Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2026-йил "22 " майдаги
176-сонли буйруғига
илова

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

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР»
НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2026



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ
директори в.б.
Сабиров У.Ю.
«26» февраль 2026 йил.

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2026

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар:

ХКТ-10	ХКТ-11	
B07 https://mkb-10.com/index.php?pid=481	1E81 https://mkb11.online/100922	Оддий сўгаллар. - ипсимон сўгаллар
		Товон (кафт-товон) сўгаллари. - кистоз сўгаллар
		Ясси сўгаллар.

Протокол ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2026 йил, протоколни қайта кўриб чиқиш санаси 2029 й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Барча тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

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

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
2.	Рахматуллаева С.Н.	ЖЙОЮК ва Репродуктив бузилишлар бўлими дерматовенеролог шифокори, т.ф.н., к.и.ҳ.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
3.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Тақризчилар:

1. Цой Наталья Олеговна - "Остона Тиббиёт Университети" НАЖ дерматовенерология ва дерматокосметология кафедраси доценти, PhD
2. Абдуллаев Мирлазиз Акбарович - ЖЙОЮК ва Репродуктив бузилишлар бўлими дерматовенеролог шифокори, PhD.

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:

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

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., директорнинг илмий ишлар бўйича

ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирнинг биринчи ўринбосари О.С.Имамов, Тиббий суғуртани жорий этиш бошқармаси, Стандартлар ва клиник қўлланмаларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бошқармаси бошчилигида, Стандартлар ва клиник қўлланмаларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бошқармаси бош ва етакчи мутахассислари томонидан ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама протоколидан олинган сана ва рақам:

ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ Илмий кенгаши 26.02.2026 даги №2 протоколидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу протокол мазкур нозологиянинг замонавий диагностика ва даволаш усулларини соғлиқни сақлаш амалиётига кенг жорий этиш учун асосдир.

Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси: Буллёз пемфигоиди билан касалланган беморлар текширувга жалб қилинади.

Далилларга асосланган тиббиёт бўйича далиллик даражаси шкаласи.
Диагностика усуллари учун далиллик даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар)

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

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

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган РКТларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алохида РКТ ва мета-таҳлил қўлланилган РКТлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослантирилиши (клиника олди тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсиялар ишонарлилиги даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

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

Мундарижа

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ ……4
«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ……...18
«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ……...……26

Қисқартмалар рўйхати

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
ОИВ	Одам иммунтанқис вируси
ОПВ	Одам папиллома вируси
ПЗР	Полимераз занжирли реакция
ДНК	дезоксирибонуклеин кислотаси
ДВ ХПН	Дори воситаларининг халқаро патентланмаган номланиши
Ig	иммуноглобулин
МПР	микропреципитация реакцияси
КБР	комплемент боғловчи реакция
ИФР	иммунофлуоресценция реакцияси
ИХА	иммунохроматографик анализ
ОТИР	оқиш трепонема иммобилизация реакцияси
ПГАР	пассив гемагглютинация реакцияси
ИХЛА	иммунохемилюминесцент анализ
ИФлА	иммунофлюоресцент анализ
ИФА	иммунофермент анализ
м/о	мушак орасига
в/и	вена ичига
т/о	тери остига
мг	миллиграмм
кг	килограмм
ПИЛН	пастинтенсив лазер нурланиши

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Вирусли сўгаллар (verrucae) – одам папиллома вируслари (ОПВ) билан боғлиқ бўлган ва дерманинг реактив ўзгаришлари билан кечувчи эпидермал тугунчаларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланадиган терининг яхши сифатли пролифератив касаллигидир. Одам папиллома вируси (ОПВ) – маълум бўлган 200 та вирусдан иборат гуруҳнинг умумий номидир. Кўпчилик одамларда улар безовталик туғдирмайди, бироқ юқори хавфга эга айрим вирусотиплар билан зарарланиш тез-тез учрайди ва аногенитал сўгаллар ёки саратон ривожланишига олиб келиши мумкин. Одамларнинг 90% ида организм ушбу инфекцияни мустақил равишда бартараф этади. ОПВ нинг юқори хавфли турлари билан персистирловчи инфекция бачадон бўйни саратонининг асосий сабаби ҳисобланади ҳамда вулва, қин, оғиз бўшлиғи/ҳиқилдоқ, жинсий аъзо ва анус саратони билан ҳам ассоциацияланади [1]. Одатда ОПВ инфекцияси даволашсиз ҳам спонтан равишда бартараф бўлади. Айрим ҳолларда ОПВ билан зарарланиш аногенитал сўгаллар пайдо бўлишига олиб келади. Бошқа ҳолларда эса у аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириб, кейинчалик уларнинг саратонга айланишига сабаб бўлиши мумкин. ОПВ келтириб чиқарадиган онкологик касалликларни вакцинация ёрдамида олдини олиш мумкин. Вакцина таркибида тирик вирус ёки унинг ДНК си мавжуд эмас, шунинг учун у саратон ёки ОПВ билан боғлиқ бошқа касалликларни келтириб чиқара олмайди. ОПВ га қарши вакцина ОПВ инфекциясини ёки у келтириб чиқарган касалликларни даволаш учун эмас, балки онкологик касалликлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Вирусли сўгаллар терининг энг кенг тарқалган инфекцион патологияларидан бири бўлиб, узоқ давом этувчи ва қайталанишга мойил кечиши билан тавсифланади. Тери папилломавирус инфекциясининг клиник кўринишлари болалар ва ўсмирларда 3–9% ҳолларда, катталарда эса 28–30% ҳолларда кузатилади. Ушбу патологиянинг учраш частотаси билан ирқий ёки гендер

мансублиги ўртасида ишончли корреляцион боғлиқлик аниқланмаган. Тахминан 38–42% одамларда ОПВ ташқи кўринишидан соғлом терида ҳам ташувчилик ҳолатида аниқланади [4].

