O‘zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2026- yil "22 " maydagi
176-sonli buyrug‘iga
ilova

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2026

«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDVvaKIATM
direktori
Sabirov U.Yu.

«30» aprel 2026yil

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2026

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar:

A63.0	O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR (Anogenital (venerik) so‘gallar)	1A95	O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR (Anogenital (venerik) so‘gallar)
	https://www.rlsnet.ru/mkb/anogenitalnye-venericeskie-borodavki-692		https://www.vidal.ru/drugs/mkb11

Protokol ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2026 yil, protokolni qayta ko‘rib chiqish sanasi 2029 y. yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lganda. Barcha taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:
Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik bayonnoma va standartni yaratishda o‘z xissalarini qo‘shdi:
Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishi ishchi guruhi a'zolari:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
2.	Abdullaev M.A.	JYOYuK va Reproduktiv buzilishlar bo‘limi dermatovenerolog shifokori, PhD	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
3.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotib	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”

Taqrizchilar:

1. Soy Natalya Olegovna - "Ostona Tibbiyot Universiteti" NAJ dermatovenerologiya va dermatokosmetologiya kafedrasi dosenti, PhD
2. Raxmatullaeva Sevara Nodirbekovna - JYOYuK va Reproduktiv buzilishlar bo‘limi dermatovenerolog shifokori, t.f.n.

Texnik ekspert baho va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.

2. Djalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.d., direktorning ilmiy ishlar bo’yicha o’rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirning birinchi o‘rinbosari O.S.Imamov, Tibbiy sug‘urtani joriy etish boshqarmasi, Standartlar va klinik qo‘llanmalarni ishlab chiqish va joriy qilish boshqarmasi boshchiligida, Standartlar va klinik

qo‘llanmalarni ishlab chiqish va joriy qilish boshqarmasi bosh va yetakchi mutaxassislari tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Muhokama protokolidan olingan sana va raqam:

O‘zR SSV RIDVvaKIATM №4 Ilmiy kengashining 30.04.2026 dagi protokolidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Akusher-ginekolog shifokorlari;
4. Urolog shifokorlari;
5. Pediatrlar;
6. Laboratoriya shifokorlari;
7. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
8. Klinik farmakologlar;
9. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliygohlari o‘qituvchilari;
10. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va ularga g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Ushbu protokol mazkur nozologiyaning zamonaviy diagnostika va davolash usullarini sog‘liqni saqlash amaliyotiga keng joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiya bo‘yicha bemorlar toifasi: o‘tkir uchli kondilomalar bilan kasallangan bemorlar tekshiruvga jalb qilinadi.

Dalillarga asoslangan tibbiyot bo‘yicha dalillik darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari uchun dalillik darajasini baholash shkalasi
(diagnostik aralashuvlar)

DID	Sharhi
1	Referens usulidan foydalangan tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi yoki meta-tahlil qo‘llanilishi bilan randomizirlangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Referens usulidan foydalangan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizirlangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Referens usuli bo‘lmagan nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulidan foydalangan tadqiqotlar yoki randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat ta'sir mexanizmlari asoslangan yoki mutaxassislarning fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun dalillar ishonarliligi darajalarini baholash shkalasi

DID	Sharhi
1	Meta-tahlil qo‘llangan RKTlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Aloxida RKT va meta-tahlil qo‘llanilgan RKTlardan tashqari, har qanday dizaynga ega tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (klinika oldi tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun tavsiyalar ishonarliligi darajalari (TID)ni baholash shkalasi

TID	Sharhi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq).
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas va/yoki ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Kuchsiz tavsiya (yetarli sifatli dalillarning mavjud emasligi: samaradorlikning ko‘rib chiqilgan barcha mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz hisoblanadi, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqtiruvchi natijalar bo‘yicha xulosalari o‘zaro muvofiq emas).

Mundarija

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI ……..……4
«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI …..……..21
«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL…..…….....26

Qisqartmalar ro‘yxati

XKT	Xalqaro kasalliklar tasniflanishi
JYOYuI	Jinsiy yo‘l orqali yuquvchi infeksiyalar
OIV	Odam immuntanqis virusi
UXS	Uchxlorsirkali kislota
BXS	bixlorsirkali kislota
OPV	odam papilloma virusi
PZR	polimeraz zanjir reaksiyasi
DNK	dezoksiribonuklein kislotasi
DV XPN	Dori vositalarining xalqaro patentlanmagan nomlanishi
Ig	immunoglobulin
RMP	mikropresipitasiya reaksiyasi
KBR	komplementbog‘lovchi reaksiyasi
IFR	immunofluoressensiya reaksiyasi
IXA	immunoxromatografik analiz
OTIR	oqish treponema immobilizasiya reaksiyasi
PGAR	passiv gemagglyutinasiya reaksiyasi
IXLA	immunoxemilyuminessent analiz
IFlA	immunoflyuoressent analiz
IFA	immunoferment analiz
m/o	mushak orasiga
v/i	vena ichiga
t/o	teri ostiga
mg	milligramm
kg	kilogramm
PILN	pastintensiv lazer nurlanishi

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish

Anogenital (venerik) so‘gallar — odam papilloma virusi bilan bog‘liq bo‘lgan virusli kasallik bo‘lib, tashqi jinsiy a'zolar, uretra, qin, bachadon bo‘yni va perianal sohaning teri va shilliq qavatlarida ekzofit va endofit o‘sishlar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Ushbu kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar orasida eng keng tarqalganlardan biri bo‘lib, yuqori kontagiozlik va residivlanuvchi kechishga moyilligi bilan ajralib turadi.

Infeksiyalanish asosan jinsiy aloqa orqali, kamroq hollarda esa teri va shilliq qavatlarda mikrojarohatlar mavjud bo‘lganda kontakt-maishiy yo‘l bilan yuz beradi. Klinik ko‘rinishlar yakka papillomatoz hosilalardan tortib, bir nechta konglomeratlargacha bo‘lishi mumkin bo‘lib, ular jismoniy noqulaylik, psixologik zo‘riqish va bemor hayot sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

Anogenital so‘gallarning aksariyati yaxshi sifatli bo‘lishiga qaramay, odam papilloma virusi infeksiyasining persistensiyasi o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, xavf omillarini baholash va infeksiya tarqalishini hamda asoratlar rivojlanishini oldini olish maqsadida adekvat davolashni talab qiladi. Mazkur klinik protokol anogenital so‘gallarni tashxislash, davolash va profilaktika qilishga oid yondashuvlarni dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillari asosida unifikasiya qilish maqsadida ishlab chiqilgan.

Ta'rifi va kasallanish

Anogenital (venerik) so‘gallar — asosan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan virusli kasallik bo‘lib, odam papilloma virusi (OPV) bilan bog‘liq va tashqi jinsiy a'zolar, uretra, qin, bachadon bo‘yni, perianal soha, anal kanali va og‘iz-halqum kabi sohalarning teri va shilliq qavatlarida ekzofit va endofit o‘siqlar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi

Kasallik va holat (kasalliklar va holatlar guruhi) etiologiyasi va patogenezi

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi — odam papilloma virusi — papillomaviruslar (Papillomaviridae) avlodiga mansub bo‘lib, papovaviruslar (Papovaviridae) oilasiga kiradi. Ushbu oila 16 ta avloddan iborat bo‘lib, ulardan 5 tasi inson uchun patogen hisoblanadi.

Saraton bo‘yicha xalqaro tadqiqotlar agentligi (The International Agency for Research on Cancer) OPVni qator onkologik kasalliklarning etiologik omili sifatida tasdiqlagan. Ular qatoriga bachadon bo‘yni, vulva, qin, anal kanali, jinsiy olat, bosh va bo‘yin, qizilo‘ngach saratoni, shuningdek anogenital (venerik) so‘gallar va qaytalanuvchi respirator papillomatoz kabilar kiradi [1].

Hozirgi vaqtda odam papilloma virusining 200 dan ortiq genotiplari aniqlangan bo‘lib, ulardan taxminan 45 ta genotipi urogenital traktni zararlantirishi mumkin.

OPV yuqori kontagioz mukozotrop va dermatotrop viruslarga kiradi, u insondan insonga oral, genital va anal jinsiy aloqa orqali, shuningdek kontakt-maishiy va vertikal yo‘llar bilan yuqadi.

