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

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2026

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ
директори
Сабиров У.Ю.
«30» апрел 2026йил

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2026

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар:

A63.0	ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР (Аногенитал (венерик) сўгаллар)	1A95	ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР (Аногенитал (венерик) сўгаллар)
	https://www.rlsnet.ru/mkb/anogenitalnye-venericeskie-borodavki-692		https://www.vidal.ru/drugs/mkb11

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.	Абдуллаев М.А.	ЖЙОЮК ва Репродуктив бузилишлар бўлими дерматовенеролог шифокори, PhD	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. Рахматуллаева Севара Нодирбековна - ЖЙОЮК ва Репродуктив бузилишлар бўлими дерматовенеролог шифокори, т.ф.н.

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.д., 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 №4 Илмий кенгашининг 30.04.2026 даги протоколидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Акушер-гинеколог шифокорлари;
4. Уролог шифокорлари;
5. Педиатрлар;
6. Лаборатория шифокорлари;
7. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
8. Клиник фармакологлар;
9. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари;
10. 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: ўткир учли кондиломалар 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 (етарли сифатли далилларнинг мавжуд эмаслиги: самарадорликнинг кўриб чиқилган барча мезонлари (натижалар) аҳамиятсиз ҳисобланади, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқтирувчи натижалар бўйича хулосалари ўзаро мувофиқ эмас).

Мундарижа

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ ……..……4
«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ …..……..21
«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ…..…….....26

Қисқартмалар рўйхати

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
ЖЙОЮИ	Жинсий йўл орқали юқувчи инфекциялар
ОИВ	Одам иммунтанқис вируси
УХС	Учхлорсиркали кислота
БХС	бихлорсиркали кислота
ОПВ	одам папиллома вируси
ПЗР	полимераз занжир реакцияси
ДНК	дезоксирибонуклеин кислотаси
ДВ ХПН	Дори воситаларининг халқаро патентланмаган номланиши
Ig	иммуноглобулин
РМП	микропреципитация реакцияси
КБР	комплементбоғловчи реакцияси
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

Аногенитал (венерик) сўгаллар — одам папиллома вируси билан боғлиқ бўлган вирусли касаллик бўлиб, ташқи жинсий аъзолар, уретра, қин, бачадон бўйни ва перианал соҳанинг тери ва шиллиқ қаватларида экзофит ва эндофит ўсишлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу касаллик жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар орасида энг кенг тарқалганлардан бири бўлиб, юқори контагиозлик ва рецидивланувчи кечишга мойиллиги билан ажралиб туради. Инфекцияланиш асосан жинсий алоқа орқали, камроқ ҳолларда эса тери ва шиллиқ қаватларда микрожароҳатлар мавжуд бўлганда контакт-маиший йўл билан юз беради. Клиник кўринишлар якка папилломатоз ҳосилалардан тортиб, бир нечта конгломератларгача бўлиши мумкин бўлиб, улар жисмоний ноқулайлик, психологик зўриқиш ва бемор ҳаёт сифати пасайишига олиб келиши мумкин.

Аногенитал сўгалларнинг аксарияти яхши сифатли бўлишига қарамай, одам папиллома вируси инфекциясининг персистенцияси ўз вақтида ташхис қўйиш, хавф омилларини баҳолаш ва инфекция тарқалишини ҳамда асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида адекват даволашни талаб қилади.

Мазкур клиник протокол аногенитал сўгалларни ташхислаш, даволаш ва профилактика қилишга оид ёндашувларни далилларга асосланган тиббиёт тамойиллари асосида унификация қилиш мақсадида ишлаб чиқилган.

Таърифи ва касалланиш

Аногенитал (венерик) сўгаллар — асосан жинсий йўл билан юқадиган вирусли касаллик бўлиб, одам папиллома вируси (ОПВ) билан боғлиқ ва ташқи жинсий аъзолар, уретра, қин, бачадон бўйни, перианал соҳа, анал канали ва оғиз-ҳалқум каби соҳаларнинг тери ва шиллиқ қаватларида экзофит ва эндофит ўсиқлар пайдо бўлиши билан тавсифланади

Касаллик ва ҳолат (касалликлар ва ҳолатлар гуруҳи) этиологияси ва патогенези

Касаллик қўзғатувчиси — одам папиллома вируси — папилломавируслар (Papillomaviridae) авлодига мансуб бўлиб, паповавируслар (Papovaviridae) оиласига киради. Ушбу оила 16 та авлоддан иборат бўлиб, улардан 5 таси инсон учун патоген ҳисобланади.

Саратон бўйича халқаро тадқиқотлар агентлиги (The International Agency for Research on Cancer) ОПВни қатор онкологик касалликларнинг этиологик омили сифатида тасдиқлаган. Улар қаторига бачадон бўйни, вульва, қин, анал канали, жинсий олат, бош ва бўйин, қизилўнгач саратони, шунингдек аногенитал (венерик) сўгаллар ва қайталанувчи респиратор папилломатоз кабилар киради [1].

Ҳозирги вақтда одам папиллома вирусининг 200 дан ортиқ генотиплари аниқланган бўлиб, улардан тахминан 45 та генотипи урогенитал трактни зарарлантириши мумкин.

ОПВ юқори контагиоз мукозотроп ва дерматотроп вирусларга киради, у инсондан инсонга орал, генитал ва анал жинсий алоқа орқали, шунингдек контакт-маиший ва вертикал йўллар билан юқади.

ОПВ билан инфицирланиш жинсий алоқанинг ҳар қандай шаклларида, яқин маиший контактда содир бўлиши мумкин, шунингдек болаларнинг табиий туғруқ йўллари орқали туғилиш пайтида ҳам юқиши эҳтимолдан холи эмас. Ўз-ўзини зарарлантириш (аутоинокуляция) ва ОПВнинг маиший буюмлар орқали юқиши имконияти ҳали етарлича ўрганилмаган. Инфекция юқишига тери ва шиллиқ қаватлардаги микротравмалар ҳамда яллиғланиш жараёнлари, уларнинг маҳаллий иммунитетни пасайтириши, шунингдек ОПВнинг антисептикларга чидамлилиги ёрдам беради [113]. Тиббий ходимлар аногенитал (венерик) сўгалларни лазер, радиотўлқин ёки электрожарроҳлик усулда йўқ қилиш жараёнида санитария-профилактика қоидалари бузилганда, вирус заррачаларини ўз ичига олган ҳосил бўлган тутунни нафас орқали киритиш орқали ОПВ билан инфицирланиши мумкин. Касалликнинг инкубацион даври бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. ОПВ билан инфицирланиш ва аногенитал (венерик) сўгаллар ривожланиши орасидаги ўртача вақт аёлларда тахминан 3 ойни, эркакларда эса 11 ойни ташкил этади. Инсон бир вақтнинг ўзида битта ёки бир нечта ОПВ типлари билан инфицирланиши мумкин [2].

Инфекция жараёнида ОПВ эндоцитоз йўли билан ҳали етилиб улгурмаган метаплазияга учраган ҳужайраларга, кўпроқ базал қават ҳужайраларига киради ва ҳужайра ядросига ўтади. Эпителийнинг базал қавати ҳужайраларида вирус ДНКси узоқ вақт давомида ядродан ташқари плазмид кўринишида, «тинч» ҳолатда (эписомал шакл) сақланиши мумкин ва клиник ҳамда цитологик ўзгаришлар бўлмаган ҳолда молекуляр-биологик усуллар билан аниқланади. Эпителиал ҳужайралар дифференцияланиб, етилиб борган сари вируснинг фаол кўпайиши (продуктив босқич) ёки ОПВ ДНКсининг инфицирланган ҳужайра геномига интеграцияланиши (интегратив босқич) юзага келиши мумкин. Продуктив инфекцияда кечки генлар транскрипцияси амалга ошади, капсид оқсиллари синтезланади ва вируслар йиғилиб, кейинчалик уларнинг қиз ҳужайра заррачалари ажралиб чиқади. ОПВнинг ҳаёт цикли кўп қаватли эпителийнинг етук ҳужайраларида якунланади ва вирионлар ҳужайралар десквамацияланиш жараёнида ташқарига чиқади.

