва орқа мия травмаси жароҳатлари билан, асаб тизими зарарланиши билан кечувчи юқумли касалликлар (қорин тифи, грипп), сурункали узоқ кечувчи интоксикациялар (мышьяк, алкоголь); кўрув нерви бирламчи табетик атрофияси – бошқа этиологияли кўрув нерви атрофиялари; гуммалар – бош ва орқа мия ўсмалари.
Ички аъзолар ва суяк-таянч тизими захми	Маълум бир аъзо сурункали касалликлари, ўсмалари, остеомиелит ва б.

4. Даволаш. Захм билан оғриган беморларни даволашда умумий ёндашувлар

Умумий холатлар

Даволашга кўрсатма бўлиб микроскопик текширувда Tr.pallidum ни аниқлаш ва/ёки пациент ёки унинг жинсий шеригида мусбат серологик натижаларнинг аниқланиши.

Жинсий шерикларни даволаш мажбурий ҳисобланади.

Антибактериал даво захм инфекцияли беморга аниқ ташхис қўйилгандан сўнг бошланади, қатор холларда – эпидемиологик кўрстамага кўра якуний лаборатор натижаларни олгунча ҳам даво бошланади ва аниқ бўлганидан сўнг курс доза белгилаб олинади.

Касалликнинг асоратли кечишида қўшимча равишда патогенетик ва физиотерапевтик даво қўшилади.

Захм билан оғриган хомиладорларни даволашда муддатидан қатъий назар хомилага таъсир қилмайдиган антибиотик гуруҳидан бири танлаб акушер-гинекологлар иштирокида давога олинади.

Захм билан касалланган онадан туғилган янги туғилган чақалоқларни даволаш неонатологлар иштирокида олиб борилади.

Профлактик давони хаттоки сифилитик инфекция аниқланмаса ҳам ўтказиш лозим.

Тана оғирлиги 45 кг дан ортиқ бўлган захм билан оғриган болаларни даволаш катталарни даволаш схемасига асосан олиб борилади.

Шифокор пациентга тўлиқ даволангунча, даво даврида жинсий алоқадан тийилишни ёки барьер контрацептив воситалардан фойдаланишни тавсия қилиши лозим.

3.4. Медикаментоз даволаш:

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган тўловсиз тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатга олинмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қайтариш учун асос бўлмайди.

Жадвал-1

Асосий дори воситалари рўйхати (фойдаланиш эхтимоли 100 %):

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситаси халқаро номи	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
Бирламчи захм			
Антибактериал препаратлар	Бензатин бензилпеницилли	2,4 млн. ТБдан м/о ҳар 7 кунда,	**B** https://diseases.medelement.com/dis

	н (дюрант);	курсга 3 инъекция;	**ease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 махал) м/о, 14 сутка давомида;	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600.000 ТБдан м/о суткасига 2 махал, 14 кун	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Ампициллин ёки оксациллин	1 млн.ТБдан суткасига 4 махал (ҳар 6 соатда) м/о 20 сутка давомида.	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Цефтриаксон	1.0 дан, суткасига 1 махал м/о 10 сутка	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 20 сутка давомида;	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 махал перорал 20 сутка давомида;	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
Иккиламчи захм			
Антибактериал препаратлар	Бензатин бензилпенициллин (дюрант);	по 2,4 млн. ЕД м/о хар 7 кунда, курс 6 инъекция;	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 махал) м/о, 28 сутка давомида;	**A** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600.000 ТБ дан м/о суткасига 2 махал, 28 кун;	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Ампициллин ёки оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 махал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида;	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**

	Цефтриаксон	1.0 дан, суткасига 1 махал 10 сутка давомида;	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 28 сутка давомида;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 махал перорал 28 сутка давомида;	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Эрта яширин захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 махал) м/о, 28 сутка давомида.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600.000 ТБдан м/о суткасига 2 махал, 28 кун	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 махал (ҳар 6 соатда) м/о в 28 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	1.0, суткасига 1 махал м/о 20 сутка	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 28 сутка	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 махал перорал 28 сутка	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Учламчи захм, кечки яширин захм, аниқланмаган яширин захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 махал) м/о, 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси бензилпенициллин билан худди шу схемада 14 сутка.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600 000 ТБдан суткасига 2 махал м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси бензилпенициллин билан худди шу схемада 14 сутка	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 махал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	1,0 г дан суткасига 1 махал м/о 20 сутка ва 2 хафтадан – иккинчи даво курси бензилпенициллин билан худди шу дозада 10 кун	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 28 сутка давомида, – 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу дозада 14 кун	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 махал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу дозада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Эрта висцерал захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

	ин натрийли тузи);	маҳал) м/о, 28 сутка давомида	
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600 000 ТБдан суткасига 2 махал м/о 28 сутка давомида	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин ёки оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	1,0 г дан суткасига 1 маҳал м/о 20 сутка давомида 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 10 сутка давомида	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу дозада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу дозада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Кечки висцерал захм; кардиоваскуляр захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 махал) м/о, 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		даво курси худди шу схемада 14 кун давомида.	
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	600 000 ТБдан суткасига 2 махал м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун давомида	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин или оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 махал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	1,0 г дан суткасига 1 махал м/о 20 сутка давомида ва 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 10 сутка давомида	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,5 г дан суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун давомида	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Эрта нейрозахм			
Антибактериал	Бензилпеницилл	12 млн.ТБдан	**A**

препаратлар	ин (бензилпенициллин натрийли тузи);	суткасига 2 маҳал в/в томчилаб 20 сутка **или** 4 млн. ТБдан суткасига 6 маҳал в/и 20 сутка давомида.	https://diseases.medelement.com/disease/
	Ампициллин ёки оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	2,0 г дан суткасига 1 маҳал в/и 20 сутка давомида, оғир холатларда (сифилитик менингоэнцефалит, ўткир генераллашган менингит) препаратнинг суткалик дозаси 4 г.гача оширилади	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
	Эритромицин	0,1 г дан суткасига 2 махал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Кечки нейрозахм			
Антибактериал	Бензилпенициллин	12 млн. ТБ дан	**A**

препаратлар	ин (бензилпенициллин натрийли тузи);	суткасига 2 маҳал в/и томчилаб 20 сутка давомида. 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада **ёки** 4 млн ТБдан суткасига 6 маҳал в/и 20 сутка давомида. 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада.	**https://diseases.medelement.com/disease/**
	Ампициллин ёки оксациллин	1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Цефтриаксон	2,0 г дан суткасига 1 маҳал в/и 20 сутка давомида, оғир холатларда (сифилитик менингоэнцефалит, ўткир генераллашган менингит) препарат суткалик дозаси 4 г гача ошириш мумкин. Иккита бир хил схемада 2 хафта интервал билан даво курси ўтказилади.	**B** **https://diseases.medelement.com/disease/**
	Доксициклин	0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди	**C** **https://diseases.medelement.com/disease/**

		шу схемада 14 кун.	
	Эритромицин	0,1 г дан суткасига 2 маҳал перораль 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**C** https://diseases.medelement.com/disease/
Эрта туғма захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	1 ойликгача бўлган болалар – 100 000 ТБ/кг суткасига, бу доза 4 га бўлинади (ҳар 6 соатда), м/о 28 сутка; 1 – 6 ойгача – 100 000 ТБ/кг суткасига, бу доза 4 га бўлинади (ҳар 6 соатда), м/о 28 сутка; 6 – 12 ойлик – 75 000 ТБ/кг суткасига, бу доза 4 га бўлинади (ҳар 6 соатда), м/о 28 сутка; 1 ёшдан юқори – 50 000 ТБ/кг суткасига 6 га бўлинган инъекция (ҳар 4 соатда) м/о, 28 сутка	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	50 000 ТБ/кг суткасига, 2 га бўлинган инъекция (ҳар 12 соатда) м/о 28 сутка давомида	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	50 мг/кг суткасига 2 марта юбориш билан, 2 ойдан 2 ёшгача –80 мг/	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

		кг суткасига 2 марта юбориш билан. Даво давомийлиги – 28 сутка	
Эрта туҳма захм			
Антибактериал препаратлар	Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);	50 000 ТБ/кг суткасига, бу 6 та инъекцияга бўлинади (ҳар 4 соатда) м/о 28 сутка; 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи)	50 000 ТБ/кг суткасига, бу 2 инъекцияга бўлинади (ҳар 12 соатда) м/о 28 сутка давомида; 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефтриаксон	2 дан 12 Ёшгача болаларга 80мг/кг суткасига 2 та инъекцияда, 12 ёшдан катталар – 1-2 г/сутка. Манифест ёки кечки яширин туғма захмда биринчи даво курси давомийлиги – 28 сутка; 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси худди шу схемада 14 кун.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши

мумкин.
Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

Жадвал-2

Асосий дори воситалари рўйҳати (ишлатилиш эҳтимоллиги 100 % дан кам):

Фармакотерапевтик гурух	**Дори воситаси халқаро номи**	**Қўллаш усули**	**Ишончлилик даражаси**
Иммуномодуляторлар	Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) суткасига 1 маҳал икки кун, сўнгра 1 таблеткадан (125 мг) кунора 2-4-хафта. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар хафтанинг икки куни, Жами 5 хафта. Курс доза 1,25 г.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Тимопентин	Инъекция учун 1 мл сувда эритилган мушак орасига инъекция; • в/и томчилаб в 250 мл 0,9% инъекцион натрий хлорид эритмасида эритиб вена ичига томчилаб юборилади. Иммунодефицит холатлари профилактикаси учун 1-2 флакондан кунига 2 маҳал. Даво курс 15-30 кун;	**B** https://diseases.medelement.com/disease/

Витаминлар	Витамин В комплекс	2 мл дан м/о суткасига, 10 кун	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Цианокобаламин (Витамин B_{12})	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 хафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и – хафтасига 1 маҳалдан, ойига 1 маҳалгача.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B_6)	м/о, дори дозасини шифокор индивидуал 1-2 мг/кг/сутка тайинлайди. Даво курси – 2 хафта.	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
	Рибофлавин мононуклеотид (Витамин B_2)	Ичишга: катталарга - 5-10 мг/сутка; болаларга - 2-5 мг/сутка. Даво давомийлиги - 1-1.5 ой. м/о: 1 мл 1% эритмаси (0.1 г) суткасига 1 маҳал 10-15 кун (болаларга - 3-5 кун), кейин хафтасига 2-3 махал; даво курси - 15-20 инъекция.	**B** https://diseases.medelement.com/disease/
	Тиамин гидрохлорид (Витамин B_1)	м/о (чуқур) препаратни кичик дозалардан бошлаш лозим (0,5 мл 5% эритмадан кўп эмас) яхши қабул қилинганда юқори дозаларга ўтиш	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

		рухсат этилади. Катталарга 25–50 мг тиамин гидрохлоридда н (0,5–1 мл 5% эритма) суткасига 1 маҳал, ҳар куни; болаларга — 12,5 мг (0,25 мл 5% эритмадан) дан суткасига 1 маҳал. Даво курс 10–30 инъекцияни ташкил этади.	
	Аскорбин кислота (Витамин С)	ичишга, мушак орасига, вена ичига 250-1000 мг/сут	**A** https://diseases.medelement.com/disease/
Биостимуляторлар	Суюқ Алоэ экстракти	1 мл дан м/о суткасига, 10 кун	**A** https://diseases.medelement.com/disease/

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

«ЗАХМ» БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТАШКЕНТ – 2025

Кириш.