2.Таърифи ва касалланиш

Касаллик қўзғатувчиси – одам папиллома вируслари (ОПВ) бўлиб, улар *Papavaviridae* оиласининг ДНК сақловчи вируслар гуруҳига киради. ОПВ нинг айрим турлари тери қопламининг муайян топографик соҳаларини инфицирлаб, терида ўзига хос шикастланишларни келтириб чиқариши аниқланган. ОПВ нинг баъзи турлари эпителийнинг ёмон сифатли ўсмалари ривожланиш хавфи билан боғлиқ; канцероген потенциалига қараб улар паст онкоген хавфли ва юқори онкоген хавфли турларга бўлинади.
ОПВ инфекциясининг клиник ва гистологик хусусиятлари индивидуал сезувчанликка (масалан, иммунитет танқислиги бўлган беморларда), шикастланиш жойига ва ОПВ турига қараб фарқ қилади. ОПВ инфекциясининг гистологик хусусиятлари гематоксилин ва эозин билан бўялган кесимларда жуда осон аниқланади. Вирусли сўгалларнинг энг кўп учрайдиган сабабчилари ОПВ 1, 2, 3 ва 4 турлари ҳисобланади. Камроқ ҳолларда ОПВ 7, 10 ҳамда ОПВ 26–29 турлари аниқланади [2,3]. ОПВ инфекциясининг клиник ва гистологик хусусиятлари индивидуал сезувчанликка (масалан, иммунитет танқислиги бўлган беморларда), шикастланиш жойига ва ОПВ турига қараб фарқ қилади.
Вируснинг юқиши контакт-маиший йўл билан, шунингдек, эпителий шикастланган жойларда авто- ёки гетероинокулация орқали юз бериши мумкин. ОПВ билан зарарланиш хавфи қатор омилларга боғлиқ бўлиб, улар қаторига зарарланиш ўчоқлари жойлашуви, ОПВ миқдори (вирус юкламаси), инфекция билан контакт даражаси ва табиати, шунингдек умумий ва маҳаллий иммунитет ҳолати каби омиллар киради. Тери ва шиллиқ қаватларда микрожароҳатлар ва яллиғланиш жараёнлари бўлиши юқиш эҳтимолини оширади. Базаль қатлам ҳужайраларида вирус узоқ вақт латент ҳолатда сақланиши мумкин. Вирус ривожланиши учун қулай шароит туғилганда эпителийда ОПВ репликация жараёни бошланади, бу ҳужайралар дифференцировкасининг бузилиши ва морфологик ўзгарган тўқималар шаклланишига олиб келади.
Одам папиллома вируслари (ОПВ) тўқима спецификлигига эга – яъни айрим ОПВ турлари муайян топографик ҳудудларни зарарлай олади. Одатда, ОПВ 1, 2 ва 4 турлари одатда товон сўгалларида аниқланади; ОПВ 60 тури қўл панжаси сўгалларида кузатилади; ОПВ 1, 2, 4, камроқ ҳолларда ОПВ 26–29 турлари – оддий сўғалларда, иммунитети паст беморларда эса ОПВ 75–77 турлари аниқланади; ОПВ 3 ва 10 турлари – ясси сўгалларда кузатилади [4].

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

Касаллик ёки ҳолат таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)
Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг 2018 йилги тери ўсмалари классификациясига мувофиқ [3], қуйидагиларга ажратилади:

1. Оддий сўгаллар.
   - ипсимон сўгаллар
2. Товон (кафт-товон) сўгаллари.
   - қўл панжаси сўгаллари
3. Ясси сўгаллари.

   Касалликнинг клиник кўриниши хусусиятларига қараб, қуйидаги тери шикастланиш турлари ажратилади:

- оддий сўгаллар
- кафт-товон сўгаллари

- “мозайкасимон” сўгаллар
- кистоз сўгаллар
- ясси сўгаллар
- ипсимон сўгаллар
- «гўштчилар» сўгали
- фокал эпителиал гиперплазия
- верруциформ эпидермодисплазия

Субъектив симптомлар:

- тери ва/ёки шиллиқ қаватда тугунчалар кўринишидаги якка ёки кўплаб ҳосилаларнинг мавжудлиги;
- сўгаллар жойлашган соҳаларни босганда оғриқнинг сезилиши;
- товон териси кенг зарарланиши ва кучли оғриқ ҳолатларида оёқ панжаларининг деформацияси.

Объектив симптомлар:

- *оддий сўгаллар:* кўплаб оғриқсиз тугунчалар бўлиб, диаметри 0,2–0,5 см, папилломатоз ўсиқчалар билан қопланган ва асосан қўл ва оёқ панжаси орқа қисмида жойлашган бўлади;
- *кафт-товон сўгаллари:* зич, оғриқли, доирасимон тугунчалар ва пилакчалар бўлиб, оёқ панжаси ва/ёки қўл кафти териси юзасида, соғлом тери сатҳи билан бир сатҳда жойлашади; юзаси донадор кўринишда бўлиб, гиперкератотик қатлам билан қопланган; ҳосилаларнинг марказида кўпинча қон томирларнинг тромбозланишидан қора-жигарранг нуқталар пайдо бўлади, уларнинг шикастланиши қонашга олиб келади;
- “*мозайкасимон” сўгаллар:* қўл кафти ва товон терисида, кўпинча оёқнинг олдинги қисмида жойлашган диффуз гиперкератоз ўчоқлар бўлиб, кўпинча чуқур ёриқлар билан қопланган.
- *кистоз сўгаллар:* юмшоқ консистенцияли, гиперкератоз ва ёриқлар билан қопланган тугун кўринишидаги ҳосилалар бўлиб, ичи ёриб кўрилганда оқ-сарғиш модда сақлайди, оёқ панжасининг босадиган юзасида жойлашади;
- *ясси сўгаллар:* тери табиий рангидаги майда, кўплаб тугунчалар, асосан кафт усти, билак, юз ва шиллиқ қаватларида жойлашади;
- *ипсимон сўгаллар*: ингичка мугузсимон ўсиқчалар бўлиб, одатда оғиз атрофи, бурун ва кўз атрофида жойлашади;
- *“гўштчилар” сўгаллари:* тери табиий рангдаги гипертрофик сўгалли ҳосилалар бўлиб, одатда касбига кўра гўшт билан ишловчи одамларда қўл кафт орти ва бармоқларда жойлашади;
- *фокал эпителиал гиперплазия:* 0,1–0,5 см ўлчамли, оч ёки оқиш-пушти рангли, гумбазсимон кўп сонли тугунчалар бўлиб, бир-бири билан қўшилиб пилакчалар ҳосил қилади; улар лабларнинг қизил ҳошиясида жойлашиб, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига, милклар ва тилга ўтади; асосан туб Америка аҳолиси ҳисобланган шахсларда учрайди;
- *верруциформ эпидермодисплазия* — аутосом-рецессив йўл билан наслдан-наслга ўтадиган касаллик бўлиб, у кўп сонли пигмент доғлар ва сўгаллар (асосан ясси турдаги) пайдо бўлиши билан характерланади. Улар бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлади ва қўл панжаси орқа томони, билак, болдир ва юз териси бўйлаб тарқалади.

Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)
Оддий сўгаллар: 0,2–0,8 см диаметрига эга бўлган кўп сонли оғриқсиз папилломатоз тугунчалар, юзасида гиперкератоз кузатилади; улар асосан қўл панжаси терисида жойлашади.

Ипсимон сўгаллар – юзда периорал ва периорбитал соҳаларда, шунингдек бурун тешиклари атрофида учрайдиган оддий сўгалларнинг бир тури бўлиб, ингичка мугузсимон ўсиқчалар билан характерланади.

Кафт-товон сўгаллари: зич, оғриқли, доирасимон тугунчалар ва пилакчалар бўлиб, оёқ панжаси ва/ёки қўл кафти териси юзасида, соғлом тери сатҳи билан бир сатҳда жойлашади; юзаси донадор кўринишда бўлиб, гиперкератотик қатлам билан қопланган; ҳосилаларнинг марказида кўпинча дерманинг гипертрофияланган сўрғичларида жойлашган тромбланган капиллярлар қора-жигарранг нуқталар кўринишида намоён бўлади. Сўгаллар периферик ўсиш ва бир-бири билан қўшилиб кетишга мойил бўлади, бунда уларнинг ўлчами 2–4 мм дан 1–3 см гача ўзгариши мумкин.

Кистоз сўгаллар: юмшоқ консистенцияли, гиперкератоз ва ёриқлар билан қопланган тугун кўринишидаги ҳосилалар бўлиб, ичи ёриб кўрилганда оқ-сарғиш модда сақлайди, оёқ панжасининг босадиган юзасида жойлашади.