Организмнинг иммун қаршилик қобилияти етарли бўлганда, инфицирланган шахсларнинг 90%ида 2 йил ичида ОПВнинг ўз-ўзидан бартараф этилиши (элиминацияси) кузатилади [108, 109]. Ноқулай экзоген ва эндоген омиллар таъсири вируснинг кўпайишига олиб келиши

мумкин, бунда жараён эписомал (латент) босқичдан продуктив ёки интегратив инфекция босқичига ўтади. Бу ҳолда касалликнинг клиник белгилари — аногенитал (венерик) сўгаллар ёки ОПВ чақирган цитологик ўзгаришлар (турли даражадаги интраэпителиал неоплазиялар: бачадон бўйни (CIN), ташқи жинсий аъзолар (VIN), жинсий олат (PIN), анал соҳа (AIN) ва бошқа органларда) ривожланади.

Аногенитал (венерик) сўгаллар билан касалланиш ҳолатларининг 90% гача қисми эркаклар ва аёлларда ОПВнинг 6 ва 11 генотиплари билан чақирилади. Аногенитал (венерик) сўгаллари бўлган беморларнинг 20–50%ида юқори онкоген хавфли ОПВ аниқланади. Юқори онкоген хавфли ОПВ (масалан, 16 ва 18 типлар) бачадон бўйни, жинсий олат, ташқи жинсий аъзолар (вульва), қин, анус ва оғиз-ҳалқумнинг кўпчилик саратон олди ҳамда саратон касалликларини келтириб чиқаради [3], 6 ва 11 типлар эса аногенитал (венерик) сўгаллар ҳамда қайталанувчи респиратор папилломатоз, конъюнктива, бурун, оғиз бўшлиғи ва ҳалқум папилломатозини чақиради. Кўп ҳолларда ОПВ билан инфицирланиш симптомсиз кечади ёки аниқланмай қолади [4–6].

Касаллик ва ҳолат (касалликлар ва ҳолатлар гуруҳи) эпидемиологияси
Аногенитал (венерик) сўгаллар билан касалланиш даражаси эркаклар ва аёлларда (янги ҳолатлар ва қайталанишлар ҳам ҳисобга олинганда) 100 минг аҳолига 160 дан 289 та ҳолатгача ўзгариб туради, ўртача кўрсаткич эса 100 минг аҳолига 194,5 ҳолатни ташкил этади. Аногенитал (венерик) сўгалларнинг янги ҳолатларини аниқлашнинг ўртача йиллик даражаси эркакларда 100 минг аҳолига 137 ҳолат, аёлларда эса 100 минг аҳолига 120,5 ҳолатни ташкил этади [7]. ОПВга қарши вакцинация жорий этилгунга қадар дунё бўйича ҳар йили тахминан 355 мингта янги аногенитал (венерик) сўгал ҳолатлари аниқланган [8–9].

Клиник таснифланиши:
https://diseases.medelement.com

Аногенитал (венерик) сўгалларнинг бир нечта клиник турлари ажратилади:

- ўткир учли кондиломалар;

- папула кўринишидаги сўгаллар;

- доғ кўринишидаги зарарланишлар;

- Бушке–Левенштейннинг гигант кондиломаси.

Касаллик ва ҳолат (касалликлар ва ҳолатлар гуруҳи)нинг клиник кўриниши

Ўткир учли кондиломалар — ингичка сўрғичлар кўринишидаги, юмшоқ, кичик ўсиқлар бўлиб, улар хўроз тожига ўхшаш шаклда, типик “паст-баланд” ёки ҳалқасимон тузилмага эга бўлади. Улар қуйидаги соҳаларда жойлашади: суннат териси ички варағи, жинсий олат бошчаси, сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги, кичик жинсий лаблар, қин даҳлизи, қин, бачадон бўйни, қов соҳаси, оралиқ ва анал соҳа. Кондиломаларнинг ранги тери рангида, тўқ қизил ёки (мацерация ҳолатида) қордек оқ бўлиши мумкин.

Тугунча кўринишидаги сўгаллар — бармоқсимон бўртмаларсиз папулёз тошмалар бўлиб, улар ташқи суннат териси варағининг кератинизирланган эпителийсида, жинсий олат танасида, моякда, ташқи жинсий аъзолар соҳасида (вульва), қов соҳасида, оралиқ ва перианал соҳада жойлашади.

Доғ кўринишидаги зарарланишлар — жинсий аъзолар тери ва/ёки шиллиқ қаватида кулранг-оқ, пушти-қизил ёки қизғиш-қаҳваранг доғлар шаклида намоён бўлади.

Бушке–Левенштейннинг гигант кондиломаси — бир-бири билан қўшилиб кетган папилломалар бўлиб, кенг асосга эга зарарланиш ўчоғини ҳосил қилади ва ворсинкали (туксимон) ўсмалар билан қопланган бўлади. У катта ва кичик жинсий лаблар соҳасида чуқур аниқ бурмалар билан ажралган ҳолда намоён бўлиб, сон–қов бурмалари ва анус атрофи соҳасигача тарқалиши мумкин. Ўсимта перифериясида алоҳида жойлашган ўткир учли кондиломалар ҳам кузатилади. Вақт ўтиши билан ушбу тузилмалар ўсиб боради, кератинизирланган эпителий қипиқлари билан қопланади ва мацерацияга учрайди. Уларнинг орасидаги бурмаларда ажралма тўпланади, кўпинча инфекция қўшилиб, натижада ажралма йирингли характерга эга бўлади ва нохуш ҳид пайдо бўлади.

Касаллик ва ҳолат (касалликлар ва ҳолатлар гуруҳи) ташхисоти. Ташхислаш усулларини қўллаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

Ташхис/ҳолатни аниқлаш мезонлари:

1) Анамнез маълумотлари
2) Физикал текширув маълумотлари ва айрим ҳолларда дерматоскопик текширув натижалари
3) Тери касалликлари ва/ёки тери ўсмалари билан дифференциал ташхис қўйиш зарур бўлган ҳолларда биопсия материалида ўтказилган патолого-анатомик текширув натижалари.

Барча беморларда хавф омилларини ҳамда даволаш тактикаси ва иккиламчи профилактика танловига таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш мақсадида шикоятлар ва анамнезни йиғиш **тавсия этилади.** [3].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

1. Шикоятлар ва анамнез

Жинсий аъзолар, перианал соҳа, оралиқ, анус ва қов бурмалари тери ва шиллиқ қаватларида тугунча, папиллома ва доғлар кўринишида якка ёки кўп сонли экзофит ўсиқларнинг мавжудлиги; зарарланган соҳада ўртача қичишиш ва парестезиялар бўлиши мумкин; жинсий алоқа вақтида оғриқ (диспареуния); тошмалар уретра соҳасида жойлашганда — қичишиш, ачишиш, сийдик чиқаришда оғриқ (дизурия); уретрада кенг тарқалган зарарланишларда — сийдик чиқариш қийинлашиши, гематоспермия (спермада қон аралашмаси); зарарланган жойларда тери ва шиллиқ қаватларда оғриқли ёриқлар ва қон кетиши кузатилади.
Аногенитал (венерик) сўгаллар анус шиллиқ қаватида асосан анал жинсий алоқа бўлган шахсларда кузатилади; бироқ улар анамнезида бундай алоқа бўлмаган эркаклар ва аёлларда ҳам учраши мумкин [8].
Аногенитал (венерик) сўгаллари бўлган болаларда ўз-ўзини зарарлантириш (аутоинокуляция) ва инфекциянинг соғлом тери участкаларига тарқалиш хавфи мавжуд. Бундай сўгаллари бўлган ҳар қандай болада анамнезда жинсий алоқа эҳтимолини ҳисобга олиш лозим, бироқ болаларнинг кўпчилигида касаллик жинсий бўлмаган йўл билан юзага келади.