Захм (эск.: **лю́эс** лот. *lues* — юқумли) – оқиш трепонема (Treponema pallidum) чақирувчи сурункали юқумли касаллик бўлиб, асосан жинсий йўл орали юқиб, организмда полиорган зарарланиш билан кечиб даврийликка эга касалликдир.

Сифилитик (захм) инфекция классик венерик касалликларга кириб кенг тарқалган ЖАОЮИлар қаторига киради. Захм барча аъзо ва тизимларни зарарлайди, организмда бу қўзғатувчи зарарламайдиган аъзонинг ўзи йўқ. Кўпинча организмда бирламчи зарарлаган жойда жойлашади ва бутун организм бўйлаб лимфоген йўл билан тарқалади.

Касаллик манбаи – бемор одам. Асосан аҳолининг заиф гуруҳлари бўлмиш: эркак билан эркак жинсий алоқада бўлувчи (бесоқолбоз) лар, жинсий хизмат тижорат ишчилари, трансгендерлар орасида кўп тарқалган. Катта ёшлиларда юқиш жинсий алоқанинг барча кўринишида, юқади, болаларда – перинатал йўл ва жинсий алоқда (педофилия); қизларда камдан кам холларда захм билан оғриган она билан яқин маиший алоқа ва болалар парвариши вақтида юқиб қолиши мумкин.

Давони тайинлашга кўрсатмалар

Терапияни бошлашга захм инфекциясига тасдиқланган серологик реакцияларнинг тасдиқланган мусбат натижалари асос бўлади.

Превентив даво захмнинг эрта шакллари билан жинсий ёки бевосита маиший алоқада бўлган инсонлар, контакт вақтидан 2 ой ўтмаганда, шу шахсларга ўтказилади.

Ўтмишда захм билан оғриган хомиладорлар, **ҳисобдан ўчмаган бўлса** ҳар хомиладор бўлганда профилактик давога жалб қилинади. Агарда хомиладорлик даври бошлангунга қадар барча нотрепонем (RPR/РМП) реакцияларда негативация юз берган бўлса профилактик даво ўтказилмайди.

Ҳисобдан ечилган хомиладорларда биринчи хомиладорликда, агарда серорезистентлик холати сақланиб қолган бўлса профилактик даво ўтказилади.

Захмдан превентив даво олган аёллар хомиладорликда профилактик давога жалб этилмайди.

Захмга махсус даво қон ва тўқималарда препаратнинг трепонемоцид концентрациясини ҳосил қилиш мақсадида пациентнинг этиологик тузалиши учун ўтказилади.

Захм билан оғриган беморларни даволаш принциплари

Беморларни ёндош инфекцияларга (сўзак, хламидиоз, трихомониаз ва б.) клиник ва лаборатортекшириш ва бир вақтни ўзида уларни даволаш.

Комплек даво, қуйидагиларни ўз ичига олади:

– этиотроп (қўзғатувчини йўқотиш учун);

– патогенетик (организмнинг қўзғатувчига нисбатан қаршилигини ошириш мақсадида);

– симптоматик (зарарланган тўқимада патологик ўзгаришларни бартараф этиш);

– беморнинг жинси, ёши, клиник шакли, патолок жараённинг оғирлиги, асоратларининг мавжудлигига қараб индивидуал ёндошув;

– беморлар томонидан маълум хаёт тарзи: овқатланиш режимига риоя қилиш, ўткир ва спиртли ичимликлар истеъмол қилмаслик, жинсий алоқа ва жисмоний зўриқишни чеклаш;

– бир вақтни ўзида жинсий шерикларни даволаш.

Стационар давога кўрсатмалар

Касаллик муддати 6 ойдан ошганлар.

Касалликнинг оғир кечиши ва бошқа соматик касалликлар мавжудлиги.
Захмнинг барча кечки шакллари.
Висцерал захм.
Кардиоваскуляр захм.
Нейрозахм.
Захм билан оғриган, превентив ва профилактик давога мухтож хомиладорлар.
Захм билан оғриган оналардан туғилган чақалоқлар.
Туғма захм (барча шакллари)
ОИВ мусбатли захм билан оғриган пациентларни даволаш худди ВИЧ манфий беморлар каби схемаларда олиб борилади. Уларни даволашда бензилпенициллиннинг натрийли тузи ва ўрта дюрант препаратлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Пенициллинга ножўя таъсирга эга бўлган беморларга нисбатан альтернатив даво усулларидан фойдаланиш самардорлиги етарлича ўрганилмаган. Пенициллин ўрнига цефтриаксондан фойдаланганда ОИВ мусбат пациентларда бу препаратнинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар етарли эмас.
ОИВ мусбат пациентларда нотрепонем тестлар махсус захмга қарши терапиядан кейин ҳам кўпинча одатий муддатда мусбатлигича қолаверади, баъзан эса бир умрга сақланиб қолади (умрбод серологик резистентлик).
Нейрозахм билан касалланган ОИВ мусбат пациентлар даво курсидан сўнг цереброспинал суюқлигини ҳар 6 ойда клиник-серологик текширувдан 3 йил муддатда ўтказиб туриш лозим, токи ликвор кўрсаткичлари меёрий даражага тушмагунча. ОИВ мусбат беморларда цереброспинал суюқлик кўрсаткичлари секинроқ меёрига тушади.

4D	Ёндош ЖАОЮИларни даволаш захм билан параллел равишда олиб бориш **тавсия этилади**.

Захмни даволашда қуйидаги дори воситаларидан фойдаланилади:

1. **Пенициллинлар**:
   - Бензатин бензилпенициллин (дюрант);
   - Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи);
   - Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи);
   - Ампициллин,
   - Оксациллин.
2. **Тетрациклинлар**: Доксициклин.
3. **Макролидлар**: Эритромицин.
4. **Цефалоспоринлар**: Цефтриаксон.

Захмни даволашда энг самарадор препарат - **бензилпенициллин**.
Пенициллин гурух препаратини тайинлашга **қарши кўрсатмалар**:

- бензилпенициллинга, пролонгирланган препаратлари полусинтетик қаторларига нибатан аллергик сезувчанлик;
- гипертония касаллигининг оғир шакллари бўлган, ўтмишда миокард инфаркти ўтказганлар, ички секреция безлари касалликлари, ўткир ошқозон-ичак касалликлари бора беморлар, фаол туберкулезда, қон ҳосил қилувчи тизим касалликларида.

Превентив даволаш

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	Катталарда превентив даво учун **тавсия қилинади**: – Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ТБдан м/о бир марта (препарат ҳар иккала думбага 1,2 млн. ТБдан юборилади). – Бензилпенициллин натрийли тузи, 1,0 млн ТБ, м/о, ҳар 6 соатда суткасига 4 маҳал 7 кун.

3D	Пенициллин гурухига сезувчан бўлган катталарда превентив даво учун **тавсия қилинади**: – Цефтриаксон 1,0 г суткасига 1 маҳал хар куни 5 сутка давомида. – Доксициклин 0,1 г суткасига 2 маҳал перорал 10 сутка давомида. – Эритромицин 0,5 г суткасига 4 маҳал перорал 10 сутка давомида. – Оксациллин или ампициллин 1 млн. ТБ суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 10 сутка давомида.

Бунда захмни даволашда танлов препарати дюрант пенициллин (бензатин бензилпенициллин) – бир марта қилинади: даволашда муваффақиятсизлик кузатилмаган, ҳамда бу препаратдан фойдаланиш жуда қулайдир.

Катталарда захмни даволаш

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5С	Катталарда захмни даволашда **тавсия этилади**: – Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ТБдан 1 марта ҳар 5 кунда м/о, курсга 3 инъекция. ёки – Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБдан суткасига 2 марта м/о 14 сутка давомида – Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о 14 сутка давомида.

5С	Бирламчи захмни даволашда пенициллин препаратларига аллергик сезувчанлик бўлганда катталарга **тавсия этилади** – Цефтриаксон 1,0 г дан суткасига 1 махал м/о 10 сутка давомида; ёки – Доксициклин 0,1 г дан суткасига 2 перорал 20 сутка давомида; ёки – Эритромицин 0,5 г дан суткасига 4 маҳал перорал 20 сутка давомида; – ёки – Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 20 сутка давомида.

Бунда танлов препарати–бензатин бензилпенициллин (дюрант пенициллин), фойдаланишга қулайдир. Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи); бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) зарур бўлганда пациент стационарда (касаллик асоратли кечганда, соматик касаллар ва б.) даволанади.
https://diseases.medelement.com/disease/сифилис-кр-рф-2019/16529

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4575351/

5С	Катталарда иккиламчи захмни даволашда **тавсия этилади**: – Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о 28 сутка давомида. ёки – Бензилпенициллин** (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБ дан суткасига 2 маҳал 28 кун давомида. ёки – Бензатин бензилпенициллин 2,4 млн. ТБдан ҳар 5 кунда 1 маҳал м/о, курсга 6 та инъекция.