Ясси сўгаллар: тери табиий рангидаги майда, кўплаб тугунчалар бўлиб, катталиги 2-4 мм келади, асосан юз, кафт усти ва билакда жойлашади;

Касаллик/ҳолатни ташхислаш мезонлари (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи). Ташхислаш усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.
Диагнозни/ҳолатни тасдиқлаш мезонлари:

1) анамнез маълумотлари.
2) физикал кўрик ва қатор ҳолатларда дерматоскопик таҳлилларнинг натижалари.
3) терининг ўсма касалликлари ва/ёки теринг бошқа касалликлари билан дифференциал диагностика қилиш мақсадида биопсия материалининг патоморфологик текширув натижалари.

Барча беморларда шикоятлар ва анамнезни йиғиш **тавсия қилинади,** бу орқали хавф омиллари ва даволаш тактикаси ҳамда иккиламчи профилактикага таъсир қилиши мумкин бўлган омиллар аниқланади [3].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

1. Шикоят ва анамнез

Касаллик даври бир неча ҳафтадан бир неча йилгача чўзилиши мумкин. Шикоятлар характери зарарланган соҳага, ҳосилалар ўлчами ва жойлашишига боғлиқ. Беморлар қуйидагилардан шикаоят қилишлари мумкин:

- терида якка ёки кўплаб жойлашган ҳосилаларнинг пайдо бўлишига;
- сўгаллар соҳаси босиб кўрилганда оғриқ кузатилишига.

2. Физикал кўрик

Физикал кўрик маълумотлари *“Клиник кўриниш” бўлимида* ёритилган.

3. Лаборатор диагностик таҳлиллар

УҚТ;
Заҳм учун скрининг (танлов) тестлар (КБР, МПР, RPR, ИХА, ПГАР-сифатий, ИФА лардан биттаси)
ПЗР усулида ОИВ ни аниқлаш

Биокимёвий таҳлиллар комплекси
ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида антителолар таҳлили
Қонда гепатит В, С, ОИВ аниқловчи таҳлиллар
Умумий сийдик таҳлили
Умумий нажас таҳлили
Заҳм учун тасдиқловчи тестлар (5 тадан 2 таси (ИХА, ПГАР-миқдорий), ИФА (IgM ва суммар антитаналар), ОТИР, Иммуноблот IgM, G, ИФР (200, абс, Ц).
Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш мақсадида микробиологик таҳлил
Микологик таҳлиллар
[https://diseases.medelement.com/disease/]

- Тери ва/ёки шиллиқ қаватнинг бошқа касалликларидан дифференциал диагностика қилиш зарурати туғилганда, биопсия (ёки операцион) материалини патолого-анатомик текширувдан ўтказиш **тавсия қилинади** [3].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

4. Инструментал диагностик таҳлиллар

- Дифференциал диагностика қилиш зарурати туғилганда, катталар ва болаларда дерматоскопия **тавсия қилинади** [5,6].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: дерматоскопик текширувда сўгалларда папилляр чизиқлар, “мозайкасимон” тасвир, папула типидаги тасвир; томир компоненти ва унинг комбинациялари (ғалвирсимон, тикансимон, нуқтали) [6].

- Ички аъзолар УТТи

5. Бошқа диагностик текширувлар

- Касалликнинг қайталанувчи ва/ёки авж олувчи (диссеминация) ҳолатларда қонда одам иммун танқис вируси (ОИВ-1/2)га қарши М ва G синф антитаначалари (IgM, IgG) ҳамда р24 антигенини (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) текшириш **тавсия қилинади** [7].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *теридаги сурункали ва қайталанувчи вирусли инфекциялар ОИВ инфекциясига текшириш учун кўрсатма ҳисобланади* [7].

Мутахассислар билан маслахатлашиш учун кўрсатмалар

С 4	• Кўрсатмалар ва ёндош касалликлар аниқланган ҳолатларда, тегишли мутахассислардан (терапевт/педиатр, гинеколог, иммунолог, эндокринолог ва ҳ.к.) маслаҳат олиш тавсия қилинади.

Жадвал-1

Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Дифференциал ташхисни асослаш	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Эпидермал сўгалли невус	оддий сўғаллардан фарқли равишда, эпидермал сўгалли невус кўпинча якка бўлади ва одатда туғма ёки ҳаётининг биринчи йиллардан бошлаб пайдо бўлади.	Дерматоскопия Гистологик таҳлили	невус тери сатҳидан сезиларли даражада кўтарилган, қаҳваранг рангга эга ва кўпинча тук билан қопланган бўлади.
Контагиоз моллюск	кўпинча тана ва жинсий аъзоларда жойлашади, камроқ ҳолатларда кафт ва товонда учрайди. Тошмалар яримшар шаклида бўлиб, юзасида ботиқлик бор; устидан босиб кўрилганда оқиш модда чиқади.	дерматоскопия	
Қизил ясси темиратки	ранги, кўпбурчакли шакл, Викҳем тўри ва милк шиллиқ қаватида жойлашиши бўйича фарқлаш мумкин.		
Базалиома	инфильтратли асосга эга, четида – тугунчали элементлардан ташкил топган типик периферик чегара, марказида эса ботиқлик бўлиб, усти қалоқ билан қопланган; уни олиб ташлаганда юзасида енгил қон кетиши мумкин бўлган яраланиш ҳосил бўлади.	Дерматоскопия Гистологик таҳлили	Ёши катта одамларда учрайди
Кафт ва товон кератодермияси	Катта ўлчам, конус шакли, қатламланган мугузсимон массалар атрофида яллиғланишнинг бўлиши ва ўчоқ марказида	Гистологик таҳлил	

	тромбланган капиллярларнинг қора-қаҳваранг нуқталари бўлмаслиги билан фарқланади.		
Кафт-товон сифилидлари	одатда кўп сонли, оғриқсиз бўлиб, четида эпидермис ажралиб турадиган зонаси (Биетта ёқачаси) бўлади.	захм учун мусбат серологик реакциялар билан тасдиқланади	
Қадоқ	қадоқлар фақат вертикал босиб кўрилгандагина оғриқли бўлади, бунда тери тасвири сақланиб қолинади	Дерматоскопияда тромбланган капиллярлар бўлмайди	папилляр тасвир
Сирингома	кўп сонли тошмалар ва яримшар шаклидаги тугунчалар кўринишида намоён бўлиб, асосан пастки қовоқда, кўзнинг ички бурчагида, бўйин ва кўкрак қафасининг олдинги юзасида жойлашади;		асосан аёлларда учрайди
Мибелли ангиокератомаси	элементлар ранги тўқ сариқ	Гистологияда кескин кенгайган капиллярлар аниқланади	

4. Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, диетотерапия, оғриқсизлантириш, даволаш усулларини қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Жадвал-1

Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланилиш эҳтимолига эга):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далиллар даражаси**
Вирусга қарши воситалар	Имихимод, крем 5%	Ҳафтасига 3 маротаба ухлашдан олдин қўлланилади ва терида таҳминан 6-10 соатга қолдирилади. Даволаш генитал ва перианал кондиломалар йўқ	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/virusn

		бўлгунга қадар, аммо 16 ҳафтадан кўп бўлмаган муддат давом эттирилади.	ye_borodavki.pdf

