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

«VIRUSLI SO‘GALLAR»
NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2026



«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDVvaKIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Yu.
«14» fevral 2026 yil.

«VIRUSLI SO’GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2026

«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar:

XKT-10	XKT-11	
V07 https://mkb-10.com/index.php?pid=481	1E81 https://mkb11.online/100922	Oddiy so‘gallar. - ipsimon so‘gallar
		Tovon (kaft-tovon) so‘gallari. - kistoz so‘gallar
		Yassi so‘gallar.

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.	Raxmatullaeva S.N.	JYOYuK va Reproduktiv buzilishlar bo‘limi dermatovenerolog shifokori, t.f.n., k.i.h.	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. Abdullaev Mirlaziz Akbarovich - JYOYuK va Reproduktiv buzilishlar bo‘limi dermatovenerolog shifokori, PhD.

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.n., 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 Ilmiy kengashi 26.02.2026 dagi №2 protokolidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
6. Klinik farmakologlar;
7. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliygohlari o‘qituvchilari;
8. 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: Bullyoz pemfigoidi 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 (musoadjali sifatdagi dalillar yo‘q; barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).

Mundarija

«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI ……4
«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI ……...18
«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL ……...……26

Qisqartmalar ro‘yxati

XKT	Xalqaro kasalliklar tasniflanishi
OIV	Odam immuntanqis virusi
OPV	Odam papilloma virusi
PZR	Polimeraz zanjirli reaksiya
DNK	dezoksiribonuklein kislotasi
DV XPN	Dori vositalarining xalqaro patentlanmagan nomlanishi
Ig	immunoglobulin
MPR	mikropresipitasiya reaksiyasi
KBR	komplement bog‘lovchi reaksiya
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

Virusli so‘gallar (verrucae) – odam papilloma viruslari (OPV) bilan bog‘liq bo‘lgan va dermaning reaktiv o‘zgarishlari bilan kechuvchi epidermal tugunchalarning paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadigan terining yaxshi sifatli proliferativ kasalligidir. Odam papilloma virusi (OPV) – ma'lum bo‘lgan 200 ta virusdan iborat guruhning umumiy nomidir. Ko‘pchilik odamlarda ular bezovtalik tug‘dirmaydi, biroq yuqori xavfga ega ayrim virusotiplar bilan zararlanish tez-tez uchraydi va anogenital so‘gallar yoki saraton rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Odamlarning 90% ida organizm ushbu infeksiyani mustaqil ravishda bartaraf etadi. OPV ning yuqori xavfli turlari bilan persistirlovchi infeksiya bachadon bo‘yni saratonining asosiy sababi hisoblanadi hamda vulva, qin, og‘iz bo‘shlig‘i/hiqildoq, jinsiy a'zo va anus saratoni bilan ham assosiatsiyalanadi [1]. Odatda OPV infeksiyasi davolashsiz ham spontan ravishda bartaraf bo‘ladi. Ayrim hollarda OPV bilan zararlanish anogenital so‘gallar paydo bo‘lishiga olib keladi. Boshqa hollarda esa u anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirib, keyinchalik ularning saratonga aylanishiga sabab bo‘lishi mumkin. OPV keltirib chiqaradigan onkologik kasalliklarni vaksinasiya yordamida oldini olish mumkin. Vaksina tarkibida tirik virus yoki uning DNK si mavjud emas, shuning uchun u saraton yoki OPV bilan bog‘liq boshqa kasalliklarni keltirib chiqara olmaydi. OPV ga qarshi vaksina OPV infeksiyasini yoki u keltirib chiqargan kasalliklarni davolash uchun emas, balki onkologik kasalliklar rivojlanishining oldini olish maqsadida qo‘llaniladi.

Virusli so‘gallar terining eng keng tarqalgan infeksion patologiyalaridan biri bo‘lib, uzoq davom etuvchi va qaytalanishga moyil kechishi bilan tavsiflanadi. Teri papillomavirus infeksiyasining klinik ko‘rinishlari bolalar va o‘smirlarda 3–9% hollarda, kattalarda esa 28–30% hollarda kuzatiladi. Ushbu patologiyaning uchrash chastotasi bilan irqiy yoki gender mansubligi o‘rtasida ishonchli korrelyatsion bog‘liqlik aniqlanmagan. Taxminan 38–42% odamlarda OPV tashqi ko‘rinishidan sog‘lom terida ham tashuvchilik holatida aniqlanadi [4].

2.Ta'rifi va kasallanish

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi – odam papilloma viruslari (OPV) bo‘lib, ular *Papavaviridae* oilasining DNK saqlovchi viruslar guruhiga kiradi. OPV ning ayrim turlari teri qoplamining muayyan topografik sohalarini infisirlab, terida o‘ziga xos shikastlanishlarni keltirib chiqarishi aniqlangan. OPV ning ba'zi turlari epiteliyning yomon sifatli o‘smalari rivojlanish xavfi bilan bog‘liq; kanserogen potensialiga qarab ular past onkogen xavfli va yuqori onkogen xavfli turlarga bo‘linadi.
OPV infeksiyasining klinik va gistologik xususiyatlari individual sezuvchanlikka (masalan, immunitet tanqisligi bo‘lgan bemorlarda), shikastlanish joyiga va OPV turiga qarab farq qiladi. OPV infeksiyasining gistologik xususiyatlari gematoksilin va eozin bilan bo‘yalgan kesimlarda juda oson aniqlanadi. Virusli so‘gallarning eng ko‘p uchraydigan sababchilari OPV 1, 2, 3 va 4 turlari hisoblanadi. Kamroq hollarda OPV 7, 10 hamda OPV 26–29 turlari aniqlanadi [2,3]. OPV infeksiyasining klinik va gistologik xususiyatlari individual sezuvchanlikka (masalan, immunitet tanqisligi bo‘lgan bemorlarda), shikastlanish joyiga va OPV turiga qarab farq qiladi.
Virusning yuqishi kontakt-maishiy yo‘l bilan, shuningdek, epiteliy shikastlangan joylarda avto- yoki geteroinokulasiya orqali yuz berishi mumkin. OPV bilan zararlanish xavfi qator omillarga bog‘liq bo‘lib, ular qatoriga zararlanish o‘choqlari joylashuvi, OPV miqdori (virus yuklamasi), infeksiya bilan kontakt darajasi va tabiati, shuningdek umumiy va mahalliy immunitet holati kabi omillar kiradi. Teri va shilliq qavatlarda mikrojarohatlar va yallig‘lanish jarayonlari bo‘lishi yuqish ehtimolini oshiradi. Bazal qatlam hujayralarida virus uzoq vaqt latent holatda saqlanishi mumkin. Virus rivojlanishi uchun qulay sharoit tug‘ilganda epiteliyda OPV replikasiya jarayoni boshlanadi, bu hujayralar differensirovkasining buzilishi va morfologik o‘zgargan to‘qimalar shakllanishiga olib keladi.
Odam papilloma viruslari (OPV) to‘qima spesifikligiga ega – ya'ni ayrim OPV turlari muayyan topografik hududlarni zararlay oladi. Odatda, OPV 1, 2 va 4 turlari odatda tovon so‘gallarida aniqlanadi; OPV 60 turi qo‘l panjasi so‘gallarida kuzatiladi; OPV 1, 2, 4, kamroq hollarda OPV 26–29 turlari – oddiy so‘g‘allarda, immuniteti past bemorlarda esa OPV 75–77 turlari aniqlanadi; OPV 3 va 10 turlari – yassi so‘gallarda kuzatiladi [4].

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

Kasallik yoki holat tasnifi (kasalliklar yoki holatlar guruhi)
Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST)ning 2018 yilgi teri o‘smalari klassifikasiyasiga muvofiq [3], quyidagilarga ajratiladi:

1. Oddiy so‘gallar.

   - ipsimon so‘gallar

2. Tovon (kaft-tovon) so‘gallari.

   - qo‘l panjasi so‘gallari

3. Yassi so‘gallari.

Kasallikning klinik koʻrinishi xususiyatlariga qarab, quyidagi teri shikastlanish turlari ajratiladi:

- oddiy soʻgallar
- kaft-tovon soʻgallari
- “mozaykasimon” soʻgallar
- kistoz soʻgallar
- yassi soʻgallar
- ipsimon soʻgallar
- «goʻshtchilar» soʻgali
- fokal epitelial giperplaziya
- verrusiform epidermodisplaziya

Sub'ektiv simptomlar:

- teri va/yoki shilliq qavatda tugunchalar koʻrinishidagi yakka yoki koʻplab hosilalarning mavjudligi;
- soʻgallar joylashgan sohalarni bosganda ogʻriqning sezilishi;
- tovon terisi keng zararlanishi va kuchli ogʻriq holatlarida oyoq panjalarining deformasiyasi.