2. Физикал кўрик

Барча беморларда ташқи жинсий аъзолар, перианал соҳа, оралиқ, анус ва қов бурмалари тери қопламлари ҳамда кўринадиган шиллиқ қаватларни кўздан кечириш тавсия этилади; уретранинг ташқи тешиги шиллиқ қаватининг ҳолатини баҳолаш ва уретрани пальпация қилиш лозим. Жинсий ҳаёти сақланган аёлларда — қин даҳлизи, қин деворлари ва гумбазлари шиллиқ қаватлари ҳамда бачадон бўйнининг кўринадиган қисмини гинекологик кўзгулар ёрдамида кўрикдан ўтказиш; сўннат қилинмаган эркакларда — жинсий олат сўннат териси остида кўрик

ўтказиш тавсия этилади [7].
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

3. Лаборатор диагностик текширувлар

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва унинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида қуйидаги текширув **тавсия этилади**: умумий (клиник) қон таҳлили (лейкоцитлар, эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар, тромбокрит, таёқчасимон нейтрофиллар, сегментядроли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфоцитлар, моноцитлар, эритроцитлар чўкиш тезлиги).

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, системали терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва унинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида қуйидаги текширув **тавсия этилади**: қоннинг биокимёвий (умумтерапевтик) таҳлили — умумий оқсил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, мочевина, умумий билирубин, холестерин, триглицеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), ишқорий фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза.

- Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш мақсадида умумий (клиник) сийдик таҳлилини ўтказиш **тавсия этилади,** жумладан: ранги, шаффофлиги, нисбий зичлиги, pH реакцияси, глюкоза, оқсил, билирубин, уробилиноидлар, қонга реакция, кетон таналари, нитратлар, ясси эпителий, ўтувчи эпителий, буйрак эпителийси, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалин цилиндрлар, донали цилиндрлар, мумсимон цилиндрлар, эпителиал цилиндрлар, лейкоцитар цилиндрлар, эритроцитар цилиндрлар, пигмент цилиндрлар, шиллиқ, тузлар, бактериялар.

- Ташхисни аниқлаштириш зарурати бўлганда (атипик клиник кўринишлар мавжуд бўлса, ўтказилаётган терапия самарасиз бўлса) молекуляр-биологик усулларни (ПЗР, реал вақтда ПЗР) қўллаш **тавсия этилади:** одам папиллома вирусига (Papilloma virus) цервикал каналдан ажралмани молекуляр-биологик текшириш ва/ёки қин ажралмасини одам папиллома вирусига (Papilloma virus) молекуляр-биологик текшириш ва/ёки уретрадан ажралмани одам папиллома вирусига (Papilloma virus) молекуляр-биологик текшириш [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4)

Изоҳ: Лаборатор текширувлар натижаларининг ишончли бўлиши учун қуйидаги талабларга риоя қилиш зарур:
- *уретрадан клиник материални охирги сийишдан камида 3 соат ўтгандан кейин олиш, кўп миқдорда уретрал ажралма бўлганда — сийишдан 15–20 дақиқа ўтгач олинади;*
- *цервикал канал ва қиндан клиник материални ҳайз бошланишидан олдин ёки тугаганидан 2 кун ўтгач олиш;*
- *цервикал канал ва қиндан клиник материални интравагинал ультратовуш текшируви ва кольпоскопиядан камида 24–48 соат ўтгандан кейин олиш;*
- *текширув арафасида ва ўтказилаётган кунда қин санацияси ўтказилмаслиги;*
- *текширув кунида жинсий аъзолар гигиенаси учун интим гигиеник воситаларидан фойдаланмаслик;*

- *текширувдан 3–5 кун олдин ёғли асосли вагинал дориларни (шамчалар, кремлар, вагинал таблеткалар) қўлламаслик.*

- Сўнгги уч йил давомида бундай текширув ўтказилмаган бўлса, бачадон бўйни саратони скрининги доирасида цервикал интраэпителиал неоплазияни истисно қилиш мақсадида бачадон бўйни микропрепаратининг цитологик текширувини ўтказиш ҳамда акушер-гинеколог шифокорининг бирламчи қабул (кўрик, консультация)ини ташкил этиш **тавсия этилади** [2].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Атипик аногенитал (венерик) сўгалларда (масалан, зич, пигментациялашган, остидаги тўқимага мустаҳкам бириккан, қонайдиган ёки яраланган ҳолатларда) биопсия (операцион) материалининг патолого-анатомик текширувини ўтказиш **тавсия этилади** [2, 7, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: Агар зарарланишлар стандарт терапияга жавоб бермаса ёки даволаш жараёнида касалликнинг клиник манзараси ёмонлашса, иммунокомпрометирланган беморларда (жумладан, ОИВ инфекцияси бўлганларда) ҳам биопсия кўрсатилган [12–14].

- Аногенитал (венерик) сўгаллар жинсий аъзолар, перианал соҳаси ва анусда жойлашган беморларда дифференциал ташхис мақсадида заҳмга лаборатор текширувлар ўтказиш **тавсия этилади:** бунда қон зардобида нотрепонем тестлар (RPR, МПР) орқали оқиш трепонема (Treponema pallidum)га қарши антитаналарни аниқлаш (сифат ва ярим миқдорий текширув) ва/ёки қонда иммунофермент усули (ИФА) билан оқиш трепонема (Treponema pallidum)га қарши антитаналарни аниқлаш ўтказилади [7, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Бирламчи аногенитал (венерик) сўгаллар эпизоди бўлган беморларда жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар (ЖЙЮИ), ОИВ инфекцияси, В ва С гепатитларининг юқиш йўллари ўхшашлиги сабабли қуйидаги текширувларни ўтказиш **тавсия этилади:**

- бошқа ЖЙЮИлар бўйича лаборатор текширувлар: заҳм (қон зардобида нотрепонем тестлар (RPR, МПР) орқали оқиш трепонема (Treponema pallidum)га қарши антитаналарни аниқлаш (сифат ва ярим миқдорий текширув) ва/ёки қонда иммунофермент усули (ИФА) билан оқиш трепонема (Treponema pallidum)га қарши антитаналарни аниқлаш), гонококк инфекцияси, хламидия инфекцияси, урогенитал трихомониаз;
- қонда одам иммун танқислиги вируси ОИВ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)га қарши М ва G синф антитаналарни (IgM, IgG) аниқлаш. Қонда одам иммун танқислиги вируси ОИВ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2)га қарши М ва G синф антитаналарни (IgM, IgG) аниқлаш;
- қонда В гепатити вируси (Hepatitis B virus)нинг антигени (HBsAg)ни аниқлаш;
- қонда С гепатити вируси (Hepatitis C virus)га қарши М ва G синфларига мансуб умумий антитаналарни (anti-HCV IgM ва anti-HCV IgG) аниқлаш [7, 15–19].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

ОПВни ПЗР усули билан текшириш.
Биокимёвий таҳлиллар комплекси
Антитаналарни ИФА, ИХЛА, ИФлА усуллари билан текшириш ҳамда ПЗР-диагностика ўтказиш.
Умумий нажас таҳлили
Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан микробиологик текширув.
Микологик текширувлар

4. Инструментал диагностик текширувлар

- Зарур бўлганда дифференциал ташхис ўтказиш мақсадида катталар ва болаларда тери дерматоскопияси **тавсия этилади** [5, 6].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ: дерматоскопик текширувда сўгалларда папилляр чизиқлар, мозайкасимон тасвир, тугунчалар кўринишидаги тасвир, шунингдек томирли компонент ва унинг комбинациялари (коптокчасимон, найзасимон, нуқтасимон кўринишлари) аниқланади [6].

