

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
Ш.АЛИМОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ**

**“УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

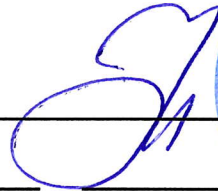
Тошкент 2025

“Тасдиқлайман ”

**Академик Ш. Алимов номидаги Республика
ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология**

илмий амалий тиббиёт маркази директори

Н.Н Парпиева



2025 й.

**УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ
ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

1. Урогенитал туберкулёз касаллигини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протокол 5
- 2 Урогенитал туберкулёз касаллигида тиббий аралашувлар бўйича миллий клиник протокол 95

**“УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ” НОЗОЛОГИЯСИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. КИРИШ

Кодлар ХКТ-10:

ХКТ-10 бўйича кодланиши:	Нозологик номланиши:
A18.1 (N29.1*)	Буйраклар ва сийдик найлари туберкулёзи (нефротуберкулёз)
A18.1 (N33.0*)	Қовуқ туберкулёзи
A18.1 (N37.0*)	ТВС уретрит
A18.1 (N51.0*)	Простата туберкулёзи
A18.1 (N51.8*)	ТВС везикулит
A18.1 (N51.1*)	ТВС (орхо)эпидидимит
A18.1 (N51.2*)	Жинсий олат туберкулёзи
A18.1 (N74.0*)	Бачадон бўйни туберкулёзи
A18.1 (N74.1*)	Аёллар тос аъзолари ва тўқималарининг туберкулёз яллиғланиши

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосли далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Ш.Алимов номидаги Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳисобланади. (РИФваПИАТМ)

Клиник протоколни тузиш учун ишчи гуруҳ таркиби

1. Парпиева Н.Н. – тиббиёт фанлари доктори, РИФваПИАТМ директори, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош фтизиатри
2. Ливерко И.В. – тиббиёт фанлари доктори, РИФваПИАТМ директори ўринбосари
3. Алимов С.В. – тиббиёт фанлари номзоди, РИФваПИАТМ мутахассиси
4. Белоцерковец В.Г. – тиббиёт фанлари номзоди, РИФваПИАТМ мутахассиси
5. Абулқосимов С.П. – тиббиёт фанлари номзоди, РИФваПИАТМ мутахассиси
6. Сафоев Ҳ.А. – РИФваПИАТМ мутахассиси
7. Қаландарова Л.Н. – Тошкент шаҳар фтизиатрия ва пулмонология маркази директори
8. Гадоев Ж.Т. – ЖССТнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси сил, ОИВ ва гепатит бўлими бошлиғи
9. Раҳматов М.М. – тиббиёт фанлари номзоди, РИФваПИАТМ мутахассиси.

10. Ҳақимов М.А. – катта илмий ходим, тиббиёт фанлари номзоди, РИФваПИИАТМ мутахассиси
11. Абдурахмонов Д.К. – тиббиёт фанлари доктори, РИФваПИИАТМ мутахассиси
12. Алижанов С.К. – тиббиёт фанлари номзоди, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти.

Ишчи гуруҳ раҳбари

Парпиева Н.Н. – тиббиёт фанлари доктори, РИФваПИИАТМ директори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош фтизиатри

Муаллифлар рўйхати:

1. Раҳматов М.М. – тиббиёт фанлари номзоди, ЎзССВ фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази мутахассиси
2. Ҳақимов М.А. – катта илмий ходим, тиббиёт фанлари номзоди, ЎзССВ фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази мутахассиси
3. Абдурахмонов Д.К. – тиббиёт фанлари доктори, ЎзССВ фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази мутахассиси
4. Алижанов С.К. – тиббиёт фанлари номзоди, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти.

Рецензентлар:

1. О.Н.Зубань – тиббиёт фанлари доктори, "Москва соғлиқни сақлаш департаменти силга қарши кураш ИАМ" ССДБМ илмий ва клиник ишлар бўйича директор ўринбосари, Россия Тиббиёт академиясининг кўшимча касбий таълим федерал давлат бюджети таълим муассасаси фтизиатрия кафедраси профессори.
- 2.
3. **Д.З.Мухтаров** – тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг фтизиатрия ва пульмонология кафедраси профессори

Клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИФваПИИАТМ илмий кенгашининг 30 ноябрдаги 2023 йил №10-сонли йиғилишида кўриб чиқилди ва тасдиқланди.

Илмий кенгаш раиси - т.ф.д. профессор И.В. Ливерко, РИФваПИИАТМ директор ўринбосари, ССВ бош пульмонологи;

Экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Назиров П.Х. – РИФва ПИАТМ мутахассиси, т.ф.д. профессор;
2. Сабиров Ш.Ю. – тиббиёт фанлари номзоди, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш марказининг фтизиатрия ва пульмонология кафедраси доценти

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

Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий даражаси вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

Амалиёт шифокорлари:

1. Каландарова Л.Н.
2. Зияев Т.Э.

Қисқартмалар рўйхати

АЛТ	Аланин аминотрансфераза
АРВТ	Антиретровирус терапия
АСТ	Аспартат аминотрансфераза
ҚФТВ	Қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти
ЖССВ	Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти
ҚМДР	Қисқа муддатли даволаш режими
ДБКД	Дозаси белгиланган комбинирлашган дорилар
ПНҚС	Периферик нейропатия учун қисқача скрининг
КТ	Компютер томографияси
КЧБ	Кислотага чидамли бактериялар
ЛЙ	Левинштейн-Йенсен
ОИВ	ОИВ билан яшайдиган одамлар
ДЧ-ТВС	Дориларга чидамли ТВС
ДС - ТВС	Дориларга сезувчан ТВС
ТМБ	Туберкулёз микобактерияси
МИК	Минимал ингибирлашган концентрация
ХКТ-10	Касалликларнинг халқаро таснифи, ўнинчи қайта кўриб чиқиш
КДЧ-ТВС	Кўп дори-дармонларга чидамли ТВС касаллиги
Моно-ТВС	Монорезистентли ТВС касаллиги
БНОД	Бевосита назорат остида даволаниш
СҚКМД	Силга қарши кураш миллий дастури
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УСТ	Умумий сийдик таҳлили
БТЁ	Бирламчи тиббий ёрдам
СПД	Силни профилактик даволаш
КДЧ-ТВС	Кўп дори-дармонларга чидамли ТВС касаллиги
СҚД	Силга қарши дорилар
СанҚ ва Н	Санитар қоидалар ва нормалар
ҚД	Қандли диабет
ЭЧТ	Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ОИТС	Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
СЭХ	Санитария-эпидемиология хизмати
РЧ-ТВС	Рифампицинга чидамли ТВС касаллиги
ТВС	Сил касаллиги
ТТТ	Тери туберкулин тести
ТГ	Тиреотроп гормон
ДСТ	Дориларга сезувчанлик тести
МТМК	Марказий тиббий маслаҳат комиссияси
МАТ	марказий асаб тизими
ДКЧ-ТВС	Дориларга кенг чидамли ТВС касаллиги
DRS	Drug resistance survey

РС, НЧ-ТБ	Рифампицин-сезувчан, изониазид-чидамли ТВС
-----------	--

Силга қарши дориларнинг қисқартмалари

Am	Амикацин
Amx-Clv	Амоксициллин-клавулан кислотаси
Bdq	Бедаквелин
Cfz	Клофазимин
Cs	Циклосерин
Dlm	Деламанид
E	Этамбутол
Eto	Этионамид
H	Изониазид
Hh	Изониазид юқори дозаларда
Imp-Cln	Имипенем-силастатин
Lfx	Левофлоксацин
Lzd	Линезолид
Mfx	Моксифлоксацин
P	Рифапентин
Pa	Претоманид
PAS	Пара-аминосалицил кислотаси
Pto	Протионамид
Z	Пиразинамид

Мақсадли гуруҳ

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва ИИВ Жазони ижро этиш бош бошқармасига қарашли тиббиёт муассасаларининг фтизиатр, фтизио-уролог, фтизиогинеколог, уролог, гинеколог, терапевт, шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари, соғлиқни сақлаш тизими ташкилотчилари, тиббий ёрдам сифатини назорат қилувчи ташкилотлар (ДТСЖ).