OPV bilan infisirlanish jinsiy aloqaning har qanday shakllarida, yaqin maishiy kontaktda sodir bo‘lishi mumkin, shuningdek bolalarning tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ilish paytida ham yuqishi ehtimoldan xoli emas. O‘z-o‘zini zararlantirish (autoinokulyasiya) va OPVning maishiy buyumlar orqali yuqishi imkoniyati hali yetarlicha o‘rganilmagan. Infeksiya yuqishiga teri va shilliq qavatlardagi mikrotravmalar hamda yallig‘lanish jarayonlari, ularning mahalliy immunitetni pasaytirishi, shuningdek OPVning antiseptiklarga chidamliligi yordam beradi [113]. Tibbiy xodimlar anogenital (venerik) so‘gallarni lazer, radioto‘lqin yoki elektrojarrohlik usulda yo‘q qilish jarayonida sanitariya-profilaktika qoidalari buzilganda, virus zarrachalarini o‘z ichiga olgan hosil bo‘lgan tutunni nafas orqali kiritish orqali OPV bilan infisirlanishi mumkin. Kasallikning inkubasion davri bir necha oydan bir necha yilgacha davom etishi mumkin. OPV bilan infisirlanish va anogenital (venerik) so‘gallar rivojlanishi orasidagi o‘rtacha vaqt ayollarda taxminan 3 oyni, erkaklarda esa 11 oyni tashkil etadi. Inson bir vaqtning o‘zida bitta yoki bir nechta OPV tiplari bilan infisirlanishi mumkin [2].

Infeksiya jarayonida OPV endositoz yo‘li bilan hali yetilib ulgurmagan metaplaziyaga uchragan hujayralarga, ko‘proq bazal qavat hujayralariga kiradi va hujayra yadrosiga o‘tadi. Epiteliyning bazal qavati hujayralarida virus DNKsi uzoq vaqt davomida yadrodan tashqari plazmid ko‘rinishida, «tinch» holatda (episomal shakl) saqlanishi mumkin va klinik hamda sitologik o‘zgarishlar bo‘lmagan holda molekulyar-biologik usullar bilan aniqlanadi.

Epitelial hujayralar differensiyalanib, yetilib borgan sari virusning faol ko‘payishi (produktiv bosqich) yoki OPV DNKsining infisirlangan hujayra genomiga integrasiyalanishi (integrativ bosqich) yuzaga kelishi mumkin. Produktiv infeksiyada kechki genlar transkripsiyasi amalga oshadi, kapsid oqsillari sintezlanadi va viruslar yig‘ilib, keyinchalik ularning qiz hujayra zarrachalari ajralib chiqadi. OPVning hayot sikli ko‘p qavatli epiteliyning yetuk hujayralarida yakunlanadi va virionlar hujayralar deskvamasiyalanish jarayonida tashqariga chiqadi.

Organizmning immun qarshilik qobiliyati yetarli bo‘lganda, infisirlangan shaxslarning 90%ida 2 yil ichida OPVning o‘z-o‘zidan bartaraf etilishi (eliminasiyasi) kuzatiladi [108, 109]. Noqulay ekzogen va endogen omillar ta'siri virusning ko‘payishiga olib kelishi mumkin, bunda jarayon episomal (latent) bosqichdan produktiv yoki integrativ infeksiya bosqichiga o‘tadi. Bu holda kasallikning klinik belgilari — anogenital (venerik) so‘gallar yoki OPV chaqirgan sitologik o‘zgarishlar (turli darajadagi intraepitelial neoplaziyalar: bachadon bo‘yni (CIN), tashqi jinsiy a'zolar (VIN), jinsiy olat (PIN), anal

soha (AIN) va boshqa organlarda) rivojlanadi.

Anogenital (venerik) so‘gallar bilan kasallanish holatlarining 90% gacha qismi erkaklar va ayollarda OPVning 6 va 11 genotiplari bilan chaqiriladi. Anogenital (venerik) so‘gallari bo‘lgan bemorlarning 20–50%ida yuqori onkogen xavfli OPV aniqlanadi. Yuqori onkogen xavfli OPV (masalan, 16 va 18 tiplar) bachadon bo‘yni, jinsiy olat, tashqi jinsiy a'zolar (vulva), qin, anus va og‘iz-halqumning ko‘pchilik saraton oldi hamda saraton kasalliklarini keltirib chiqaradi [3], 6 va 11 tiplar esa anogenital (venerik) so‘gallar hamda qaytalanuvchi respirator papillomatoz, kon'yunktiva, burun, og‘iz bo‘shlig‘i va halqum papillomatozini chaqiradi. Ko‘p hollarda OPV bilan infisirlanish simptomsiz kechadi yoki aniqlanmay qoladi [4–6].

Kasallik va holat (kasalliklar va holatlar guruhi) epidemiologiyasi
Anogenital (venerik) so‘gallar bilan kasallanish darajasi erkaklar va ayollarda (yangi holatlar va qaytalanishlar ham hisobga olinganda) 100 ming aholiga 160 dan 289 ta holatgacha o‘zgarib turadi, o‘rtacha ko‘rsatkich esa 100 ming aholiga 194,5 holatni tashkil etadi. Anogenital (venerik) so‘gallarning yangi holatlarini aniqlashning o‘rtacha yillik darajasi erkaklarda 100 ming aholiga 137 holat, ayollarda esa 100 ming aholiga 120,5 holatni tashkil etadi [7]. OPVga qarshi vaksinasiya joriy etilgunga qadar dunyo bo‘yicha har yili taxminan 355 mingta yangi anogenital (venerik) so‘gal holatlari aniqlangan [8–9].

Klinik tasniflanishi:
https://diseases.medelement.com

Anogenital (venerik) so‘gallarning bir nechta klinik turlari ajratiladi:

- o‘tkir uchli kondilomalar;

- papula ko‘rinishidagi so‘gallar;

- dog‘ ko‘rinishidagi zararlanishlar;

- Bushke–Levenshteynning gigant kondilomasi.

Kasallik va holat (kasalliklar va holatlar guruhi)ning klinik ko‘rinishi

O‘tkir uchli kondilomalar — ingichka so‘rg‘ichlar ko‘rinishidagi, yumshoq, kichik o‘siqlar bo‘lib, ular xo‘roz tojiga o‘xshash shaklda, tipik “past-baland” yoki halqasimon tuzilmaga ega bo‘ladi. Ular quyidagi sohalarda joylashadi: sunnat terisi ichki varag‘i, jinsiy olat boshchasi, siydik chiqarish kanalining tashqi teshigi, kichik jinsiy lablar, qin dahlizi, qin, bachadon bo‘yni, qov sohasi, oraliq va anal soha. Kondilomalarning rangi teri rangida, to‘q qizil yoki (maserasiya holatida) qordek oq bo‘lishi mumkin.

Tuguncha ko‘rinishidagi so‘gallar — barmoqsimon bo‘rtmalarsiz papulyoz toshmalar bo‘lib, ular tashqi sunnat terisi varag‘ining keratinizirlangan epiteliysida, jinsiy olat tanasida, moyakda, tashqi jinsiy a'zolar sohasida (vulva), qov sohasida, oraliq va perianal sohada joylashadi.

Dog‘ ko‘rinishidagi zararlanishlar — jinsiy a'zolar teri va/yoki shilliq qavatida kulrang-oq, pushti-qizil yoki qizg‘ish-qahvarang dog‘lar shaklida namoyon bo‘ladi.

Bushke–Levenshteynning gigant kondilomasi — bir-biri bilan qo‘shilib ketgan papillomalar bo‘lib, keng asosga ega zararlanish o‘chog‘ini hosil qiladi va vorsinkali (tuksimon) o‘smalar bilan qoplangan bo‘ladi. U katta va kichik jinsiy lablar sohasida chuqur aniq burmalar bilan ajralgan holda namoyon bo‘lib, son–qov burmalari va anus atrofi sohasigacha tarqalishi mumkin. O‘simta periferiyasida alohida joylashgan o‘tkir uchli kondilomalar ham kuzatiladi. Vaqt o‘tishi bilan ushbu tuzilmalar o‘sib boradi, keratinizirlangan epiteliy qipiqlari bilan qoplanadi va matserasiyaga uchraydi. Ularning orasidagi burmalarda ajralma to‘planadi, ko‘pincha infeksiya qo‘shilib, natijada ajralma yiringli xarakterga ega bo‘ladi va noxush hid paydo bo‘ladi.