Ob'ektiv simptomlar:

- *oddiy soʻgallar:* koʻplab ogʻriqsiz tugunchalar boʻlib, diametri 0,2–0,5 sm, papillomatoz oʻsiqchalar bilan qoplangan va asosan qoʻl va oyoq panjasi orqa qismida joylashgan boʻladi;
- *kaft-tovon soʻgallari:* zich, ogʻriqli, doirasimon tugunchalar va pilakchalar boʻlib, oyoq panjasi va/yoki qoʻl kafti terisi yuzasida, sogʻlom teri sathi bilan bir sathda joylashadi; yuzasi donador koʻrinishda boʻlib, giperkeratotik qatlam bilan qoplangan; hosilalarning markazida koʻpincha qon tomirlarning trombozlanishidan qora-jigarrang nuqtalar paydo boʻladi, ularning shikastlanishi qonashga olib keladi;
- “*mozaykasimon” soʻgallar:* qoʻl kafti va tovon terisida, koʻpincha oyoqning oldingi qismida joylashgan diffuz giperkeratoz oʻchoqlar boʻlib, koʻpincha chuqur yoriqlar bilan qoplangan.
- *kistoz soʻgallar:* yumshoq konsistensiyali, giperkeratoz va yoriqlar bilan qoplangan tugun koʻrinishidagi hosilalar boʻlib, ichi yorib koʻrilganda oq-sargʻish modda saqlaydi, oyoq panjasining bosadigan yuzasida joylashadi;
- *yassi soʻgallar:* teri tabiiy rangidagi mayda, koʻplab tugunchalar, asosan kaft usti, bilak, yuz va shilliq qavatlarida joylashadi;
- *ipsimon soʻgallar*: ingichka muguzsimon oʻsiqchalar boʻlib, odatda ogʻiz atrofi, burun va koʻz atrofida joylashadi;
- *“goʻshtchilar” soʻgallari:* teri tabiiy rangdagi gipertrofik soʻgalli hosilalar boʻlib, odatda kasbiga koʻra goʻsht bilan ishlovchi odamlarda qoʻl kaft orti va barmoqlarda joylashadi;
- *fokal epitelial giperplaziya:* 0,1–0,5 sm oʻlchamli, och yoki oqish-pushti rangli, gumbazsimon koʻp sonli tugunchalar boʻlib, bir-biri bilan qoʻshilib pilakchalar hosil qiladi; ular lablarning qizil hoshiyasida joylashib, ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatiga, milklar va tilga oʻtadi; asosan tub Amerika aholisi hisoblangan shaxslarda uchraydi;
- *verrusiform epidermodisplaziya* — autosom-resessiv yoʻl bilan nasldan-naslga oʻtadigan kasallik boʻlib, u koʻp sonli pigment dogʻlar va soʻgallar (asosan yassi turdagi) paydo boʻlishi bilan xarakterlanadi. Ular bir-biri bilan qoʻshilib ketishga moyil boʻladi va qoʻl panjasi orqa tomoni, bilak, boldir va yuz terisi boʻylab tarqaladi.

Kasallik yoki holatning klinik koʻrinishi (kasalliklar yoki holatlar guruhi)

Oddiy soʻgallar: 0,2–0,8 sm diametriga ega boʻlgan koʻp sonli ogʻriqsiz papillomatoz tugunchalar, yuzasida giperkeratoz kuzatiladi; ular asosan qoʻl panjasi terisida joylashadi.

Ipsimon so‘gallar – yuzda perioral va periorbital sohalarda, shuningdek burun teshiklari atrofida uchraydigan oddiy so‘gallarning bir turi bo‘lib, ingichka muguzsimon o‘siqchalar bilan xarakterlanadi.

Kaft-tovon so‘gallari: zich, og‘riqli, doirasimon tugunchalar va pilakchalar bo‘lib, oyoq panjasi va/yoki qo‘l kafti terisi yuzasida, sog‘lom teri sathi bilan bir sathda joylashadi; yuzasi donador ko‘rinishda bo‘lib, giperkeratotik qatlam bilan qoplangan; hosilalarning markazida ko‘pincha dermaning gipertrofiyalangan so‘rg‘ichlarida joylashgan tromblangan kapillyarlar qora-jigarrang nuqtalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. So‘gallar periferik o‘sish va bir-biri bilan qo‘shilib ketishga moyil bo‘ladi, bunda ularning o‘lchami 2–4 mm dan 1–3 sm gacha o‘zgarishi mumkin.

Kistoz so‘gallar: yumshoq konsistensiyali, giperkeratoz va yoriqlar bilan qoplangan tugun ko‘rinishidagi hosilalar bo‘lib, ichi yorib ko‘rilganda oq-sarg‘ish modda saqlaydi, oyoq panjasining bosadigan yuzasida joylashadi.

Yassi so‘gallar: teri tabiiy rangidagi mayda, ko‘plab tugunchalar bo‘lib, kattaligi 2-4 mm keladi, asosan yuz, kaft usti va bilakda joylashadi;

Kasallik/holatni tashxislash mezonlari (kasalliklar yoki holatlar guruhi). Tashxislash usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.

Diagnozni/holatni tasdiqlash mezonlari:

1) anamnez ma'lumotlari.
2) fizikal ko‘rik va qator holatlarda dermatoskopik tahlillarning natijalari.
3) terining o‘sma kasalliklari va/yoki terining boshqa kasalliklari bilan differensial diagnostika qilish maqsadida biopsiya materialining patomorfologik tekshiruv natijalari.

Barcha bemorlarda shikoyatlar va anamnezni yig‘ish **tavsiya qilinadi,** bu orqali xavf omillari va davolash taktikasi hamda ikkilamchi profilaktikaga ta'sir qilishi mumkin bo‘lgan omillar aniqlanadi [3].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

1. Shikoyat va anamnez

Kasallik davri bir necha haftadan bir necha yilgacha cho‘zilishi mumkin. Shikoyatlar xarakteri zararlangan sohaga, hosilalar o‘lchami va joylashishiga bog‘liq. Bemorlar quyidagilardan shikaoyat qilishlari mumkin:

- terida yakka yoki ko‘plab joylashgan hosilalarning paydo bo‘lishiga;
- so‘gallar sohasi bosib ko‘rilganda og‘riq kuzatilishiga.

2. Fizikal ko‘rik

Fizikal ko‘rik ma'lumotlari *“Klinik ko‘rinish” bo‘limida* yoritilgan.

3. Laborator diagnostik tahlillar

UQT;

Zahm uchun skrining (tanlov) testlar (KBR, MPR, RPR, IXA, PGAR-sifatiy, IFA lardan bittasi)
PZR usulida OIV ni aniqlash
Biokimyoviy tahlillar kompleksi
IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida antitelolar tahlili
Qonda gepatit B, C, OIV aniqlovchi tahlillar
Umumiy siydik tahlili
Umumiy najas tahlili
Zahm uchun tasdiqlovchi testlar (5 tadan 2 tasi (IXA, PGAR-miqdoriy), IFA (IgM va summar antitanalar), OTIR, Immunoblot IgM, G, IFR (200, abs, S).
Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash maqsadida mikrobiologik tahlil
Mikologik tahlillar
[https://diseases.medelement.com/disease/]

- Teri va/yoki shilliq qavatning boshqa kasalliklaridan differensial diagnostika qilish zarurati tug‘ilganda, biopsiya (yoki operasion) materialini patologo-anatomik tekshiruvdan o‘tkazish **tavsiya qilinadi** [3].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

4. Instrumental diagnostik tahlillar

- Differensial diagnostika qilish zarurati tug‘ilganda, kattalar va bolalarda dermatoskopiya **tavsiya qilinadi** [5,6].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: dermatoskopik tekshiruvda so‘gallarda papillyar chiziqlar, “mozaykasimon” tasvir, papula tipidagi tasvir; tomir komponenti va uning kombinasiyalari (g‘alvirsimon, tikansimon, nuqtali) [6].

- Ichki a'zolar UTTi

5. Boshqa diagnostik tekshiruvlar

- Kasallikning qaytalanuvchi va/yoki avj oluvchi (disseminasiya) holatlarda qonda odam immun tanqis virusi (OIV-1/2)ga qarshi M va G sinf antitanachalari (IgM, IgG) hamda r24 antigenini (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) tekshirish **tavsiya qilinadi** [7].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *teridagi surunkali va qaytalanuvchi virusli infeksiyalar OIV infeksiyasiga tekshirish uchun ko‘rsatma hisoblanadi* [7].