Жадвал-2

Асосий дори воситалари рўйхати (фойдаланиш эхтимоли 100%дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далиллар даражаси**
Маҳаллий некрозловчи воситалар	2-хлорпропион кислотали рух хлорпропионат-2 1.5% ли эритма	Восита пластик шпатель, пахта тампон ёки шиша капилляр орқали, олдиндан 70%ли спирт билан ёғсизлантирилган ҳосила юзасига суртилади. Муолажа тери ранги оқ-жигаррангга ўзгаргунча 1–3 аппликация кўринишида амалга оширилади. Тери рангининг ўзгариши препарат қўлланган сўнг 2–3 дақиқа ичида юз беради; яққол гиперкератоз бўлса – 5–7 дақиқа давом этади. Бир вақтнинг ўзида ҳосила консистенцияси зичлашади. Дори воситасининг дозаси ҳосиланинг тури, ўлчами, қаттиқлиги ва гиперкератоз даражасига боғлиқ бўлиб, 0,02–0,2 мл гача бўлиши мумкин. Кунлик максимал доза – 0,2 мл.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Маҳаллий қўллаш учун эритма - фенол трикрезол	Восита зарарланган соҳага ингичка ёғоч таёқча билан сурилади, бунда восита тери ва шиллиқ қаватнинг соғлом соҳасига тегмаслиги даркор.	С https://diseases.medelement.com/disease
Комбинирланган дерматотроп воситалар	Салицил кислотаси+Сут кислотаси+Полидоканол	Маҳаллий, 1 томчидан кунига 1-2 маҳал. Катталар учун кунлик максимал доза - 2 г (салицил кислотаси бўйича), бу 10 мл воситага тўғри келади; болалар учун - 0.2 г (1 мл восита). Қадоқларни даволашда воситани қўллашдан олдин илиқ сув билан оёқ ваннасини қабул қилиш тавсия қилинади. Максимал суткалик доза қабул қилинганда даволаш курси	С https://diseases.medelement.com/disease

		давомийлиги 1 ҳафтагача, қадоқларни даволашда 3-4 кун.	
Иммуностимуллочи восита	альфа-2b интерферон	Зарарланган ўчоққа (терига) инъекция, кунора 2 000 000 ХБ дозадаги восита, даволаш курси учун 18 000 000. Катталар, шу жумладан ҳомиладорлар ва 7 ёшдан катта болалар учун дозаси 500 000 бўлган 1 шамчадан кунига 2 махал (ҳар 12 соатда) ҳар куни 5-10 кун давомида. 7 ёшдан кичик болалар, шу жумладан гестацион ёши 34 ҳафтадан ошган янги туғилган чақалоқлар учун – дозаси 150 000 ХБ бўлган 1 шамчадан кунига 2 махал (ҳар 12 соатда) ҳар куни 5-10 кун давомида. Клиник кўрсатмаларга қараб даволаш давом эттирилиши мумкин. Даво курслари орасида 5 кун.	С https://diseases.medelement.com/disease С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/virusnye_borodavki.pdf
	Инозин пранобекс	Катталар учун 500мг ли таблеткадан кунига 2 та таблеткадан 3 махал, болаларга ҳар 5кг тана вазнига кунига ярим таблеткадан 3-4 махал 14-28 кун давомида монотерапия сифатида	С https://diseases.medelement.com/disease
	Изопринозин	Кунига 20 мл сиропдан 3-4 махал. Максимал суткалик доза 80 мл., даволаш 5 кундан 14 кунгача давом этади. Симптомлар йўқолгандан кейин даволаш яна 1-2 кун давом этиди.	С https://diseases.medelement.com/disease

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

Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

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

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш.

Вирусли сўгаллар (verrucae) – одам папиллома вируслари (ОПВ) билан боғлиқ бўлган ва дерманинг реактив ўзгаришлари билан кечувчи эпидермал тугунчаларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланадиган терининг яхши сифатли пролифератив касаллигидир. Одам папиллома вируси (ОПВ) – маълум бўлган 200 та вирусдан иборат гуруҳнинг умумий номидир. Кўпчилик одамларда улар безовталик туғдирмайди, бироқ юқори хавфга эга айрим вирусотиплар билан зарарланиш тез-тез учрайди ва аногенитал сўгаллар ёки саратон ривожланишига олиб келиши мумкин. Одамларнинг 90% ида организм ушбу инфекцияни мустақил равишда бартараф этади. ОПВ нинг юқори хавфли турлари билан персистирловчи инфекция бачадон бўйни саратонининг асосий сабаби ҳисобланади ҳамда вулва, қин, оғиз бўшлиғи/ҳиқилдоқ, жинсий аъзо ва анус саратони билан ҳам ассоциацияланади [1]. Одатда ОПВ инфекцияси даволашсиз ҳам спонтан равишда бартараф бўлади. Айрим ҳолларда ОПВ билан зарарланиш аногенитал сўгаллар пайдо бўлишига олиб келади. Бошқа ҳолларда эса у аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириб, кейинчалик уларнинг саратонга айланишига сабаб бўлиши мумкин. ОПВ келтириб чиқарадиган онкологик касалликларни вакцинация ёрдамида олдини олиш мумкин. Вакцина таркибида тирик вирус ёки унинг ДНК си мавжуд эмас, шунинг учун у саратон ёки ОПВ билан боғлиқ бошқа касалликларни келтириб чиқара олмайди. ОПВ га қарши вакцина ОПВ инфекциясини ёки у келтириб чиқарган касалликларни даволаш учун эмас, балки онкологик касалликлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Вирусли сўгаллар теринг энг кенг тарқалган инфекцион патологияларидан бири бўлиб, узоқ давом этувчи ва қайталанишга мойил кечиши билан тавсифланади. Тери папилломавирус инфекциясининг клиник кўринишлари болалар ва ўсмирларда 3–9% ҳолларда, катталарда эса 28–30% ҳолларда кузатилади. Ушбу патологиянинг учраш частотаси билан ирқий ёки гендер мансублиги ўртасида ишончли корреляцион боғлиқлик аниқланмаган. Тахминан 38–42% одамларда ОПВ ташқи кўринишидан соғлом терида ҳам ташувчилик ҳолатида аниқланади [4].

1. Консерватив даво

- Болалар ва катталарни даволаш учун токсик ва маҳаллий ножўя реакцияларни келтириб чиқармайдиган деструкциянинг физик усулларидан фойдаланиш **тавсия этилади** [8,9].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *Вирусли сўгалларни даволашда етакчи йўналиш деструктив терапия ҳисобланади. Ушбу усулнинг самарадорлиги 50–80% ни ташкил этишига қарамай, кўпроқ қўлланилади, бироқ тўқималар регенерациясидан сўнг рецидив ривожланиш эҳтимоли анча юқори бўлиб қолади. Рецидив хавфи айниқса кенг тарқалган сўгалларда (майдони 2 см² дан ортиқ бўлса), узоқ вақт давомида мавжуд бўлган сўгаллар ва касаллик прогрессив кечганда — янги элементлар пайдо бўлиши ва мавжудларининг ўсиши ҳолатларида юқори бўлади. Терапия усулини танлашда зарарланган ўчоқларнинг локализацияси ва майдонини инобатга олиш зарур.*

- Болалар ва катталарда вирусли сўгалларнинг клиникасини ўтказилган даволаш натижасида камайтириш **тавсия этилади** [8,9].

Катталар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 3)

Болалар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси 5)

- Болалар ва катталарда вирусли сўгалларнинг клиникасини камайтириш мақсадида электрокоагуляция ўтказиш **тавсия этилади** [8,9].