Бемор тоифалари

Урогенитал органларнинг ТВСига шубҳа қилинган беморлар, урогенитал органларнинг ТВС билан касалланган беморларида МТВнинг дори-дармонларга сезувчан (ДС) ва дори-дармонларга чидамли (ДЧ) шакллари.

Маълумотларнинг исботлаш даражаси

Исботларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи (ИИД)

Даража	Тавсияларнинг ишончлилик мезонлари
1	Катта ҳажмдаги иккиламчи ёпиқ-назоратли плацебо-назоратли тадқиқотлар, шунингдек, бир нечта рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг мета-таҳлили ва/ёки систематик шарҳи асосида олинган маълумотлар
2	Кичик рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, статистик маълумотлар оз сондаги беморларда олинган
3	Чекланган сондаги беморлар иштирокида ўтказилган норандомизацияланган клиник тадқиқотлар
4	Маълум бир муаммо бўйича экспертлар гуруҳи томонидан консенсус ишлаб чиқиш

Исботлар даражасини баҳолаш шкаласи (ИД)

Далиллар тоифаси	Тадқиқот тури
А	Юқори сифатли мета-таҳлил, рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг (РКТ) систематик шарҳи ёки жуда паст (++) систематик хато эҳтимоли бўлган йирик РКТ, унинг натижалари тегишли аҳолига тарқатилиши мумкин.
В	Юқори сифатли (++) когорт ёки ҳолат-назорат тадқиқотларининг систематик шарҳи ёки жуда паст систематик хато хавфи бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки ҳолат-назорат тадқиқотлари ёки систематик хато хавфи паст (+) бўлган РКТ, унинг натижалари тегишли аҳолига тарқатилиши мумкин.
С	Когорт ёки ҳолат-назорат тадқиқоти ёки рандомизациясиз назоратли тадқиқот, унда систематик хато хавфи паст (+). Унинг натижалари тегишли аҳолига тарқатилиши мумкин ёки жуда паст ёки паст систематик хато хавфи бўлган РКИ (++) ёки (+), унинг натижалари тўғридан-тўғри тегишли аҳолига тарқатилиши мумкин эмас.
Д	Ҳолатлар сериясини тавсифлаш ёки назоратсиз тадқиқот ёки экспертлар фикри.

2. АСОСИЙ ҚИСМ

2.1. Урогенитал органларининг ТВС касаллиги ҳолатлари

Тахмин қилинган ТВС ҳолати

Бошқа умумий симптомлар (вазн ё'қотиш, иситма, гипертония, заифлик) билан бирга бўлиши мумкин бўлган 2-3 ҳафта давомида бел оғриғи ва сийдик чиқариш бузилиши белгилари билан хавф остида бўлган ҳар қандай одам.

Сил касаллиги ҳолати

Ултратовуш текшируви, турли рентген диагностика усуллари, МСКТ, МРТ ва рентгенологик текшириш усуллари, локализация, касалликнинг оғирлиги ва олдинги даволаш тарихини аниқлаш натижаларидан олинган маълумотларнинг комбинатсиясини ўз ичига олади.

2.2. Бактериологик тасдиқлашга қараб ТВС касаллиги нинг таърифи

2.2.1. Бактериологик тасдиқланган ТВС касаллиги ҳолати

Лаборатория текширувлари билан тасдиқланган, патологик материал (сийдик, жинсий аъзолар, сперма, простата секретсияси ва бошқа биологик материаллар) мавжуд бўлган турли хил усуллар билан - мазок микроскопияси ёки турли хил микроскоплар билан аниқланган микобактерия туберкулёзи бўлган ТВС касаллиги ҳолати. Тадқиқот усуллари, молекуляр генетик тестлар, шу жумладан НККТ нуклеин кислотасининг амплификацияси НААТ (https://www.msmanuals.com/en-nz/professional/infectious_diseases/mycobacteria/extrapulmonary_tuberculosis-tb) Полимераз занжирли реакцияси (PCR), занжирни алмаштириш таҳлили (SDA), транскрипсия воситачилигидаги таҳлил (ТМА) ва сиртмоқ-бевосита изотермик амплификация (LAMP).

Урогенитал ТВС касаллиги ни пешобда ТВС микобактериясини аниқлаб ташхислаш учун полимераз занжирли реакция (PCR) усуллари кенг муваффақиятли қўлланиляпти (https://journals.asm.org/journal/spectrum_on_16_July_2025_by_82.215.120.159.) ЕАУ³ томонидан тасдиқланган, шунингдек, WҲО ҲАИН Лифессеиенсе/Брукер томонидан тасдиқланган .

Шуни таъкидлаш керакки. Cepheid компанияси томонидан микобактериясини GeneXpert® MTB/RIF и GeneXpert® MTB/RIF Ultra усуллари билан пешобда, мазокда. Спермада ТВС ни текшириш мўлжалланмаган: керакли катриджлар фирма томонидан ишлаб чиқилмаган (<https://web-support.cepheid.com/specimen-collection>). Америка Қўшма Штатларида GeneXpert® MTB/RIF и GeneXpert® MTB/RIF Ultra усуллари АҚШ FDA томонидан фақат ўпка ТВС касаллиги га шубҳа қилинган одамларда табиий ва тайёрланган балғамни ўрганиш учун тасдиқланган. (<https://www.nature.com/articles/s41585-019-0228-9>, <https://doi.org/10.1016/j.euf.2023.07.006>). Шу билан бирга, фтизиоурологик беморни ҳар томонлама текшириш вақтида ушбу усуллардан қўшимча текширувлар сифатида фойдаланишга рухсат берилади. Балғамдан ташқари, ҳозирги вақтда сийдик, жинсий аъзолар секретсияси, сперма, простата секретсияси ва бошқа биологик материалларда сил микобактерияларини аниқлаш учун полимераза занжири

реакциясига (PCR) асосланган бир қатор усуллар муваффақиятли қўлланилмоқда

2.2.2. Бактериологик тасдиқланмаган ТВС касаллиги

Патологик намуналарда туберкулёз микобактериялари аниқланмаган туберкулёз ҳолатлари, бироқ касалликни тасдиқлаш қўйидагиларни ўз ичига олади:

- Урогенитал ТВС касаллиги семиотикасига мос келадиган клиник ва анамнестик маълумотларнинг мавжудлиги.
- ТВС касаллиги нинг нур семиотикасига мос келадиган патогномоник белгилар мавжудлиги билан урогенитал органларда патологик жараёнларни тасдиқловчи нур текшируви маълумотлари (турли ултратовуш усуллари, рентген усуллари, МСКТ, МРТ ва рентгенологик усуллар) .
- Эндоскопик текширув маълумотлари урогенитал органларда патологик жараёнларни тасдиқловчи, урогенитал ТВС касаллиги нинг эндовизуал семиотикасига мос келадиган патогномоник белгилар мавжудлиги билан .
- Умумий тиббий тармоқдаги амалдаги стандартларга мувофиқ сийдик йўллари инфекциясини узоқ муддатли муваффақиятсиз даволаш;
- Муайян жараённинг мавжудлигини кўрсатадиган гистологик текширув натижалари;
- Иммунологик текшириш усуллари нинг ижобий натижалари (Диаскин тести, Quantiferon TB Gold®, T-SPOT.TB®, Манту тести, Кох тестининг турли модификациялари) урогенитал ТВС касаллиги семиотикасига мос келадиган клиник, анамнестик ва лаборатория маълумотлари мавжуд бўлганда.