Mutaxassislar bilan maslaxatlashish uchun ko‘rsatmalar

C 4	• Ko‘rsatmalar va yondosh kasalliklar aniqlangan holatlarda, tegishli mutaxassislardan (terapevt/pediatr, ginekolog, immunolog, endokrinolog va h.k.) maslahat olish tavsiya qilinadi.

Jadval-1

Differensial tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash:

Tashxis	Differensial tashxisni asoslash	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Epidermal so‘galli nevus	oddiy so‘g‘allardan farqli ravishda, epidermal so‘galli nevus ko‘pincha yakka bo‘ladi va odatda tug‘ma yoki hayotining birinchi yillardan boshlab paydo bo‘ladi.	Dermatoskopiya Gistologik tahlili	nevus teri sathidan sezilarli darajada ko‘tarilgan, qahvarang rangga ega va ko‘pincha tuk bilan qoplangan bo‘ladi.
Kontagioz mollyusk	ko‘pincha tana va jinsiy a'zolarda joylashadi, kamroq holatlarda kaft va tovonda uchraydi. Toshmalar yarimshar shaklida bo‘lib, yuzasida botiqlik bor; ustidan bosib ko‘rilganda oqish modda chiqadi.	dermatoskopiya	
Qizil yassi temiratki	rangi, ko‘pburchakli shakl, Vikhem to‘ri va milk shilliq qavatida joylashishi bo‘yicha farqlash mumkin.		
Bazalioma	infiltratli asosga ega, chetida – tugunchali elementlardan tashkil topgan tipik periferik chegara, markazida esa botiqlik bo‘lib, usti qaloq bilan qoplangan; uni olib tashlaganda yuzasida yengil qon ketishi mumkin bo‘lgan yaralanish hosil bo‘ladi.	Dermatoskopiya Gistologik tahlili	Yoshi katta odamlarda uchraydi
Kaft va tovon keratodermiyasi	Katta o‘lcham, konus shakli, qatlamlangan muguzsimon massalar atrofida yallig‘lanishning bo‘lishi va o‘choq markazida tromblangan kapillyarlarning qora-qahvarang nuqtalari bo‘lmasligi bilan farqlanadi.	Gistologik tahlil	

Kaft-tovon sifilidlari	odatda ko‘p sonli, og‘riqsiz bo‘lib, chetida epidermis ajralib turadigan zonasi (Bietta yoqachasi) bo‘ladi.	zahm uchun musbat serologik reaksiyalar bilan tasdiqlanadi	
Qadoq	qadoqlar faqat vertikal bosib ko‘rilgandagina og‘riqli bo‘ladi, bunda teri tasviri saqlanib qolinadi	Dermatoskopiyada tromblangan kapillyarlar bo‘lmaydi	papillyar tasvir
Siringoma	ko‘p sonli toshmalar va yarimshar shaklidagi tugunchalar ko‘rinishida namoyon bo‘lib, asosan pastki qovoqda, ko‘zning ichki burchagida, bo‘yin va ko‘krak qafasining oldingi yuzasida joylashadi;		asosan ayollarda uchraydi
Mibelli angiokeratomasi	elementlar rangi to‘q sariq	Gistologiyada keskin kengaygan kapillyarlar aniqlanadi	

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

Jadval-1

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

Farmakoterapevtik guruhi:	**DV XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Dalillar darajasi**
Virusga qarshi vositalar	Imiximod, krem 5%	Haftasiga 3 marotaba uxlashdan oldin qo‘llaniladi va terida tahminan 6-10 soatga qoldiriladi. Davolash genital va perianal kondilomalar yo‘q bo‘lgunga qadar, ammo 16 haftadan ko‘p bo‘lmagan muddat davom ettiriladi.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/virusnye_borodavki.pdf

Jadval-2

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (foydalanish extimoli 100%dan kam):

Farmakoterapevtik guruhi:	**DV XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Dalillar darajasi**
Mahalliy nekrozlovchi vositalar	2-xlorpropion kislotali rux xlorpropionat-2 1.5% li eritma	Vosita plastik shpatel, paxta tampon yoki shisha kapillyar orqali, oldindan 70%li spirt bilan yog‘sizlantirilgan hosila yuzasiga surtiladi. Muolaja teri rangi oq-jigarrangga o‘zgarguncha 1–3 applikasiya ko‘rinishida amalga oshiriladi. Teri rangining o‘zgarishi preparat qo‘llangandan so‘ng 2–3 daqiqa ichida yuz beradi; yaqqol giperkeratoz bo‘lsa – 5–7 daqiqa davom etadi. Bir vaqtning o‘zida hosila konsistensiyasi zichlashadi. Dori vositasining dozasi hosilaning turi, o‘lchami, qattiqligi va giperkeratoz darajasiga bog‘liq bo‘lib, 0,02–0,2 ml gacha bo‘lishi mumkin. Kunlik maksimal doza – 0,2 ml.	C https://diseases.medelement.com/disease
	Mahalliy qo‘llash uchun eritma - fenol trikrezol	Vosita zararlangan sohaga ingichka yog‘och tayoqcha bilan suriladi, bunda vosita teri va shilliq qavatning sog‘lom sohasiga tegmasligi darkor.	C https://diseases.medelement.com/disease
Kombinirlangan dermatotrop vositalar	Salisil kislotasi+Sut kislotasi+Polidokanol	Mahalliy, 1 tomchidan kuniga 1-2 mahal. Kattalar uchun kunlik maksimal doza - 2 g (salisil kislotasi bo‘yicha), bu 10 ml vositaga to‘g‘ri keladi; bolalar uchun - 0.2 g (1 ml vosita). Qadoqlarni davolashda vositani qo‘llashdan oldin iliq suv bilan oyoq vannasini qabul qilish tavsiya qilinadi. Maksimal sutkalik doza qabul qilinganda davolash kursi davomiyligi 1 haftagacha, qadoqlarni davolashda 3-4 kun.	C https://diseases.medelement.com/disease
Immunostimullov-chi vosita	alfa-2b interferon	Zararlangan o‘choqqa (teriga) in'eksiya, kunora 2 000 000 XB dozadagi vosita, davolash kursi uchun 18 000 000.	C https://diseases.medelement.com/disease

		Kattalar, shu jumladan homiladorlar va 7 yoshdan katta bolalar uchun dozasi 500 000 bo‘lgan 1 shamchadan kuniga 2 maxal (har 12 soatda) har kuni 5-10 kun davomida. 7 yoshdan kichik bolalar, shu jumladan gestatsion yoshi 34 haftadan oshgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun – dozasi 150 000 XB bo‘lgan 1 shamchadan kuniga 2 maxal (har 12 soatda) har kuni 5-10 kun davomida. Klinik ko‘rsatmalarga qarab davolash davom ettirilishi mumkin. Davo kurslari orasida 5 kun.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/virusnye_borodavki.pdf
	Inozin pranobeks	Kattalar uchun 500mg li tabletkadan kuniga 2 ta tabletkadan 3 maxal, bolalarga har 5kg tana vazniga kuniga yarim tabletkadan 3-4 maxal 14-28 kun davomida monoterapiya sifatida	C https://diseases.medelement.com/disease
	Izoprinozin	Kuniga 20 ml siropdan 3-4 maxal. Maksimal sutkalik doza 80 ml., davolash 5 kundan 14 kungacha davom etadi. Simptomlar yo‘qolgandan keyin davolash yana 1-2 kun davom etidi.	C https://diseases.medelement.com/disease

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.

«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Kirish.