Kasallik va holat (kasalliklar va holatlar guruhi) tashxisoti. Tashxislash usullarini qo‘llash uchun ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.

Tashxis/holatni aniqlash mezonlari:

1) Anamnez ma'lumotlari
2) Fizikal tekshiruv ma'lumotlari va ayrim hollarda dermatoskopik tekshiruv natijalari
3) Teri kasalliklari va/yoki teri o‘smalari bilan differensial tashxis qo‘yish zarur bo‘lgan hollarda biopsiya materialida o‘tkazilgan patologo-anatomik tekshiruv natijalari.

Barcha bemorlarda xavf omillarini hamda davolash taktikasi va ikkilamchi profilaktika tanloviga ta'sir qilishi mumkin bo‘lgan omillarni aniqlash maqsadida shikoyatlar va anamnezni yig‘ish **tavsiya etiladi.** [3].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

1. Shikoyatlar va anamnez

Jinsiy a'zolar, perianal soha, oraliq, anus va qov burmalari teri va shilliq qavatlarida tuguncha, papilloma va dog‘lar ko‘rinishida yakka yoki ko‘p sonli ekzofit o‘siqlarning mavjudligi; zararlangan sohada o‘rtacha intensivlikdagi qichishish va paresteziyalar bo‘lishi mumkin; jinsiy aloqa vaqtida og‘riq (dispareuniya); toshmalar uretra sohasida joylashganda — qichishish, achishish, siydik chiqarishda og‘riq (dizuriya); uretrada keng tarqalgan zararlanishlarda — siydik chiqarish qiyinlashishi, gematospermiya (spermada qon aralashmasi); zararlangan joylarda teri va shilliq qavatlarda og‘riqli yoriqlar va qon ketishi kuzatiladi.

Anogenital (venerik) so‘gallar anus shilliq qavatida asosan anal jinsiy aloqa bo‘lgan shaxslarda kuzatiladi; biroq ular anamnezida bunday aloqa bo‘lmagan erkaklar va ayollarda ham uchrashi mumkin [8].

Anogenital (venerik) so‘gallari bo‘lgan bolalarda o‘z-o‘zini zararlantirish (autoinokulyasiya) va infeksiyaning sog‘lom teri uchastkalariga tarqalish xavfi mavjud. Bunday so‘gallari bo‘lgan har qanday bolada anamnezda jinsiy aloqa ehtimolini hisobga olish lozim, biroq bolalarning ko‘pchiligida kasallik jinsiy bo‘lmagan yo‘l bilan yuzaga keladi.

2. Fizikal ko‘rik

Barcha bemorlarda tashqi jinsiy a'zolar, perianal soha, oraliq, anus va qov burmalari teri qoplamlari hamda ko‘rinadigan shilliq qavatlarni ko‘zdan kechirish tavsiya etiladi; uretraning tashqi teshigi shilliq qavatining holatini baholash va uretrani palpasiya qilish lozim. Jinsiy hayoti saqlangan ayollarda — qin dahlizi, qin devorlari va gumbazlari shilliq qavatlari hamda bachadon bo‘ynining ko‘rinadigan qismini ginekologik ko‘zgular yordamida ko‘rikdan o‘tkazish; sunnat qilinmagan erkaklarda — jinsiy olat sunnat terisi ostida ko‘rik o‘tkazish tavsiya etiladi [7].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

3. Laborator diagnostik tekshiruvlar

- Bemorning umumiy holatini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va uning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida quyidagi tekshiruv **tavsiya etiladi**: umumiy (klinik) qon tahlili (leykositlar, eritrositlar, gemoglobin, gematokrit, trombositlar, trombokrit, tayoqchasimon neytrofillar, segment yadroli neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, limfositlar, monositlar, eritrositlar cho‘kish tezligi).

- Bemorning umumiy holatini baholash, sistemali terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va uning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida quyidagi tekshiruv **tavsiya etiladi**: qonning biokimyoviy (umumterapevtik) tahlili — umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, trigliseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), ishqoriy fosfataza, gamma-glutamiltransferaza.

- Bemorning umumiy holatini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash maqsadida umumiy (klinik) siydik tahlilini o‘tkazish **tavsiya etiladi,** jumladan: rangi, shaffofligi, nisbiy zichligi, pH reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinoidlar, qonga reaksiya, keton tanalari, nitratlar, yassi epiteliy, o‘tuvchi epiteliy, buyrak epiteliysi, leykositlar, eritrositlar, gialin silindrlar, donali silindrlar, mumsimon silindrlar, epitelial silindrlar, leykositar silindrlar, eritrositar silindrlar, pigment silindrlar, shilliq, tuzlar, bakteriyalar.

- Tashxisni aniqlashtirish zarurati bo‘lganda (atipik klinik ko‘rinishlar mavjud bo‘lsa, o‘tkazilayotgan terapiya samarasiz bo‘lsa) molekulyar-biologik usullarni (PZR, real vaqtda PZR) qo‘llash **tavsiya etiladi:** odam papilloma virusiga (Papilloma virus) servikal kanaldan ajralmani molekulyar-biologik tekshirish va/yoki qin ajralmasini odam papilloma virusiga (Papilloma virus) molekulyar-biologik tekshirish va/yoki uretradan ajralmani odam papilloma virusiga (Papilloma virus) molekulyar-biologik tekshirish [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: Laborator tekshiruvlar natijalarining ishonchli bo‘lishi uchun quyidagi talablarga rioya qilish zarur:

- *uretradan klinik materialni oxirgi siyishdan kamida 3 soat o‘tgandan keyin olish, ko‘p miqdorda uretral ajralma bo‘lganda — siyishdan 15–20 daqiqa o‘tgach olinadi;*
- *servikal kanal va qindan klinik materialni hayz boshlanishidan oldin yoki tugaganidan 2 kun o‘tgach olish;*
- *servikal kanal va qindan klinik materialni intravaginal ultratovush tekshiruvi va kolposkopiyadan kamida 24–48 soat o‘tgandan keyin olish;*
- *tekshiruv arafasida va o‘tkazilayotgan kunda qin sanasiyasi o‘tkazilmasligi;*
- *tekshiruv kunida jinsiy a'zolar gigienasi uchun intim gigienik vositalaridan foydalanmaslik;*
- *tekshiruvdan 3–5 kun oldin yog‘li asosli vaginal dorilarni (shamchalar, kremlar, vaginal tabletkalar) qo‘llamaslik.*

- So‘nggi uch yil davomida bunday tekshiruv o‘tkazilmagan bo‘lsa, bachadon bo‘yni saratoni skriningi doirasida servikal intraepitelial neoplaziyani istisno qilish maqsadida bachadon bo‘yni mikropreparatining sitologik tekshiruvini o‘tkazish hamda akusher-ginekolog shifokorining birlamchi qabul (ko‘rik, konsultasiya)ini tashkil etish **tavsiya etiladi** [2].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Atipik anogenital (venerik) so‘gallarda (masalan, zich, pigmentasiyalashgan, ostidagi to‘qimaga mustahkam birikkan, qonaydigan yoki yaralangan holatlarda) biopsiya (operasion) materialining patologo-anatomik tekshiruvini o‘tkazish **tavsiya etiladi** [2, 7, 8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: Agar zararlanishlar standart terapiyaga javob bermasa yoki davolash jarayonida kasallikning klinik manzarasi yomonlashsa, immunokomprometirlangan bemorlarda (jumladan, OIV infeksiyasi bo‘lganlarda) ham biopsiya ko‘rsatilgan [12–14].