2.3. Жараённинг локализациясига қараб ТВС касаллиги ни аниқлаш

Сийдик чиқариш йўллари нинг ТВС касаллиги

Сийдик чиқариш йўллари нинг туберкулёзи - *M. tuberculosis* (МТВ) ёки *M. bovis* туфайли келиб чиққан сийдик йўллари нинг специфик яллиғланиши бўлиб, уларни ҳозирда мавжуд бўлган ҳар қандай усуллар билан аниқлаш ва /ёки гистологик текшириш ёки эксперт хулосаси билан аниқланган ташхис билан, 1.2.2-бандда келтирилган мезонларга мувофиқ.

Урогенитал ТВС касаллиги

Урогенитал ТВС касаллиги - *M. tuberculosis* (МТВ) ёки *M. bovis*, томонидан келиб чиққан сийдик тизими ва жинсий аъзоларнинг специфик яллиғланиши, уларни ҳозирги вақтда мавжуд бўлган турли усуллар ва /ёки гистологик текшириш ёки эксперт томонидан қўйилган клиник жиҳатдан аниқланган ташхис билан аниқлаш орқали тасдиқланади. фикр, 1.2.2-бандда келтирилган мезонларга мувофиқ.

Буйрак туберкулёзи

Буйрак туберкулёзи - бу буйракларнинг специфик яллиғланиши *M.tuberculosis* (МТВ) ёки *M. Bovis* мавжуд бўлган ҳар қандай усуллар ва/ёки гистологик текшириш ҳамда клиник аниқланган ташхис билан уларни идентификациялаш билан тасдиқланган.

Урогенитал туберкулёз умумий ёки милиар туберкулёзнинг кўриниши сифатида намоён бўлиши

Умумий ТВС касаллиги - ўпка, жигар, талок, буйраклар, ичаклар, мия пардалари ва бошқа органлар ва тизимларнинг тарқалган шикастланиши. Клиник кўриниши, беморнинг оғир аҳволи, интоксикациянинг оғир белгилари билан таърифланади ва ТВС касаллиги жараёни номувофиқ кечиши мумкин.

Милиар туберкулёз, умумлаштирилган жараённинг бир тури сифатида, турли органлар ва тизимларнинг шикастланиши, тез тарқалиши (умумийлашуви), ўткир кечиши билан тавсифланади.

³EAU Guidelines for the Management of Genitourinary Tuberculosis //European Urology 48 (2005) 353–362.

⁴ Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению урогенитального туберкулеза. Москва – 2016

Комбинациялашган урогенитал туберкулёз

Урогенитал туберкулёзи кўп органларда ТВС касаллиги намоён бўлганда ривожланиши мумкин. Сийдик чиқариш йўлларида ТВС касаллиги га қўшимча равишда, бошқа органларда ТВС касаллиги жараёнининг бир вақтнинг ўзида локализацияси мавжуд (бир нечта органларда ТВС шикастланишлар, туберкулёз менингит бундан мустасно).

2. 4. Аввалги ТВС ни даволашга асосланган ҳолат таърифи

Янги ҳолатлар

Илгари ҳеч қачон ТВС дан даволанмаган ёки бир ойдан камроқ вақт давомида ТВС га қарши препаратлар олган беморлар .

Такрорий ҳолатлар (илгари даволанган беморлар)

Олдинги даволанишнинг охириги курси натижаларига кўра улар қуйидагиларга бўлинади:

1. **Рецидив** - илгари ТВС билан даволашни олган ва охириги терапия курси охирида даволанган ёки тугалланган деб ҳисобланган, аммо кузатув давомида *M. tuberculosis* ёки *M. Bovis* ни аниқланган ва такрорий аниқланган беморлар мавжуд бўлган ҳар қандай ҳолат (бу ҳақиқий рецидив ёки қайта инфекция натижасида ТВСнинг янги эпизоди бўлиши мумкин);
2. **Муваффақиятсиз терапия курсидан кейин даволаниш** - олдинги даволаш курсининг муваффақиятсиз натижасидан кейин иккинчи даволаш курсини бошлаган беморлар;
3. **Кузатувдан маҳрум бўлганлар** - илгари ТВС билан даволанган, аммо терапиянинг охириги курси охирида кузатувдан маҳрум бўлган беморлар;

4. **Илгари даволанган бошқа беморлар** - илгари ТВС билан даволанган беморлардир, ammo терапиянинг охириги курси охирида даволаниш натижаси номаълум ёки ҳужжатлаштирилмаган.
5. **Ўтказилган** - бошқа тиббий муассасадан кўчирилган ва даволанишни давом эттириш учун янги ҳудудда/муассасада рўйхатга олинган беморлар.

2.5. ОИВ ҳолатига асосланган ҳолат таърифи

Урогенитал органларнинг ТВС билан касалланган ОИВ-мушбат беморлар

Бу урогенитал органларнинг ТВС билан оғриган беморлари бўлиб, урогенитал органларнинг ТВС ташхиси ёки ундан кейин ўтказилган ОИВ тестининг ижобий натижаси ёки ОИВ инфекциясининг илгари ҳужжатлаштирилган далиллари.

ОИВ билан касалланган беморлар

Булар урогенитал ТВС билан оғриган беморлардир, ТВС ташхиси пайтида ёки ундан кейин олинган ОИВ тестининг ҳужжатлаштирилган салбий натижаси.

Номаълум ОИВ ҳолати бўлган урогенитал органларнинг ТВС билан оғриган беморлар

Булар ОИВ тестининг ҳужжатлаштирилган натижасига эга бўлмаган беморлардир. Агар ОИВ ҳолати кейинчалик аниқланса, ишни ОИВ тести натижаларига кўра қайта таснифлаш керак.

2.6. Дори воситаларига чидамлилигига асосланган ҳолат таърифи ⁵

Дори-дармонга чидамли ТВС - ТВС касаллиги кўзғатувчисининг бир ёки бир нечта силга қарши дори-дармонларга чидамлилик кўрсатадиган штаммидан келиб чиққан ТВС касаллиги.

Номи	Таърифи
Дори-дармонларга сезгир ТВС касаллиги (ДС-ТВС)	МТВ силга қарши биринчи даражали дориларга - изониазид, рифампицин, пиразинамид ва этамбутолга сезгир.
Монорезистент сил (МоноДЧ-ТВС)	Рифампицидан ташқари изониазид ёки пиразинамид ёки этамбутолни ўз ичига олган биринчи қатор дори воситаларига чидамлилик ¹ .
Рифампицинга сезгир, изониазидга чидамли ТВС (ИЧ-ТВ)	ТВС изониазидга чидамли ва рифампицинга сезгир МТВ штаммлари сабаб бўлган. Монорезистентли ТВСга мурожаат қилинг.
Полирезистент ТВС (КДЧ-ТВС)	Биринчи қатордаги биттадан ортиқ препаратларга чидамли, рифампицин бундан мустасно ⁶ .
Рифампицинга чидамли ТВС	Рифампицинга фенотипик ёки генотипик лаборатория усуллари билан тасдиқланган бошқа

⁴ MonoDR-TB holatlarida, agar ikkinchi qator silga qarshi дори vositalariga (masalan, ftorxinolonlar) qo'shimcha qarshilik aniqlansa, kasallik aniqlanadi va MonoDR-TB sifatida ro'yxatga olinadi, ammo davolash Davolovchi Kengash tomonidan tuzatiladi. DST bo'yicha.