Катталар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 3)
Болалар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси 5)

Изоҳ: *Вирусли сўгаллар электрокоагуляция усулида қаватма-қават олиб ташланади. Ушбу мақсадда Ўзбекистон ҳудудида рўйхатдан ўтган ва тиббиётда қўллашга рухсат этилган электрожарроҳлик аппаратлар қўлланилади. Деструкция маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Гиперкератотик қатламлар ва сўгал стромаси, шу жумладан эпидермал қисми ҳамда дерманинг реактив ўзгарган чуқур қатламлари деструкцияга учрайди. Тўқима детрити/струп хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан намланган докали тампон ёрдамида олиб ташланади. Тўқималарнинг латерал гиперкоагуляция соҳалари қайчи билан олиб ташланади. Бемор яра юзасини «Антисептиклар ва дезинфекция қилувчи воситалар» D08A гуруҳига кирувчи дори воситалари эритмалари билан ишлов бериб туради. Ярани шикастлантиришдан ва сув билан контактдан сақлаш, шунингдек, битиш жараёни тугагунга қадар струп/қалоқни мустақил равишда олиб ташламаслик лозим.*

- Катталар ва болаларда сўгалларнинг клиникасини камайтириш мақсадида тери тўқимасининг лазер деструкциясини ўтказиш **тавсия этилади** [8,9].

Катталар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 3)
Болалар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: *Яримўтказгич (диодли) лазер, CO2 ва эрбий лазерлар қўлланилади. Сўгаллар қаватма-қават олиб ташланади. Лазер деструкциясини квант нурланишини импульсли генерация режимида ўтказиш лозим (чуқур коагуляцион некрознинг олдини олиш мақсадида). Ўзбекистон ҳудудида рўйхатдан ўтган ва тиббиётда қўллашга рухсат этилган лазер аппаратлари қўлланилади. Деструкция маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Гиперкератотик қатламлар ва сўгал стромаси, шу жумладан эпидермал қисми ҳамда дерманинг реактив ўзгарган чуқур қатламлари деструкцияга учрайди. Лазер аппарати турига қараб таъсир контакт ёки контактсиз усулда, сканерловчи ҳаракатлар орқали амалга оширилади. Тўқима детрити/струп хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан намланган докали тампон ёрдамида олиб ташланади. Тўқималарнинг латерал гиперкоагуляция участкалари қайчи билан олиб ташланади [8, 11, 12]. Бемор яра юзасини «Антисептиклар ва дезинфекция қилувчи воситалар» D08A гуруҳига кирувчи дори воситалари эритмалари билан ишлов бериб туради. Ярани шикастлантиришдан ва сув билан контактдан сақлаш, шунингдек, битиш жараёни тугагунга қадар струп/қалоқни мустақил равишда олиб ташламаслик лозим.*

- Катталар ва болаларда вирусли сўгалларнинг клиникасини камайтириш мақсадида юқори частотали радиотўлқинли деструкция ўтказилиши **тавсия этилади** [13, 14].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далиллар ишончлилик даражаси – 2)

Изоҳ: *Ўзбекистон ҳудудида рўйхатдан ўтган юқори частотали радиотўлқинли жарроҳлик аппаратлари қўлланилади. Деструкция маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Гиперкератотик қатламлар ва сўгал стромаси, шу жумладан эпидермал қисми ҳамда дерманинг реактив ўзгарган чуқур қатламлари деструкцияга учрайди. Таъсир контакт усулда амалга оширилади. Тўқима детрити/струп хлоргексидиннинг сувли эритмаси билан намланган докали тампон ёрдамида олиб ташланади. Тўқималарнинг латерал гиперкоагуляция участкалари қайчи билан олиб ташланади. Бемор яра юзасини «Антисептиклар ва дезинфекция қилувчи воситалар» D08A гуруҳига кирувчи дори воситалари эритмалари билан ишлов беради. Ярани шикастлантиришдан ва сув билан контактдан сақланиш, шунингдек, битиш жараёни тугагунга қадар струп/қобиқни мустақил равишда олиб ташламаслик лозим.*

- Вирусли сўгалларни деструкция қилиш учун селектив фототермолиз принципига асосланган лазер аппаратларини (неодим лазер, импульсли бўёқли лазер) қўллаш **тавсия этилмайди** [15-20].

Катталар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2) Болалар учун Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4)

Изоҳ: *Импульсли бўёқли лазер дерманинг сўргичсимон қатламидаги кенгайган капиллярларни танлаб деструкцияга учратади. Рандомизацияланган клиник тадқиқотларда 37 нафар беморда 14 ҳафта даволашдан сўнг импульсли бўёқли лазер ва плацебо ўртасида сезиларли фарқ аниқланмаган.*

- Вирусли сўгалларнинг клиникасини камайтириш мақсадида криодеструкция ўтказиш **тавсия этилади** [21-25].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: *Патологик ҳосилани музлатиш суюқ азот ёрдамида амалга оширилади. Аппаратли ва қўлда («қамиш» усули — ёғоч асосдаги пахта тампон билан) криодеструкция қўлланилади. Дастлаб, айниқса товон сўгалларини даволашда, юза гиперкератотик қатламларни олиб ташлаш зарур. Совутилган криозонд тери юзасига перпендикуляр ҳолда қўйилади ва маҳкам босилади. Экспозиция 1–2 мм ли криоҳошия пайдо бўлгунига қадар 1–5 дақиқа давом этади. Текис ва оддий сўгалларни деструкция қилишда бир циклли усул қўлланилади, товон сўгалларида эса «олимпия ҳалқалари» усули ва икки циклли усул қўлланилади. Такрорий криотаъсир 7–14 кундан сўнг ўтказилади, даволашнинг умумий давомийлиги 4 ойдан ошмаслиги лозим [21].*

- Катталарда вирусли сўгалларни олиб ташлаш ва рецидивни олдини олиш мақсадида (монотерапия сифатида ёки деструкция усуллари билан биргаликда) имихимод 5% кремини ташқи қўллаш учун зарарланган жойга юпқа қатлам қилиб суртиш **тавсия этилади** [31, 32, 33].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: *Крем вирусли сўгаллар юзасига (жумладан оддий, товон, текис ва тирноқ атрофидаги) юпқа қатлам қилиб суткасига 1 махал, ухлашдан олдин (6–10 соатга) ҳафтасига 3 маротаба (кунора) суртилади. Эрталаб крем илиқ сув ва совун билан ювиб ташланади.*

Катталарда зарарланган соҳа олдиндан кератолитик восита билан ишлов берилади. Дори воситасини ортиқча миқдорда қўллаш ёки тери билан узоқ вақт контактда бўлиши яққол ифодаланган маҳаллий реакцияларга олиб келиши мумкин: қизариш, таъсирланиш, инфильтрация, эрозиялар, пуфакчалар ёки гипопигментация. [34,35].