- Anogenital (venerik) so‘gallar jinsiy a'zolar, perianal sohasi va anusda joylashgan bemorlarda differensial tashxis maqsadida zahmga laborator tekshiruvlar o‘tkazish **tavsiya etiladi:** bunda qon zardobida notreponem testlar (RPR, MPR) orqali oqish treponema (Treponema pallidum)ga qarshi antitanalarni aniqlash (sifat va yarim miqdoriy tekshiruv) va/yoki qonda immunoferment usuli (IFA) bilan oqish treponema (Treponema pallidum)ga qarshi antitanalarni aniqlash o‘tkaziladi [7, 8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Birlamchi anogenital (venerik) so‘gallar epizodi bo‘lgan bemorlarda jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar (JYYuI), OIV infeksiyasi, B va C gepatitlarining yuqish yo‘llari o‘xshashligi sababli quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish **tavsiya etiladi:**

- boshqa JYYuIlar bo‘yicha laborator tekshiruvlar: zahm (qon zardobida notreponem testlar (RPR, MPR) orqali oqish treponema (Treponema pallidum)ga qarshi antitanalarni aniqlash (sifat va yarim miqdoriy tekshiruv) va/yoki qonda immunoferment usuli (IFA) bilan oqish treponema (Treponema pallidum)ga qarshi antitanalarni aniqlash), gonokokk infeksiyasi, xlamidiya infeksiyasi, urogenital trixomoniaz;
- qonda odam immun tanqisligi virusi OIV-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)ga qarshi M va G sinf antitanalarni (IgM, IgG) aniqlash. Qonda odam immun tanqisligi virusi OIV-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2)ga qarshi M va G sinf antitanalarni (IgM, IgG) aniqlash;
- qonda B gepatiti virusi (Hepatitis B virus)ning antigeni (HBsAg)ni aniqlash;
- qonda C gepatiti virusi (Hepatitis C virus)ga qarshi M va G sinflariga mansub umumiy antitanalarni (anti-HCV IgM va anti-HCV IgG) aniqlash [7, 15–19].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

OPVni PZR usuli bilan tekshirish.
Biokimyoviy tahlillar kompleksi
Antitanalarni IFA, IXLA, IFlA usullari bilan tekshirish hamda PZR-diagnostika o‘tkazish.
Umumiy najas tahlili
Antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash bilan mikrobiologik tekshiruv.
Mikologik tekshiruvlar

4. Instrumental diagnostik tekshiruvlar

- Zarur bo‘lganda differensial tashxis o‘tkazish maqsadida kattalar va bolalarda teri dermatoskopiyasi **tavsiya etiladi** [5, 6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: dermatoskopik tekshiruvda so‘gallarda papillyar chiziqlar, mozaykasimon tasvir, tugunchalar ko‘rinishidagi tasvir, shuningdek tomirli komponent va uning kombinasiyalari (koptokchasimon, nayzasimon, nuqtasimon ko‘rinishlari) aniqlanadi [6].

- Ichki a'zolar UTTi

- Destruktiv terapiya o‘tkazishda zararlanish chegaralarini aniqlash va/yoki maqsadli biopsiya o‘tkazish joyini belgilash, shuningdek tuzilmalarni vizualizasiya qilish maqsadida vulvoskopiya va/yoki kolposkopiya o‘tkazish tavsiya etiladi [2, 7, 8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Tashqi anal yoki perianal so‘gallari bo‘lgan shaxslarda anal kanal zararlanishini istisno qilish maqsadida anoskopiya o‘tkazish tavsiya etiladi [2, 7, 8].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

5. Boshqa diagnostik tekshiruvlar

- Qizlar va ayollarda anogenital (venerik) so‘gallar aniqlanganda CIN, VIN, VAIN, AIN ni tashxis qilish maqsadida hamda anogenital (venerik) so‘gallari bo‘lgan homiladorlarni kuzatishda akusher-ginekolog shifokorining birlamchi qabul (ko‘rik, konsultasiya)ini o‘tkazish tavsiya etiladi [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretra ichida joylashgan anogenital (venerik) so‘gallar mavjud bo‘lganda tashxis qo‘yish va davolash maqsadida urolog shifokorining birlamchi qabul (ko‘rik, konsultasiyasi)ini o‘tkazish tavsiya etiladi [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Anus va/yoki perianal sohada anogenital (venerik) so‘gallar joylashgan hollarda tashxis qo‘yish va davolash maqsadida koloproktolog shifokorining birlamchi qabul (ko‘rik, konsultasiyasi)ini o‘tkazish tavsiya etiladi [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Bushke–Lyovenshteyn gigant kondilomasi bo‘lgan bemorlarni olib borishda tashxis qo‘yish va davolash maqsadida jarrohning birlamchi qabul (ko‘rik, konsultasiyasi)ini o‘tkazish tavsiya etiladi [33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Jadval-1

Differensial tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarning asoslanishi:

Tashxis	Differensial tashxis uchun asoslar	Tekshiruv	Tashxisni rad etish mezonlari
Epidermal so‘galsimon nevus	oddiy so‘gallardan farqli ravishda u ko‘proq yakka holda uchraydi va, odatda, tug‘ilgan paytdan yoki hayotning birinchi yillaridan boshlab mavjud bo‘ladi	Dermatoskopiya Gistologik tahlil	nevus teri sathidan sezilarli darajada ko‘tarilib turadi, jigarrang tusga ega bo‘ladi va ko‘pincha tuklar bilan qoplangan bo‘ladi
Yuqumli mollyusk	ko‘proq tana va jinsiy a'zolar sohasida joylashadi, kam hollarda qo‘l va oyoq panjalarining orqa yuzasida kuzatiladi. Elementlar yarim sharsimon shaklda bo‘lib, yuzasida botiqlik mavjud; ularga yon tomondan bosilganda oqish, bo‘tqasimon massa ajralib chiqadi	dermatoskopiya	
Qizil yassi temiratki	rangi, ko‘pburchak (poligonal) shakli, Vikxem to‘ri va lunj shilliq qavatida ham joylashishi mumkinligi asosida differensial tashxis o‘tkazish mumkin	Dermatoskopiya Gistologik tahlil	
Bazalioma	infiltrasiyalangan asosga ega bo‘lib, element periferiyasida tugunchali elementlardan tashkil topgan tipik periferik halqa («marvaridsimon» tugunchalar) kuzatiladi, markaziy qismida esa qaloq bilan qoplangan botiq zona mavjud bo‘ladi; qaloqlar olib tashlangandan so‘ng yengil qon oqish bilan kechadigan yuzaki yaralanish hosil bo‘ladi	Dermatoskopiya Gistologik tahlil	razvivaetsya u lis pojilogo vozrasta

Kaft-tovon keratodermiyasi	katta o‘lchami, konussimon shakli, to‘plangan shoxsimon massalar atrofida yallig‘lanishning mavjudligi va o‘choq markazida tromblashgan kapillyarlarga xos qora-jigarrang nuqtalarning yo‘qligi bilan farqlanadi	Gistologik tahlil	
Kaft-tovon sifilidlari	odatda ko‘p sonli, og‘riqsiz bo‘lib, periferiyasida epidermisning ko‘chib tushuvchi zonasi (Bietta “yoqachasi”) mavjud bo‘ladi	zahmga nisbatan serologik reaksiyalar musbat bo‘lishi bilan tasdiqlanadi	
Qadoq	qadoqlar faqat vertikal bosimda og‘riqli bo‘ladi va teri tasviri saqlab qolinadi	dermatoskopiyada tromblashgan kapillyarlar aniqlanmaydi	papillyar tasvir
Siringoma	ko‘z qovog‘ining pastki qismida, ko‘zning ichki burchagi atrofida, bo‘yinda va ko‘krak qafasining old yuzasida joylashgan yarim sharsimon shakldagi ko‘p sonli toshmalar va tugunchalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi	Dermatoskopiya Gistologik tahlil	asosan ayollarda uchraydi
Mibelli angiokeratomasi	elementlar rangi to‘q qizil bo‘ladi	Dermatoskopik tekshiruvda gistologik jihatdan kapillyarlarning keskin kengayishi aniqlanadi	

Davolash, jumladan medikamentoz va nomedikamentoz, dietoterapiya, og‘riqsizlantirish, davolash usullarini qo‘llashga tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar

Jadval 2

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega):

Farmakoterapevtik guruh	**Dori vositasining XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Isbotlanganlik darajasi**

Virusga qarshi vositalar	Imiximod, krem 5%	Mahalliy qo‘llash uchun haftasiga 3 marta, uxlashdan oldin qo‘llanadi va terida taxminan 6–10 soat qoldiriladi. Davolash ko‘rinadigan jinsiy yoki perianal kondilomalar yo‘qolgunga qadar, lekin 16 haftadan oshmagan holda davom ettirilishi kerak	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm

Jadval 3

Dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanish ehtimoli 100% dan kam bo‘lgan):