(РЧ-ТВ)	дориларсиз ёки чидамлик кўрсатадиган ҳар қандай чидамлик . РЧ-ТВ рифампицинга монорезистентлик, кўп дори-дармонларга чидамлик, кўп дори-дармонларга чидамлик ёки кенг тарқалган дори-дармонларга чидамлик кўринишидаги ҳар қандай чидамлик ни ўз ичига олади.
Аввал дорига кенг чидамли сил (Аввал-ДКЧ-ТВС)	Бир вақтнинг ўзида камида рифампицин ва изониазидга чидамли ТВМ штамлари сабаб бўлган ТВС.
Олдиндан кенг тарқалган дориларга чидамли сил (Аввал-КДЧ-ТВС)	МДЧ-ТВС ёки РЧ-ТВС таърифига жавоб берадиган ва бир вақтнинг ўзида ҳар қандай фторхинолонларга чидамли МТВ штамлари сабаб бўлган ТВС.
Дориларга кенг чидамли ТВС касаллиги (КДЧ-ТВС)	МДЧ/РЧ-ТВС таърифига жавоб берадиган ва шу билан бирга фторхинолонларнинг ҳар қандайсига (левофлоксацин, моксифлоксацин) ва камида битта А гуруҳининг бошқа дори воситаларига (бедаквелин, линезолид) чидамли бўлган ТМБ штамлари сабаб бўлган ТВС.
Латент сил инфекцияси (ЛТВИ)	ЛТВИ - ТВСнинг клиник кўриниши бўлмаганда, организмда МТВ антигенлари мавжудлигидан келиб чиқадиган доимий иммунитет реакцияси ҳолати. Уни ТВС касаллигидан ажратиш учун ЛТВИ деб аталади. Одамларда ЛТВИ ни тўғридан-тўғри аниқлаш имконини берувчи ташхиснинг "олтин стандарти" йўқ. Кўпгина инфицирланган одамларда ТВС белгилари ёки аломатлари йўқ, аммо ТВС касаллигини ривожланиш хавфи мавжуд.

2.7. Даволаш натижалари учун таърифлар

Молекуляр генетик тестлар, бактериологик тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланган ёки клиник маълумотлар асосида ташхис қўйилган (бактериологик тасдиқланмаган) ДС-ТВС ва ДЧ-ТВСнинг барча ҳолатларини даволаш натижалари қуйидаги жадвал ёрдамида аниқланиши керак (ЖССТ тавсиялари, 2021 йил²):

⁶ Linh NN, Viney K, Gegia M, Falzon D, Glaziou P, Floyd K, Timimi H, Ismail N, Zignol M, Kasaeva T, Mirzayev F. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining sil kasalligini davolash natijalari ta'riflari: 2021 yil yangilanishi. Yevro Nafas olish J. 2021 yil 19 avgust ;58(2):2100804. doi : 10.1183/13993003.00804-2021. PMID : 34413124.

Натижа	Таъриф (ДС-ТВС + ДЧ-ТВС)
Даволаш	<p>Даволашни бошлаш вақтида бактериологик тасдиқланиши билан урогенитал ТВС билан оғриган, миллий тавсияларга мувофиқ даволанишни якунлаган, бактериологик жавоб ва даволаш муваффақиятсизлиги белгилари бўлмаган бемор.</p> <p>Бактериологик жавоб реверсиясиз бактериологик конверсияни билдиради.</p> <p>“Бактериологик конверсия” бактериологик жиҳатдан тасдиқланган ТВС билан касалланган беморда камида 7 кунлик интервал билан олинган камида иккита кетма-кет экиш (ДС-ТВС ва ДЧ-ТВС учун) ёки мазак (фақат ДС-ТВС учун) манфий бўлган вазиятни тавсифлайди.</p> <p>“Бактериологик реверсия” камида 7 кун оралиғида олинган камида иккита кетма-кет култура (ДР-ТВС ва ДР-ТВС учун) ёки мазок (фақат ДР-ТВС учун) бактериологик конверсиядан кейинги беморларда ҳамда бактериологик тасдиқланмаган ТВС билан оғриган беморларда ижобий бўлган вазиятни тавсифлайди.</p>
Даволаниш тугалланди	<p>Миллий кўрсатмаларга мувофиқ терапиянинг тўлиқ курсини тугатган, даволаш натижаси даволовчи ёки даволаш самарасиз бўлган урогенитал ТВС билан касалланган бемор ³.</p>
Самарасиз даволаш	<p>Даволаш тўхтатилиши ёки доимий равишда янги режим ёки даволаш стратегиясига ўтилиши керак бўлган урогенитал ТВС билан оғриган бемор.</p> <p>Ўзгартириш сабаблари қуйидагилардан иборат:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ клиник ва/ёки бактериологик жавоб йўқлиги (конверсия); ✓ дори режимига қўшимча орттирилган чидамлилиқ ; ✓ салбий дори реакцияси.
Ўлим	<p>Даволашдан олдин ёки кимётерапия пайтида вафот этган урогенитал ТВС билан касалланган бемор.</p>
Кузатиш учун йўқолган	<p>Даволаш ёки даволанишни бошламаган урогенитал ТВС билан оғриган бемор кетма-кет 2 ой (ёки ундан кўп) тўхтатилди.</p>

³ DS-TB uchun - davolash boshlanganda bakteriologik tasdiqlanmagan, to'liq terapiya kursi oxirida klinik va rentgenologik yaxshilanishni ko'rsatadigan genitouriner sil bilan kasallangan bemor. DR-TB uchun davolashning intensiv bosqichi tugaganidan keyin kamida 30 kun oralig'ida olingan ketma-ket uch yoki undan ortiq kulturalar salbiy ekanligi haqida ma'lumot yo'q.

Натижа баҳоланмайди	Даволаш натижаси аниқланмаган урогенитал ТВС билан оғриган бемор. Бунга бошқа муассасага "кўчирилган" ҳолатлар ва даволаш натижалари номаълум бўлган ҳолатлар киради; аммо, у кузатув учун йўқолган ҳолатларни ўз ичига олмайди.
Муваффақиятли даволаниш	Натижа "даволаш" ва "даволаш тугалланган" ҳолатлар йиғиндиси.
Муваффақиятли даволаниш (фақат операцион тадқиқотларда фойдаланиш учун)	Бемор 6 ой (ДС-ТВС ва ДЧ-ТВС учун) ва 12 ой (фақат ДЧ-ТВС учун) урогенитал ТВС дан муваффақиятли даволангандан сўнг баҳоланади, тирик ва ҳеч қандай урогенитал ТВС белгилари йўқ.

Эслатма: 2 ой ёки ундан кўпроқ даволанишдан танаффуси бўлган беморларга "Кейинги тиббий кузатувдан маҳрум бўлиш" хулосаси берилади. Қайта мурожаат қилганда, ДСТ ўтказилиши керак, бемор қайта рўйхатга олинади ва тегишли даволаниш бошланади .