- Ички аъзолар УТТи

- Деструктив терапия ўтказишда зарарланиш чегараларини аниқлаш ва/ёки мақсадли биопсия ўтказиш жойини белгилаш, шунингдек тузилмаларни визуализация қилиш мақсадида вульвоскопия ва/ёки кольпоскопия ўтказиш тавсия этилади [2, 7, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Ташқи анал ёки перианал сўгаллари бўлган шахсларда анал канал зарарланишини истисно қилиш мақсадида аноскопия ўтказиш тавсия этилади [2, 7, 8].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

5. Бошқа диагностик текширувлар

- Қизлар ва аёлларда аногенитал (венерик) сўгаллар аниқланганда CIN, VIN, VAIN, AIN ни ташхис қилиш мақсадида ҳамда аногенитал (венерик) сўгаллари бўлган ҳомиладорларни кузатишда акушер-гинеколог шифокорининг бирламчи қабул (кўрик, консультация)ини ўтказиш тавсия этилади [33].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Уретра ичида жойлашган аногенитал (венерик) сўгаллар мавжуд бўлганда ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида уролог шифокорининг бирламчи қабул (кўрик, консультацияси)ини ўтказиш тавсия этилади [33].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Анус ва/ёки перианал соҳада аногенитал (венерик) сўгаллар жойлашган ҳолларда ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида колопроктолог шифокорининг бирламчи қабул (кўрик, консультацияси)ини ўтказиш тавсия этилади [33].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Бушке–Лёвенштейн гигант кондиломаси бўлган беморларни олиб боришда ташхис қўйиш ва даволаш мақсадида жарроҳнинг бирламчи қабул (кўрик, консультацияси)ини ўтказиш тавсия этилади [33].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Жадвал-1

Дифференциал ташхис ва қўшимча текширувларнинг асосланиши:

Ташхис	Дифференциал ташхис учун асослар	Текширув	Ташхисни рад этиш мезонлари
Эпидермал сўгалсимон невус	оддий сўгаллардан фарқли равишда у кўпроқ якка ҳолда учрайди ва, одатда, туғилган пайтдан ёки ҳаётнинг биринчи йилларидан бошлаб мавжуд бўлади	Дерматоскопия Гистологик таҳлил	невус тери сатҳидан сезиларли даражада кўтарилиб туради, жигарранг тусга эга бўлади ва кўпинча туклар билан қопланган бўлади
Юқумли моллюск	кўпроқ тана ва жинсий аъзолар соҳасида жойлашади, кам ҳолларда қўл ва оёқ панжаларининг орқа юзасида кузатилади. Элементлар ярим шарсимон шаклда бўлиб, юзасида ботиқлик мавжуд; уларга ён томондан босилганда оқиш, бўтқасимон масса ажралиб чиқади	дерматоскопия	
Қизил ясси темиратки	ранги, кўпбурчак (полигонал) шакли, Викхем тўри ва лунж шиллиқ қаватида ҳам жойлашиши мумкинлиги асосида дифференциал ташхис ўтказиш мумкин	Дерматоскопия Гистологик таҳлил	
Базалиома	инфильтрацияланган асосга эга бўлиб, элемент периферияси тугунчали элементлардан ташкил топган типик периферик ҳалқа («марваридсимон» тугунчалар) кузатилади, марказий қисмида эса қалоқ билан қопланган	Дерматоскопия Гистологик таҳлил	развивается у лиц пожилого возраста

	ботиқ зона мавжуд бўлади; қалоқлар олиб ташлангандан сўнг енгил қон оқиш билан кечадиган юзаки яраланиш ҳосил бўлади		
Кафт-товон кератодермияси	катта ўлчами, конуссимон шакли, тўпланган шохсимон массалар атрофида яллиғланишнинг мавжудлиги ва ўчоқ марказида тромблашган капиллярларга хос қора-жигарранг нуқталарнинг йўқлиги билан фарқланади	Гистологик таҳлил	
Кафт-товон сифилидлари	одатда кўп сонли, оғриқсиз бўлиб, перифериясида эпидермиснинг кўчиб тушувчи зонаси (Биетта “ёқачаси”) мавжуд бўлади	заҳмга нисбатан серологик реакциялар мусбат бўлиши билан тасдиқланади	
Қадоқ	қадоқлар фақат вертикал босимда оғриқли бўлади ва тери тасвири сақлаб қолинади	дерматоскопияда тромблашган капиллярлар аниқланмайди	папилляр тасвир
Сирингома	кўз қовоғининг пастки қисмида, кўзнинг ички бурчаги атрофида, бўйинда ва кўкрак қафасининг олд юзасида жойлашган ярим шарсимон шаклдаги кўп сонли тошмалар ва тугунчалар кўринишида намоён бўлади	Дерматоскопия Гистологик таҳлил	асосан аёлларда учрайди
Мибелли ангиокератомаси	элементлар ранги тўқ қизил бўлади	Дерматоскопик текширувда гистологик жиҳатдан капиллярларнинг кескин кенгайиши аниқланади	

Даволаш, жумладан медикаментоз ва номедикаментоз, диетотерапия, оғриқсизлантириш, даволаш усулларини қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Жадвал 2

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

Фармакотерапевтик гуруҳ	**Дори воситасининг ХПН**	**Қўллаш усули**	**Исботланганлик даражаси**
Вирусга қарши воситалар	Имихимод, крем 5%	Маҳаллий қўллаш учун ҳафтасига 3 марта, ухлашдан олдин қўлланади ва терида тахминан 6–10 соат қолдирилади. Даволаш кўринадиган жинсий ёки перианал кондиломалар йўқолгунга қадар, лекин 16 ҳафтадан ошмаган ҳолда давом эттирилиши керак	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm

Жадвал 3

Дори воситалари рўйхати (қўлланиш эҳтимоли 100% дан кам бўлган):