Farmakoterapevtik guruh	**Dori vositasining XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Isbotlanganlik darajasi**
Mahalliy nekrotizirlovchi vositalar	Podofiloks (podofillotoksin)	Podofiloks eritmasi (paxta tampon yordamida) yoki podofiloks geli (barmoq yordamida) anogenital so‘gallarga kuniga 2 marta, 3 kun davomida qo‘llanadi, so‘ng 4 kun davo o‘tkazilmaydi. Ushbu sikl zaruratga ko‘ra 4 martagacha takrorlanishi mumkin. Davolangan so‘gallar umumiy maydoni 10 sm² dan oshmasligi kerak, podofiloksning umumiy miqdori esa kuniga 0,5 ml bilan cheklanadi.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
	15% maz sinekatexin	kuniga 3 maxal (har bir so‘galga 0,5 sm miqdordagi malham chizig‘i) barmoq yordamida surtiladi, to‘liq yo‘qolgunga qadar yupqa qatlam hosil qilinadi. Ushbu preparatni 16 haftadan ortiq qo‘llash tavsiya etilmaydi.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
	Uchxlorsirka kislotasi (UXS) va bixlorsirka kislotasi (BXS)	Kichik miqdordagi preparatni faqat so‘gallarga surtish va uni qurishiga imkon berish (ya'ni to‘qimada oq qoplama hosil bo‘lishigacha) kerak. UXS yoki BXS bilan davolash zaruratga ko‘ra har hafta takrorlanishi mumkin	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm

Immunostimullovchi vositalar	alfa-2b interferon	O‘choq ichiga (intradermal) in'eksiyalar ko‘rinishida, har 2 kunda 2 000 000 XB dozada qo‘llanadi, kurs davomida umumiy doza 18 000 000 XB. **Kattalar, shu jumladan homilador ayollar, hamda 7 yoshdan katta bolalar uchun —** kuniga 2 marta (har 12 soatda) 500 000 XBdan 1 ta shamcha 5–10 kun davomida qo‘llanadi. **7 yoshgacha bo‘lgan bolalar, shu jumladan yangi tug‘ilganlar va gestatsion yoshi 34 haftadan yuqori bo‘lgan chala tug‘ilgan chaqaloqlar uchun —** kuniga 2 marta (har 12 soatda) 150 000 XBdan 1 ta shamcha 5–10 kun davomida qo‘llanadi. Klinik ko‘rsatmalarga ko‘ra davolashni davom ettirish mumkin. Kurslar orasidagi tanaffus 5 kunni tashkil etadi.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9071414/
	Inozin pranobeks	Kattalarga preparat kuniga 3 marta 500 mgdan 2 tabletkadan buyuriladi, bolalarga esa monoterapiya tarzida 14–28 kun davomida 3–4 qabulga bo‘lib, har 5 kg tana vazniga kuniga 1/2 tabletkadan beriladi	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/
	Izoprinozin	Kuniga 3–4 marta 20 ml siropdan qabul qilinadi. Maksimal sutkalik doza 80 ml. Davolash 5–14 kun davom etadi. Simptomlar yo‘qolgandan so‘ng davolashni yana 1–2 kun davom ettirish kerak.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha yetishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin. Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi
Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi.
Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Kirish.

Anogenital (venerik) so‘gallar — odam papilloma virusi bilan bog‘liq bo‘lgan virusli kasallik bo‘lib, tashqi jinsiy a'zolar, uretra, qin, bachadon bo‘yni va perianal sohaning teri va shilliq qavatlarida ekzofit va endofit o‘sishlar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Ushbu kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar orasida eng keng tarqalganlardan biri bo‘lib, yuqori kontagiozlik va residivlanuvchi kechishga moyilligi bilan ajralib turadi.
Infeksiyalanish asosan jinsiy aloqa orqali, kamroq hollarda esa teri va shilliq qavatlarda mikrojarohatlar mavjud bo‘lganda kontakt-maishiy yo‘l bilan yuz beradi. Klinik ko‘rinishlar yakka papillomatoz hosilalardan tortib, bir nechta konglomeratlargacha bo‘lishi mumkin bo‘lib, ular jismoniy noqulaylik, psixologik zo‘riqish va bemor hayot sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

Anogenital so‘gallarning aksariyati yaxshi sifatli bo‘lishiga qaramay, odam papilloma virusi infeksiyasining persistensiyasi o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, xavf omillarini baholash va infeksiya tarqalishini hamda asoratlar rivojlanishini oldini olish maqsadida adekvat davolashni talab qiladi. Mazkur klinik protokol anogenital so‘gallarni tashxislash, davolash va profilaktika qilishga oid yondashuvlarni dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillari asosida unifikasiya qilish maqsadida ishlab chiqilgan.
Destruksiya yoki xirurgik kesib olib tashlash usullari anogenital (venerik) so‘gallarni yo‘q qiladi, ammo ushbu usullarning hech biri residiv xavfini to‘liq bartaraf etmaydi, chunki o‘simtalarni olib tashlash ularning rivojlanishiga sabab bo‘lgan OPVni to‘liq yo‘q qilmaydi.
Hech bir davolash usuli universal emasligi sababli, kombinirlangan terapiya qo‘llanilishi mumkin.
Anogenital (venerik) so‘gallar bilan assosiasiyalangan OPV aniqlanishi, klinik belgilar mavjud bo‘lmagan holda, hech qanday davolash o‘tkazish uchun ko‘rsatma hisoblanmaydi.

1. Konservativ davolash

- Anogenital (venerik) so‘gallarni yo‘q qilish maqsadida immunomodulyator sifatida qo‘llaniladigan virusga qarshi preparatni tashqi ravishda zararlangan soxaga surtish tavsiya etiladi:

Imiximod 5% mahalliy qo‘llash uchun krem, so‘gallarga yupqa qatlam qilib kuniga 1 maxal, uxlashdan oldin (6–10 soatga) haftasiga 3 marta (kun ora) surtiladi. Ertalab krem teri yuzasidan iliq suv va sovun bilan yuvib tashlanadi. Kurs davomida davolash anogenital (venerik) so‘gallar yo‘qolgunga qadar, lekin 16 haftadan oshmagan holda davom ettiriladi [22–26].
Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)
Izoh: *Preparatni ortiqcha miqdorda qo‘llash yoki uni terida uzoq vaqt saqlash kuchli mahalliy reaksiyani chaqirishi mumkin: qizarish, qichishish, qalinlashish, eroziyalar, pufakchalar yoki gipopigmentasiya ko‘rinishida. [27].*
Dori vositasining shilliq qavatlarga tushishidan saqlanish kerak.
Anogenital (venerik) so‘gallar sunnat terisi varag‘ining ostida joylashgan bo‘lsa, har kuni zararlangan sohani tortib yuvish zarur; fimozning ilk belgilari aniqlanganda davolashni darhol to‘xtatish kerak.
Agar preparatni qo‘llash mahalliy noqulaylik chaqirsa, davolashda bir necha kunlik tanaffus qilish mumkin.
Dori vositasi ochiq yaralar yoki jarohatlar mavjud bo‘lgan teri soxalarida (boshqa medikamentoz yoki xirurgik davolashdan keyin) teri to‘liq bitguncha qo‘llanilmaydi.
Jinsiy aloqa oldidan kremni teri yuzasidan yuvib tashlash kerak.
Klinikaoldi tadqiqotlar teratogenlik xavfi past ekanligini ko‘rsatsa ham homiladorlikda qo‘llash faqat qat'iy ko‘rsatmalar bo‘yicha mumkin[28].
Laktatsiya davrida qo‘llanilganda emizishni to‘xtatish zarur.
Ushbu dori vositasini 18 yoshgacha bo‘lgan shaxslarda qo‘llash qarshi ko‘rsatmalar qatoriga kiritilgan.

- Anogenital (venerik) so‘gallarni olib tashlash maqsadida teriga oldindan applikasion yoki infiltrasion anesteziya qo‘llagan holda destruktiv terapiyaning fizik usullarini qo‘llash tavsiya etiladi:

elektrokoagulyasiya [7, 15, 18, 29-35]
Kattalar uchun - t**avsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2)**
Bolalar uchun - **tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)**
yoki
CO2-lazerli vaporizasiya [7, 15, 18, 36-38]
Kattalar uchun - **tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2)**
Bolalar uchun - **tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)**
yoki

radiochastotali termoablasiya [15, 32, 33, 39-41]
Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)
yoki
kriodestruksiya [29, 31-33, 42, 99]
Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2)

- Ikkinchi qator terapiya sifatida, shuningdek uretrada joylashgan anogenital (venerik) so‘gallarda fotodinamik terapiyani qo‘llash tavsiya etiladi [37, 43, 110, 111].