5C	Иккиламчи захмни даволашда пенициллин препаратларига аллергик сезувчанлик бўлганда катталарга **тавсия этилади** – Цефтриаксон 1,0 г дан суткасига 1 маҳал м/о 20 сутка давомида ёки – Доксициклин 0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида ёки – Эритромицин 0,5 г дан суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида ёки – Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида

Касаллик бошланганига 6 ойдан кўп муддат ўтган пациентларга танлов препарати бензилпенициллин - бензилпенициллин натрийли тузи.

5C	Катталарда эрта яширин захмни даволашда пенициллин **тавсия этилади**: – Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о 28 сутка давомида. – Бензилпенициллин** (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБдан суткасига маҳал м/о 28 кун давомида

5C	Эрта яширин захмни даволашда пенициллин препаратларига аллергик сезувчанлик бўлганда катталарга **тавсия этилади** – Цефтриаксон 1,0 г дан суткасига 1 маҳал м/о 20 сутка давомида ёки – Доксициклин 0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида ёки – Эритромицин 0,5 г 4 маҳал в сутка перорал 28 сутка давомида ёки – Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида.

5C	Катталарда учламчи, кечки яширин ва аниқланмаган яширин захмни даволашда пенициллин **тавсия этилади**: - Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин – иккинчи даво курси бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) худди шу дозада 14 сутка

	давомида. - бензилпенициллин** (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБдан суткасига 2 маҳал м/о 28 сутка давомида, – 2 хафтадан кейин иккинчи даво курси бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) худди шу дозада 14 сутка давомида.
5C	Учламчи, кечки яширин ва аниқланмаган яширин захмни даволашда пенициллинга аллергик сезувчанлиги бор пациентларга **тавсия этилади**: Цефтриаксон 1,0 г дан суткасига 1 маҳал м/о 20 сутка ва 2 хафтадан кейин иккинчи даво курси худди шу дозада 10 сутка давомида. ёки Доксициклин 0,1 г дан суткасига 2 перорал 28 сутка, 2 хафтадан кейин иккинчи даво худди шу дозада 14 сутка давомида. ёки Эритромицин 0,5 г дан суткасига 4 перорал 28 сутка, 2 хафтадан кейин иккинчи даво худди шу схемада 14 сутка давомида. ёки Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ТДдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан кейин иккинчи даво худди шу схемада 14 сутка давомида.

Захмнинг кечки шаклларини захира перорал антибиотиклар билан даволаш самараси парентералга нисбатан пастдир ва кўпинча серологик резистентлик холати билан якунланади. Таблетка препаратларини фақатгина парентерал препаратларнинг барчасига қарши кўрсатма мавжуд бўлгандагина тайинлаш мумкин.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	Катталарда эрта висцерал захмни даволашда пенициллин **тавсия этилади**: – Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о в 28 сутка давомида. – Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБ суткасига 2 маҳал м/о 28 сутка давомида.

5С	Катталарда кечки висцерал (кардиоваскуляр захм ҳам шу жумладан) захмни даволашда пенициллин **тавсия этилади**: — Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 1 млн. ТБдан ҳар 4 соатда (суткасига 6 маҳал) м/о 28 кун давомида, 2 хафтадан сўнг – иккинчи даво курси бензилпенициллин билан шу дозада 14 сутка давомида. ёки — Бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 600 000 ТБдн суткасига 2 маҳал м/о 28 кун давмида, 2 хафтадан сўнг – иккинчи даво курси бензилпенициллин билан шу дозада 14 сутка давомида.

4С	Катталарда эрта ва кечки висцерал захмни даволашда пенициллинга аллергик сезувчанлиги бор пациентларга **тавсия этилади**: — Цефтриаксон 1,0 г дан суткасига 1 маҳал м/о 20 сутка давомида ва иккинчи даво курси шу дозада 10 сутка давомида. ёки Доксициклин 0,1 г дан суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, иккинчи даво курси шу дозада 14 сутка давомида. ёки — Эритромицин 0,5 г дан суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида, иккинчи даво курси шу дозада 14 сутка давомида. ёки — Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ЕД 4 маҳал в сутка (хар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, иккинчи даво курси билан шу дозада 14 сутка давомида.

Захмнинг кечки шаклларини захира перорал антибиотиклар билан даволаш самараси парентералга нисбатан пастдир ва кўпинча серологик резистентлик холати билан якунланади. Таблетка препаратларини фақатгина парентерал препаратларнинг барчасига қарши кўрсатма мавжуд бўлгандагина тайинлаш мумкин.
Кечки кардиоваскуляр захмли беморларни даволаш кенг спектрли антибиотиклар билан 2 хафталик таёргарлик билан бошланади: доксициклин 0,1 г × 2 маҳал кунига, тетрациклин ёки эритромицин** 0,5 г × 4 маҳал кунига.

Нейрозахмни даволаш

Кўрув ва эшитув аъзолари зараланган захмли беморларни даволаш нейрозахм (эрта ёки кечки) ни даволаш схемаси бўйича амалга оширилади, бунда ликворологик текширув натижалари пойлаб ўтирилмайди. Чунки сезги аъзолари шикастланганда ликвор патологикдан фарқли ўлароқ меёрий кўрсаткиларда ҳам бўлиши мумкин.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2011/1/031997-28492011111

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27795370/

5С	Нейрозахмли пациентларни даволашда **тавсия этилади**: Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 12 млн. ТБдан суткасига 2 маҳал в/и томчилаб 20 сутка давомида. Препаратнинг бир марталик дозасини 400 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади ва в/и 1,5-2 соат мобайнида юборилади. Эритмани тайёрлагандан кейин дарҳол ишлатиш лозим. ёки Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 4 млн. ТБдан суткасига 6 маҳал в/и 20 сутка давомида. Препаратнинг бир марталик дозасини 10 мл натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади ва в/и асталик билан 3-5 дақиқа давомида билак венасига юборилади.

5С	Нейрозахмли пациентларни даволашда пенициллин препаратига аллергик сезувчанлик аниқланганда **тавсия этилади**: Цефтриаксон 2,0 г дан суткасига 1 маҳал в/и 20 сутка давомида, оғир ҳолатларда (сифилити менингоэнцефалит, ўткир генераллашган менингит) препаратнинг суткалик дозасини 4 г гача кўтариш мумкин. ёки Доксициклин 0,1 г суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида. ёки Эритромицин 0,5 г суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида ёки Оксациллин **ёки** ампициллин 1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида

Зўрайиш реакциясини олдини олиш учун (неврологик симптоматика пайдо бўлиши ёки

кучайиши) пенициллинтерапиянинг биринчи 3 кунида туширувчи схема билан преднизолон бериш тавсия этилади 90–60–30 мг (эрталаб 1 маҳал).

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27795370/

https://yandex.ru/search/?text=29.+Myles+TD%2C+Elkam+G%2C+Park-Hwang%2C+et+al.+The+Jarisch-Herxheimer+reaction+and+fetal+monitoring+changes+in+pregnant+women+treated+for+syphilis.Obstet+Gynecol+1998%3B+92%3A+859-864.&clid=2270455&win=475&lr=10335&msp=1

5C	Нейрозахмнинг кечки шаклини даволашда катталарда **тавсия этилади**: Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 12 млн. ТБдан суткасига 2 в/и томчилаб 20 сутка давомида. Препаратнинг бир марталик дозасини натрий хлорид изотоник эритмасининг 400 мл эритилади ва асталик билан 1,5-2 соат мобайнида юборилади. Эритма тайёрланиши билан дарҳол ишлатилиши лозим. 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади Бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 4 млн ТБдан суткасига 6 маҳал в/и 20 сутка давомида. Препаратнинг бир марталик дозасини натрий хлорид изотоник эритмасининг 10 мл эритилади ва асталик билан 5-6 дақиқа мобайнида билак венасига юборилади. 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади

Пациент антибиотикотерапия билан параллел равишда офтальмолог ёки оториноларинголог назорати остида симптоматик давони ҳам олиши лозим. Бу беморлар устидан назорат даво тугаганидан сўнг: 6 ой, 1 йил ва ҳисобдан ечиш даврида олиб борилади.

5C	Кечки нейрозахмли пациентларни даволашда пенициллин препаратига аллергик сезувчанлик аниқланганда **тавсия этилади**: Цефтриаксон 2,0 г дан суткасига 1 маҳал в/и 20 сутка давомида, оғир холатларда (сифилитик менингоэнцефалит, ўткир генераллашган менингит) препаратнинг суткалик дозасини 4 г гача ошириш мумкин. Бу даво курсини 2 марта 2 хафта интервал билан ўтказилади. ёки Доксициклин 0,1 г суткасига 2 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида ёки Эритромицин 0,5 г суткасига 4 маҳал перорал 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида ёки Оксациллин ёки ампициллин 1 млн. ТБдан суткасига 4 маҳал (ҳар 6 соатда) м/о 28 сутка давомида, 2 хафтадан сўнг худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида

Сифилиснинг кечки шакллари билан огриган беморларни огиз оркали захиравий антибиотиклар билан даволаш парентерал препаратлар билан даволашдан кура самарасиз ва купинча серологик резистентликка олиб келади. Таблеткали препаратлар факат парентерал кўлланиладиган барча антибиотикларга токат килмаса, буюрилиши мумкин.

Хомиладорларда сифилис давоси

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	Хомиладорларда гестация муддатидан қатъий назар захмни даволашда бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи ёки бензилпенициллин новокаинли тузи) тавсия этилади, даволаш схемаси юқорида таклиф этилган кўрсатмалардан бирида худди хомиладор эмас каби олиб борилади.