Virusli so‘gallar (verrucae) – odam papilloma viruslari (OPV) bilan bog‘liq bo‘lgan va dermaning reaktiv o‘zgarishlari bilan kechuvchi epidermal tugunchalarning paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadigan terining yaxshi sifatli proliferativ kasalligidir. Odam papilloma virusi (OPV) – ma'lum bo‘lgan 200 ta virusdan iborat guruhning umumiy nomidir. Ko‘pchilik odamlarda ular bezovtalik tug‘dirmaydi, biroq yuqori xavfga ega ayrim virusotiplar bilan zararlanish tez-tez uchraydi va anogenital so‘gallar yoki saraton rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Odamlarning 90% ida organizm ushbu infeksiyani mustaqil ravishda bartaraf etadi. OPV ning yuqori xavfli turlari bilan persistirlovchi infeksiya bachadon bo‘yni saratonining asosiy sababi hisoblanadi hamda vulva, qin, og‘iz bo‘shlig‘i/hiqildoq, jinsiy a'zo va anus saratoni bilan ham assosiatsiyalanadi [1]. Odatda OPV infeksiyasi davolashsiz ham spontan ravishda bartaraf bo‘ladi. Ayrim hollarda OPV bilan zararlanish anogenital so‘gallar paydo bo‘lishiga olib keladi. Boshqa hollarda esa u anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirib, keyinchalik ularning saratonga aylanishiga sabab bo‘lishi mumkin. OPV keltirib chiqaradigan onkologik kasalliklarni vaksinasiya yordamida oldini olish mumkin. Vaksina tarkibida tirik virus yoki uning DNK si mavjud emas, shuning uchun u saraton yoki OPV bilan bog‘liq boshqa kasalliklarni keltirib chiqara olmaydi. OPV ga qarshi vaksina OPV infeksiyasini yoki u keltirib chiqargan kasalliklarni davolash uchun emas, balki onkologik kasalliklar rivojlanishining oldini olish maqsadida qo‘llaniladi.

Virusli so‘gallar terining eng keng tarqalgan infeksion patologiyalaridan biri bo‘lib, uzoq davom etuvchi va qaytalanishga moyil kechishi bilan tavsiflanadi. Teri papillomavirus infeksiyasining klinik ko‘rinishlari bolalar va o‘smirlarda 3–9% hollarda, kattalarda esa 28–30% hollarda kuzatiladi. Ushbu patologiyaning uchrash chastotasi bilan irqiy yoki gender mansubligi o‘rtasida ishonchli korrelyatsion bog‘liqlik aniqlanmagan. Taxminan 38–42% odamlarda OPV tashqi ko‘rinishidan sog‘lom terida ham tashuvchilik holatida aniqlanadi [4].

1. Konservativ davo

- Bolalar va kattalarni davolash uchun toksik va mahalliy nojo‘ya reaksiyalarni keltirib chiqarmaydigan destruksiyaning fizik usullaridan foydalanish **tavsiya etiladi** [8,9].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Virusli so‘gallarni davolashda yetakchi yo‘nalish destruktiv terapiya hisoblanadi. Ushbu usulning samaradorligi 50–80% ni tashkil etishiga qaramay, ko‘proq qo‘llaniladi, biroq to‘qimalar regenerasiyasidan so‘ng residiv rivojlanish ehtimoli ancha yuqori bo‘lib qoladi. Residiv xavfi ayniqsa keng tarqalgan so‘gallarda (maydoni 2 sm² dan ortiq bo‘lsa), uzoq vaqt davomida mavjud bo‘lgan so‘gallar va kasallik progressiv kechganda — yangi elementlar paydo bo‘lishi va mavjudlarining o‘sishi holatlarida yuqori bo‘ladi. Terapiya usulini tanlashda zararlangan o‘choqlarning lokalizasiyasi va maydonini inobatga olish zarur.*

- Bolalar va kattalarda virusli so‘gallarning klinikasini o‘tkazilgan davolash natijasida kamaytirish **tavsiya etiladi** [8,9].

Kattalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 3)
Bolalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi 5)

- Bolalar va kattalarda virusli so‘gallarning klinikasini kamaytirish maqsadida elektrokoagulyasiya o‘tkazish **tavsiya etiladi** [8,9].

Kattalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 3)
Bolalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi 5)

Izoh: *Virusli so‘gallar elektrokoagulyasiya usulida qavatma-qavat olib tashlanadi. Ushbu maqsadda O‘zbekiston hududida ro‘yxatdan o‘tgan va tibbiyotda qo‘llashga ruxsat etilgan elektrojarrohlik apparatlar qo‘llaniladi. Destruksiya mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Giperkeratotik qatlamlar va so‘gal stromasi, shu jumladan epidermal qismi hamda dermaning reaktiv o‘zgargan chuqur qatlamlari destruksiyaga uchraydi. To‘qima detriti/strup xlorgeksidinning suvli eritmasi bilan namlangan dokali tampon yordamida olib tashlanadi. To‘qimalarning lateral giperkoagulyasiya sohalari qaychi bilan olib tashlanadi. Bemor yara yuzasini «Antiseptiklar va dezinfeksiya qiluvchi vositalar» D08A guruhiga kiruvchi dori vositalari eritmalari bilan ishlov berib turadi. Yarani shikastlantirishdan va suv bilan kontaktdan saqlash, shuningdek, bitish jarayoni tugagunga qadar strup/qaloqni mustaqil ravishda olib tashlamaslik lozim.*

- Kattalar va bolalarda so‘gallarning klinikasini kamaytirish maqsadida teri to‘qimasining lazer destruksiyasini o‘tkazish **tavsiya etiladi** [8,9].

Kattalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 3)
Bolalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Yarimo‘tkazgich (diodli) lazer, SO2 va erbiy lazerlar qo‘llaniladi. So‘gallar qavatma-qavat olib tashlanadi. Lazer destruksiyasini kvant nurlanishini impulsli generatsiya rejimida o‘tkazish lozim (chuqur koagulyasion nekrozning oldini olish maqsadida). O‘zbekiston hududida ro‘yxatdan o‘tgan va tibbiyotda qo‘llashga ruxsat etilgan lazer apparatlari qo‘llaniladi. Destruksiya mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Giperkeratotik qatlamlar va so‘gal stromasi, shu jumladan epidermal qismi hamda dermaning reaktiv o‘zgargan chuqur qatlamlari destruksiyaga uchraydi. Lazer apparati turiga qarab ta'sir kontakt yoki kontaktsiz usulda, skanerlovchi harakatlar orqali amalga oshiriladi. To‘qima detriti/strup xlorgeksidinning suvli eritmasi bilan namlangan dokali tampon yordamida olib tashlanadi. To‘qimalarning lateral giperkoagulyasiya uchastkalari qaychi bilan olib tashlanadi [8, 11, 12]. Bemor yara yuzasini «Antiseptiklar va dezinfeksiya qiluvchi vositalar» D08A guruhiga kiruvchi dori vositalari eritmalari bilan ishlov berib turadi. Yarani shikastlantirishdan va suv bilan kontaktdan saqlash, shuningdek, bitish jarayoni tugagunga qadar strup/qaloqni mustaqil ravishda olib tashlamaslik lozim.*

- Kattalar va bolalarda virusli so‘gallarning klinikasini kamaytirish maqsadida yuqori chastotali radioto‘lqinli destruksiya o‘tkazilishi **tavsiya etiladi** [13, 14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillar ishonchlilik darajasi – 2)

Izoh: *O‘zbekiston hududida ro‘yxatdan o‘tgan yuqori chastotali radioto‘lqinli jarrohlik apparatlari qo‘llaniladi. Destruksiya mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi. Giperkeratotik qatlamlar va so‘gal stromasi, shu jumladan epidermal qismi hamda dermaning reaktiv o‘zgargan chuqur qatlamlari destruksiyaga uchraydi. Ta'sir kontakt usulda amalga oshiriladi. To‘qima detriti/strup xlorgeksidinning suvli eritmasi bilan namlangan dokali tampon yordamida olib tashlanadi. To‘qimalarning lateral giperkoagulyasiya uchastkalari qaychi bilan olib tashlanadi. Bemor yara yuzasini «Antiseptiklar va dezinfeksiya qiluvchi vositalar» D08A guruhiga kiruvchi dori vositalari eritmalari bilan ishlov beradi. Yarani shikastlantirishdan va suv bilan kontaktdan saqlanish, shuningdek, bitish jarayoni tugagunga qadar strup/qobiqni mustaqil ravishda olib tashlamaslik lozim.*

- Virusli so‘gallarni destruksiya qilish uchun selektiv fototermoliz prinsipiga asoslangan lazer apparatlarini (neodim lazer, impulsli bo‘yoqli lazer) qo‘llash **tavsiya etilmaydi** [15-20].

Kattalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2) Bolalar uchun Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4)

Izoh: *Impulsli bo‘yoqli lazer dermaning so‘rg‘ichsimon qatlamidagi kengaygan kapillyarlarni tanlab destruksiyaga uchratadi. Randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarda 37 nafar bemorda 14 hafta davolashdan so‘ng impulsli bo‘yoqli lazer va plasebo o‘rtasida sezilarli farq aniqlanmagan.*

- Virusli so‘gallarning klinikasini kamaytirish maqsadida kriodestruksiya o‘tkazish **tavsiya etiladi** [21-25].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

Izoh: *Patologik hosilani muzlatish suyuq azot yordamida amalga oshiriladi. Apparatli va qo‘lda («qamish» usuli — yog‘och asosdagi paxta tampon bilan) kriodestruksiya qo‘llaniladi. Dastlab, ayniqsa tovon so‘gallarini davolashda, yuza giperkeratotik qatlamlarni olib tashlash zarur. Sovutilgan kriozond teri yuzasiga perpendikulyar holda qo‘yiladi va mahkam bosiladi. Ekspozisiya 1–2 mm li kriohoshiya paydo bo‘lguniga qadar 1–5 daqiqa davom etadi. Tekis va oddiy so‘gallarni destruksiya qilishda bir siklli usul qo‘llaniladi, tovon so‘gallarida esa «olimpiya halqalari» usuli va ikki siklli usul qo‘llaniladi. Takroriy kriota'sir 7–14 kundan so‘ng o‘tkaziladi, davolashning umumiy davomiyligi 4 oydan oshmasligi lozim [21].*

- Kattalarda virusli so‘gallarni olib tashlash va residivni oldini olish maqsadida (monoterapiya sifatida yoki destruksiya usullari bilan birgalikda) imiximod 5% kremini tashqi qo‘llash uchun zararlangan joyga yupqa qatlam qilib surtish **tavsiya etiladi** [31, 32, 33].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

Izoh: *Krem virusli so‘gallar yuzasiga (jumladan oddiy, tovon, tekis va tirnoq atrofidagi) yupqa qatlam qilib sutkasiga 1 maxal, uxlashdan oldin (6–10 soatga) haftasiga 3 marotaba (kunora) surtiladi. Ertalab krem iliq suv va sovun bilan yuvib tashlanadi.*
Kattalarda zararlangan soha oldindan keratolitik vosita bilan ishlov beriladi. Dori vositasini ortiqcha miqdorda qo‘llash yoki teri bilan uzoq vaqt kontaktda bo‘lishi yaqqol ifodalangan mahalliy reaksiyalarga olib kelishi mumkin: qizarish, ta'sirlanish, infiltrasiya, eroziyalar, pufakchalar yoki gipopigmentasiya. [34,35].

- Bolalarga (chaqaloqlik davri – qo‘llash uchun qarshi ko‘rsatma) va kattalarga (18 yoshdan kattalar) to‘g‘ridan-to‘g‘ri fizik destruksiya o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar, uni rad etish yoki uni amalga oshirish imkoniyati bo‘lmagan hollarda, salisil kislota + sut kislotasi + Polidokanol kombinasiyasi bilan destruksiya o‘tkazish **tavsiya etiladi.** [25].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5).

Izoh: *dori vositasi mahalliy qo‘llaniladi, sutkasiga 1–2 maxal, har bir zararlangan sohaga 1 tomchidan surtiladi. Kattalar uchun maksimal sutkalik doza – 2 g (salisil kislota bo‘yicha), bu 10 ml preparatuga to‘g‘ri keladi. Bolalar uchun – 0,2 g (1 ml preparat). Maksimal sutkalik dozalarda davolash kursi 1*

haftadan ortiq bo‘lmasligi lozim. Bolalarni davolashda bir vaqtning o‘zida bir necha teri sohalariga ishlov berishdan saqlanish kerak.

- Kattalarga (18 yoshdan kattalar) to‘g‘ridan-to‘g‘ri destruksiya o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar yoki uni rad etish holatlarida tashqi qo‘llanish uchun ferezol (eritma) qo‘llash **tavsiya etiladi.** [4, 26].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5).

Izoh: *Ferezol faqat mahalliy qo‘llash uchun mo‘ljallangan. Dori vositasi aynan ishlov berilayotgan joyning o‘ziga kichik yupqa yog‘och tayoqcha yordamida surtiladi va atrofdagi sog‘lom teri va shilliq qavatlarga tushishiga yo‘l qo‘yilmasligi kerak. Ipsimon so‘gallarga ferezol bir marta surtiladi. Kichik so‘gallar (2–3 mm) preparat bilan 3–4 marta, har safar surtilgandan keyin suyuqlik qurishi uchun tanaffus qilib ishlov beriladi.*
Ferezolni qo‘llashdan oldin qo‘llardagi qattiq muguzlangan yuzadagi va tovon so‘gallaridagi muguz qatlamlarni olib tashlash zarur. Buning uchun bir necha soat davomida keratolitik ta'sirga ega bo‘lgan qadoq va so‘gallarga qarshi vositalar okklyuzion bog‘lam ostida qo‘llaniladi. Shundan so‘ng teri 10–15 daqiqa davomida sovun va soda qo‘shilgan issiq suvda bug‘lantiriladi va muguz qatlamlar (manikyur qaychi yoki qisqichlar bilan) olib tashlanadi.
Quritilgan teriga ferezol bir necha marotaba har safar 3–4 daqiqalik tanaffus bilan surtiladi. Qo‘l va tovondagi so‘gallarga ferezol eritmasi 7–10 marta, 3–4 daqiqalik interval bilan qo‘llaniladi. Atrofdagi terini kuydirmaslik uchun vositani ko‘p marotaba qo‘llangan holatlarda yo‘riqnoma talablariga qat'iy rioya qilish zarur.

- Tarqalgan so‘gallar, so‘gallarning uzoq vaqt persistensiyalanishi, kasallikning progressiv va qaytalanuvchi kechishi holatlarida, yuqori qaytalanish xavfi bo‘lgan katta yoshli bemorlarda interferon alfa-2b ni o‘choq ichi (teri ichi)ga kiritish **tavsiya etiladi** [4, 27].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 4).

Izoh: *Interferon alfa-2b dori vositasining qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida virusli so‘gallarni davolash dori vositasining qo‘llash uchun ko‘rsatmalari qatoriga kiritilmagan. Interferon alfa-2b ni o‘choq ichi (teri ichi)ga kiritish mustaqil davolash usuli sifatida yoki virusli so‘gallarning kompleks terapiyasi tarkibida (destruktiv terapiyadan oldin) qo‘llanilishi mumkin.*
Dori vositasining o‘choq ichi (teri ichi)ga in'eksiyasi har ikki kunning birida 2 000 000 XB miqdorida qo‘llaniladi, bir davo kursi uchun qo‘llaniluvchi miqdori 18 000 000 XB ni tashkil qiladi.

- Kattalar va bolalarda (3 yoshdan boshlab) tarqalgan so‘gallar, so‘gallarning uzoq vaqt persistensiyalanishi, kasallikning progressiv va qaytalanuvchi kechishi holatlarida inozin pranobeks bilan immunoterapiya **tavsiya etiladi** [28].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5).

Izoh: *Papillomavirus infeksiyasida kattalarga dori vositasi kuniga 2 tadan tabletka (har biri 500 mg) 3 maxal qo‘llaniladi, bolalarga – har 5 kg tana vazni uchun 1/2 tabletkadan, 14–28 kun davomida kuniga 3–4 maxal monoterapiya shaklida tavsiya etiladi.*

Boshqa davolash turlari

- Elektroxirurgik, lazer (diod va SO2 lazer apparatlari) hamda radioto‘lqinli virusli so‘gallarni destruksiya qilishda, allergik anamnezni oldindan tahlil qilgan holda, infiltrasion og‘riqsizlantirish **tavsiya etiladi.** 2% lidokain eritmasi, ba'zi holatlarda 12 yoshdan katta bolalar uchun 0,5% prokain eritmasi kabi mahalliy anestetiklar qo‘llaniladi [29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 2).

Izoh: *Mahalliy og‘riqsizlantirishda dori vositasini teri ichiga yoki teri ostiga bolyus usulida kiritish usuli qo‘llaniladi, mahalliy anestetikni retrograd yoki antegrad yo‘l bilan kiritish mumkin. Kiritiladigan preparat hajmi kerakli og‘riqsizlanish darajasiga erishish va anestetikning qo‘llanish uchun yo‘riqnomasida tavsiya etilgan miqdoriga muvofiq belgilanadi.*

Davolash maqsadi

- virusli so‘gal destruksiyasi;
- bemorlar hayot sifatini yaxshilash.

Davolash uchun umumiy eslatmalar

Davolash uchun ko‘rsatma virusli so‘gallarning klinik belgilari mavjudligi. Virusli so‘g‘allarni davolashda asosiy yo‘nalish – destruktiv terapiya. Bu usul afzalroq bo‘lib, samaradorligi 50–80% ni tashkil etadi, ammo to‘qimalar qayta tiklanganidan so‘ng residiv rivojlanish ehtimoli yuqori. Residiv xavfi katta so‘gallarda (2 sm² dan katta), tovon so‘g‘allarida va tirnoq atrofi so‘g‘allarida yuqori bo‘ladi.