Bolalar uchun - **tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4)**
Kattalar uchun - **tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2)**
Izoh: *Davolash ta'siri mahalliy anesteziya ostida amalga oshiriladi.*

- Homilador ayollarni 36 haftagacha bo‘lgan muddatda akusher-ginekologlar tomonidan kriodestruksiya, CO_2-lazerli vaporizasiya yoki elektrokoagulyasiya usullari yordamida davolash tavsiya etiladi. Tug‘ruq kanalini to‘sib qo‘yuvchi keng tarqalgan anogenital (venerik) so‘gallar mavjud bo‘lganda yangi tug‘ilgan chaqaloqda respirator papillomatoz rivojlanish xavfini kamaytirish maqsadida operativ tug‘dirish tavsiya etiladi [7, 15, 18, 44].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Kasallikning klinik belgilari qayta paydo bo‘lganda (residivda) interferonlar qo‘llanilishi fonida anogenital (venerik) so‘gallarni takroriy destruksiya qilish tavsiya etiladi [11, 45, 47, 48, 102].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)
Izoh: *Qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomaga muvofiq interferon-alfa-2b saqlovchi preparatlar [45, 47, 48] yoki inson rekombinant interferon-gamma [11, 102] qo‘llaniladi. Shuningdek, inozin pranobeks [47, 59, 60, 117], Solanum tuberosum novdalari polisaxaridlari [61, 64, 106, 107] yoki kartoshka novdalari polisaxaridlari yig‘indisi [61, 63–67, 106], hamda mahalliy antiseptik va dezinfeksiyalovchi vositalar [49–52] yo‘riqnomaga muvofiq qo‘llanilishi mumkin.*

2. Xirurgik davo
Anogenital (venerik) so‘gallarni xirurgik kesib olib tashlashga ko‘rsatma — konservativ va destruktiv davolash usullarining samarasizligi hamda malignizasiyaga shubha hisoblanadi. Malignizasiya xavfi mavjudligi sababli radikal davolashni kechiktirish maqsadga muvofiq emas. Anogenital (venerik) so‘gallarni xirurgik kesib olib tashlash turli usullar bilan: an'anaviy yo‘li bilan, elektroxirurgik yoki radioxirurgik asboblar yordamida, shuningdek jarrohlik CO_2-lazer orqali amalga oshiriladi. Operasiya teriga applikasion yoki infiltrasion anesteziya ostida, anogenital sohada zararlanish maydoni katta bo‘lganda yoki anal kanalda kondilomalar mavjud bo‘lsa — spinal anesteziya ostida o‘tkaziladi. Anogenital (venerik) so‘gallar residivining uchrash chastotasi 17–29% atrofida o‘zgarib turadi [74].

- Bushke–Levenshteyn gigant kondilomasining destruktiv o‘sishi natijasida teri va shilliq qavatlarning keng zararlanishi hollarida o‘tkir usulda xirurgik kesib olib tashlash tavsiya etiladi [15, 32, 33, 41].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)
Izoh: *Bushke–Levenshteyn o‘smasi bo‘lgan bemorlarda jarayonga jalb etilgan to‘qimalarni o‘simta asosidan kamida 0,5 sm chetga chiqib kesib olib tashlash zarur. Bunda ko‘p hollarda katta maydonli nuqsonlar hosil bo‘lib, ular plastik jarrohlik usullarini qo‘llashni talab qiladi (V-Y teri plastikasi, erkin transplantatlardan foydalanish) [75].*

- Anal kanalda kondilomalar mavjud bo‘lganda o‘tkir usulda xirurgik kesib olib tashlash tavsiya etiladi [47, 76, 77]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Anogenital (venerik) so‘gallarni radioto‘lqin xirurgiyasi yordamida olib tashlash tavsiya etiladi [81–83].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Anogenital (venerik) so‘gallarni xirurgik CO_2-lazer yordamida olib tashlash tavsiya etiladi [7].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Uretrada joylashgan anogenital (venerik) so‘gallarni xirurgik CO_2-lazer yordamida olib tashlash tavsiya etiladi [7, 8, 15].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

3. Boshqa davo usullari

Dietoterapiya qo‘llanilmaydi

C 5	PILN Ozonoterapiya

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer
https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

B 3	Qon oqimidagi toksinlar, autoantitanalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar (AIK), yallig‘lanishga qarshi sitokinlarini yo‘q qilish, metabolizmni va buzilgan a'zolar funksiyasini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasini o‘tkazish tavsiya etiladi.

Tibbiy yordamni tashkil etish

Davolash asosan ambulator sharoitda dermatovenerologik profildagi tibbiy tashkilotda o‘tkaziladi. To‘g‘ri ichak shilliq qavatida joylashgan anogenital (venerik) so‘gallar holatida davolash koloproktologik profildagi tibbiy tashkilotda amalga oshiriladi. Ayollar, shu jumladan homiladorlar, bachadon bo‘yni shilliq qavatida keng zararlanishlar bilan anogenital (venerik) so‘gallar bilan murojaat qilganda davolash akusher-ginekologik profildagi tibbiy tashkilotda o‘tkaziladi. Uretra ichida joylashgan anogenital (venerik) so‘gallar holatida esa davolash urologik profildagi tibbiy tashkilotda amalga oshiriladi.

Tibbiyot muassasasiga gospitalizasiya qilish uchun ko‘rsatmalar:

teri va shilliq qavatlarning zararlanishlarida xirurgik kesib olib tashlash va keyinchalik operasiya materialini patologo-anatomik tekshirish maqsadida o‘tkaziladi.

«O‘TKIR UCHLI KONDILOMALAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA

REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Kirish.

Anogenital (venerik) so‘gallar — odam papilloma virusi bilan bog‘liq bo‘lgan virusli kasallik bo‘lib, tashqi jinsiy a'zolar, uretra, qin, bachadon bo‘yni va perianal sohaning teri va shilliq qavatlarida ekzofit va endofit o‘sishlar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Ushbu kasallik jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalar orasida eng keng tarqalganlardan biri bo‘lib, yuqori kontagiozlik va residivlanuvchi kechishga moyilligi bilan ajralib turadi.
Infeksiyalanish asosan jinsiy aloqa orqali, kamroq hollarda esa teri va shilliq qavatlarda mikrojarohatlar mavjud bo‘lganda kontakt-maishiy yo‘l bilan yuz beradi. Klinik ko‘rinishlar yakka papillomatoz hosilalardan tortib, bir nechta konglomeratlargacha bo‘lishi mumkin bo‘lib, ular jismoniy noqulaylik, psixologik zo‘riqish va bemor hayot sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.
Anogenital so‘gallarning aksariyati yaxshi sifatli bo‘lishiga qaramay, odam papilloma virusi infeksiyasining persistensiyasi o‘z vaqtida tashxis qo‘yish, xavf omillarini baholash va infeksiya tarqalishini hamda asoratlar rivojlanishini oldini olish maqsadida adekvat davolashni talab qiladi.
Mazkur klinik protokol anogenital so‘gallarni tashxislash, davolash va profilaktika qilishga oid yondashuvlarni dalillarga asoslangan tibbiyot tamoyillari asosida unifikasiya qilish maqsadida ishlab chiqilgan.

Tibbiy reabilitasiya va sanator-kurort davolash, tibbiy reabilitasiya usullarini, shu jumladan tabiiy davolash omillaridan foydalanishga asoslangan usullarni qo‘llashga tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar
Ko‘p hollarda anogenital (venerik) so‘gallar olib tashlanganidan keyin reabilitasiya talab etilmaydi.

Anogenital (venerik) so‘gallar anorektal soha yoki uretrada joylashga holatlarda jarrohlik olib tashlashdan keyin reabilitasiya ko‘rsatilgan.