Ҳозирда захмни даволашда самарали ва қисқа муддатли даво турлари ишлаб чиқилгани туфайли хомиладорликни тўхтатишга кўрсатма қолмаган. Хомилани сақлаб қолиш ёки тўхтатишни онанинг ўзи хал қилади. Адекват даволашни эса шифокорнинг вазифасига киради (даво хомиладорликнинг 32 хафтасигача ўтказилиши лозим ва бунда бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи ёки бензилпенициллин новокаинли тузи), полусинтетик пенициллинлар ёки цефтриаксонлардан фойдаланилади) ва хомиладорларга рухий ёрдам кўрсатиш лозим.
https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

Туғма захмнинг олдини олиш мақсадида профилактик даво:
а) хомиладор бўлгунча захмдан даволанган, аммо нотрепонем серологик тестларда мусбат натижа сақланиб қолса.
б) хомиладорлик даврида махсус давони олган аёлларга.
https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

- **Хомиладорларга профилактик даво** 20 хафта даврдан бошлаб ўтказилиши лозим, аммо кеч бошланган махсус даводан, тўғридан – тўғри профилактик даво уланиб кетади. Препаратлар, бир марталик дозалар ва уларни суткалик сони хомиладорлик йўқлиги давридаги схема бўйича одатдагидек олиб борилади. Профилактик даво давомийлиги 10 кун, лекин агарда махсус даво тўлиқ олиб борилмаганлиги тўғрисида маълумотлар бўлса даво муддати 20 кунни ташкил этади (қўшимча сифатида).

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

- Агарда хомиладорда захмнинг шакли “кечки ёки кечки/эрталиги аниқланмаган” шакллари аниқланганда иккинчи махсус даво курси ўтказиш **тавсия этилади**, бу даво 20 хафта ва ундан ортиқ хомиладорлик муддатида ўтказилади ва бу профилактик даво ҳам хисобланади. Хомиладорга махсус ва профилактик давони ўз вақтида ва тўлиқ ўтказилганда туғруқ жараёни оддий туғруққоналарда амалга оширилади. Онаси хомиладорлик даврида захмга қарши махсус ва профилактик давони тўлиқ олгандан сўнг хеч қандай захм белгиларисиз туғилган чақалоққа хеч қандай даво тавсия этилмайди.

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://yandex.ru/search/?text=31.+Wendel+Jr.%2C+Sheffield+J.%2C+Hollier+L.%2C+Hill+J.%2C+Ramsey+P.%2C+Sánchez+P.+Treatment+of+Syphilis+in+Pregnancy+and+Prevention+of+Congenital+Syphilis.+Clin+Infect+Dis.+2002%3B+35%3A+200-209.&clid=2270455&win=475&lr=10335

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16041252/

5C	Пенициллин (жумладан полусинтетик пенициллин) ва цефтриаксонга, тетрациклин қаторга кузатилган хомиладорларга, эритромицин тавсия этилади. Аммо эритромицин плацентар тўсиқдан ўтмаганлиги туфайли болани туғилганидан сўнг пенициллин билан эрта туғма захм схемаси бўйича даволанади.

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/7

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4700555/

https://diseases.medelement.com/disease/национальный-клинический-протокол-по-ведению-больных-с-ранними-формами-сифилиса-кп-узбекистан-2021/17527

Туғма захм беморларини даволаш

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

5C	Эрта туғма захмли болаларни махсус даволашда қуйидаги даво схемаларидан бири **тавсия этилади**: бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи)

	1 ойгача болалар – 100 000. ТБ кг/сутка, бу доза 4 инъекцияга бўлинади (ҳар 6 соатда), м/о; 1 ойдан 6 ойгача болалар – 100 000 ТБ кг сутка, бу доза 4 инъекцияга бўлинади (ҳар 6 соатда), м/о; 6 ойдан 12 ойгача – 75 000 ТБ кг/сутка м/о; 1 ёшдан катта болалар – 50 000 ТБ кг/сутка м/о Даво давомийлиги болаларда - 28 сутка – бу холат манифест кечиш, эрта туғма захм ва ликворда серологик тасдиқланган нейрозахмга тавсия этилади. бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 50 000 ТБ кг/сутка, м/о, буни 2 та инъекцияга бўлинади (ҳар 12 соатда) 28 сутка давомида, бу холат манифест кечиш, эрта туғма захм ва ликворда серологик тасдиқланган нейрозахмга **тавсия этилади.**

Пенициллинга аллергик холатлар кузатилганда заҳира препаратлардан фойдаланилади:
– цефтриаксон болаларга 2 ойлик давригача 50 мг/кг/сутка 2 та юборишда, 2 ойдан 2 ёшгача –80 мг/ кг/сутка 2 та юборишда. Даво давомийлиги – 28 сутка, бу холат манифест кечиш, эрта туғма захм ва ликворда серологик тасдиқланган нейрозахмга **тавсия этилади.**
ёки
– ампициллин 100 000 ТБдан кг/сутка 2 маҳал, хаётнинг 1 - 8 куни, 3 маҳал сутка – хаётнинг 9 – 30, 4 маҳал сутка – 1 ойдан катта.
Даво давомийлиги – 28 сутка бу холат манифест кечиш, эрта туғма захм ва ликворда серологик тасдиқланган нейрозахмга **тавсия этилади.**

5С	Кечки туғма захмли болаларни махсус даволашда қуйидаги даво схемаларидан бири **тавсия этилади**: бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 50 000 ТБ кг/сутка, 6 инъекцияга бўлинади (ҳар 4 саотда) м/о 28 сутка давомида; 2 хафтадан сўнг бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) билан худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида **ёки** бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 50 000 ТБ кг/сутка, 2 инъекцияга бўлинади (ҳар 12 соатда) м/о 28 сутка давомида; 2 хафтадан сўнг бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) билан худди шу схема бўйича даво курси қайтарилади 14 кун давомида

5С	Болаларда пенициллинга аллергик сезувчанлик кузатилганда қуйидагилар **тавсия этилади:** цефтриаксон**:

	— 2 ёшдан 12 ёшгача 80 мг/кг/сутка дозада, 2 юборишда, — 12 ёшдан катта болаларга –1-2 г/сутка.

Кечки туғма захм ёки манифест кечишда биринчи даво курси – 28 сутка; 2 хафтадан кейин цефтриаксон билан аналогик дозада 14 суткани ташкил этади.
Болаларда орттирилган захмни даволаш катталарни даволаш схемалари бўйича ташхис шаклига қараб олиб борилади, бунда ёшдан келиб антибактериал препаратларнинг дозаси белгиланади, лекин бу ерда қуйидагиларни ҳисобга олиш лозим, яъни бициллинлар 2 ёшгача бўлганларга мумкин эмас, тетрациклинлар эса – 8 ёшгача мумкин эмас. Болаларни даволашда пенициллин препаратининг дозаси тана оғирлигига нисбатан белгиланади: 6 ойгача бўлганларга пенициллиннинг натрили тузи 100 000 ТБ кг/сутка, 6 ойдан катталарга –75 000 ТБ кг/сутка ҳисобида ва 1 ёшдан катталарга –50 000 ТБ кг/сутка ҳисобида олиб борилади.
Пенициллин новокаинли тузининг суткалик дозаси ва дюрант препаратларнинг бир марталик дозасини 50 000 ТБ/кг ҳисобида олиб борилади.
Натрий тузли пенициллин учун суткалик доза 6 га бўлинади ва новокаинли тузи учун - 2 га бўлинади.
Бу ерда шуни таъкидлаш лозимки, чақалоқлар ва ойлик болалаларда сийдик таносил тизими анатомик тузилишининг ўзига хослигини ҳисобга олиб пенициллин инъекция сонини 4 маҳал/сутка га туширса бўлади. Оқиш трепонемаларнинг бошланғич инъекцияларда ёппасига нобуд бўлиши ва улардан токсик реакциянинг (Герксгеймер–Яриш–Лукашевич зўрайиш реакцияси) организмга токсик таъсирини олдини олиш мақсадида пенициллиннинг бир марталик дозаси 5000 ТБдан ошмаслиги керак. Биринчи суткада ҳар бир пенициллин инъекциясидан сўнг боланинг термометрияси ва соматик холати назорат қилиб борилади.
Превентив даво 3 ёшгача бўлган болаларнинг ҳаммасига тавсия этилади. Каттароқ ёшдаги болаларга даво схемаси ҳар бир болага индивидуал ёндошилади, бунда катта контактда бўлган шерикда захмнинг шакли, тошмалар локализацияси, катта ва бола ўртасида контактнинг қанчалик даражадалиги.
Бундай болаларга превентив антибактериал даво схемаси ва дозаси катталарники билан бир хилда бўлади.
Чақалоқларга профилактик давони хомиладорлик даврида захмга қарши даволанмаган ёки ноадекват даво олган ёки махсус давони хомиладорликнинг 32 хафтасидан кейин бошлаган ёки анъанавий давони ўз холича ўзгартириб олган оналардан туғилган, лекин захм клиник белгилари кузатилмаганларга ўтказилади, бундан ташқари хомиладорликда махсус давони олган, аммо профилактик давони олмаган оналардан туғилганларга ўтказилади. Препаратлар, бир марталик дозаси ва юбориш сони одатдагидек махсус даво билан бир хил олиб борилади.
Хомиладорлик даврида захмга қарши ноадекват кўрсатма бўлганда профилактик даво олмаган ёки даво олган онадан янги туғилган чақалоқларга даво давомийлиги 14 сутка, даволанмаган захмли онадан янги туғилган чақалоқларга – 28 сутка.

4С	Даводан самара кузатилмаса, реинфекция хаолатини текшириш лозим ва қўшимча даво **тавсия этилади**.

https://gamaleya.org/about/elektronnaya-biblioteka/otdelnye-izdaniya/1219/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25348878/

https://medj.rucml.ru/journal/45562d564553544e494b44562d41525449434c452d313230

https://www.dermatology.ru/ru/collections/prichiny-razvitiya-serorezistentnosti-pri-sifilise

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22080265/

https://www.elibrary.ru/item.asp?edn=sfchdj

Реинфекцияни диагностика қилишда мезонлар комплекси мавжуд бўлиб, уларнинг биринчи тўрттаси мажбурийдир:

1. бирламчи юқтириш холати тиббий хужжат билан тасдиқланган;
2. бирламчи юқтирилган захмга нисбатан тўлиқ-тўкис даво ўтказилган ва бу тиббий хужжат билан тасдиқланган;
3. бирламчи даво даврида тошмалар ўз вақтида қайтиб йўқолган (агар мавжуд бўлган бўлса);
4. бирламчи касалликда даводан сўнг 12 ой мобайнида нотрепонем (МПР ва унинг аналоглари) тестлар титри камида тўрт маротаба пасайган, позитивлик пасайган ёки негативация юз берган;
5. захм тошмалари (агар мавжуд бўлса) вайтадан тошганда ва уларнинг ажралмасидан қоронғу майдонда микроскопия ўтказилганда Treponema pallidum аниқланиши;
6. илгари камида тўрт маротаба пасайган НТТ тестларда қайтадан мусбат натижалар пайдо бўлса ва олдингидан нисбатан улар титри кўтарила бошласа;
7. IgM-ИФА ёки IgM-ИБ усулларда антитрепонем IgM-антителолар аниқланса;
8. Захмнинг эрта шакли мавжуд бўлган янги касаллик манбаи аниқланганда.