1.7.ХКТ 10 га мувофиқ кодлаш

A18.1+ - Урогенитал органларининг ТВС касаллиги

ХКТ-10 бўйича кодланиши:	Нозологик номланиши:
A18.1 (N29.1*)	Буйраклар ва сийдик найлари туберкулёзи (нефротуберкулёз)
A18.1 (N33.0*)	Қовуқ туберкулёзи
A18.1 (N37.0*)	ТВС уретрит
A18.1 (N51.0*)	Простата туберкулёзи
A18.1 (N51.8*)	ТВС везикулит
A18.1 (N51.1*)	ТВС (орхо)эпидидимит
A18.1 (N51.2*)	Жинсий олат туберкулёзи
A18.1 (N74.0*)	Бачадон бўйни туберкулёзи
A18.1 (N74.1*)	Аёллар тос аъзолари ва тўқималарининг туберкулёз яллиғланиши

1.8.Таснифи

1. Буйрак туберкулёзининг клиник, рентгенологик ва эхоскопик шакллари

1.1. Буйракнинг инфилтратив туберкулёзи

1.2. Туберкулёз папиллит (форникал, кавакли ва аралаш турлари)

1.3. Буйракнинг кавакли туберкулёзи:

1.3.1. Буйракнинг монокавакли туберкулёзи

1.3.2. Буйракнинг поликавакли туберкулёзи

1.3.3 Буйракнинг фиброз-кавакли туберкулёзи

1.4 Туберкулёз пионефрози

1.6. Туберкулёз нефроциррози

2. Сийдик чиқариш йўллариининг туберкулёзи (сийдик йўллари, қовуқ, сийдик чиқариш йўллари) хар доим буйрак силига нисбатан иккиламчи бўлади.

II. Эркаклар жинсий аъзоларининг ТВС касаллиги :

1. Туберкулёз эпидидимити (бир томонлама ёки икки томонлама);
2. Туберкулёз орхоэпидидимити (бир томонлама ёки икки томонлама);
3. Простата туберкулёзи (инфилтратив ёки кавакли шакли);
4. Уруғ вазикулаларининг ТВС касаллиги ;
5. Жинсий олатни туберкулёзи.

Эркаклар жинсий аъзоларининг ТВС касаллиги нинг асоратлари : скротум ва перинеум окмалари, бепуштлик, жинсий дисфункция.

III. Аёллар жинсий аъзоларининг ТВС касаллиги :

1. Туберкулёз салпингит
2. Туберкулёз салпингоофорит
3. Бачадон туберкулёзи
 - а) эндометрит
 - б) метроэндометрит
4. Бачадон бўйни, қин, ташқи жинсий аъзоларининг ТВС касаллиги

1.8.2. Жараён босқичи бўйича:

- Инфилтрация босқичи
- Чандикланиш босқичи
- Калцификация босқичи

1.8.3. Бактерийа ажралиши:

- Туберкулёз микобактериясини ажралиши билан (ТВС МБ+)
- Туберкулёз микобактериясини ажралмаслиги билан (ТВС МБ-)

- 1.8.4. Буйрак туберкулёзининг асоратлари:

1. Пиелонефрит

2. Паранефрит, оқма яралар

3. Гидронефроз
4. Буйрак етишмовчилиги (сурункали, ўткир)
5. Иккиламчи тошлар
6. Нефроген артериал гипертензия
7. Амилоидоз

1.8.5. Буйрак туберкулёзи даволангандан кейин қолдиқ ўзгаришлар:

1. Туберкулёздан кейинги киста.
2. Жом ва/ёки косачаларнинг фибрози.

1.8.6. Специфик препаратларга сезгирлиги бўйича

1. СХТ препаратларга сезгирлиги йўқолмаган, 1 қатор дориларга сезгир бўлган урогенитал туберкулёзининг барча ҳолатлари.
2. ДЧ-ТВС, Моно-ТВС, РЧ-ТВС, ХДР, МДР ТВ, 2-даражали дорилар билан даволаш – I қатор дори воситаларига чидамлилиги билан урогенитал сил касалланганлар.

Клиник таъхисни шакллантириши

Урогенитал туберкулёзи билан оғриган беморга ташхис қўйишда қуйидаги кетма-кетлик тавсия этилади: клиник шаклнинг хусусиятлари, локализацияси, жараённинг босқичи, бактериал экскреция (МТВ + ёки МТВ –, препаратларга сезгирлиги, масалан, МДЧ-ТВС), асоратлар, ҳамроҳ касалликлар.

1. Сийдик тракти ТВС касаллиги: буйракларнинг туберкулёз папиллитли, инфильтрация босқичида, МТВ+. Асорати: Сурункали буйрак етишмовчилиги 2 босқич. Ҳамроҳ ташхис: Гепатит С. (ХКТ 10 А 15,0)
2. Сийдик тракти ТВС: ўнг буйрак юқори қутбининг кавакли туберкулёзи, МТВ + (МДС-ТВС). Асорати: Сурункали буйрак етишмовчилиги, 2 босқич, буйрак гематурияси. Ҳамроҳ ташхис: Уч шоҳли нервнинг неврити. (ХКТ 10 А 15.0)
3. Урогенитал туберкулёз: ўнг буйракнинг юқори қутбининг кавакли туберкулёзи, МТВ + (МДЧ- ТВС). Простата туберкулёзи. Ўнг томонлама туберкулёз эпидидимити, оқма яра шакли. Асорати: Сурункали буйрак етишмовчилиги, 2 босқич, буйрак гематурияси. Ҳамроҳ ташхис: Уч шоҳли нервнинг неврити. (ХКТ 10 А 15.0).

Даволаш натижасида таъхиснинг ўзгариши

Ташхис қўйиш жараёнининг босқичини кўриб чиқиш беморни кузатишнинг ҳар қандай босқичида амалга оширилиши мумкин. Даволаш курсини тугатгандан сўнг, урогенитал ТВСнинг клиник шакли ташхисини кўриб чиқиш тавсия этилади.

Буйракнинг кавакли ТВС билан оғриган беморларда муваффақиятли даволаш курсидан сўнг клиник шаклнинг ташхиси, агар бактериал ажралиш тўхтаса ва кимётерапия бошланганидан 6-9 ой ўтгач, кавак тозаланган бўлса, ўзгартирилиши мумкин. Буйрак ТВС нинг кичик шакллари бўлган беморларда

(емирилишсиз ва бактериал экскрециясиз), жараён барқарорлашганда ташхиснинг ўзгариши, эҳтимол, кимётерапия бошланганидан 6 ой олдин:

1. Буйракнинг туберкулёз папиллитини клиник даволашда буйрак паренхимасида битта кичик чандиқлашган ўчоқ ва чегараланган фиброз кўринишидаги силдан кейинги кичик қолдиқ ўзгаришлар мавжуд.
2. Кисталар, кўплаб зич кичик ўчоқлар ва буйрак паренхимасида кенг тарқалган фиброз кўринишидаги силдан кейинги катта қолдиқ ўзгаришлар мавжудлиги билан буйрак кавакли ТВС нинг клиник даволаш.

Урогенитал ТВС учун резекция, жарроҳлик ёки бошқа аралашувлардан ўтган беморларга тавсия этилади:

1. Жарроҳликдан сўнг буйракда ТВС касаллиги бўлмаган шахсларга "Буйрак ТВСнинг у ёки бу шакли учун операциядан кейинги ҳолат (аралашувнинг табиати ва санасини кўрсатинг)" ташхиси қўйилиши керак;
2. Қолган буйрак паренхимасида, сийдик йўлларида ёки жинсий аъзоларда маълум туберкулёз ўзгаришлар сақланиб қолса, урогенитал ТВС нинг бу шакли ҳисобга олинади.
3. Ташхис, қўшимча равишда, урогенитал ТВС учун жарроҳлик аралашувнинг табиатини акс эттиради.

2. УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ ДИАГНОСТИКАСИ

Урогенитал туберкулёзини эрта аниқлаш умумий амалиёт шифокорлари (урологлар, гинекологлар), фтизиатрлар, фтизиоурологлар томонидан умумий тиббий тармоқ муассасаларида амалга оширилади ва урологик беморни текшириш стандартига мувофиқ амалга оширилади, шу жумладан, экскретор урография, сийдик ва бошқа биоматериалларни текшириш (простата секрецияси, сперма, фистулалардан оқинди ва бошқалар) хавф остида бўлган одамлар контингентининг МТВ бўйича.

2.1. Урогенитал ТВС касалланиши учун хавф омиллар

№№	Сил касаллиги учун хавф омиллари
1.	Эпидемиологик (махсус)
1.1.	ТВС билан касалланган одамлар билан алоқа қилиш: - яқин оила - тор квартира - ишлаб чиқариш (ишда, мактабда) - тасодифий
1.2.	Сил билан касалланган ҳайвонлар билан алоқа қилиш
2.	Тиббий-биологик (махсус)
2.1.	Силга қарши эмлашнинг етишмаслиги (БЦЖ, БЦЖ-М)
3.	Тиббий-биологик (ўзига хос бўлмаган)
3.1.	Ҳамроҳ сурункали касалликлар:

	қандли диабет, урогенитал тизимнинг сурункали инфекциялари, рецидивга мойил, стандарт терапияга чидамли, доимий дизурия, сийдик пуфаги ҳажмининг прогрессив пасайиши, стерил пиурия, эпидидимит, пиоспермия, гемоспермия, пиурия, гематурия билан оғриган беморнинг 3 порциясида пиурия, бел соҳасидаги оқмалар, перинеум, скротал оқмалар, ошқозон-ичак трактининг сурункали касалликлари, онкологик ва невропсихиатрик патологиялар – кам тана оғирлиги, озиқланиш етишмовчилиги, анемия бўлган шахслар – узоқ муддатли цитостатик, иммуносупрессив (шу жумладан, генетик жиҳатдан яратилган биологик препаратлар) терапияни талаб қиладиган касалликлар (бир ойдан ортиқ)
3.2.	Бирламчи ва иккиламчи иммунитет танқислиги ОИВ инфекцияси Тез-тез касал бўлган болалар
4.	Ёш-жинс (ўзига хос бўлмаган)
4.1.	Ёш (0 дан 3 ёшгача)
4.2.	Препубертал ва ўсмирлик йиллари (13 ёшдан 17 ёшгача)
5.	Ижтимоий (махсус бўлмаган)
5.1.	- алкоголизм, гиёҳвандлик - ишсизлик - ахлоқ тузатиш муассасаларидаги маҳкумлар
5.2.	- стационар ижтимоий хизмат кўрсатиш ташкилотларида (меҳрибонлик уйлари, ижтимоий марказлар) шахсларнинг яшаш жойи
5.3.	- мигрантлар, хорижда ишлаганлар - қочқинлар - доимий яшаш жойи бўлмаган шахслар

Соғлиқни сақлаш хизматида мурожаат қилган одамларда урогенитал ТВС учун скринингни биринчи ўринга қўйишда э'тиборга олиниши керак бўлган г урогенитал ТВС учун хавф омиллари :

- ✓ урограммада фиброз шикастланишлар;
- ✓ қандли диабет (ҚД);
- ✓ ТВС тарихи ;
- ✓ урогенитал трактнинг сурункали инфекциялари, рецидивга мойил, стандарт терапияга чидамли;
- ✓ иммунитет танқислиги ҳолатлари (орган трансплантацияси, буйрак етишмовчилиги, диализ);
- ✓ тиббиёт ходимлари.

Хавфли гуруҳлар:

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2023-йил 21-февралдаги 37-сонли буйруғининг 5-иловасига асосан аҳоли ўртасида ТВС касаллиги га мойиллиги бўлган шахслардан иборат хавф гуруҳларига қуйидагилар кирази:

I гуруҳ. ТВС инфекцияси учун хавф гуруҳи:

- барча турдаги ТВС касаллиги билан оғриган беморлар билан алоқада бўлган шахслар;

II гуруҳ. Сурункали касалликларга чалинганлар:

- урогенитал трактнинг ўзига хос бўлмаган касалликлари бўлган беморлар;
- қандли диабет билан оғриган беморлар ;
- ошқозон ва / ёки ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморлар ва ушбу касаллик учун операция қилинганлар;
- кортикостероидлар, цитостатиклар ва нурланиш билан даволанаётган беморлар (бир ойдан ортиқ);
- руҳий касалликка чалинган беморлар;
- наркология клиникасида назорат остида бўлган шахслар.

III гуруҳ. ОИВ инфекцияси билан яшовчи шахслар:

- иммуносупрессия даражасидан қат'и назар, ОИВ инфекцияси бўлган шахслар.

IV гуруҳ. Ижтимоий ҳимояга муҳтож шахслар:

- ижтимоий ҳимояга муҳтож оилалардаги шахслар;
- жазоларни ижро этиш жойларидан озод қилинганлар;
- мигрантлар.

3.2. Урогенитал ТВСга шубҳа қилинган асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати

3.2.1. Амбулатория даражаси

(Оила поликлиникалари (ОП), қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП), фтизиатрия диспансерлари ёки бўлимлари)

Шарт бўлган текширувлар:

- Урогенитал тизими патологияси бўйича шикоятлар ва анамнез тўплаш
- Жисмоний текширув: урогенитал тизим патологияси учун визуал текшириш, палпация, перкуссия;
- Умумий қон таҳлили;
- 3 марта сийдик текшируви: КББ микроскопияси, NAAT нуклеин кислоталарининг амплификацияси тестларига асосланган – МТВ га real time PCR ёки Хpert МТВ RIF+ ва бошқалар; биологик материалларни экиш (Левенштейн-Йенсен, суюқ муҳитлар, MGIT ва бошқалар);
- Буйраклар, сийдик пуфаги, жинсий аъзоларнинг ултратовуш текшируви;
- Буйраклар рентгенограммаси ва экскретор урография;
- Кўкрак қафаси органларининг рентгенограммасини 2 проекцияда текшириш;

Қўшимча текширувлар (кўрсатмаларга мувофиқ):

- Иммунологик тадқиқотлар: Манту синамаси (МС), Диаскин тести, Квантиферон тести;
- Биокимёвий қон тести: креатинин, аланин аминотрансфераза (АЛТ), аспартат аминотрансфераза (АСТ), қон глюкозаси;

- ОИВ учун қон тести;
- Уретроцистоскопия;
- Сийдик чиқариш йўллариининг контраст билан урогенитал органларининг компьютер томографияси (КТ);
- Электрокардиограмма (ЭКГ).

Урогенитал ТВСга шубҳа қилинган ёки урогенитал ТВС ташхиси аниқланган беморлар кейинги текширув ёки даволанишни бошлаш учун мунтазам касалхонага ётқизилиши мумкин.

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун ҳужжатларнинг мажбурий рўйхати:

- Белгиланган ёки тасдиқланмаган ташхис билан муружаат қилиш;
- Шикоятлар, касаллик тарихи, ҳаёт тарихи ва физикал текширувдан олинган маълумотлар;
- ТВС учун лаборатория тестлари маълумотлари - микроскопия натижалари, молекуляр генетик тестлар – real time PCR на МТВ ёки Хpert МТВ RIF/Ultra учун реал вақтда, МТВни аниқлашнинг бошқа мавжуд усуллари;
- Урогенитал органларнинг рентгенограммаси ёки рентген тасвири.