Terapiya usulini tanlashda zararlangan o‘choqlar joylashuvi va maydoni hisobga olinishi kerak

Virusli so‘gallar destruksiyasi usullari

Fizik usullar

1. *Elektrokoagulyasiya* (B) [8-10]

Virusli so‘gallar elektrokoagulyasiya usuli bilan qatlamma-qatlam olib tashlanadi. Elektr toki ta'siri mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida, igna shaklidagi elektrod uchini so‘gal maydoni bilan yengil kontakti orqali amalga oshiriladi. Destruksiya 2% lidokain eritmasi bilan mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida bajariladi.

2. *Kriodestruksiya* (B) [21-36]

Patologik hosilani muzlatish suyuq azot, azot oksidi yoki karbon dioksidi yordamida amalga oshiriladi. Destruksiya maqsadida yumaloq shaklli, tekis yuzali nasadkalar qo‘llaniladi. Sovuq kriozond terining yuzasiga perpendikulyar ravishda qo‘yilib, qattiq bosiladi. Ekspozisiya 1–5 daqiqani tashkil qiladi. Yassi va vulgar so‘gallarni destruksiya qilishda bir siklli usul qo‘llaniladi, tovon so‘g‘allari uchun esa «olimpiya halqalari» usuli va ikki siklli usuldan foydalaniladi. Takroriy krio-ta'sir 7–10 kundan so‘ng amalga oshiriladi.

3. *Lazerli destruksiya* (B) [19, 37-41].

So‘gallar qatlamma-qatlam olib tashlanadi. Ta'sir kontakt usulida, svetovodning skanerlovchi harakatlari bilan, apparatning uzluksiz rejimida amalga oshiriladi; ekspozisiya so‘galning hajmiga qarab 2–5 soniyadan 2–3 daqiqagacha davom etadi. Lazer ablyasiyasi jarayonida hosil bo‘lgan strup qaychi yordamida kesib olinadi va yaraning tubi qaytadan lazer bilan ta'sirlantiriladi. Destruksiyalangan to‘qimalar spirt yoki vodorod peroksidi eritmasi bilan namlangan doka yordamida tozalanadi. Bemorga yara yuzasini anilin eritmalari (brilliant yashili, fukorsin) bilan kuniga 2–4 maxal ishlov berish, yarani jarohatlamaslik va suv bilan kontaktdan saqlanish, hamda strupni mustaqil olib tashlamaslik tavsiya etiladi. Destruksiya 2% lidokain eritmasi bilan mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida bajariladi.

4. *Radiojarrohlik destruksiyasi* (C) [15, 16]

Ushbu usul 100 kGs dan 105 MGs gacha bo‘lgan turli chastotadagi elektromagnit to‘lqinlarni generasiya qilishga asoslangan. Yuqori quvvatli radioto‘lqin ishchi elektrod orqali to‘qimadan o‘tib, kontakt nuqtasida yengil qizishni keltirib chiqaradi, natijada to‘qima mexanik kuch qo‘llanmasdan va koagulyasiyasiz kesiladi yoki ajratiladi. Destruksiya 2% lidokain eritmasi bilan mahalliy infiltrasion og‘riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi.

<u>Kimyoviy usullar</u>

1. 1*,5% li rux xlorpropionatining 50% 2-xlorpropion kislotasidagi eritmasi* (S) [13,14,24]. Mahalliy qo‘llash uchun mo‘ljallangan eritma so‘gallarga o‘tkir uchli yog‘och shpatel yordamida (diametri 0,1–0,5 sm bo‘lgan hosilalar uchun) yoki shisha kapillyar orqali (diametri 0,5 sm dan katta hosilalar uchun) surtiladi. Vositani qo‘llashdan oldin ishlov berilayotgan yuza 70% spirtli eritma bilan yog‘sizlantiriladi, bu eritmaning yaxshi singishini ta'minlaydi. Eritma to‘qimalar rangi o‘zgargunga qadar suritiladi: yassi so‘gallar bir marta qo‘llangandan 1–3 daqiqa o‘tib kulrang-oq tusga kiradi; vulgar so‘gallar 2–3 marta qo‘llangandan 2–5 daqiqa ichida kulrang-sariq tusga kiradi; tovon so‘gallarida rang deyarli o‘zgarmaydi, ammo 3–5 marta ketma-ket amalga oshirilgan applikasiyadan keyin 5–7 daqiqa o‘tgach yaqqol infiltrasiya kuzatiladi. Klinik samaraga erishish uchun: yassi va vulgar so‘gallarda 1–2 marotaba (7–14 kun interval bilan), tovon so‘gallarida 1–3 marotaba (14–21 kun interval bilan) ishlov berish yetarli hisoblanadi. Har bir ishlov berishdan oldin mumifikasiyalangan to‘qimalarni mexanik usulda olib tashlash tavsiya etiladi. 2-xlorpropion kislotasi va rux xlorpropionati asosidagi kombinirlangan preparat bilan ishlov berish tibbiy xodim tomonidan muolaja xonasi sharoitida amalga oshirilishi lozim. So‘gallar destruksiyasidan keyin suv muolajalarini cheklash va mumifikasiyalanuvchi tuzilmalarni spirtsiz antiseptik eritmalar (xlorgeksidin, miramistin, vodorod peroksidi) bilan ishlov berish tavsiya etiladi.

2. Azot, sirka, shavel va sut kislotalari hamda mis nitrati trigidrati kombinasiyasi (B) [42, 43].

Mahalliy qo‘llash uchun eritma maxsus plastik shpatel yoki shisha kapillyar yordamida, oldindan

spirtli eritma bilan yog‘sizlantirilgan o‘choq yuzasiga surtiladi. So‘gallarga ishlov berish sog‘lom to‘qimalarga tegmasdan, terida joylashgan o‘choqlarda sariq rang, shilliq qavatlarda joylashgan o‘choqlarda esa oq rang paydo bo‘lgunga qadar davom ettiriladi. Tiniq sariq yoki oq rang paydo bo‘lishi ishlov berish yetarli darajada amalga oshirilganini va keyingi mumifikasiya jarayoni ta'minlanishini bildiradi. Bemorlar 3–5 kundan so‘ng qayta nazorat ko‘rigidan o‘tkaziladi, zarur hollarda o‘choqlarga qayta ishlov beriladi (muolajalar orasidagi tanaffus 1–4 haftani tashkil etadi). Maydoni 4–5 sm² dan ortiq yuzani bir vaqtda ishlov berish tavsiya etilmaydi.

C 5	NILI 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	Qondagi toksinlar, autoantitanalar, sirkulyasiyalanuvchi immun komplekslar (SIK), yallig‘lanisholdi sitokinlarni eliminasiya qilish, metabolizmni normallashtirish va organlar funksiyalarini tiklash maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi.

Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkillashtirish
Davolash dermatovenerologik yo‘nalishdagi tibbiyot muassasasi sharoitida ambulator tarzda o‘tkaziladi.
Tibbiyot muassasasiga gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar: Yo‘q.

«VIRUSLI SO‘GALLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISh BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Kirish.

Virusli so‘gallar (verrucae) – odam papilloma viruslari (OPV) bilan bog‘liq bo‘lgan va dermaning reaktiv o‘zgarishlari bilan kechuvchi epidermal tugunchalarning paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadigan terining yaxshi sifatli proliferativ kasalligidir. Odam papilloma virusi (OPV) – ma'lum bo‘lgan 200 ta virusdan iborat guruhning umumiy nomidir. Ko‘pchilik odamlarda ular bezovtalik tug‘dirmaydi, biroq yuqori xavfga ega ayrim virusotiplar bilan zararlanish tez-tez uchraydi va anogenital so‘gallar yoki saraton rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Odamlarning 90% ida organizm ushbu infeksiyani mustaqil ravishda bartaraf etadi. OPV ning yuqori xavfli turlari bilan persistirlovchi infeksiya bachadon bo‘yni saratonining asosiy sababi hisoblanadi hamda vulva, qin, og‘iz bo‘shlig‘i/hiqildoq, jinsiy a'zo va anus saratoni bilan ham assosiatsiyalanadi [1]. Odatda OPV infeksiyasi davolashsiz ham spontan ravishda bartaraf bo‘ladi. Ayrim hollarda OPV bilan zararlanish anogenital so‘gallar paydo bo‘lishiga olib keladi. Boshqa hollarda esa u anomal hujayralar rivojlanishini rag‘batlantirib, keyinchalik ularning saratonga aylanishiga sabab bo‘lishi mumkin. OPV keltirib chiqaradigan onkologik kasalliklarni vaksinasiya yordamida oldini olish mumkin. Vaksina tarkibida tirik virus yoki uning DNK si mavjud emas, shuning uchun u saraton yoki OPV bilan bog‘liq boshqa kasalliklarni keltirib chiqara olmaydi. OPV ga qarshi vaksina OPV infeksiyasini yoki u keltirib chiqargan kasalliklarni davolash uchun emas, balki onkologik kasalliklar rivojlanishining oldini olish maqsadida qo‘llaniladi.