5С	Захмга қарши махсус даводан самара кузатилмаганда пациентларга қўшимча даво **тавсия этилади**. Реинфекция, нейрозахм ва ички аъзолар спецификаси мавжуд бўлган захм шакллари бундан **мустасно**. Қўшимча даво, одатда қуйидаги препаратлардан бири билан олиб борилади: бензилпенициллин (бензилпенициллин натрийли тузи) 12 млн. ТБдан суткасига 2 маҳал в/и томчилаб 20 сутка давомида. ёки бензилпенициллин (бензилпенициллин новокаинли тузи) 1 млн. ТБдан суткасига 6 маҳал (ҳар 4 соатда) м/о 28 сутка давомида. ёки цефтриаксон** 1,0 г дан суткасига 2 маҳал м/о 20 сутка давомида.

Қўшимча даво қуйидаги холларда тайинланади:
тўлиқ даводан сўнг бир йилдан сўнг РМП/ RPR да титр тўрт баравар пасаймаса;
тўлиқ даводан сўнг 1,5 йилдан сўнг захмнинг эрта шаклларида РМП/ RPR да титр пасайши/позитивлик даражасида пасайишида тенденция кузатилмаса;
тўлиқ даводан сўнг 2 йил ўтгач РМП/ RPR да захмнинг эрта шаклларида тўлиқ негативация кузатилмаса;
тўлиқ даводан 6 ой ўтгач РМП/ RPR да эрта туғма захмда титр пасайиши тўрт баравар пасаймаса;
клиник ёки серологик рецидив холатларида.

Қўшимча даводан олдин пациентни ихтисосли шифокорлар (дерматовенеролог, офтальмолог, невролог, терапевт, оториноларинголог) кўрикдан ўтказиши, неврологик симптоматика бўлмаса ҳам орқа мия суюқлигини текшириш, эхокардиография (Эхо-КГ) ва электрокардиография (ЭКГ) ва жинсий шерикни клиник-серологик текширувдан ўтказиш лозим. Асаб тизими ёки ички аъзоларда патология аниқланадиган бўлса нейро- ёки висцерал захм ташхиси қўйилади ва уларни даволаш усуллари бўйича махсус даво ўтказилади.

Болаларни қўшимча даволаш, антибактериал препаратнинг ёшга боғлиқ дозаси танланган холда, катталарники билан бир олиб борилади.
Нейрозахмни қўшимча даволаш учун кўрсатмалар:
– клиник белгиларнинг кучайиши ёки рецидиви;
– орқа мия суюқлигида 6 ой ичида плеоцитоз пасаймаса ва 2 йил ичида меёрига тушмаса ёки, янаям ошса;
– орқа мия суюқлигида 1 йил ичида позитилик РМП/ RPR да пасаймаса;
– орқа мия суюқлигида 2 йил ичида оқсил миқдори сезиларли пасаймаса.
Қўшимча даво нейрозахмни даволаш методикаси бўйича олиб борилади.
Орқа мия суюқлигида оқсил миқдори цитоз ва серологик реакцияларга нисбатан секинроқ пасаяди ва баъзи холларда бунинг учун 2 йилгача муддат талаб этилади. Юқори миқдорда, лекин асталик билан пасаяётган оқсил миқдори, цитознинг меёрдаги кўрсаткичлари ва серологик тест натижаларининг манфий натижалари кузатилган холатлар қўшимча терапия курсини ўтказишга кўрсатма бўлиб хизмат бўлади.

Даводан ножўя таъсирлар ва асоратлар

Пациентларга даво бошлашдан олдин организмда кузатилиши мумкин бўлган реакциялар ҳақида тушунтириш олиб бориш олиб борилади. Даво олиб бориладиган тиббиёт муассасаларида тез тиббий ёрдам бериш имкони яратилган бўлиши лозим.
Кўрсатма бўлганда антимикотик препаратлар тайинланади.

Хирургик даво

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2013/3/031997-2849201336

https://www.mediasphera.ru/issues/kardiologiya-i-serdechno-sosudistaya-khirurgiya/2015/6/491996-63852015065

Захмда хирургик даво хирургик даво асосий касалликда лозим эмас, бу даво йўналиши захмнинг асоратларини (аорта аневризм, аортал етишмовчилик клиник тавсияларга асосан) даволашда кўрсатма бўлиши мумкин.

Бошқа даво тури

- Кўрсатмага кўра плазмаферез процедураси ўтказилади

Даволаш натижаларини баҳолаш

5C	Захм билан оғриган пациентларни даволаш натижаларини қуйидаги талабларга асосан баҳолаш тавсия этилади (захмни давоси самарадорлигининг серологик мезонлари): захмнинг эрта шаклларин махсус даводан сўнг 12 ой мобайнида носпецифик (нотрепонем текширувлар) серологик реакциялар негативацияси – ёки антитело титри 4 ва ундан кўп пасайиши.

РИФ, ИФА, ПГАР кўрсаткичлари даводан сўнг камдан-кам холларда манфийга тушади. Захмни ўтказганларда нотрепонем тестлари манфий бўлиб туриб, РИФ, ИФА ва ПГАР тахлилларининг мусбат бўлиб туриши даводаги муваффақиятсизлик деб қаралмайди.

4C	Нейрозахмда даволаш самарадорлигининг мезонлари деб санаш мумкин:

	– даволаш тугагандан сўнг 6 ой мобайнида плеоцитознинг меъёрига тушиши; – даволаш туггаганидан сўнг 2 йил мобайнида оқсил даражаси пасайиши ёки меъёр даражага тушиши; – даволаш якунидан 6-12 ойдан сўнг цереброспианл суюқликда нотрепонем текширувларда аниқланган антителоларнинг йўқолиши. Баъзи холларда юқоридаги антителолар 1 йилдан ортиқ муддат сақланиб қолиши мумкин, бундай холларда бу тестларда позитивлик даражаси мавжудлигини ҳисобга олинади; – янги неврологик симптомлар йўқлиги ва мавжуд бўлганларининг кўпаймаслиги.

5C	Қуйидаги холларда захмни даволаш **муваффақиятсиз ҳисобланади**: клиник белгиларнинг сақланиб қолиши ёки қайтадан пайдо бўлиши (клиник рецидив), нотрепонем серологик тестлардаги титрларнинг 4 ва ундан ортиқ турғун ошиб кетиши, реинфекция холати тасдиқланмаган холатда илгари манфийлашган нотрепонем тестларнинг қайтадан позитивлашиши (серологик рецидив), захмнинг эрта шаклларида захмга қарши махсус даво ўтказилганлигига қарамай 12 ой мобайнида нотрепонем тестларнинг турғун мусбат сақланиб қолиши (серологик резистентлик).

Агарда захмнинг эрта шаклларини махсус давосида сўнг 12 ой мобайнида нотрепонем тестларда секинлик билан позитивлик пасайиб борса (4 мартадан кам бўлмаган), аммо бутунлай негативация юз бермаса, нотрепонем тестларнинг сустлашган негативацияси дейилади. Клиник-серологик назоратни бундай беморларда 2 йилгача чўздирилади ва шундан сўнг қўшимча давога эҳтиёж бор/йўқлиги хал қилинади.

«ЗАХМ» КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТАШКЕНТ – 2025

1. Тиббий реабилитация

Белгиланмаган

2. Профилактик ва диспансер назорат

2.1. Орттирилган захм профилактикаси

Шахсий профилактика баръер контрацептив (презерватив) усулдан фойдаланишдир. Бегона шахс билан ҳимояланмаган жинсий алоқа рўй берганда мустақил равишда индивидуал профилактика воситаларидан фойдаланиш мумкин (масалан, хлоргексидин).

5C	Захм профилактикаси мақсадида аҳоли орасида санитария-оқартув ишларини олиб бориш; касаллик юқтириш хавфи бўлган маълум гуруҳлар орасида скрининг текширувлар олиб бориш, бу гурхлар орасида касалликка алоқадор шахсларга профилактик даво ўтказиш ва клиник-серологик назоратга олиш **тавсия этилади**.

5C	Захмга алоқадор шахсларга қуйидаги профилактик чоралар **тавсия этилади**: – захмнинг эрта шакллари билан оғриган беморлар билан жинсий алоқада бўлган ёки бевосита маиший контактда бўлганига 2 ойдан кўп вақт ўтмаган шахсларга юқорида кўрсатилган усуллардан бири билан превентив даво ўтказиш лозим. – захмнинг эрта шакллари билан оғриган беморлар билан жинсий алоқада бўлган ёки бевосита маиший контактда бўлганига 2 дан 4 ойгача вақт ўтган шахсларга, 2 ой оралиғи билан 2 марта клиник-серологик текширув ўтказилади; агарда алоқадан 4 ойдан кўп вақт ўтган бўлса бир марта клиник-серологик текширув ўтказилади. – Захм билан оғриган пациентнинг қони қуйилган реципиентга 3 ойдан кўп вақт ўтмаган бўлса юқорида тавсия этилган бирламчи захмни даволаш схемаларидан бири танланади, агарда 3 ойдан 6 ойгача вақт ўтган бўлса реципиент икки марта 2 ой оралиғи билан клиник-серологик назоратда туради; агарда 6 ойдан зиёд давр ўтган бўлса бир марта клиник-серологик текширувдан ўтказилади.