3.2.2. Стационар даража

(ётоқли сил беморлари)

Касалхонага ётқизиш пайтида мажбурий текширувлар:

- Шикоятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини чуқур йиғиш;
- Физикал текширув;
- Умумий қон тести (батафсил);
- Умумий сийдик таҳлили;
- Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили;
- Биокимёвий қон тести (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, умумий билирубин ва унинг фракциялари, С-реактив оқсил, калий, қон глюкозаси, агар кўрсатма бўлса ва бошқа тестлар);
- ОИВ, HBSAg, HCV учун қон текшируви;
- Пешобни КББ ни 3- маротаба микроскопик текширув, real time PCR усули билан МТВ ёки Хpert МТВ RIF/ Ultra+;
- ДСТ ни генотипик (real time PCR усули билан МТВ ёки Хpert МТВ/XDR, GenoType MTBDRplus v1 and v2; GenoType MTBDRsl, HAIN-MTBDR Plus/Sl) ёки фенотипик усуллар билан ўтказиш,
- ЭКГ;
- Кўкрак қафаси органларининг рентгенографиясини 2 проекцияда - агар йўқ бўлса.
- Эскретор урография ва/ёки (кўрсатмага мувофиқ), сийдик йўллариининг контрастли МСКТ;
- Уретроцистоскопия (агар кўрсатма бўлса);
- Гистеросалпингография.

Қўшимча текширувлар (кўрсатмаларга мувофиқ):

- Иммунологик тадқиқотлар (Диаскин тести, Квантиферон тести)
- Туберкулин тестлари (Манту тести, Кох тестининг турли хил модификациялари);
- Гликирланган гемоглобин учун қон (қандли диабет билан оғриган беморларда);
- Ҳомиладорлик тестлари (тезкор чизикли тест);
- ўсимта белгилари учун қон тести;
- Қонда гепатит С ва В вирусига қарши антигенларни аниқлаш;
- Қон гуруҳини ва Rh омилини аниқлаш;
- Коагулограмма: фибриноген, ивиш вақти, қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти (ҚФТВ), ҳалқаро нормаллашган муносабат (ХНМ);
- Қонни бепуштлик учун текшириш ;
- Кислотага бардошли бактериялар (КББ) учун сийдик, эякуляция, вагинал оқинди тестлари, нуклеин кислотани кучайтириш тестларига асосланган NAAТ – real time PCR МТВ ёки Xpert МТВ RIF/ Ultra (PCR) усули;
- сийдик ва вагинал оқинди 2х микроскопия;
- Кандида замбуруғлари учун патологик материални бактериологик текшириш;
- Жарроҳлик биопсия материалининг гистологик текшируви;
- Буйраклар, простата, жинсий органларнинг ултратовуш текшируви;
- Сийдик чиқариш йўллариининг контрасти МСКТ;
- Цистография;
- Уретрография;
- Уретроцистоскопия (биопсия);
- Кўриш кескинлиги ва рангни идрок этишни аниқлаш;
- Периферик нейропатиянинг таърифи.

3.3. Диагностика мезонлари

Шикоятлар:

- бел соҳасидаги оғриқлар;
- сийдик чиқаришнинг бузилиши;
- чот оралиғидаги оғриқ;
- тана ҳароратининг ошиши;
- ёрғоқ органларнинг оғриғи ва катталашishi;

Анамнез:

- ТВС касаллиги билан оғриган бемор билан мулоқот (далил D даражаси);
- ҳар қандай локализациянинг олдинги ёки ҳозирги ТВС касаллиги нинг мавжудлиги (ишонч даражаси D);
- ТВС касаллиги нинг юқори хавфи билан бирга келадиган патологиялар;
- уrogenитал тизими инфекциясининг узок муддатли курси, стандарт терапияга чидамли, тез-тез рецидивлар билан;
- пиелонефрит билан оғриган беморда доимий дизурия;
- қовуқ ҳажмининг прогрессив пасайиши;
- тошлар йўқлигида буйрак коликаси;

- гематурия;
- гемоспермия;
- қониқарсиз моддий ва маиший шароитлар;
- зарарли ишлаб чиқариш шароитлари;
- зарарли одатлар;
- олдинги флюорографик текширувлар натижалари.

Физикал текширув:

Текширув касалликни ташхислаш учун кам маълумот беради, чунки беморлар кўпинча бутунлай яхши кўринишга эга. Буйрак худудини текширганда, унинг симметриклиги баҳоланади, шиш, гиперемия, олдинги операциялардан қолган излар ва оқма яралар мавжудлиги аниқланади. Қорин бўшлиғини текшириб, унинг ассиметриясини аниқлашингиз мумкин, бу пионефроз, гидронефроз туфайли катта буйрак ўлчамлари билан содир бўлиши мумкин;

- текшириш пайтида сиз ҳар қандай жойнинг ишлайдиган оқма яраларига ва қўпол деформациялари билан даволанган оқма яраларга э'тибор беришингиз керак;
- Туберкулёз эпидидимитнинг ўткир даврида мойк билан боғланган сезиларли даражада катталашган, қаттиқлашган, кескин оғриқли мойк ортиғини пайпасланади;
- Туберкулёз эпидидимитнинг торпид кечишида мойкдан ажралган, чегараланган, қаттиқлашган, нотекис ортиқ аниқланади;
- Простата туберкулёзи билан оғриган беморни ректал текшириш ҳам ўзига хос бўлмаган ўзгаришларни кўрсатади: ўртача даражада катталашган, оғриқли, нотекис чегарали, ўзига хос яллиғланиш шубҳа қилиш имконини бермайди. Ёрғоқ ва чот оралиғининг оқма яралари ТВС касаллиги борлигидан далолатдир.

Лаборатория тадқиқотлари:

- умумий қон текшируви - қизил қоннинг нормал ёки камайиши: анемия, лейкоцитоз, моноцитоз, лейкопения, лимфопения, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши (ЭЧТ);
- КББ учун сийдик, эякулят, вагинал оқинди бактериоскопия - КББ аниқланади (1+, 2+, 3+);
- МТВ ёки real time PCR дан фойдаланишга асосланган молекуляр генетик текширув усуллари МТВ ни Xpert МВТ/RIF Ultra усули ва бошқалар ёрдамида аниқлаш;
- МТВ ни патологик материалда бактериологик текшириш (тоза културани ажратиш) - МТВ нинг бир нечта ёки колонияларининг ўсиши аниқланади;
- генотипик ёки фенотипик текшириш усулларида фойдаланган ҳолда силга қарши дориларга сезгирликни аниқлаш (real time PCR, Xpert МВТ/XDR, GenoType МТВDR plus v1 and v2; GenoType МТВDRsl, HAIN-МТВDR Plus/Sl);
- ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш - ўпканинг вентилизация қобилятининг пасайиши;
- биокимёвий қон текшируви - гипо, диспротеинемия, мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, гипогликемия, гипергликемиянинг кўпайиши;

– Кўкрак қафаси органларининг рентгенологик текшируви.

–

Инструментал тадқиқотлар:

Буйраклар, простата беги ва ёрғоқ органларнинг ултратовуш текшируви, коса-жом тизимининг тутилишини, буйрак паренхимасининг бузилишини, простата тузилишидаги бузилишларни гипер ва гипоэхоген ўзгаришлар мавжудлигини аниқлайди.

Экскретор урография фақат уrogenитал туберкулёзнинг деструктив шакллари аниқлайди.

Уретрографияда простата бўшлиқлари ва сийдик йўллариининг структуралари аниқланади.

Контрастли МСКТ буйрак косачаларининг минимал деструкциясини, уrogenитал органларда яширин кавак ва кавакни эгаллаган шакллари кўриш имконини беради. Цистоскопия бўртмачалар ва яраларни, буллёз шиш, ўчоқли гиперемия ва чандиқли яраларни аниқлаш имконини беради.