Фармакотерапевтик гуруҳ	**Дори воситасининг ХПН**	**Қўллаш усули**	**Исботланганлик даражаси**
Маҳаллий некротизирловчи воситалар	Подофилокс (подофиллотоксин)	Подофилокс эритмаси (пахта тампон ёрдамида) ёки подофилокс гели (бармоқ ёрдамида) аногенитал сўгалларга кунига 2 марта, 3 кун давомида қўлланади, сўнг 4 кун даво ўтказилмайди. Ушбу цикл заруратга кўра 4 мартагача такрорланиши мумкин. Даволанган сўгаллар умумий майдони 10 см² дан ошмаслиги керак, подофилокснинг умумий миқдори эса кунига 0,5 мл билан чекланади.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
	15% мазь синекатехин	кунига 3 махал (ҳар бир сўгалга 0,5 см миқдордаги малҳам чизиғи) бармоқ ёрдамида суртилади, тўлиқ йўқолгунга қадар юпқа қатлам ҳосил қилинади. Ушбу препаратни 16 ҳафтадан ортиқ қўллаш тавсия этилмайди.	C https://www.cdc.gov/std/treatment-

			guidelines/anogenital-warts.htm
	Учхлорсирка кислотаси (УХС) ва бихлорсирка кислотаси (БХС)	Кичик миқдордаги препаратни фақат сўгалларга суртиш ва уни қуришига имкон бериш (яъни тўқимада оқ қоплама ҳосил бўлишигача) керак. УХС ёки БХС билан даволаш заруратга кўра ҳар ҳафта такрорланиши мумкин	С https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm
Иммуностимуллочи воситалар	альфа-2b интерферон	Ўчоқ ичига (интрадермал) инъекциялар кўринишида, ҳар 2 кунда 2 000 000 ХБ дозада қўлланади, курс давомида умумий доза 18 000 000 ХБ. **Катталар, шу жумладан ҳомиладор аёллар, ҳамда 7 ёшдан катта болалар учун —** кунига 2 марта (ҳар 12 соатда) 500 000 ХБдан 1 та шамча 5–10 кун давомида қўлланади. **7 ёшгача бўлган болалар, шу жумладан янги туғилганлар ва гестацион ёши 34 ҳафтадан юқори бўлган чала туғилган чақалоқлар учун —** кунига 2 марта (ҳар 12 соатда) 150 000 ХБдан 1 та шамча 5–10 кун давомида қўлланади. Клиник кўрсатмаларга кўра даволашни давом эттириш мумкин. Курслар орасидаги танаффус 5 кунни ташкил этади.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9071414/
	Инозин пранобекс	Катталарга препарат кунига 3 марта 500 мгдан 2 таблеткадан буюрилади, болаларга эса монотерапия тарзида 14–28 кун давомида 3–4 қабулга бўлиб, ҳар 5 кг тана вазнига кунига 1/2 таблеткадан берилади	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/
	Изопринозин	Кунига 3–4 марта 20 мл сиропдан қабул қилинади. Максимал суткалик доза 80 мл. Даволаш 5–14 кун давом этади. Симптомлар йўқолгандан сўнг	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16343025/

		даволашни яна 1–2 кун давом эттириш керак.	

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.

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш.

Аногенитал (венерик) сўгаллар — одам папиллома вируси билан боғлиқ бўлган вирусли касаллик бўлиб, ташқи жинсий аъзолар, уретра, қин, бачадон бўйни ва перианал соҳанинг тери ва шиллиқ қаватларида экзофит ва эндофит ўсишлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу касаллик жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар орасида энг кенг тарқалганлардан бири бўлиб, юқори контагиозлик ва рецидивланувчи кечишга мойиллиги билан ажралиб туради. Инфекцияланиш асосан жинсий алоқа орқали, камроқ ҳолларда эса тери ва шиллиқ қаватларда микрожароҳатлар мавжуд бўлганда контакт-маиший йўл билан юз беради. Клиник кўринишлар якка папилломатоз ҳосилалардан тортиб, бир нечта конгломератларгача бўлиши мумкин бўлиб, улар жисмоний ноқулайлик, психологик зўриқиш ва бемор ҳаёт сифати пасайишига олиб келиши мумкин.
Аногенитал сўгалларнинг аксарияти яхши сифатли бўлишига қарамай, одам папиллома вируси инфекциясининг персистенцияси ўз вақтида ташхис қўйиш, хавф омилларини баҳолаш ва инфекция тарқалишини ҳамда асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида адекват даволашни талаб қилади.
Мазкур клиник протокол аногенитал сўгалларни ташхислаш, даволаш ва профилактика қилишга оид ёндашувларни далилларга асосланган тиббиёт тамойиллари асосида унификация қилиш мақсадида ишлаб чиқилган.
Деструкция ёки хирургик кесиб олиб ташлаш усуллари аногенитал (венерик) сўгалларни йўқ қилади, аммо ушбу усулларнинг ҳеч бири рецидив хавфини тўлиқ бартараф этмайди, чунки ўсимталарни олиб ташлаш уларнинг ривожланишига сабаб бўлган ОПВни тўлиқ йўқ қилмайди. Ҳеч бир даволаш усули универсал эмаслиги сабабли, комбинирланган терапия қўлланилиши мумкин.
Аногенитал (венерик) сўгаллар билан ассоциацияланган ОПВ аниқланиши, клиник белгилар мавжуд бўлмаган ҳолда, ҳеч қандай даволаш ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланмайди.

1. Консерватив даволаш

- Аногенитал (венерик) сўгалларни йўқ қилиш мақсадида иммуномодулятор сифатида қўлланиладиган вирусга қарши препаратни ташқи равишда зарарланган сохага суртиш тавсия этилади:

Имихимод 5% маҳаллий қўллаш учун крем, сўгалларга юпқа қатлам қилиб кунига 1 махал, ухлашдан олдин (6–10 соатга) ҳафтасига 3 марта (кун ора) суртилади. Эрталаб крем тери юзасидан илиқ сув ва совун билан ювиб ташланади. Курс давомида даволаш аногенитал (венерик) сўгаллар йўқолгунга қадар, лекин 16 ҳафтадан ошмаган ҳолда давом эттирилади [22–26].
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далиллар ишончлилик даражаси – 1)
Изоҳ: *Препаратни ортиқча миқдорда қўллаш ёки уни терида узоқ вақт сақлаш кучли маҳаллий реакцияни чақириши мумкин: қизариш, қичишиш, қалинлашиш, эрозиялар, пуфакчалар ёки гипопигментация кўринишида. [27].*
Дори воситасининг шиллиқ қаватларга тушишидан сақланиш керак.
Аногенитал (венерик) сўгаллар суннат териси варағининг остида жойлашган бўлса, ҳар куни зарарланган соҳани тортиб ювиш зарур; фимознинг илк белгилари аниқланганда даволашни дарҳол тўхтатиш керак.
Агар препаратни қўллаш маҳаллий ноқулайлик чақирса, даволашда бир неча кунлик танаффус қилиш мумкин.
Дори воситаси очиқ яралар ёки жароҳатлар мавжуд бўлган тери сохаларида (бошқа медикаментоз ёки хирургик даволашдан кейин) тери тўлиқ битгунча қўлланилмайди.
Жинсий алоқа олдидан кремни тери юзасидан ювиб ташлаш керак.
Клиникаолди тадқиқотлар тератогенлик хавфи паст эканлигини кўрсатса ҳам ҳомиладорликда қўллаш фақат қатъий кўрсатмалар бўйича мумкин[28].

Лактация даврида қўлланилганда эмизишни тўхтатиш зарур.
Ушбу дори воситасини 18 ёшгача бўлган шахсларда қўллаш қарши кўрсатмалар қаторига киритилган.

- Аногенитал (венерик) сўгалларни олиб ташлаш мақсадида терига олдиндан аппликацион ёки инфильтрацион анестезия қўллаган ҳолда деструктив терапиянинг физик усулларини қўллаш тавсия этилади:

электрокоагуляция [7, 15, 18, 29-35]
Катталар учун - т**авсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2)**
Болалар учун - **тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)**
ёки
CO2-лазерли вапоризация [7, 15, 18, 36-38]
Катталар учун - **тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2)**
Болалар учун - **тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)**
ёки
радиочастотали термоаблация [15, 32, 33, 39-41]
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)
ёки
криодеструкция [29, 31-33, 42, 99]
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2)

- Иккинчи қатор терапия сифатида, шунингдек уретрада жойлашган аногенитал (венерик) сўгалларда фотодинамик терапияни қўллаш тавсия этилади [37, 43, 110, 111].