2.2. Туғма захм профилактикаси

Туғма захм профилактикаси антенатал ва постнатал амалга оширилади.
Антенатал профилактика қуйидагиларни ўз ичига олади: соғлом инсонлар билан ишлаш, хомиладорларга хомила ичи зарарланиши ҳақида маълумот бериш ва эрта текшиувлардан ўтиш лозимлиги тўғрисида тушунтириш ишларини олиб бориш; уч маротаба серологик текширувлардан ўтиш (аёллар маслаҳатхонасида, 28–30 хафталикда ва туғруқдан 2–3 хафта олдин); захм аниқланганда – адекват махсус ва давони ўтказиш.
Постнатал профилактика туғма захмни олдини олиш мақсадида профилактик даводир.

3. Клиник-серологик контроль (назорат)

5C	Захмнинг эрта шакллари билан жинсий ва маиший алоқадор шахсларга превентив даво ўтказилганидан сўнг 3 ойдан кейин бир марта клиник-серологик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.

5C	Захм билан оғриган беморларни махсус даводан сўнг клиник-серологик контроль (назорат) биринчи йили ҳар 3 ойда бир марта, кейинги йилларда ҳар 6 ойда бир марта нотрепонем тестлар билан ўтказиш тавсия этилади.

5C	Давогача РМП/ RPR мусбат натижа кузатилган ва тўлиқ махсус давони олган пациентлар нотрепонем серологиктестлар негативациясигача текширувлар олиб борилади, сўнгра кейинги 12 ой мобайнида назоратда бўлади (бу даврда 2 марта серологик текширувдан ўтади).

Пациентда 12 ой мобайнида турғун нотрепонем тестларда негативация сақланиб қолса клиник-серологик контроль (назорат) тўхтатилади.

5C	Захмнинг кечки шакллари билан даволанган пациентларда нотрепонем тестлар кўпгина холларда мусбат натижада сақланиб қолади, улар камида 5 йил давомида клиник-серологик назоратда турадилар.

Захмнинг кечки шакллари билан даволанган пациентларин 5 йилдан сўнг ҳисобдан чиқариш ёки ундан кўп назоратда ушлаб туриш ҳақида ечимни индивидуал равишда амалга оширилади, бу хулосани олишда шифокор-невролог, шифокор-офтальмолог, шифокор-терапевт, орқа мия суюқлигини текшириб, эхо-КГ, ЭКГ натижалари катта аҳамиятга эга.

5C	**Нейрозахм билан даволанган пациентлар 5 йил давомида** клиник-серологик контрол (назорат) да турадилар ва ҳар 6-12 ойда орқа мия суюқлигини нейрожаррох иштирокида текшириш лозим.

Орқа мия суюқлигида патологик ўзгаришлар сақланиб қоладиган бўлса (нотрепонем тестлар мусбат) қўшимча даво курси ўтказилади. Даводан сўнг беморни 5 йилдан ортиқ назоратга олиш хулосаси шифокор-невролог иштирокида хал қилинади. Орқа мия суюқлиги таркибида турғун нормаллашиш (1 йил ичида 2 марта ликворда меёрдаги кўрсаткичлар), қолдиқ клиник белгилар кузатилган тақдирда ҳам, серологик назоратдан ечишга кўрсатма бўлади.

5C	Серопозитив онадан туғилган, лекин туғма захм билан оғримаган болалар, профилактик даво олган/олмаганлигидан қатъий назар, 1 йил давомида клиник-серологик назоратда турадилар.

Биринчи текширув 3 ойлик даврда педиатр, невропатолог, окулист, отоларингологлар иштирокида комплекс клиник-серологик текширувлар ўтказилади. Агарда серологик натижалар манфий ва касалликнинг клиник симптомлари кузатилмаса, текширувни 1 яшарлик даврда ҳисобдан ечишдан олдин яна бир бор қайтарилади. Баъзи холларда текшиувни 6-, 9- ва 12-ойлик даврда ўтказилади.
Захмдан махсус даво олган болалар, клиник-серологик назоратда 3 йил давомида турадилар.

3.1. Клиник-серологик контрол (назорат)ни тугатиш

Назорат даври тугуганида тўлиқ клиник-серологик текширувлар ўтказилади, жумладан РМП (ёки аналоги), ПГАР, ИФА ёки ИХЛА, зарур холларда РИФ, ИБ ва шифокор-терапевт/шифокор-педиатр, шифокор-невролог, шифокор-офтальмологлар кўриги ўтказилади.
Нейрозахм, висцерал захм, кечки захм турлари ва аниқланмаган шаклларида клиник-серологик назоратни тугатиш учун барча беморларга цереброспинал суюқликни тешируви, Эхо-КГ, ҳамда қон биокимёвий тахлили (жигар ферментлари, билирубин, креатинин, липидлар ва б.) ўтказилиши лозим.
Болалар муассасалари, озиқ овқат корхоналарида ишлайдиган ходимлар, захмга тўлиқ махсус давони олиб, клиник симптомлар (захмнинг манифест шакллари мавжуд бўлганда) тўлиқ регресс бўлгандагина ишга қўйиладилар.
Захмдан даво олган болалар тўлиқ махсус давони олиб клиник белгилар йўқолганидан кейин болалар муассасаларига қўйиладилар.
Нотрепонем тестлар мусабат сақланиб қолган пациентларда клиник-серологик назорат қуйидаги шартларда тугатилиши мумкин:
1) тўлиқ махсус ва қўшимча даво ўтказилганда;
2) клиник-серологик назорат 5 йил мобайнида олиб борилганда;
3) ҳисобдан ечишда орқа мия суюқлиги кўрсаткичлари меёрий кўрсаткичларда бўлганда;
4) юрак ва аортани ультратовуш текширувида кардиоваскуляр захм белгилари кузатилмаганда;
5)ёндош мутахассислар (шифокор-невролог,шифокор-офтальмолог,шифокор-оториноларинголог, шифокор-терапевт/педиатр) кўригида специфик линик патология аниқланмаганда.
Нотрепонем тестлар 5 йил давомида мусбат сақланиб қолганда назорат муддатини 5 йилдан кўпайтириш масаласини шифокор-дерматовенеролог индивидуал хал қилади.

Адабиётлар рўйхати

1. Национальные клинические протоколы по сифилису. Национальный̆ альянс дерматологов и косметологов // М. 2019. – 81 с.
2. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского // М., Медиасфера, 2007. – С. 324-337.
3. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение I). Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 11-22.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015; MMWR Recomm Rep 2015; 64 (No. RR-3): 1-138.
5. Janier M., Hegyi V., Dupin N. et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014; 28 (12): 1581-1593.
6. Ballard R., Hook E.W. III. Syphilis. In: Unemo M., Ballard R., Ison C., Lewis D., Ndowa F., Peeling R., eds. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland, 2013: 107-129.
7. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть I). Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, 2011; 5 (18): 5-11.
8. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис: нерешенные проблемы и невыученные уроки (часть II). Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии, 2011; 6 (19): 7-11.
9. Дмитриев Г.А., Потекаев Н.Н., Негашева Е.С., Фриго Н.В. ITPA-индекс в клинико-лабораторной диагностике нейросифилиса. Клинич дерматол венерол, 2017; 6: 38-43.
10. Красносельских Т.В., Манашева Е.Б., Гезей М.А. Проблемы диагностики и лечения сифилиса при коинфекции вирусом иммунодефицита человека. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2018; 10 (2): 43-53.
11. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Нейросифилис на фоне ВИЧ-инфекции. Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 49-57.
12. Юлдашев К.А. Состояние спинномозговой жидкости у больных замаҳалными формами сифилиса при однокурсовом методе. Дисс. канд. мед. наук. Москва. 1982.-142 с..
13. Лосева О.К., Чистякова Т.В., Лебедева Г.А., Кисель О.В. Выявление и диагностика кардиоваскулярного сифилиса в Москве. Клинич дерматол венерол, 2013; 3: 38-47.

14. Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Кисель О.В., Шкляров А.М. Клиника, течение и исходы кардиоваскулярного сифилиса (по материалам Московского региона). Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, 2015; 6: 22-25.

15. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты терапии сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение II). Вестник дерматологии и венерологии, 2015; 2: 23-40.

16. Юлдашев К.А. Показатели здоровья у лиц перенесших сифилис. Дисс. доктора мед. наук. Ташкент. 1996. -298 с.

17. Ghanem K.G., Workowski K.A. Management of adult syphilis. Clin Infect Dis, 2011; 53 Suppl 3: S110-S128.

18. Лосева О.К. Современные проблемы лечения сифилитической инфекции. Эффективная фармакотерапия, 2011; 10: 42-45.

19. Корепанова М.В., Коробейникова Э.А., Крюкова О.И. Клиническая эффективность цефтриаксона в терапии ранних форм сифилиса. Клинич дерматол венерол, 2011; 1: 55-58.

20. Лосева О.К., Скопинцева Д.А., Николенко Ю.А. и др. Об эффективности доксициклина при лечении больных ранними формами сифилиса. Вестн дерматол венерол, 2004; 6: 57.

21. Бохонович Д.В., Залевская О.В., Лосева О.К. Анализ качества клинико-серологического контроля после лечения больных сифилисом. Клинич дерматол венерол, 2016; 2: 33-38.

22. Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии. / Под ред. У.Ю.Сабирова и соавт. //Ташкент, 2019. – 554 с..

23. Khamaysi Z. et al. Clinical and imaging findings in patients with neurosyphilis: a study of a cohort and review of the literature //International journal of dermatology. – 2014. – Т. 53. – №. 7. – С. 812-819.

24. Czarnowska-Cubała M. et al. MR findings in neurosyphilis—a literature review with a focus on a practical approach to neuroimaging //Psychiatr Danub. – 2013. – Т. 25. – №. Suppl 2. – С. S153-7.

25. Finley K. H., ROSE A. S., Solomon H. C. Electroencephalographic studies on neurosyphilis //Archives of Neurology & Psychiatry. – 1942. – Т. 47. – №. 5. – С. 718-736.

26. Akovbyan, VA , Kubanova, AA , Toporovsky, LM , Benzylpenicillin benzatine (Extencillin) in the treatment of syphilis: five-year experience (Russian language). Vestnik Dermatologii iVenerologii 1998;4:61–4.

27. Idsøe, O , Guthe, T , Willcox, RR . Penicillin in the treatment of syphilis. The experience of three decades. Bull WHO 1972;47:1–68.