Perianal soha va anal kanal anogenital (venerik) so‘gallari bo‘yicha xirurgik davolashni boshdan kechirgan bemorlarda reabilitasiya zarurati ushbu sohalarning xirurgik jarohatlanishi bilan bog‘liq. Ko‘rsatilgan anatomik sohalarda, ayniqsa zararlanish maydoni katta bo‘lganda, operasiyadan keyingi yaralarning ikkilamchi bitishi yiringli-septik asoratlar xavfini keltirib chiqaradi. Operasiyadan keyingi davrda turli darajadagi og‘riq hamda defekasiya va siyish funksiyalarining buzilishi ushbu toifadagi bemorlarda sezilarli ijtimoiy dezadaptasiyaga va hayot sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

Anal kanalda xirurgik aralashuv o‘tkazilgan va perianal sohada keng plastik operasiyalar bajarilgan bemorlarga alohida e'tibor qaratilishi lozim, chunki bunda anal ushlab turish funksiyasi buzilishi mumkin.

Uretrada joylashgan anogenital (venerik) so‘gallarni olib tashlash uzoq muddatli davrda uretra strikturasi shakllanishi bilan kechishi mumkin.
1-bosqich — erta reabilitasiya, xirurgik aralashuvdan keyingi 4–6 kundan 7–10 kungacha. Bu davrda bemor 3–5 kun davomida stasionar reabilitasion davolanishda bo‘ladi, shundan keyin keyingi reabilitasiya 7–14 kun davomida ambulator sharoitda davom ettiriladi.
Reabilitasiyaning 1-bosqichidagi eng muhim vazifalar — oshqozon-ichak tizimi faoliyatini normallashtirish, axlatning me'yoriy konsistensiyasi va defekatsiya chastotasini shakllantirish hisoblanadi. Bundan tashqari, ushbu bosqichda gemostazni nazorat qilish, yara jarayonini kuzatish va operasiyadan keyingi og‘riq sindromini bartaraf etish amalga oshiriladi.

2 bosqich — operasiyadan keyingi 15–45 kunlar davri bo‘lib, reparativ jarayonlarni tezlashtirish, operasiyadan keyingi yaralarni bitirish va oshqozon-ichak tizimi faoliyatini nazorat qilishga qaratilgan. Reabilitasiya yakunlanganligining mezoni — oraliq sohasi, anal kanal va uretradagi operasiyadan keyingi yaralarning to‘liq bitishi hisoblanadi.

- Anogenital (venerik) so‘gallar jarrohlik yo‘li bilan kesib olib tashlanganidan keyin, stasionardan chiqarilgandan so‘ng yara bitishi davrida bemorlarni ambulator-poliklinika bo‘g‘inda koloproktolog, urolog yoki xirurg shifokori kuzatuvida bo‘lishi tavsiya etiladi. [77, 80, 86-88].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- Operasiyadan keyingi 45 kunga kelib to‘liq epitelizasiya kuzatilmasa, yarani uzoq vaqt bitmayotgan deb baholash tavsiya etiladi. Bunday hollarda yara ajralmasining aerob va fakultativ-anaerob mikroorganizmlarga mikrobiologik (kultural) tekshiruvi, spora hosil qilmaydigan anaerob mikroorganizmlarga mikrobiologik (kultural) tekshiruvi, shuningdek fizioterapevt shifokori konsultasiyasi o‘tkazilishi zarur [77, 80].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Anogenital (venerik) so‘gallarda hujayralar atipiyasi belgilari mavjud bo‘lmasa keyingi prognoz yaxshi hisoblanadi. Biroq, destruksiyadan keyin 20–30% bemorlarda residivlar kuzatiladi. O‘smirlar uchun jinsiy hayotdan tiyilish OPV bilan zararlanish profilaktikasining eng ishonchli usuli hisoblanadi [115].

OPV bilan zararlanish xavfi prezervativlarni jinsiy aloqa boshlanishidan oldin to‘g‘ri qo‘llash va jinsiy sheriklar sonini cheklash orqali kamayadi. Garchi ushbu choralar OPV yuqishidan to‘liq himoya qilmasa-da, virusning jinsiy sherikka yuqish xavfini pasaytirishi mumkin.

Quyidagi omillar davolash natijasiga salbiy ta'sir ko‘rsatadi va OPV bilan zararlanish xavfini oshiradi:

1. jinsiy sheriklar sonining ko‘p bo‘lishi (so‘nggi bir yilda 3 tadan ortiq, jinsiy hayot davomida 6 tadan ortiq) [93, 94];
2. anal jinsiy aloqalar, ayniqsa erkaklar bilan jinsiy aloqa qiluvchi erkaklarda [95];
3. hamroh jinsiy yo‘l bilan yuquvchi infeksiyalar, ayniqsa 2 tip oddiy gerpes virusi, sitomegalovirus, xlamidiyalar va genital mikoplazmalar chaqirgan infeksiyalar [96];
4. immuntanqislik holatlari, ayniqsa OIV-indusirlangan immuntanqislik [97];
5. tamaki chekish, chunki sigaret yong‘in mahsulotlari shilliq qavatlarda, jumladan bachadon bo‘yni shilliq qavatida to‘planib, Langergans hujayralarining immun faolligini susaytiradi [98];
6. har ikki jins vakillari tomonidan shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilmaslik va tibbiyot xodimlari tomonidan sanitariya me'yorlarining buzilishi.

Profilaktika va dispanser kuzatuv, profilaktika usullarini qo‘llashga tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.

- Anogenital (venerik) so‘gallarning profilaktikasi maqsadida quyidagilar tavsiya etiladi:
  - aholini OPV yuqish yo‘llari va uning oqibatlari haqida xabardor qilish;
  - tasodifiy jinsiy aloqalarni yo‘qotish;
  - jinsiy aloqalarning barcha turlarida barer kontrasepsiya usullaridan foydalanish;
  - anogenital (venerik) so‘gallar bilan zararlangan bemorlarning jinsiy sheriklarini anogenital (venerik) so‘gallar mavjudligiga tekshirish [15].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

- 9 yoshdan 26 yoshgacha bo‘lgan ayollarda bachadon bo‘yni saratoni va saratonon oldi holatlari, vulva, qin, anal raki hamda anogenital (venerik) so‘gallarning profilaktikasi, shuningdek erkaklarda anal raki va anogenital (venerik) so‘gallarning profilaktikasi maqsadida odam papilloma virusiga qarshi kvadrivalent rekombinant vaksina (6, 11, 16, 18 tiplar)ni qo‘llash tavsiya etiladi [89–92].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)
Izoh:
Vaksinasiyani jinsiy hayot boshlanishidan oldin o‘tkazish tavsiya etiladi. OPV bilan zararlanmagan shaxslarda odam papilloma virusiga qarshi kvadrivalent rekombinant vaksina OPVning 6 va 11 tiplari bilan bog‘liq anogenital (venerik) so‘gallardan deyarli 100% himoyani ta'minlaydi hamda barcha anogenital (venerik) so‘gallarga nisbatan taxminan 83% himoya samaradorligiga ega.

Tavsiya etiladigan vaksinasiya kursi 3 dozadan iborat bo‘lib, (0–2–6 oy) sxema bo‘yicha o‘tkaziladi: birinchi doza — belgilangan kunda; ikkinchi doza — birinchi dozadan 2 oy o‘tgach; uchinchi doza — birinchi dozadan 6 oy o‘tgach.
Tezlashtirilgan vaksinasiya sxemasiga ham yo‘l qo‘yiladi, bunda ikkinchi doza birinchi emlashdan 1 oy o‘tgach, uchinchi doza esa ikkinchi emlashdan 3 oy o‘tgach yuboriladi.
Agar uchta emlash 1 yil davomida amalga oshirilgan bo‘lsa, emlashlar orasidagi interval buzilgan taqdirda ham vaksinasiya kursi tugallangan deb hisoblanadi.
9–13 yoshli shaxslarda preparatni 2 dozali muqobil sxema (0–6 oy) bo‘yicha qo‘llashga ruxsat etiladi. Bunda, agar ikkinchi doza birinchi dozadan 6 oydan oldin yuborilgan bo‘lsa, har doim uchinchi dozani ham kiritish zarur.