Болалар учун - **тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 4)**
Катталар учун - **тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 2)**
Изоҳ: *Даволаш таъсири маҳаллий анестезия остида амалга оширилади.*

- Ҳомиладор аёлларни 36 ҳафтагача бўлган муддатда акушер-гинекологлар томонидан криодеструкция, CO_2-лазерли вапоризация ёки электрокоагуляция усуллари ёрдамида даволаш тавсия этилади. Туғруқ каналини тўсиб қўювчи кенг тарқалган аногенитал (венерик) сўгаллар мавжуд бўлганда янги туғилган чақалоқда респиратор папилломатоз ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида оператив туғдириш тавсия этилади [7, 15, 18, 44].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Касалликнинг клиник белгилари қайта пайдо бўлганда (рецидивда) интерферонлар қўлланилиши фонида аногенитал (венерик) сўгалларни такрорий деструкция қилиш тавсия этилади [11, 45, 47, 48, 102].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)
Изоҳ: *Қўллаш бўйича йўриқномага мувофиқ интерферон-альфа-2b сақловчи препаратлар [45, 47, 48] ёки инсон рекомбинант интерферон-гамма [11, 102] қўлланилади. Шунингдек, инозин пранобекс [47, 59, 60, 117], Solanum tuberosum новдалари полисахаридлари [61, 64, 106, 107] ёки картошка новдалари полисахаридлари йиғиндиси [61, 63–67, 106], ҳамда маҳаллий антисептик ва дезинфекцияловчи воситалар [49–52] йўриқномага мувофиқ қўлланилиши мумкин.*

2. Хирургик даво

Аногенитал (венерик) сўгалларни хирургик кесиб олиб ташлашга кўрсатма — консерватив ва деструктив даволаш усулларининг самарасизлиги ҳамда малигнизацияга шубҳа ҳисобланади. Малигнизация хавфи мавжудлиги сабабли радикал даволашни кечиктириш мақсадга мувофиқ эмас. Аногенитал (венерик) сўгалларни хирургик кесиб олиб ташлаш турли усуллар билан: анъанавий йўли билан, электрохирургик ёки радиохирургик асбоблар ёрдамида, шунингдек жарроҳлик CO_2-лазер орқали амалга оширилади. Операция терига аппликацион ёки инфильтрацион анестезия остида, аногенитал соҳада зарарланиш майдони катта бўлганда ёки анал каналда кондиломалар мавжуд бўлса — спинал анестезия остида ўтказилади. Аногенитал (венерик) сўгаллар рецидивининг учраш частотаси 17–29% атрофида ўзгариб туради [74].

- Бушке–Левенштейн гигант кондиломасининг деструктив ўсиши натижасида тери ва шиллиқ қаватларнинг кенг зарарланиши ҳолларида ўткир усулда хирургик кесиб олиб ташлаш тавсия этилади [15, 32, 33, 41].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)
Изоҳ: *Бушке–Левенштейн ўсмаси бўлган беморларда жараёнга жалб этилган тўқималарни ўсимта асосидан камида 0,5 см четга чиқиб кесиб олиб ташлаш зарур. Бунда кўп ҳолларда катта майдонли нуқсонлар ҳосил бўлиб, улар пластик жарроҳлик усулларини қўллашни талаб қилади (V-Y тери пластикаси, эркин трансплантатлардан фойдаланиш) [75].*

- Анал каналда кондиломалар мавжуд бўлганда ўткир усулда хирургик кесиб олиб ташлаш тавсия этилади [47, 76, 77]

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Аногенитал (венерик) сўгалларни радиотўлқин хирургияси ёрдамида олиб ташлаш тавсия этилади [81–83].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Аногенитал (венерик) сўгалларни хирургик CO_2-лазер ёрдамида олиб ташлаш тавсия этилади [7].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Уретрада жойлашган аногенитал (венерик) сўгалларни хирургик CO_2-лазер ёрдамида олиб ташлаш тавсия этилади [7, 8, 15].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

<u>3. Бошқа даво усуллари</u>
Диетотерапия қўлланилмайди

С 5	ПИЛН 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	Қон оқимидаги токсинлар, аутоантитаналар, айланиб юрувчи иммун комплекслар (АИК), яллиғланишга қарши цитокинларини йўқ қилиш, метаболизмни ва бузилган аъзолар функциясини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажасини ўтказиш тавсия этилади.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Даволаш асосан амбулатор шароитда дерматовенерологик профилдаги тиббий ташкилотда ўтказилади. Тўғри ичак шиллиқ қаватида жойлашган аногенитал (венерик) сўгаллар ҳолатида даволаш колопроктологик профилдаги тиббий ташкилотда амалга оширилади. Аёллар, шу жумладан ҳомиладорлар, бачадон бўйни шиллиқ қаватида кенг зарарланишлар билан аногенитал (венерик) сўгаллар билан мурожаат қилганда даволаш акушер-гинекологик профилдаги тиббий ташкилотда ўтказилади. Уретра ичида жойлашган аногенитал (венерик) сўгаллар ҳолатида эса даволаш урологик профилдаги тиббий ташкилотда амалга оширилади.

Тиббиёт муассасасига госпитализация қилиш учун кўрсатмалар:
тери ва шиллиқ қаватларнинг зарарланишларида хирургик кесиб олиб ташлаш ва кейинчалик операция материалини патолого-анатомик текшириш мақсадида ўтказилади.

«ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Кириш.

Аногенитал (венерик) сўгаллар — одам папиллома вируси билан боғлиқ бўлган вирусли касаллик бўлиб, ташқи жинсий аъзолар, уретра, қин, бачадон бўйни ва перианал соҳанинг тери ва шиллиқ қаватларида экзофит ва эндофит ўсишлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Ушбу касаллик жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар орасида энг кенг тарқалганлардан бири бўлиб, юқори контагиозлик ва рецидивланувчи кечишга мойиллиги билан ажралиб туради. Инфекцияланиш асосан жинсий алоқа орқали, камроқ ҳолларда эса тери ва шиллиқ қаватларда микрожароҳатлар мавжуд бўлганда контакт-маиший йўл билан юз беради. Клиник кўринишлар якка папилломатоз ҳосилалардан тортиб, бир нечта конгломератларгача бўлиши мумкин бўлиб, улар жисмоний ноқулайлик, психологик зўриқиш ва бемор ҳаёт сифати пасайишига олиб келиши мумкин.
Аногенитал сўгалларнинг аксарияти яхши сифатли бўлишига қарамай, одам папиллома вируси инфекциясининг персистенцияси ўз вақтида ташхис қўйиш, хавф омилларини баҳолаш ва инфекция тарқалишини ҳамда асоратлар ривожланишини олдини олиш мақсадида адекват даволашни талаб қилади.
Мазкур клиник протокол аногенитал сўгалларни ташхислаш, даволаш ва профилактика қилишга оид ёндашувларни далилларга асосланган тиббиёт тамойиллари асосида унификация қилиш мақсадида ишлаб чиқилган.

Тиббий реабилитация ва санатор-курорт даволаш, тиббий реабилитация усулларини, шу жумладан табиий даволаш омилларидан фойдаланишга асосланган усулларни қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар
Кўп ҳолларда аногенитал (венерик) сўгаллар олиб ташланганидан кейин реабилитация талаб этилмайди.