Virusli so‘gallar terining eng keng tarqalgan infeksion patologiyalaridan biri bo‘lib, uzoq davom etuvchi va qaytalanishga moyil kechishi bilan tavsiflanadi. Teri papillomavirus infeksiyasining klinik ko‘rinishlari bolalar va o‘smirlarda 3–9% hollarda, kattalarda esa 28–30% hollarda kuzatiladi. Ushbu patologiyaning uchrash chastotasi bilan irqiy yoki gender mansubligi o‘rtasida ishonchli korrelyatsion bog‘liqlik aniqlanmagan. Taxminan 38–42% odamlarda OPV tashqi ko‘rinishidan sog‘lom terida ham tashuvchilik holatida aniqlanadi [4].

Tibbiy reabilitasiya

O‘tkazilmaydi

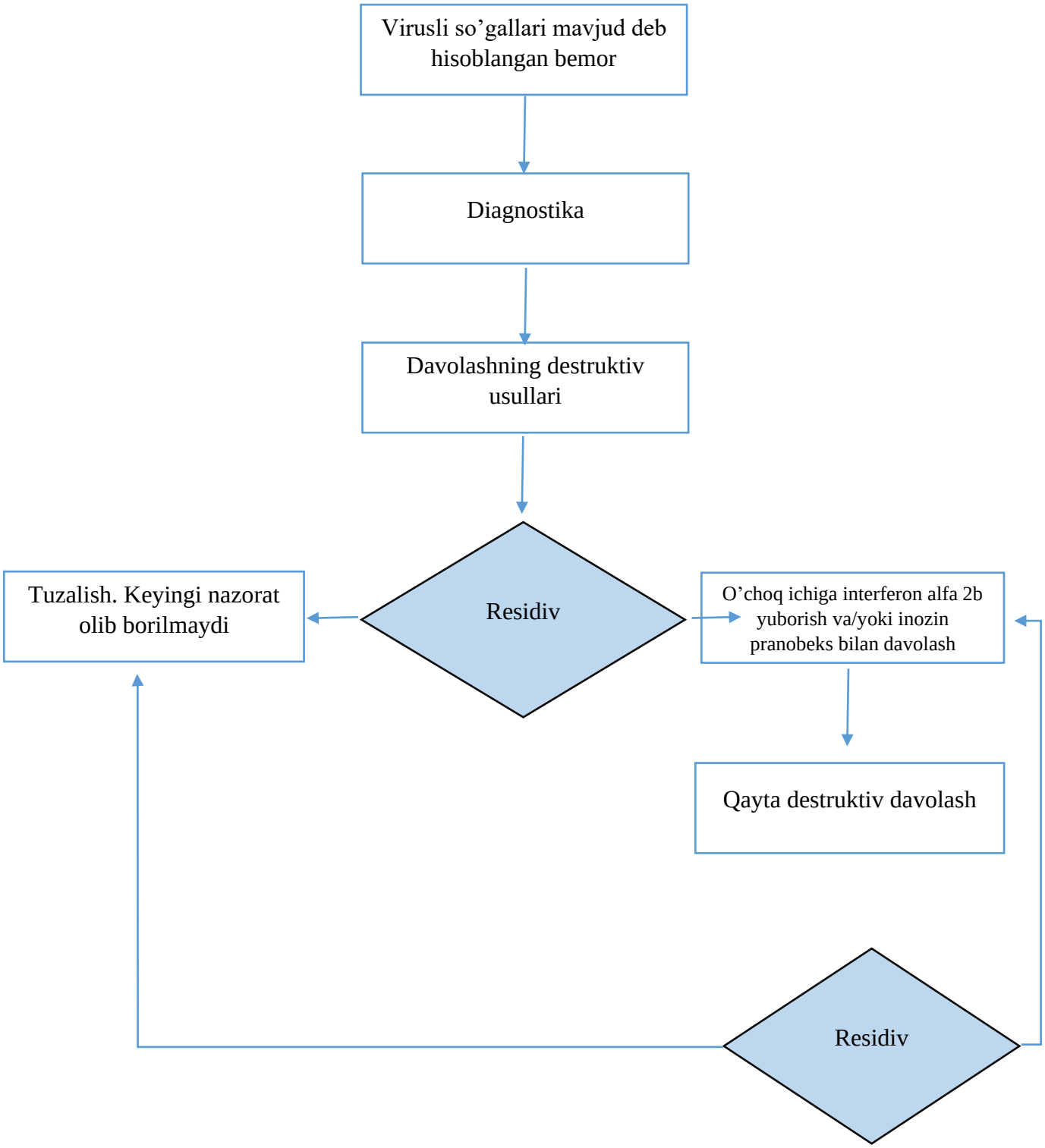
Tibbiy reabilitasiya, reabilitasiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar

- So‘gallar bilan kontaktni istisno qilish, infeksiya yuqishining va so‘gallar rivojlanishining birlamchi profilaktikasi sifatida **tavsiya etiladi** [29].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5).

Izoh: virusli so‘gallarning birlamchi profilaktikasi jamoat joylarga tashrif buyurishda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishni o‘z ichiga oladi — basseynlar, fitnes va sport markazlarida oyoq kiyimsiz yurmaslik, ishlov berish imkonini bo‘lgan homashyodan tayyorlangan poyabzal kiyish, mashq anjomlarida mashg‘ulot paytida kontakt yuzalarining tegishli eritmalar bilan ishlov berilganligini nazorat qilish kabilar shular jumlasidandir.

Shifokor harakatlari algoritmi



ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1 De Martel et al, Lancet Global Health 2019

2 Cardoso JC, Calonje E. Cutaneous manifestations of human papillomaviruses: a review. Acta Dermatovenerologica Alpina, Pannonica, et Adriatica. 2011 Sep;20(3):145-154.

3 Elder DE, Massi D, Scolyer R, Willemze R WHO Classification of Skin Tumours. Fourth Edition. 2018: 470.

4 Хлебникова А.Н., Селезнева Е.В., Дорохина О.В. Лечение вульгарных и подошвенных бородавок. Вестник дерматологии и венерологии. 2015. № 1. С. 122-128.

5 Dong H1, Shu D, Campbell TM, Frühauf J, Soyer HP, Hofmann-Wellenhof R. Dermatoscopy of genital warts. J Am Acad Dermatol. 2011 May;64(5):859-64. doi: 10.1016/j.jaad.2010.03.028. Epub 2011 Mar 22.

6 Панкратов В.Г., Ревотюк А.А., Панкратов О.В. Дерматоскопическая картина некоторых распространенных дерматозов// МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ2012

7 Елькин В. Д., Коберник М. Ю., Микова О. Е., СПИД-индикаторный дерматологический синдром у вич`инфицированного пациента // Пермский медицинский журнал, 2015; 5 том XXXII № 1: С. 131 – 134.

8 Штиршнайдер Ю.Ю., Волнухин В.А. Сравнительная оценка эффективности лечения больных обыкновенными бородавками деструктивными методами. Вестник дерматологии и венерологии, 2012; 5: 65—70.

9 Мазитова Л.П., Асламазян Л.К.,. Намазова Л.С, Шаипов Т.С. Особенности клинического течения, диагностика и подходы к терапии папилломавирусной инфекции в детском возрасте // ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ/ 2006/ ТОМ 3/ № 6. С. 51-54.

10 Halasz CL. Treatment of common warts using the infrared coagulator. J Dermatol Surg Oncol. 1994 Apr; 20(4):252-6.

11 Nguyen J, Korta DZ, Chapman L, Kelly KM. Laser Treatment of Nongenital Verrucae: A Systematic Review. JAMA Dermatol. 2016 Apr 27. doi: 10.1001

12 Oni G, Mahaffey PJ. Treatment of recalcitrant warts with the carbon dioxide laser using an excision technique. J Cosmet Laser Ther. 2011 Oct; 13(5):231-6.