28. Gudjonsson H, Skog E. The effect of prednisolone on the Jarisch-Herxheimer reaction. Acta Dermatol Venereol 1968;48:15-8

29. Myles TD, Elam G, Park-Hwang E, et al. The Jarisch-Herxheimer reaction and fetal monitoring changes in pregnant women treated for syphilis.Obstet Gynecol 1998; 92: 859–864.

30. . Кубанова А.А., Доля О.В. Опыт применения цефтриаксона (роцефин) при сифилисе у беременных и новорожденных, а также у детей с серорезистентностью. Вестн. дерматол. и венерол. 2001; 2: 70-75.

31. Wendel Jr., Sheffield J., Hollier L., Hill J., Ramsey P., Sánchez P. Treatment of Syphilis in Pregnancy and Prevention of Congenital Syphilis. Clin Infect Dis. 2002; 35: 200-209.

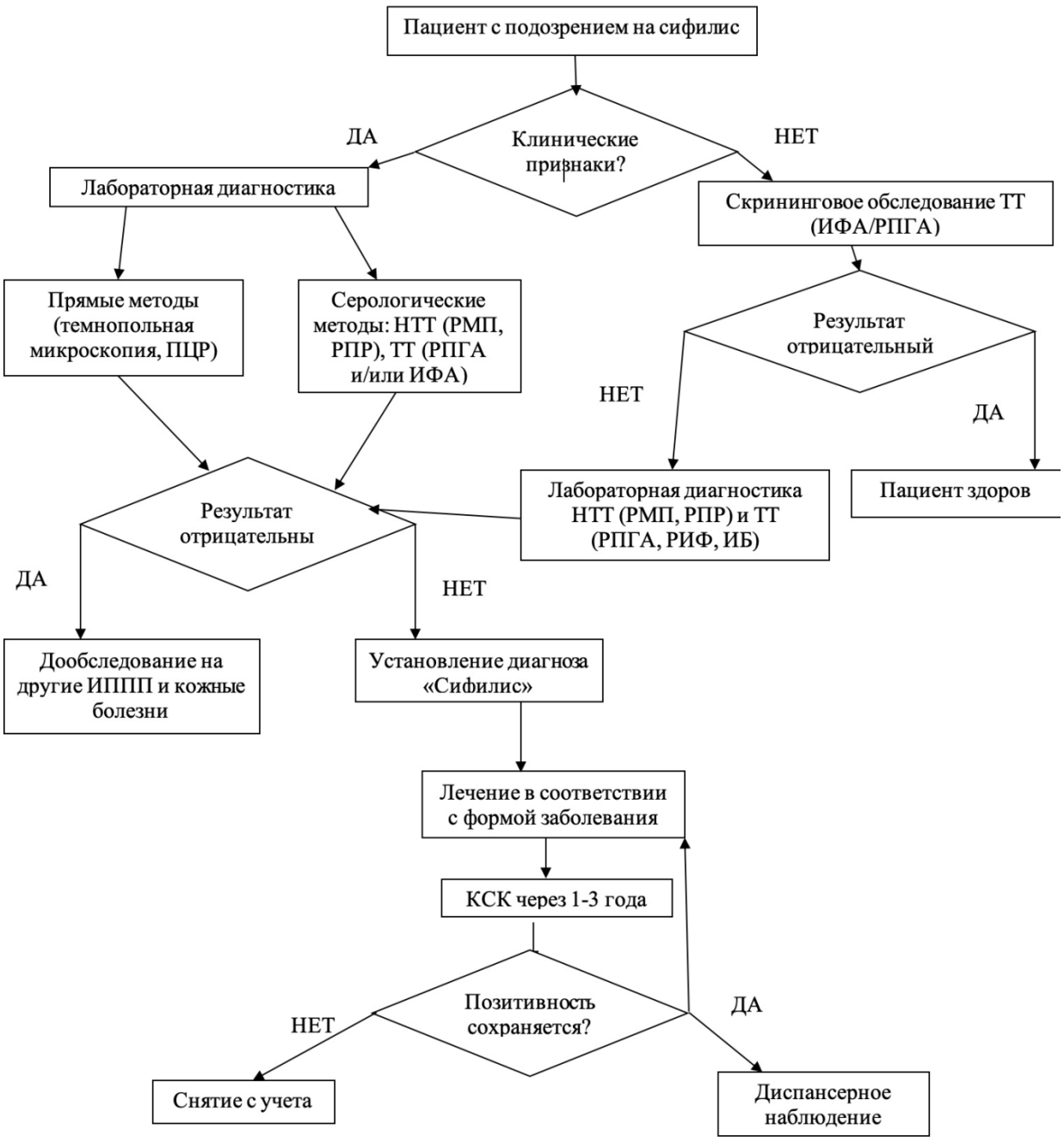
32. Zhou P., Gu Z., Xu J.,Wang X., Liao K. A study evaluating ceftriaxoneas a treatment agent for primary and secondary syphilis in pregnancy. Sexually Transmitted Diseases 2005; 32(8):495–8.

33. Philipson A, Sabath LD and Charles D. Transplacental passage of erythromycin and clindamycin. N Engl J Med 1973; 288: 1219–1221.

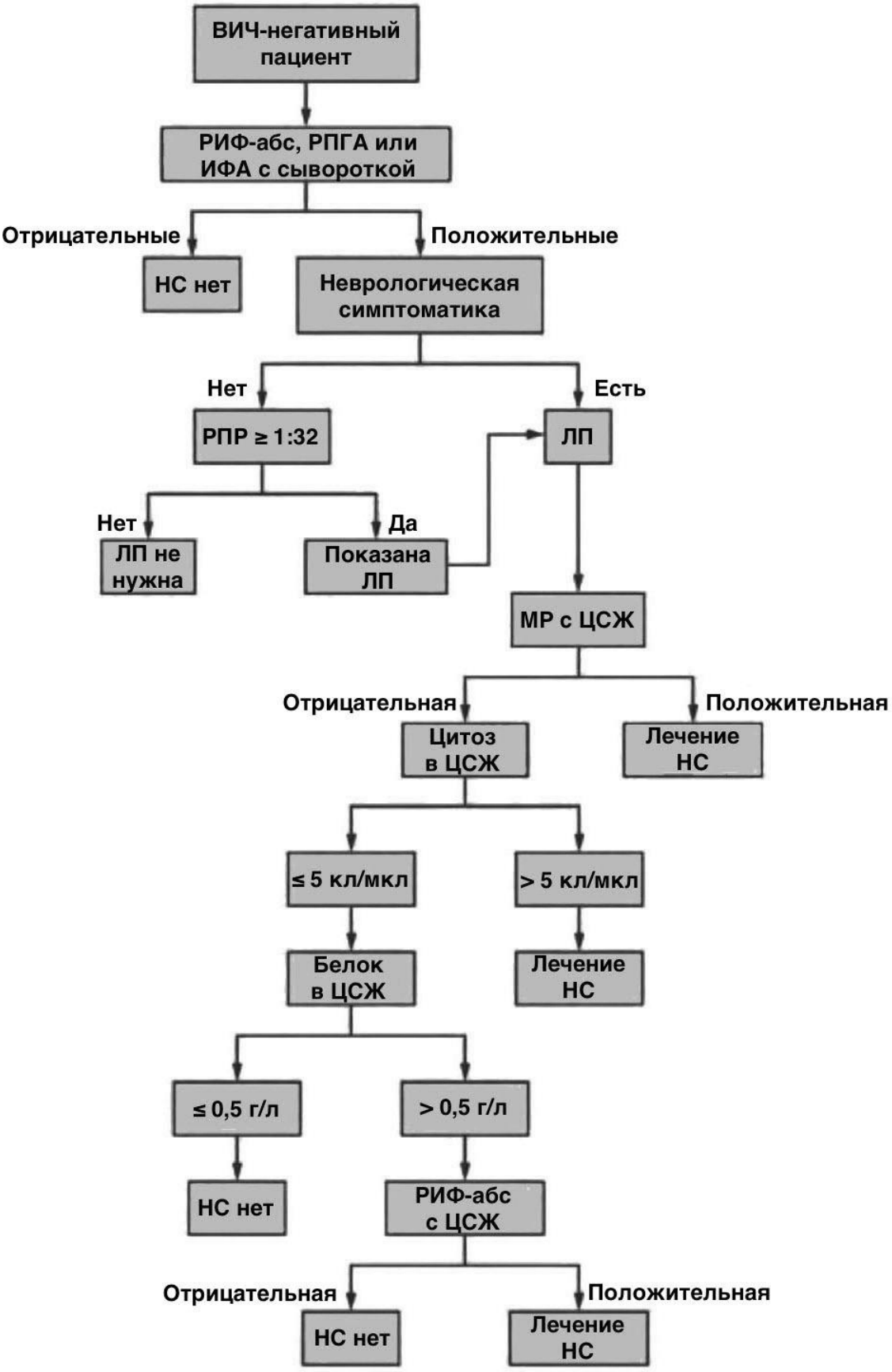
34. Сифилис: от висмута до экстенциллина (монография для врачей) под редакцией проф. А.Ш.Ваисова. Ташкент. 2012. -244 с.

35. Худайбердиев Н.А. Ампициллин в терапии сифилиса: Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1975.