Аногенитал (венерик) сўгаллар аноректал соҳа ёки уретрада жойлашга ҳолатларда жарроҳлик олиб ташлашдан кейин реабилитация кўрсатилган.

Перианал соҳа ва анал канал аногенитал (венерик) сўгаллари бўйича хирургик даволашни бошдан кечирган беморларда реабилитация зарурати ушбу соҳаларнинг хирургик жароҳатланиши билан боғлиқ. Кўрсатилган анатомик соҳаларда, айниқса зарарланиш майдони катта бўлганда, операциядан кейинги яраларнинг иккиламчи битиши йирингли-септик асоратлар хавфини келтириб чиқаради. Операциядан кейинги даврда турли даражадаги оғриқ ҳамда дефекация ва сийиш функцияларининг бузилиши ушбу тоифадаги беморларда сезиларли ижтимоий дезадаптацияга ва ҳаёт сифати пасайишига олиб келиши мумкин.

Анал каналда хирургик аралашув ўтказилган ва перианал соҳада кенг пластик операциялар бажарилган беморларга алоҳида эътибор қаратилиши лозим, чунки бунда анал ушлаб туриш функцияси бузилиши мумкин.

Уретрада жойлашган аногенитал (венерик) сўгалларни олиб ташлаш узоқ муддатли даврда уретра стриктураси шаклланиши билан кечиши мумкин.
1-босқич — эрта реабилитация, хирургик аралашувдан кейинги 4–6 кундан 7–10 кунгача. Бу даврда бемор 3–5 кун давомида стационар реабилитацион даволанишда бўлади, шундан кейин кейинги реабилитация 7–14 кун давомида амбулатор шароитда давом эттирилади.
Реабилитациянинг 1-босқичидаги энг муҳим вазифалар — ошқозон-ичак тизими фаолиятини нормаллаштириш, ахлатнинг меъёрий консистенцияси ва дефекация частотасини шакллантириш ҳисобланади. Бундан ташқари, ушбу босқичда гемостазни назорат қилиш, яра жараёнини кузатиш ва операциядан кейинги оғриқ синдромини бартараф этиш амалга оширилади.

2 босқич — операциядан кейинги 15–45 кунлар даври бўлиб, репаратив жараёнларни тезлаштириш, операциядан кейинги яраларни битириш ва ошқозон-ичак тизими фаолиятини назорат қилишга қаратилган.
Реабилитация якунланганлигининг мезони — оралиқ соҳаси, анал канал ва уретрадаги операциядан кейинги яраларнинг тўлиқ битиши ҳисобланади.

- Аногенитал (венерик) сўгаллар жарроҳлик йўли билан кесиб олиб ташланганидан кейин, стационардан чиқарилгандан сўнг яра битиши даврида беморларни амбулатор-поликлиника бўғинда колопроктолог, уролог ёки хирург шифокори кузатувида бўлиши тавсия этилади. [77, 80, 86-88].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- Операциядан кейинги 45 кунга келиб тўлиқ эпителизация кузатилмаса, ярани узоқ вақт битмаётган деб баҳолаш тавсия этилади. Бундай ҳолларда яра ажралмасининг аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текшируви, спора ҳосил қилмайдиган анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текшируви, шунингдек физиотерапевт шифокори консультацияси ўтказилиши зарур [77, 80].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Аногенитал (венерик) сўгалларда ҳужайралар атипияси белгилари мавжуд бўлмаса кейинги прогноз яхши ҳисобланади. Бироқ, деструкциядан кейин 20–30% беморларда рецидивлар кузатилади. Ўсмирлар учун жинсий ҳаётдан тийилиш ОПВ билан зарарланиш профилактикасининг энг ишончли усули ҳисобланади [115].

ОПВ билан зарарланиш хавфи презервативларни жинсий алоқа бошланишидан олдин тўғри қўллаш ва жинсий шериклар сонини чеклаш орқали камаяди. Гарчи ушбу чоралар ОПВ юқишидан тўлиқ ҳимоя қилмаса-да, вируснинг жинсий шерикка юқиш хавфини пасайтириши мумкин.
Қуйидаги омиллар даволаш натижасига салбий таъсир кўрсатади ва ОПВ билан зарарланиш хавфини оширади:

1. жинсий шериклар сонининг кўп бўлиши (сўнгги бир йилда 3 тадан ортиқ, жинсий ҳаёт давомида 6 тадан ортиқ) [93, 94];
2. анал жинсий алоқалар, айниқса эркаклар билан жинсий алоқа қилувчи эркакларда [95];
3. ҳамроҳ жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар, айниқса 2 тип оддий герпес вируси, цитомегаловирус, хламидиялар ва генитал микоплазмалар чақирган инфекциялар [96];
4. иммунтанқислик ҳолатлари, айниқса ОИВ-индуцирланган иммунтанқислик [97];
5. тамаки чекиш, чунки сигарет ёнғин маҳсулотлари шиллиқ қаватларда, жумладан бачадон бўйни шиллиқ қаватида тўпланиб, Лангерганс ҳужайраларининг иммун фаоллигини сусайтиради [98];
6. ҳар икки жинс вакиллари томонидан шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик ва тиббиёт ходимлари томонидан санитария меъёрларининг бузилиши.

Профилактика ва диспансер кузатув, профилактика усулларини қўллашга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

- Аногенитал (венерик) сўгалларнинг профилактикаси мақсадида қуйидагилар тавсия этилади:
  - аҳолини ОПВ юқиш йўллари ва унинг оқибатлари ҳақида хабардор қилиш;
  - тасодифий жинсий алоқаларни йўқотиш;

- жинсий алоқаларнинг барча турларида барьер контрацепция усулларидан фойдаланиш;
- аногенитал (венерик) сўгаллар билан зарарланган беморларнинг жинсий шерикларини аногенитал (венерик) сўгаллар мавжудлигига текшириш [15].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

- 9 ёшдан 26 ёшгача бўлган аёлларда бачадон бўйни саратони ва саратонон олди ҳолатлари, вулва, қин, анал раки ҳамда аногенитал (венерик) сўгалларнинг профилактикаси, шунингдек эркакларда анал раки ва аногенитал (венерик) сўгалларнинг профилактикаси мақсадида одам папиллома вирусига қарши квадривалент рекомбинант вакцина (6, 11, 16, 18 типлар)ни қўллаш тавсия этилади [89–92].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далиллар ишончлилик даражаси – 5)

Изоҳ:

Вакцинацияни жинсий ҳаёт бошланишидан олдин ўтказиш тавсия этилади. ОПВ билан зарарланмаган шахсларда одам папиллома вирусига қарши квадривалент рекомбинант вакцина ОПВнинг 6 ва 11 типлари билан боғлиқ аногенитал (венерик) сўгаллардан деярли 100% ҳимояни таъминлайди ҳамда барча аногенитал (венерик) сўгалларга нисбатан тахминан 83% ҳимоя самарадорлигига эга.

Тавсия этиладиган вакцинация курси 3 дозадан иборат бўлиб, (0–2–6 ой) схема бўйича ўтказилади: биринчи доза — белгиланган кунда; иккинчи доза — биринчи дозадан 2 ой ўтгач; учинчи доза — биринчи дозадан 6 ой ўтгач.

Тезлаштирилган вакцинация схемасига ҳам йўл қўйилади, бунда иккинчи доза биринчи эмлашдан 1 ой ўтгач, учинчи доза эса иккинчи эмлашдан 3 ой ўтгач юборилади.

Агар учта эмлаш 1 йил давомида амалга оширилган бўлса, эмлашлар орасидаги интервал бузилган тақдирда ҳам вакцинация курси тугалланган деб ҳисобланади.