- Болаларга (чақалоқлик даври – қўллаш учун қарши кўрсатма) ва катталарга (18 ёшдан катталар) тўғридан-тўғри физик деструкция ўтказишга қарши кўрсатмалар, уни рад этиш ёки уни амалга ошириш имконияти бўлмаган ҳолларда, салицил кислота + сут кислотаси + Полидоканол комбинацияси билан деструкция ўтказиш **тавсия этилади.** [25].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳ: *дори воситаси маҳаллий қўлланилади, суткасига 1–2 махал, ҳар бир зарарланган соҳага 1 томчидан суртилади. Катталар учун максимал суткалик доза – 2 г (салицил кислота бўйича), бу 10 мл препаратуга тўғри келади. Болалар учун – 0,2 г (1 мл препарат). Максимал суткалик дозаларда даволаш курси 1 ҳафтадан ортиқ бўлмаслиги лозим. Болаларни даволашда бир вақтнинг ўзида бир неча тери соҳаларига ишлов беришдан сақланиш керак.*

- Катталарга (18 ёшдан катталар) тўғридан-тўғри деструкция ўтказишга қарши кўрсатмалар ёки уни рад этиш ҳолатларида ташқи қўлланиш учун ферезол (эритма) қўллаш **тавсия этилади.** [4, 26].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳ: *Ферезол фақат маҳаллий қўллаш учун мўлжалланган. Дори воситаси айнан ишлов берилаётган жойнинг ўзига кичик юпқа ёғоч таёқча ёрдамида суртилади ва атрофдаги соғлом тери ва шиллиқ қаватларга тушишига йўл қўйилмаслиги керак. Ипсимон сўгалларга ферезол бир марта суртилади. Кичик сўгаллар (2–3 мм) препарат билан 3–4 марта, ҳар сафар суртилгандан кейин суюқлик қуриши учун танаффус қилиб ишлов берилади.*
Ферезолни қўллашдан олдин қўллардаги қаттиқ мугузланган юзадаги ва товон сўгалларидаги мугуз қатламларни олиб ташлаш зарур. Бунинг учун бир неча соат давомида кератолитик таъсирга эга бўлган қадоқ ва сўгалларга қарши воситалар окклюзион боғлам остида қўлланилади. Шундан сўнг тери 10–15 дақиқа давомида совун ва сода қўшилган иссиқ сувда буғлантирилади ва мугуз қатламлар (маникюр қайчи ёки қисқичлар билан) олиб ташланади.
Қуритилган терига ферезол бир неча маротаба ҳар сафар 3–4 дақиқалик танаффус билан суртилади. Қўл ва товондаги сўгалларга ферезол эритмаси 7–10 марта, 3–4 дақиқалик интервал билан қўлланилади. Атрофдаги терини куйдирмаслик учун воситани кўп маротаба қўлланган ҳолатларда йўриқнома талабларига қатъий риоя қилиш зарур.

- Тарқалган сўгаллар, сўгалларнинг узоқ вақт персистенцияланиши, касалликнинг прогрессив ва қайталанувчи кечиши ҳолатларида, юқори қайталаниш хавфи бўлган катта ёшли беморларда интерферон альфа-2b ни ўчоқ ичи (тери ичи)га киритиш **тавсия этилади** [4, 27].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4).

Изоҳ: *Интерферон альфа-2b дори воситасининг қўллаш бўйича йўриқномасида вирусли сўгалларни даволаш дори воситасининг қўллаш учун кўрсатмалари қаторига киритилмаган. Интерферон альфа-2b ни ўчоқ ичи (тери ичи)га киритиш мустақил даволаш усули сифатида ёки*

вирусли сўгалларнинг комплекс терапияси таркибида (деструктив терапиядан олдин) қўлланилиши мумкин.
Дори воситасининг ўчоқ ичи (тери ичи)га инъекцияси ҳар икки куннинг бирида 2 000 000 ХБ миқдорида қўлланилади, бир даво курси учун қўлланилувчи миқдори 18 000 000 ХБ ни ташкил қилади.

- Катталар ва болаларда (3 ёшдан бошлаб) тарқалган сўгаллар, сўгалларнинг узоқ вақт персистенцияланиши, касалликнинг прогрессив ва қайталанувчи кечиши ҳолатларида инозин пранобекс билан иммунотерапия **тавсия этилади** [28].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳ: *Папилломавирус инфекциясида катталарга дори воситаси кунига 2 тадан таблетка (ҳар бири 500 мг) 3 махал қўлланилади, болаларга – ҳар 5 кг тана вазни учун 1/2 таблеткадан, 14–28 кун давомида кунига 3–4 махал монотерапия шаклида тавсия этилади.*

Бошқа даволаш турлари

- Электрохирургик, лазер (диод ва CO2 лазер аппаратлари) ҳамда радиотўлқинли вирусли сўгалларни деструкция қилишда, аллергик анамнезни олдиндан таҳлил қилган ҳолда, инфильтрацион оғриқсизлантириш **тавсия этилади.** 2% лидокаин эритмаси, баъзи ҳолатларда 12 ёшдан катта болалар учун 0,5% прокаин эритмаси каби маҳаллий анестетиклар қўлланилади [29].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2).

Изоҳ: *Маҳаллий оғриқсизлантиришда дори воситасини тери ичига ёки тери остига болюс усулида киритиш усули қўлланилади, маҳаллий анестетикни ретроград ёки антеград йўл билан киритиш мумкин. Киритиладиган препарат ҳажми керакли оғриқсизланиш даражасига эришиш ва анестетикнинг қўлланиш учун йўриқномасида тавсия этилган миқдорига мувофиқ белгиланади.*

Даволаш мақсади

- вирусли сўгал деструкцияси;
- беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш.

Даволаш учун умумий эслатмалар

Даволаш учун кўрсатма вирусли сўгалларнинг клиник белгилари мавжудлиги. Вирусли сўғалларни даволашда асосий йўналиш – деструктив терапия. Бу усул афзалроқ бўлиб, самарадорлиги 50–80% ни ташкил этади, аммо тўқималар қайта тикланганидан сўнг рецидив ривожланиш эҳтимоли юқори. Рецидив хавфи катта сўгалларда (2 см² дан катта), товон сўғалларида ва тирноқ атрофи сўғалларида юқори бўлади.
Терапия усулини танлашда зарарланган ўчоқлар жойлашуви ва майдони ҳисобга олиниши керак

Вирусли сўгаллар деструкцияси усуллари

Физик усуллар

1. *Электрокоагуляция* (В) [8-10]

Вирусли сўгаллар электрокоагуляция усули билан қатламма-қатлам олиб ташланади. Электр токи таъсири маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида, игна шаклидаги электрод учини сўгал майдони билан енгил контакти орқали амалга оширилади. Деструкция 2% лидокаин эритмаси билан маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида бажарилади.

2. *Криодеструкция* (В) [21-36]

Патологик ҳосилани музлатиш суюқ азот, азот оксиди ёки карбон диоксиди ёрдамида амалга оширилади. Деструкция мақсадида юмалоқ шаклли, текис юзали насадкалар қўлланилади. Совуқ криозонд терининг юзасига перпендикуляр равишда қўйилиб, қаттиқ босилади. Экспозиция 1–5 дақиқани ташкил қилади. Ясси ва вулгар сўгалларни деструкция қилишда бир циклли усул қўлланилади, товон сўғаллари учун эса «олимпия ҳалқалари» усули ва икки циклли усулдан фойдаланилади. Такрорий крио-таъсир 7–10 кундан сўнг амалга оширилади.

3. *Лазерли деструкция* (В) [19, 37-41].