13 Юцковская Я.А., Кусая Н.В. Метод радиохирургии в комплексном лечении вирусных бородавок. Современные наукоемкие технологии. 2004. № 5. С. 77-78.

14 Khandelwal K, Bumb RA, Mehta RD, Ghiya BC, Satoskar AR. Long-term efficacy of radiofrequency ablation in treatment of common and palmo-plantar warts. Australas J Dermatol. 2013 Nov;54(4):307-9.

15 King-fan Loo S, Yuk-ming Tang W. Clinical Evidence. Warts (non-genital).September24,2009http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/skd/1710/1710.jsp (subscription required). Accessed March 4, 2011.

16 Robson KJ, Cunningham NM, Kruzan KL, et al. Pulsed-dye laser versus conventional therapy in the treatment of warts: a prospective randomized trial. J Am Acad Dermatol. 2000;43(2 pt 1):275–280.

17 Han TY, Lee JH, Lee CK et al. Long-pulsed Nd:YAG laser treatment of warts: report on a series of 369 cases. J Korean Med Sci 2009; 24:889–93.

18 Kopera D. Verrucae vulgares: flashlamp-pumped pulsed dye laser treatment in 134 patients. Int J Dermatol. 2003;42(11):905–908.

19 Bingol UA, Cömert A, Cinar C. The Overlapped Triple Circle Pulse Technique with Nd:YAG Laser for Refractory Hand Warts. Photomed Laser Surg. 2015 Jun; 33(6):338-42.

20 Kimura U, Takeuchi K, Kinoshita A, Takamori K, Suga Y. Long-pulsed 1064-nm neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser treatment for refractory warts on hands and feet. J Dermatol. 2014 Mar; 41(3):252-7.

21 Zimmerman EE, Crawford P. Cutaneous cryosurgery. Am Fam Physician. 2012 Dec 15; 86 (12):1118-24.
22 Bruggink SC, Assendelft WJ. Cryotherapy for plantar warts more costly but no more effective than salicylic acid self-treatment. Evid Based Med. 2012 Oct; 17(5):156-7.
23 Afsar FS, Erkan CD, Karaca S. Clinical practice trends in cryosurgery: a retrospective study of cutaneous lesions. Postepy Dermatol Alergol. 2015 Apr; 32(2):88-93.
24 Ламоткин И. А., Ушаков И. И., Марди Ш. И., Селезнева Е. В., Хлебникова А. Н. Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс в лечении доброкачественных новообразований кожи. Военно-медицинский журнал. 2015. №11. С.58-60.
25 Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Папилломавирусная инфекция кожи: рациональный выбор наружной терапии. Клиническая дерматология и венерология. 2014;12(6):120 125.
26 Беляев В.В., Цветаева Ю.С. Папилломавирусная инфекция (бородавки): аспекты клиники и лечения. Клиническая дерматология и венерология. 2011;9(5):97 101.
27 Баграмова Гаяне Эрнестовна,Седова Татьяна Геннадьевна,Хлебникова Альбина Николаевна Внутриочаговая интерферонотерапия рецидивирующих бородавок//Российский журнал кожных и венерических болезней, 2013. № 1. С. 23-26.
28 Соловьев А.М. Иммунотерапия изопринозином как адьювантный или самостоятельный способ лечения больных папилломавирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2011; 5: 146–151.
29 Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В., Матушевская Ю.И., Коцарева О.Д. Топические местные анестетики в косметологии. Клиническая дерматология и венерология. 2017;16(3):89 96.
30 Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Клаус Фольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пе. С анг.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. – Т.3. – 2013. С. 2095.
31 Grussendorf-Conen EI, et al. Topical 5% imiquimod long-term treatment of cutaneous warts resistant to standard therapy modalities. Dermatology. 2002;205:139-45 https://doi.org/10.1159/000063909
32 Grussendorf-Conen EI, Jacobs S. Efficacy of imiquimod 5% cream in the treatment of recalcitrant warts in children. Pediatr Dermatol. 2002;19:263-266 https://doi.org/10.1046/j.1525-1470.2002.00083.x
33 Micali G, et al. An open label evaluation of the efficacy of imiquimod 5% cream in the treatment of recalcitrant subungual and periungual cutaneous warts. J Dermatolog Treat. 2003;14:233-6. 10.1080/0954663031001676335.
34 Хрянин А.А., Решетников О.В., Лобзев Н.В., Перщетская Е.Б., Эсавулова Л.Т., Гивировский С.Е. Вирус папилломы человека: местная терапия аногенитальных поражений. Клиническая дерматология и венерология 6, 2016, doi: 10.17116/klinderma2016156102-11036.
35 Mashiah J, Brenner S. Possible mechanisms in the induction of vitiligolike hypopigmentation by topical imiquimod. Clin Exp Dermatol
36 Hocutt JE Jr. Skin cryosurgery for the family physician. Am Fam Physician. 1993 Sep 1; 48(3):445-52, 455-6.
37 Fairhurst MV, Roenigk RK, Brodland DG. Carbon dioxide laser surgery for skin disease. Mayo Clin Proc. 1992 Jan; 67(1):49-58.
38 Erdoğan S, Dorittke P, Kardorff B. Pulsed dye laser (FPDL) treatment of a plantar verruca vulgaris and in vivo monitoring of therapy with confocal laser scan microscopy (CLSM). J Dtsch Dermatol Ges. 2013 Aug; 11(8):760-2.
39 Oni G, Mahaffey PJ. Treatment of recalcitrant warts with the carbon dioxide laser using an excision technique. J Cosmet Laser Ther. 2011 Oct; 13(5):231-6.

40 Fernández-Guarino M, Harto A, Jaén P. Treatment of recalcitrant viral warts with pulsed dye laser MAL-PDT. J Dermatolog Treat. 2011 Aug; 22(4):226-8.
41 Sethuraman G, Richards KA, Hiremagalore RN, Wagner A. Effectivenessof pulsed dye laser in the treatment of recalcitrant warts in children. Dermatol Surg. 2010; 36(1):58-65.
42 Burri P. Treatment of naevi and warts by topical chemotherapy with Solcoderm. Dermatologica. 1984; 168 Suppl 1:52-7.
43 Labhardt WC (1984) An overview of clinical experience with solcoderm. Dermatologica 168 [Suppl]: 31

https://www.ismos.ru/guidelines/doc/virusnye_borodavki.pdf

https://diseases.medelement.com/disease

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9825897/

https://swlimo.southwestlondon.icb.nhs.uk/wp-content/uploads/SWL-guidelines-Wart-Guidelines-Final-V1-Oct24.pdf

https://www.stgeorges.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Management-of-Viral-Warts.pdf

https://fsfhg.health.wa.gov.au/~/media/HSPs/SMHS/Hospitals/FSFHG/Files/PDF/FSH-Derma-Viral-warts-guidelines.pdf

https://dermnetnz.org/topics/viral-wart

https://www.bad.org.uk/pils/viral-warts-for-parents-and-young-people

https://www.aad.org/public/diseases/a-z/warts-treatment

https://www.rightdecisions.scot.nhs.uk/dermatology-pathways/viral-warts/

Virusli so‘gallarni boshqarishda amaliy ko‘nikmalar va kompetensiyalar

(task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	BTSYo oila shifokori (bakalavr)	Tor mutaxassis
Shikoyat 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 qoplamini ko‘zdan kechirish va toshma elementlarini ta'riflash			+
Tashxis qo‘yish			
shikoyatlar, ko‘rik va laborator-instrumental tekshiruv natijalariga asoslanib			+
Asosiy laborator tashxislash			
Asosiy laborator tahlillarni buyurish:		+	+
Qon umumiy tahlili		+	+
Zaxmni aniqlash uchun skrining testlar (14 yoshdan kattalar uchun)		+	+
Qo‘shimcha laborator tashxislash			
OPV uchun PZR			+
Qon biokimyoviy tahlili			+
IFA, IXLA, IFlA usulida antitanalar			+
Gepatit B, C, OIV uchun qon tahlili			+
Umumiy siydik tahlili			+
Umumiy najas tahlili			+
Zahm uchun tasdiqlovchi testlar (IXA, sifatiy PGAR, IFA IgM, OTIR, Immunoblot, IFR)			+
Mikrobiologik tahlil			+
Mikologik tahlil			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+

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.

Virusli so‘gallarni boshqarish kompetensiyalari

	Amaliyot hamshirasi	**BTSYo oila shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Virusli so‘gallarning 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			+
Virusli so‘gallarda qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta'sir mexanizmi va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling			+
Virusli so‘gallarning patofiziologik rivojlanish mexanizmini muhokama qiling			+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizmat qiladi.