9–13 ёшли шахсларда препаратни 2 дозали муқобил схема (0–6 ой) бўйича қўллашга рухсат этилади. Бунда, агар иккинчи доза биринчи дозадан 6 ойдан олдин юборилган бўлса, ҳар доим учинчи дозани ҳам киритиш зарур.

ҚЎЛЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Клинические рекомендации РФ 2024 (Россия) Аногенитальные (венерические) бородавки (A63.0)
2. Herrero R., Castellsague X., Pawlita M. International Agency for Research on Cancer multicenter study. Journal of the National Cancer Institute. 2003;95(23):1772–1783.
3. Рахматулина М.Р., Кицак В.Я., Большенко Н.В. Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2013;(6):40–49.
4. Cogliano V., Baan R., Straif K., Grosse Y., Secretan B., El Ghissassi F.; WHO International Agency for Research on Cancer. Carcinogenicity of human papillomaviruses. Lancet Oncol. 2005;(6):204.
5. Kreisel KM., Spicknall IH., Gargano JW., et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2018. Sex Transm Dis. 2021;48:208–214.
6. Myers ER., McCrory DC., Nanda K., Bastian L., Matchar DB. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. Am J Epidemiol. 2000;151:1158–1171.
7. Chesson HW., Dunne EF., Hariri S., Markowitz LE. The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States. Sex Transm Dis. 2014;41:660–664.
8. Gilson R., Nugent D., Werner RN., Ballesteros J., Ross J. IUSTI-Europe guideline for the management of anogenital warts. 2019.
9. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
10. Chesson HW., Ekwueme DU., Saraiya M., Watson M., Lowy DR., Markowitz LE. Estimates of the annual direct medical costs of the prevention and treatment of disease associated with human papillomavirus in the United States. Vaccine. 2012;30:6016–6019.
11. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Результаты деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», в 2019–2021 гг. в Российской Федерации. Вестник дерматологии и венерологии. 2022;98(5):18–33.
12. Рахматулина М.Р., Семененко А.В. Сравнительный анализ методов диагностики и терапии клинических проявлений папилломавирусной инфекции. Вестник дерматологии и венерологии. 2015;(1):46–53.
13. Schlecht HP., Fugelso DK., Murphy RK., et al. Frequency of occult high-grade squamous intraepithelial neoplasia and invasive cancer within anal condylomata in men who have sex with men. Clin Infect Dis. 2010;51:107–110.
14. Maniar KP., Ronnett BM., Vang R., Yemelyanova A. Coexisting high-grade vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) and condyloma acuminatum. Am J Surg Pathol. 2013;37:53–60.
15. Massad LS., Xie X., Darragh T., et al. Genital warts and vulvar intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol. 2011;118:831–839.
16. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR. 2015;64(3):86–93.
17. Palefsky JM. Anal squamous intraepithelial lesions. 1999;Suppl 1:S42–48.
18. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. 2007.
19. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Revised October 2014.
20. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. и соавт. Инфекции, передаваемые половым путем. МЕДпрессинформ; 2006.
21. Ламоткин И.А., Ушаков И.И., Марди Ш.И. и соавт. Опыт применения препарата Мардил Цинк® Макс. Военно-медицинский журнал. 2015;11:58–60.
22. Shalva Mardi et al. Novel pharmaceutical product MC-Mardil. Int J Immunorehabilitation. 2011;13:142–144.

23. Komericki P., Akkilic-Materna M., Strimitzer T., Aberer W. Imiquimod versus podophyllotoxin. Sex Transm Dis. 2011;38:216–218.
24. Garland SM., et al. Imiquimod 5% cream in women. Int J STD & AIDS. 2006;17:448–452.
25. Schofer H., et al. Imiquimod vs ablative methods. Eur J Dermatol. 2006;16:642–648.
26. Arican O., et al. Imiquimod 5% cream. J Dermatol. 2004;31:627–631.
27. Gotovtseva EP., et al. Optimal frequency of imiquimod. Sex Transm Dis. 2008;35:346–351.
28. Mashiah J., Brenner S. Hypopigmentation by imiquimod. Clin Exp Dermatol. 2008;33:74–76.
29. Briggs GC. Drugs in pregnancy and lactation. 11th ed. 2017.
30. Sherrard J., Riddell L. Clinic-based treatments comparison. Int J STD & AIDS. 2007;18:365–368.
31. Panici PB., et al. Interferon vs diathermocoagulation. Obstet Gynecol. 1989;74:393–397.
32. Khawaja HT. Treatment of condyloma acuminatum. Lancet. 1986;i:208–209.
33. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Canadian consensus guidelines on HPV. 2007.
34. Von Krogh G., et al. European Course on HPV guidelines. Sex Transm Inf. 2000;76:162–168.
35. Leung L. Hyfrecation for nongenital warts. J Fam Med Prim Care. 2013;2(2):141.
36. Stone KM. Podophyllin, cryotherapy, electrodesiccation. Genitourin Med. 1990;66:16–19.
37. Yang C-J., et al. Holmium Laser Treatment. Acta Derm Venereol. 2008;88:136–138.
38. Chen K., et al. Photodynamic therapy vs CO2 laser. Br J Dermatol. 2007;156(3):516–520.
39. Szeimies RM. Photodynamic therapy study. Dermatol Surg. 2009;35:757–764.
40. Прилепская В.Н., Карелов А.К. Клиническое испытание «Сургитрон». 1998.
41. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мындаева О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. 2000.
42. Buck H.J. Warts (genital). Clinical Evidence. 2010.
43. Gilson RJ., et al. Cryotherapy vs cryotherapy + podophyllotoxin. Sex Transm Inf. 2009;85:514–519.
44. Jorge Pereira B., et al. Consensus on HPV. Rev Int Androl. 2020.
45. Зароченцева Н.В. и соавт. Папилломавирусная инфекция у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;11(6):75–78.
46. Гомберг М.А., Соловьев А.М. Рекомендации пациентам при отсутствии клинических проявлений. Медицинский совет. 2009;3:12–18.
47. Zouboulis CC., et al. Interferon gamma therapy. Arch Dermatol. 1992;128(10):1413–1414.

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

Аногенитал сўгалларни бошқаришда амалий кўникмалар ва компетенциялар.

(task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Шикоятлар 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 қопламининг кўриги ва тошма элементларини таърифлаш			+
Ташхис қўйиш			
Шикоятлар, кўрик ва лаборатор-инструментал текширув натижаларига асосланиб			+
Асосий лаборатор ташхислаш			
Асосий лаборатор таҳлилларни буюриш	+ +	+	+
Умумий қон таҳлили		+	+
Заҳмни аниқлаш учун скрининг тестлар (14 ёшдан катталар учун)		+	+
Қўшимча лаборатор текширувлар			
ОПВ учун ПЗР			+
Қон биохимик таҳлили			+
ИФА, ИХЛА, ИФлА усулларида антителолар			+
Гепатит В, С, ОИВ учун текширув			+
Умумий сийдик таҳлили			+
Умумий нажас таҳлили			+
Тасдиқловчи тестлар (ИФР, ИФА IgG ва IgM, ОТИР, ПГАР, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM)			+

Микробиологик таҳлил			+
Микологик таҳлил			+
Гистологик таҳлил			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Тери ҳолати диагностикаси - дерматоскопия			+
Кольпоскопия			+
Аноскопия			+
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.

Аногенитал сўгаллар касаллигини бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Аногенитал сўгаллар 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			+
Аногенитал сўгалларда қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг			+
Аногенитал сўгалларнинг патофизиологик ривожланиш механизмини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизмат қилади.