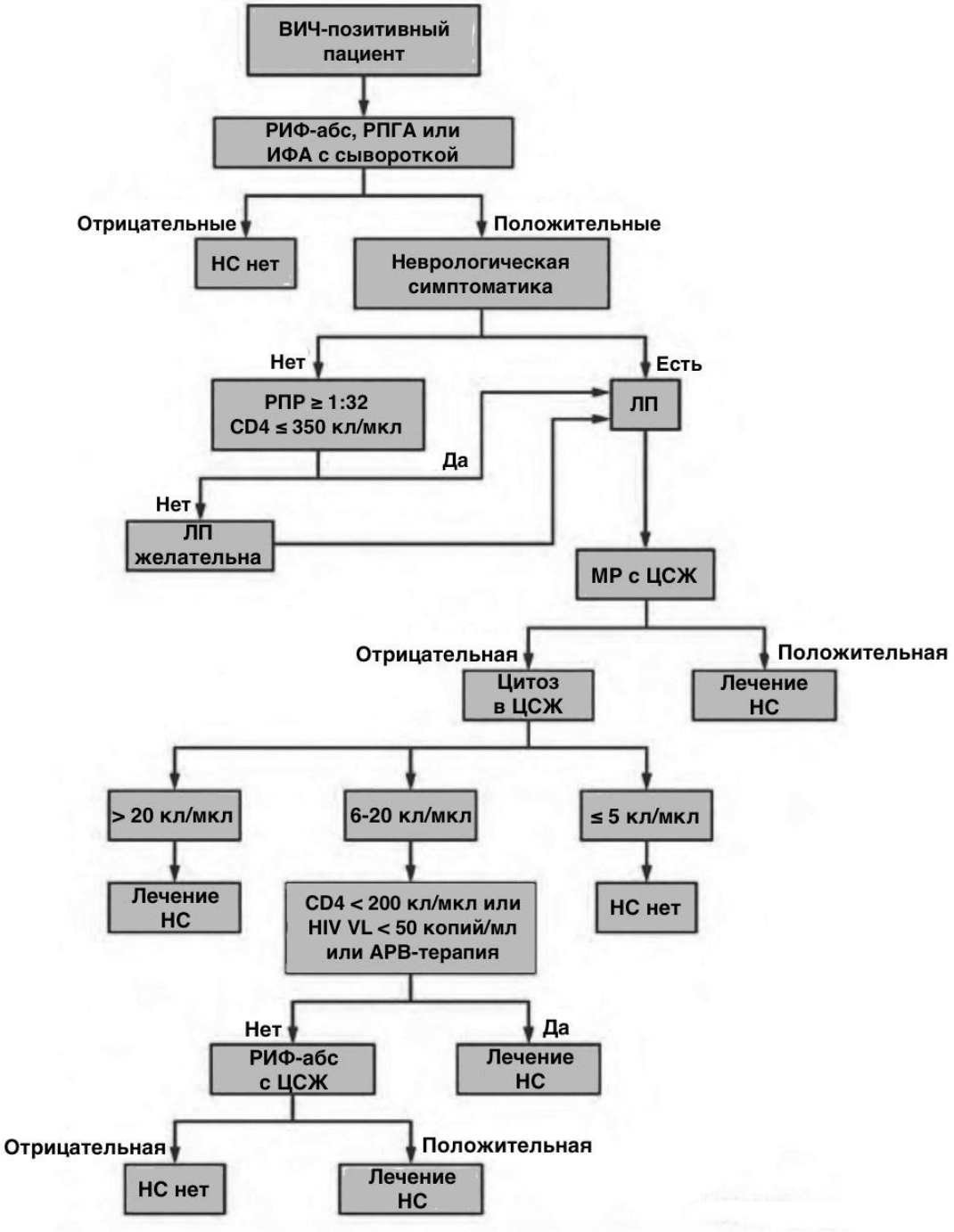
Алгоритмы действий врача



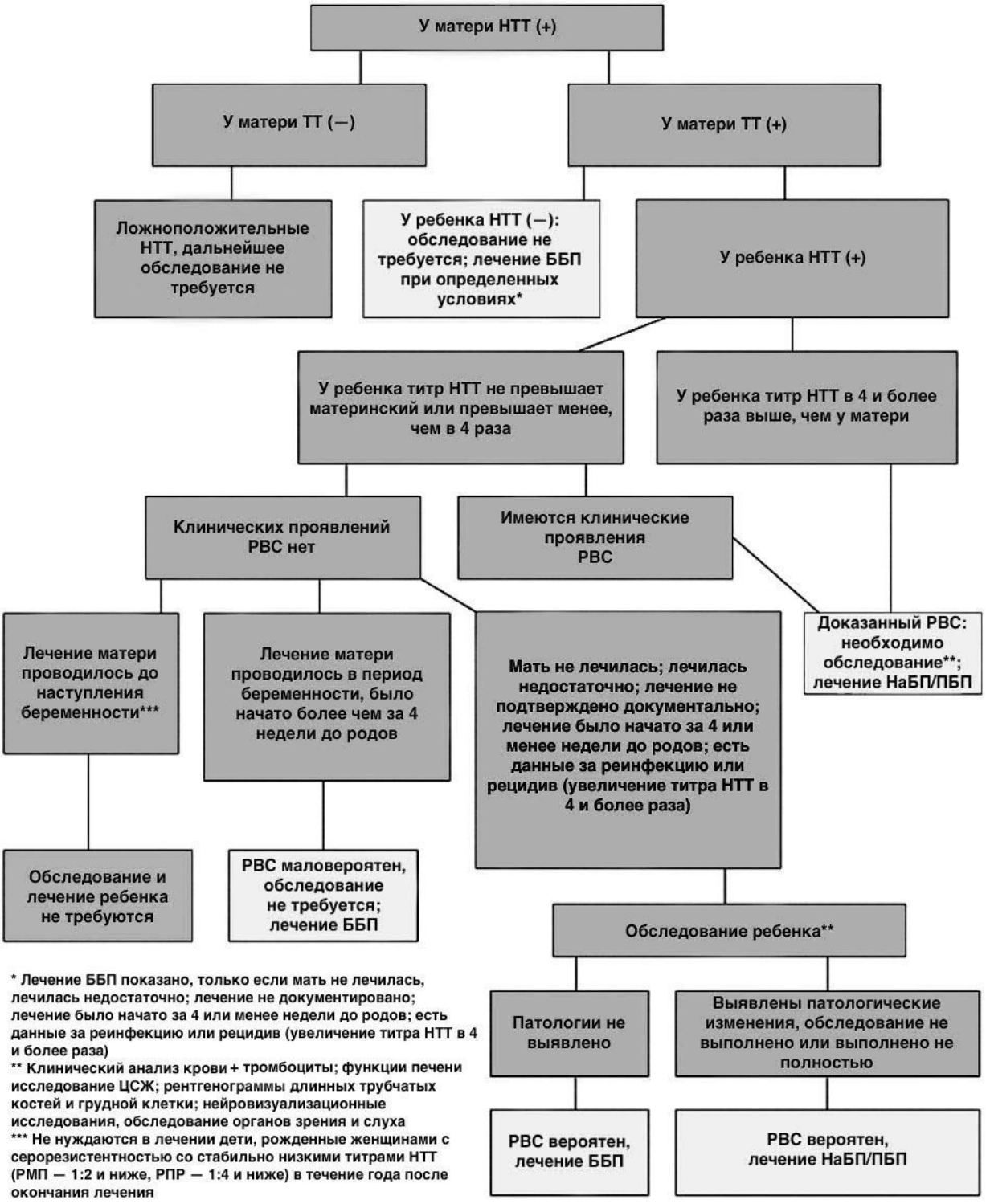
Алгоритм диагностики нейросифилиса у ВИЧ-негативных пациентов



Алгоритм диагностики нейросифилиса у ВИЧ-позитивных пациентов



Алгоритм ведения детей с подозрением на врожденный сифилис



* Лечение ББП показано, только если мать не лечилась, лечилась недостаточно; лечение не документировано; лечение было начато за 4 или менее недели до родов; есть данные за реинфекцию или рецидив (увеличение титра НТТ в 4 и более раза)

** Клинический анализ крови + тромбоциты; функции печени исследование ЦСЖ; рентгенограммы длинных трубчатых костей и грудной клетки; нейровизуализационные исследования, обследование органов зрения и слуха

*** Не нуждаются в лечении дети, рожденные женщинами с серорезистентностью со стабильно низкими титрами НТТ (РМП — 1:2 и ниже, РПР — 1:4 и ниже) в течение года после окончания лечения

Захмни бошқариш бўйича амалий кўникмалар

(task shifting)

	Амалий хамшира	Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутахассис
Шикоят ва анамнез			
Пациентдан шикоятларни йиғиш махоратини намойиши	+*	+	+
Захмга анамнез йиғаётганда унинг симптомлари ҳақида билимлар мажмуаси.		+	+
Тери таносил касалликлари ҳақида тўлиқ анамнез билимслари		+	+
Физикал кўрик			
• Умумий кўрик: Беморнинг умумий холатини баҳолаш (иситма, холсизлик, қувватсизлик). Тана ҳароратини ўлчаш. Регионар лимфа тугунларини текшириш (катталашган, оғриқли). • Тери ва шиллиқ қопламлар патологик тошмалар: Тошмалар жойлашиши. Тошмалар тури:		+	+
Ташхис қўйиш			
Ташхис қўйиш шикоятлар, анамнез, специфик симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида қўйилади		+	+
Асосий лаборатор диагностика			
Ассосий лаборатор тахлиллар:		+	+
Умумий қон тахлили		+	+
Нотрепонем ва трепонем тестлар		+	+
ОИВ-инфекциясига ИФА усулида текширув		+	+
Қўшимча лаборатор диагностика			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан камида 2 таси): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM			+
Умумий сийдик тахлили			+

Биохимиявий текширулар			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
ЭКГ, ЭхоКГ, РЭГ			+
УЗИ внутренних органов			+
Даволаш			
Захмга қарши махсус даво (даволаш рукнида кўрсатилган)			+
Профилактика			
Аҳоли орасида хаёт тарзи ва жинсий тарбия ҳақида тушунтириш ишлари олиб бориш	+	+	+

Асосий тор мутахассислар дерматовенеролог.

*Бу ваколатлар тиббий хамшираларни тайёрлаш билан амалга оширилади.

Захмни бошқариш кўникмалари

	Амалий хамшира	**Оилавий шифокор (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Захмни тасвирлаш			+
Шикоятларнинг симптоматик тавсифи		+	+
Патофизиологик механизмларнинг тавсифи			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатория ва instrumental тадқиқотлар) асосида захм ташхисига ёндашувни яратиш.			+
Асосий тахлиллар интерпретацияси			+
Захмни даволашга ёндашувни шакллантириш			+
Сифилис учун дори-дармонсиз терапияни тасвирлаб беринг			+
Захмни даволашда ишлатиладиган турли хил дориларнинг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг.		+	+
Даволаш давомида захм ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

Асосий тор мутахассис шифокор-дерматовенеролог.