Сўгаллар қатламма-қатлам олиб ташланади. Таъсир контакт усулида, световоднинг сканерловчи ҳаракатлари билан, аппаратнинг узлуксиз режимида амалга оширилади; экспозиция сўгалнинг ҳажмига қараб 2–5 сониядан 2–3 дақиқагача давом этади. Лазер абляцияси жараёнида ҳосил бўлган струп қайчи ёрдамида кесиб олинади ва яранинг туби қайтадан лазер билан таъсирлантирилади. Деструкцияланган тўқималар спирт ёки водород пероксиди эритмаси билан намланган дока ёрдамида тозаланади. Беморга яра юзасини анилин эритмалари (бриллиант яшили, фукорцин) билан кунига 2–4 махал ишлов бериш, ярани жароҳатламаслик ва сув билан контактдан сақланиш, ҳамда струпни мустақил олиб ташламаслик тавсия этилади. Деструкция 2% лидокаин эритмаси билан маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида бажарилади.

4. *Радиожарроҳлик деструкцияси* (С) [15, 16]

Ушбу усул 100 кГц дан 105 МГц гача бўлган турли частотадаги электромагнит тўлқинларни генерация қилишга асосланган. Юқори қувватли радиотўлқин ишчи электрод орқали тўқимадан ўтиб, контакт нуқтасида енгил қизишни келтириб чиқаради, натижада тўқима механик куч қўлланмасдан ва коагуляциясиз кесилади ёки ажратилади. Деструкция 2% лидокаин эритмаси билан маҳаллий инфильтрацион оғриқсизлантириш остида амалга оширилади.

Кимёвий усуллар

1. 1,*5% ли рух хлорпропионатининг 50% 2-хлорпропион кислотасидаги эритмаси* (С) [13,14,24].

Маҳаллий қўллаш учун мўлжалланган эритма сўгалларга ўткир учли ёғоч шпатель ёрдамида (диаметри 0,1–0,5 см бўлган ҳосилалар учун) ёки шиша капилляр орқали (диаметри 0,5 см дан

катта ҳосилалар учун) суртилади. Воситани қўллашдан олдин ишлов берилаётган юза 70% спиртли эритма билан ёғсизлантирилади, бу эритманинг яхши сингишини таъминлайди. Эритма тўқималар ранги ўзгаргунга қадар суритилади: ясси сўгаллар бир марта қўллангандан 1–3 дақиқа ўтиб кулранг-оқ тусга киради; вулгар сўгаллар 2–3 марта қўллангандан 2–5 дақиқа ичида кулранг-сариқ тусга киради;

товон сўгалларида ранг деярли ўзгармайди, аммо 3–5 марта кетма-кет амалга оширилган аппликациядан кейин 5–7 дақиқа ўтгач яққол инфильтрация кузатилади. Клиник самарага эришиш учун: ясси ва вулгар сўгалларда 1–2 маротаба (7–14 кун интервал билан), товон сўгалларида 1–3 маротаба (14–21 кун интервал билан) ишлов бериш етарли ҳисобланади. Ҳар бир ишлов беришдан олдин мумификацияланган тўқималарни механик усулда олиб ташлаш тавсия этилади. 2-хлорпропион кислотаси ва рух хлорпропионати асосидаги комбинирланган препарат билан ишлов бериш тиббий ходим томонидан муолажа хонаси шароитида амалга оширилиши лозим. Сўгаллар деструкциясидан кейин сув муолажаларини чеклаш ва мумификацияланувчи тузилмаларни спиртсиз антисептик эритмалар (хлоргексидин, мирамистин, водород пероксиди) билан ишлов бериш тавсия этилади.

2. Азот, сирка, щавел ва сут кислоталари ҳамда мис нитрати тригидрати комбинацияси (B) [42, 43].

Маҳаллий қўллаш учун эритма махсус пластик шпатель ёки шиша капилляр ёрдамида, олдиндан спиртли эритма билан ёғсизлантирилган ўчоқ юзасига суртилади. Сўгалларга ишлов бериш соғлом тўқималарга тегмасдан, терида жойлашган ўчоқларда сариқ ранг, шиллиқ қаватларда жойлашган ўчоқларда эса оқ ранг пайдо бўлгунга қадар давом эттирилади. Тиниқ сариқ ёки оқ ранг пайдо бўлиши ишлов бериш етарли даражада амалга оширилганини ва кейинги мумификация жараёни таъминланишини билдиради. Беморлар 3–5 кундан сўнг қайта назорат кўригидан ўтказилади, зарур ҳолларда ўчоқларга қайта ишлов берилади (муолажалар орасидаги танаффус 1–4 ҳафтани ташкил этади). Майдони 4–5 см² дан ортиқ юзани бир вақтда ишлов бериш тавсия этилмайди.

С 5	НИЛИ Озонотерапия

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

В 3	Қондаги токсинлар, аутоантитаналар, циркуляцияланувчи иммун комплекслар (ЦИК), яллиғланишолди цитокинларни элиминация қилиш, метаболизмни нормаллаштириш ва органлар функцияларини тиклаш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилади.

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш

Даволаш дерматовенерологик йўналишдаги тиббиёт муассасаси шароитида амбулатор тарзда ўтказилади.
Тиббиёт муассасасига госпитализация учун кўрсатмалар: Йўқ.

«ВИРУСЛИ СЎГАЛЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Кириш.

Вирусли сўгаллар (verrucae) – одам папиллома вируслари (ОПВ) билан боғлиқ бўлган ва дерманинг реактив ўзгаришлари билан кечувчи эпидермал тугунчаларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланадиган терининг яхши сифатли пролифератив касаллигидир. Одам папиллома вируси (ОПВ) – маълум бўлган 200 та вирусдан иборат гуруҳнинг умумий номидир. Кўпчилик одамларда улар безовталик туғдирмайди, бироқ юқори хавфга эга айрим вирусотиплар билан зарарланиш тез-тез учрайди ва аногенитал сўгаллар ёки саратон ривожланишига олиб келиши мумкин. Одамларнинг 90% ида организм ушбу инфекцияни мустақил равишда бартараф этади. ОПВ нинг юқори хавфли турлари билан персистирловчи инфекция бачадон бўйни саратонининг асосий сабаби ҳисобланади ҳамда вулва, қин, оғиз бўшлиғи/ҳиқилдоқ, жинсий аъзо ва анус саратони билан ҳам ассоциацияланади [1]. Одатда ОПВ инфекцияси даволашсиз ҳам спонтан равишда бартараф бўлади. Айрим ҳолларда ОПВ билан зарарланиш аногенитал сўгаллар пайдо бўлишига олиб келади. Бошқа ҳолларда эса у аномал ҳужайралар ривожланишини рағбатлантириб, кейинчалик уларнинг саратонга айланишига сабаб бўлиши мумкин. ОПВ келтириб чиқарадиган онкологик касалликларни вакцинация ёрдамида олдини олиш мумкин. Вакцина таркибида тирик вирус ёки унинг ДНК си мавжуд эмас, шунинг учун у саратон ёки ОПВ билан боғлиқ бошқа касалликларни келтириб чиқара олмайди. ОПВ га қарши вакцина ОПВ инфекциясини ёки у келтириб чиқарган касалликларни даволаш учун эмас, балки онкологик касалликлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Вирусли сўгаллар теринг энг кенг тарқалган инфекцион патологияларидан бири бўлиб, узоқ давом этувчи ва қайталанишга мойил кечиши билан тавсифланади. Тери папилломавирус инфекциясининг клиник кўринишлари болалар ва ўсмирларда 3–9% ҳолларда, катталарда эса 28–30% ҳолларда кузатилади. Ушбу патологиянинг учраш частотаси билан ирқий ёки гендер мансублиги ўртасида ишончли корреляцион боғлиқлик аниқланмаган. Тахминан 38–42% одамларда ОПВ ташқи кўринишидан соғлом терида ҳам ташувчилик ҳолатида аниқланади [4].