QO‘LLANILGAN ADABIYOTLAR

1. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия) Аногенитальные (венерические) бородавки (A63.0)
2. Herrero R., Castellsague X., Pawlita M. International Agency for Research on Cancer multicenter study. Journal of the National Cancer Institute. 2003;95(23):1772–1783.
3. Рахматулина М.Р., Кицак В.Я., Большенко Н.В. Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2013;(6):40–49.
4. Cogliano V., Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F.; WHO International Agency for Research on Cancer. Carcinogenicity of human papillomaviruses. Lancet Oncol. 2005;(6):204.
5. Kreisel KM., Spicknall IH., Gargano JW., et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2018. Sex Transm Dis. 2021;48:208–214.
6. Myers ER., McCrory DC., Nanda K., Bastian L., Matchar DB. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. Am J Epidemiol. 2000;151:1158–1171.
7. Chesson HW., Dunne EF., Hariri S., Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. Sex Transm Dis. 2014;41:660–664.
8. Gilson R., Nugent D., Werner RN., Ballesteros J., Ross J. IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. 2019.
9. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
10. Chesson HW., Ekwueme DU., Saraiya M., Watson M., Lowy DR., Markowitz LE. Estimates of the annual direct medical costs of the prevention and treatment of disease associated with human papillomavirus in the United States. Vaccine. 2012;30:6016–6019.
11. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Результаты деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», в 2019–2021 гг. в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(5):18–33.
12. Рахматулина М.Р., Семененко А.В. Сравнительный анализ методов диагностики и терапии клинических проявлений папилломавирусной инфекции. Вестник дерматологии и венерологии. 2015;(1):46–53.

13. Schlecht HP., Fugelso DK., Murphy RK., et al. Frequency of occult high-grade squamous intraepithelial neoplasia and invasive cancer within anal condylomata in men who have sex with men. Clin Infect Dis. 2010;51:107–110.
14. Maniar KP., Ronnett BM., Vang R., Yemelyanova A. Coexisting high-grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum. Am J Surg Pathol. 2013;37:53–60.
15. Massad LS., Xie X., Darragh T., et al. Genital warts and vulvar intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 2011;118:831–839.
16. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR. 2015;64(3):86–93.
17. Palefsky JM. Anal squamous intraepithelial lesions. 1999;Suppl 1:S42–48.
18. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. 2007.
19. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Revised October 2014.
20. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. и соавт. Инфекции, передаваемые половым путем. МЕДпрессинформ; 2006.
21. Ламоткин И.А., Ушаков И.И., Марди Ш.И. и соавт. Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс. Военно-медицинский журнал. 2015;11:58–60.
22. Shalva Mardi et al. Novel pharmaceutical product MC-Mardil. Int J Immunorehabilitation. 2011;13:142–144.
23. Komericki P., Akkilic-Materna M., Strimitzer T., Aberer W. Imiquimod versus podophyllotoxin. Sex Transm Dis. 2011;38:216–218.
24. Garland SM., et al. Imiquimod 5% cream in women. Int J STD & AIDS. 2006;17:448–452.
25. Schofer H., et al. Imiquimod vs ablative methods. Eur J Dermatol. 2006;16:642–648.
26. Arican O., et al. Imiquimod 5% cream. J Dermatol. 2004;31:627–631.
27. Gotovtseva EP., et al. Optimal frequency of imiquimod. Sex Transm Dis. 2008;35:346–351.
28. Mashiah J., Brenner S. Hypopigmentation by imiquimod. Clin Exp Dermatol. 2008;33:74–76.
29. Briggs GC. Drugs in pregnancy and lactation. 11th ed. 2017.
30. Sherrard J., Riddell L. Clinic-based treatments comparison. Int J STD & AIDS. 2007;18:365–368.
31. Panici PB., et al. Interferon vs diathermocoagulation. Obstet Gynecol. 1989;74:393–397.
32. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. Lancet. 1986;i:208–209.
33. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian consensus guidelines on HPV. 2007.
34. Von Krogh G., et al. European Course on HPV guidelines. Sex Transm Inf. 2000;76:162–168.
35. Leung L. Hyfrecation for nongenital warts. J Fam Med Prim Care. 2013;2(2):141.
36. Stone KM. Podophyllin, cryotherapy, electrodesiccation. Genitourin Med. 1990;66:16–19.
37. Yang C-J., et al. Holmium Laser Treatment. Acta Derm Venereol. 2008;88:136–138.
38. Chen K., et al. Photodynamic therapy vs CO2 laser. Br J Dermatol. 2007;156(3):516–520.
39. Szeimies RM. Photodynamic therapy study. Dermatol Surg. 2009;35:757–764.
40. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Клиническое испытание «Сургитрон». 1998.
41. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мындаева О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. 2000.
42. Buck H.J. Warts (genital). Clinical Evidence. 2010.
43. Gilson RJ., et al. Cryotherapy vs cryotherapy + podophyllotoxin. Sex Transm Inf. 2009;85:514–519.
44. Jorge Pereira B., et al. Consensus on HPV. Rev Int Androl. 2020.
45. Зароченцева Н.В. и соавт. Папилломавирусная инфекция у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(6):75–78.
46. Гомберг М.А., Соловьев А.М. Рекомендации пациентам при отсутствии клинических проявлений. Медицинский совет. 2009;3:12–18.

47. Zouboulis CC., et al. Interferon gamma therapy. Arch Dermatol. 1992;128(10):1413–1414.

- https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31820346ad
- https://doi.org/10.1258/095646206777323512
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17101496/
- https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2004.tb00570.x
- https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31815c1f5a
- https://doi.org/10.1111/j.1365-2230.2007.02594.x
- https://shop.lww.com/Drugs-in-Pregnancy-and-Lactation/p/9781496349620
- https://doi.org/10.1258/095646207780749722
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2474802/
- https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)92273-0
- https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34496-3/fulltext
- https://doi.org/10.1136/sti.76.3.162
- https://doi.org/10.4103/2249-4863.117412
- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1962090/
- https://doi.org/10.2340/00015555-0376
- https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07641.x
- https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2009.01136.x

Anogenital so’gallarni boshqarishda amaliy ko‘nikmalar va kompetensiyalar.

(task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	**BTSYo oila shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish		+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda simptomlar haqidagi bilimlardan foydalanish		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bo‘lgan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezi		+	+
Fizikal ko‘rik			
Teri qoplamining ko‘rigi va toshma elementlarini ta'riflash			+
Tashxis qo‘yish			

Shikoyatlar, ko‘rik va laborator-instrumental tekshiruv natijalariga asoslanib			+
Asosiy laborator tashxislash			
Asosiy laborator tahlillarni buyurish	+ +	+	+
Umumiy qon tahlili		+	+
Zahmni aniqlash uchun skrining testlar (14 yoshdan kattalar uchun)		+	+
Qo’shimcha laborator tekshiruvlar			
OPV uchun PZR			+
Qon bioximik tahlili			+
IFA, IXLA, IFlA usullarida antitelolar			+
Gepatit B, C, OIV uchun tekshiruv			+
Umumiy siydik tahlili			+
Umumiy najas tahlili			+
Tasdiqlovchi testlar (IFR, IFA IgG va IgM, OTIR, PGAR, IXA, Immunoblot IgG va IgM)			+
Mikrobiologik tahlil			+
Mikologik tahlil			+
Gistologik tahlil			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+
Kolposkopiya			+
Anoskopiya			+
Ichki a'zolar UTTi		+	+
Davolash			
Nomedikamentoz davolashni tayinlash kompetensiyasi			+
Medikamentoz davolashni tayinlash kompetensiyasi			+
Profilaktika			
Medikamentoz davoga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiya		+	+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizamt qiladi.

*Ushbu kompetensiyalarga tibbiy hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Anogenital so‘gallar kasalligini boshqarish kompetensiyalari

	Amaliyot hamshirasi	**BTSYo oila shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Anogenital so‘gallar ta'rifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik ta'rifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar ta'rifi			+
Etiologiya, simptomlar va tekshiruvlar (asosiy laborator-instrumental tadqiqotlar) asosida tashxisiy yondashuvni yaratish			+
Asosiy tahlillar interpretasiyasi		+	+
Davolash usulining shakllantirilishi			+
Nomedikamentoz terapiyani tasvirlab bering			+

Medikamentoz terapiyani tasvirlab bering			+
Anogenital so‘gallarda qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta'sir mexanizmi va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling			+
Anogenital so‘gallarning patofiziologik rivojlanish mexanizmini muhokama qiling			+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizmat qiladi.