Тиббий реабилитация

Ўтказилмайди

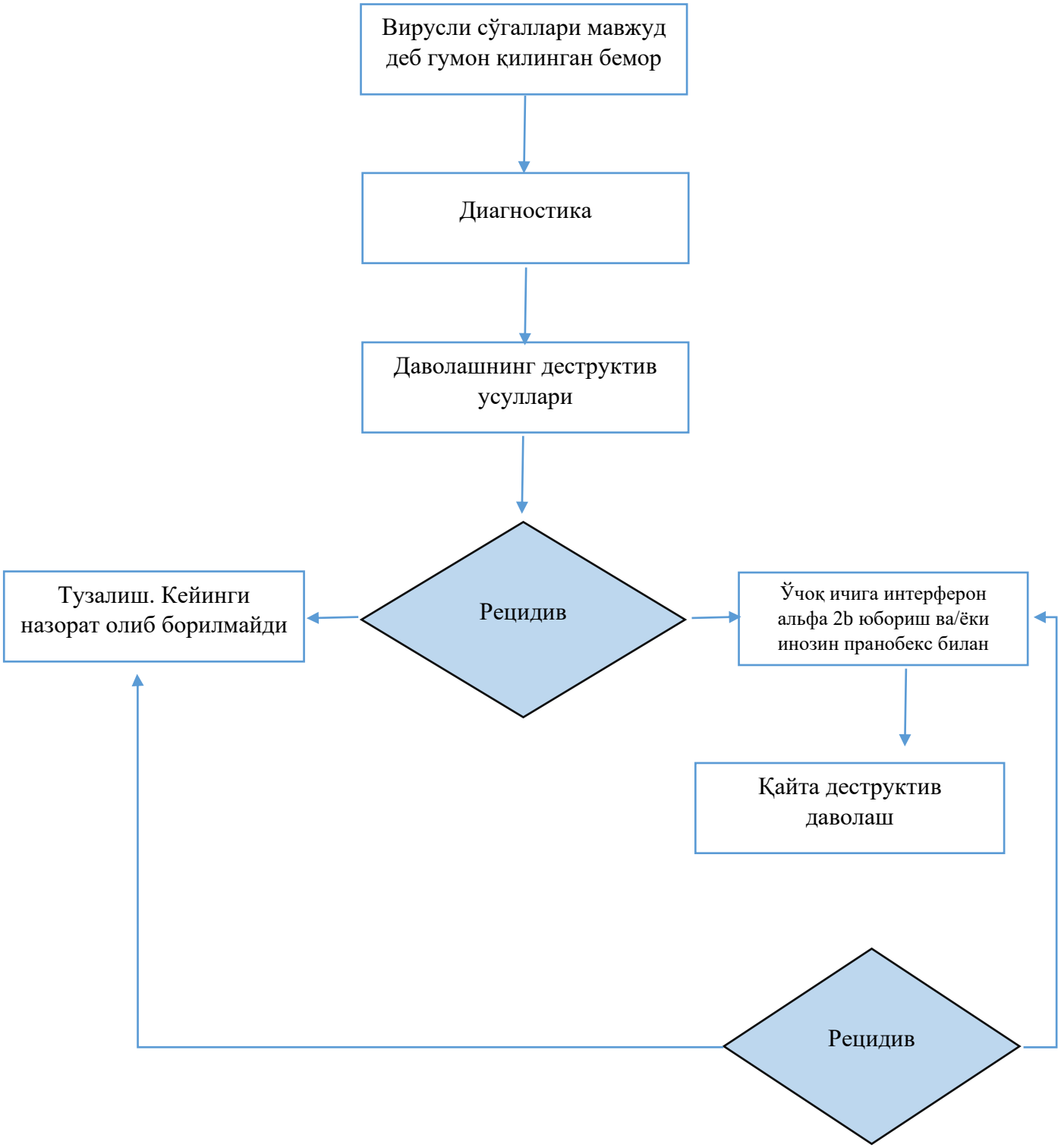
Тиббий реабилитация, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

- Сўгаллар билан контактни истисно қилиш, инфекция юқишининг ва сўгаллар ривожланишининг бирламчи профилактикаси сифатида **тавсия этилади** [29].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5).

Изоҳ: вирусли сўгалларнинг бирламчи профилактикаси жамоат жойларга ташриф буюришда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишни ўз ичига олади — бассейнлар, фитнес ва спорт марказларида оёқ кийимсиз юрмаслик, ишлов бериш имконини бўлган ҳомашёдан тайёрланган пойабзал кийиш, машқ анжомларида машғулот пайтида контакт юзаларининг тегишли эритмалар билан ишлов берилганлигини назорат қилиш кабилар шулар жумласидандир.

Шифокор ҳаракатлари алгоритми



АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

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/

Вирусли сўгалларни бошқаришда амалий кўникмалар ва компетенциялар

(task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Шикоят ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини намойиш этиш		+	+
Бемордан касаллик анамнезини йиғишда симптомлар ҳақидаги билимлардан фойдаланиш		+	+
Тери-таносил касалликлари бўлган беморларнинг тўлиқ тиббий анамнези		+	+
Физикал кўрик			
Тери қопламини кўздан кечириш ва тошма элементларини таърифлаш			+
Ташхис қўйиш			
шикоятлар, кўрик ва лаборатор-инструментал текширув натижаларига асосланиб			+
Асосий лаборатор ташхислаш			
Асосий лаборатор таҳлилларни буюриш:		+	+
Қон умумий таҳлили		+	+
Захмни аниқлаш учун скрининг тестлар (14 ёшдан катталар учун)		+	+
Қўшимча лаборатор ташхислаш			
ОПВ учун ПЗР			+
Қон биокимёвий таҳлили			+
ИФА, ИХЛА, ИФлА усулида антитаналар			+
Гепатит В, С, ОИВ учун қон таҳлили			+
Умумий сийдик таҳлили			+
Умумий нажас таҳлили			+
Заҳм учун тасдиқловчи тестлар (ИХА,			+

сифатий ПГАР, ИФА IgM, ОТИР, Иммуноблот, ИФР)			
Микробиологик таҳлил			+
Микологик таҳлил			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Тери ҳолати диагностикаси - дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТи		+	+
Даволаш			
Номедикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+
Медикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+
Профилактика			
Медикаментоз давога риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенция		+	+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизамт қилади.
*Ушбу компетенцияларга тиббий ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Вирусли сўгалларни бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Вирусли сўгалларнинг таърифи		+	+
Шикоятларнинг симптоматик таърифи		+	+
Патофизиологик механизмлар таърифи			+
Этиология, симптомлар ва текширувлар (асосий лаборатор-инструментал тадқиқотлар) асосида ташхисий ёндашувни яратиш			+
Асосий таҳлиллар интерпретацияси		+	+
Даволаш усулининг шакллантирилиши			+
Номедикаментоз терапияни тасвирлаб беринг			+
Медикаментоз терапияни тасвирлаб беринг			+
Вирусли сўгалларда қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг			+

Вирусли сўгалларнинг патофизиологик ривожланиш механизмини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизмат қилади.