3.4. Дифференциал диагностика

Уrogenитал органларнинг туберкулёзи ва ундан кўпинча ажралиб турадиган уrogenитал органларининг касалликлари турли хил кўринишлари билан ажралиб туради. Буйрак туберкулёзи ўзига хос клиник кўринишга эга эмас ва турли клиник "ниқоблар" остида пайдо бўлиши мумкин: сурункали пиелонефрит, буйрак ва сийдик пуфаги ўсмалари, уролитиаз, сурункали цистит, буйрак тузилишининг аномалиялари ва бошқалар. Шу муносабат билан амалий нуқтаи назардан, асосий рентгенологик синдромлар доирасида дифференциал диагностика ўтказиш энг қулайдир: буйрак паренхимасидаги деструктив ўзгаришлар, пиелокаликал тизим ва сийдик йўллариининг кенгайиши, сийдик пуфаги деворининг деформацияси, простата бегида кавакнинг шаклланиши ва калцийлашиши.

Беморнинг биологик материалларида (сийдик, эякулят, простата секретини, қиндан ажралмалар, менструал қон ва ҳок.) МВТ ва/ёки М.bovis, аниқланмаган ҳолларда, клиник ва лаборатор текширувлари маълумотлари, инструментал текшириш натижалари уrogenитал ТВСга шубҳа туғдирса, ташхис экспертлар (фтизиоурологлар, фтизиогинекологлар) муҳокамаси хулосаси асосида қўйилади, консилиум, тегишли равишда, расмийлаштирилади.

Республика вилоят муассаларида – ВФваПМ, бу тадбир телемедицина воситалари орқали – on line равишда, ЎзССВ РИФваПИАМ мутахассислари билан биргаликда ўтказилади.

Бунда, уrogenитал туберкулёз ташхисини қўйиш методологияси қўйидагилардан иборат:

- Тўғридан-тўғри ташхис – тўғридан-тўғри (биоматериалларда ва/ёки гистологик маълумотларда МБТни ҳозирги кундаги мавжуд тестлар билан аниқлаш) ва билвосита белгилар мавжудлигини аниқлаш.
- Ташхисни истисно қилиш орқали ўрнатиш.
- Ex juvantibus терапия ўтказиш натижалари асосида.

4. УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ

Урогенитал туберкулёз терапиясининг мақсадлари :

- ЖССТ тавсияларини инобатга олган ҳолда, сийдик-жинсий аъзолар ТВС касаллиги билан оғриган беморларга юқори сифатли ташхис кўйиш ва даволашни, шунингдек, Ўзбекистон Республикасида силга қарши янги дори воситалари ва ТВС касаллиги ни даволаш режимларидан мақсадли фойдаланишни таъминлаш;
- аломатларни йўқ қилиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш;
- келажакдаги хавфларни камайтириш, яъни хуружларнинг олдини олиш;
- ўлим ҳолатларини камайтириш.

4.1. Даволашнинг умумий тамойиллари

1. Даволаш қуйидагича бўлиши керак:
 - кимётерапия давомийлигини қисқартириш имконияти билан дори комбинацияларидан фойдаланиш туфайли самарали;
 - тасдиқланган хавфсизлик профилига эга дори воситаларидан фойдаланиш туфайли хавфсиз;
 - дори-дармонларни қабул қилиш нуқтаи назаридан оддий, инъекцион дорилар йуқлиги ва камроқ таблеткалар туфайли беморлар учун қулай;
 - миллий соғлиқни сақлаш тизимига кириш мумкин.
2. Урогенитал туберкулез билан касалланган беморларни даволашнинг мақсади ТВС касаллиги нинг клиник кўринишини даволаш ва/ёки йўқ қилиш ва меҳнат қобилиятини, ижтимоий мавқеини ва мослашишни тиклаш билан ТВС касаллиги ўзгаришларини доимий равишда даволаш;
3. Урогенитал туберкулез билан касалланган беморларни даволаш самарадорлигининг мезонлари қуйидагилардир:
 - сил яллиғланишининг клиник ва лаборатория белгиларининг йуқолиши;
 - микроскопик ва бактериологик тадқиқотлар билан тасдиқланган бактериал экскрецияни доимий равишда тўхтатиш;
 - Урогенитал туберкулезнинг рентгенологик ва ультратовуш кўринишларининг регрессияси;
 - меҳнат қобилиятини тиклаш ва ҳаёт сифатини яхшилаш.
4. Урогенитал туберкулез билан касалланган беморларни даволаш кенг қамровли, шу жумладан, этиотроп, жарроҳлик (кўрсатмаларга кўра),

- патогенетик даволаш, шунингдек, бирга келадиган касалликларни даволашни ўз ичига олади.
5. Ютишнинг бузилиши, доимий қусиш, онгни йўқотиш, руҳий касаллик ёки оғир умумий жараёнларда беморларга инъекция йўли билан яллиғланишга қарши препаратлар буюрилиши мумкин.
 6. Жигар шикастланишининг клиник кўринишларисиз кимётерапия пайтида трансaminaза фаоллигининг 3 барабар ошиши хавfli эмас ва кимётерапияни тўхтатишни ва ёки кимётерапия режимини ўзгартиришни талаб қилмайди. Одатда, даволанишнинг биринчи кунларида АЛТ фаоллигининг ошиши кузатилади, кейинчалик у ҳеч қандай қўшимча аралашувларсиз ўз-ўзидан нормаллашади. Препаратни қабул қилишни тўхтатиш, беморни стандарт даволаш режимидан чиқариб ташлаш ва индивидуал даволаш режимларига ўтказиш тўғрисидаги қарор фақат муассасанинг марказий клиник комиссиясининг қарори билан қабул қилиниши керак.
 7. Кимётерапия 2 босқичда амалга оширилади: интенсив ва кувватловчи босқич.
Жадал босқич касалликнинг клиник кўринишини ва лаборатория ўзгаришларини бартараф этишга, бактерияларнинг чиқарилишини тўхтатиш ва дори воситаларига чидамлик ривожланишининг олдини олиш, органларда инфилтратив ва деструктив ўзгаришларни камайтириш учун МБТ популяциясига таъсирини максимал даражада оширишга қаратилган. Реанимация босқичи операцияга тайёргарликнинг бир қисми бўлиши мумкин.
Кўмакловчи босқич қолган микобактериялар популяциясини бостиришга қаратилган. Бу яллиғланиш ўзгаришларини ва туберкулез жараёнининг инволюциясини янада камайтиришни, шунингдек, беморнинг функционал имкониятларини тиклашни таъминлайди;
 8. Даволашни бошлашдан олдин, туғиш ёшидаги (18-45 ёш) ҳар бир аёл мажбурий ҳомиладорлик тестидан ўтказилади, сўнгра контрацептив воситаларни тайинлаш тўғрисида қарор қабул қилиш учун гинеколог билан маслаҳатлашади;
 9. Даволанишни бошлашдан олдин беморнинг амал қилиш ҳолатини аниқлаш учун ММАС 8 шкаласи ёрдамида даволанишга риоя қилиш учун тест ўтказиш керак.

4.2. Касалхонада даволаниш

Шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

- гематурия;
- паранефрит;
- Пионефроз;
- Пельвиоперитонит;
- Ўткир йирингли орхит;
- Сурункали буйрак этишмовчилиги 2-3 даража.

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Урогенитал туберкулёз билан янги ташхис қўйилган беморлар.
- Урогенитал туберкулёзнинг кенг тарқалган ва мураккаб шакллари (деструктив папиллит, каверноз ва поликаверноз буйрак туберкулёзи, сийдик найи туберкулези, ковок туберкулези, простата беши ва уруг пуфакчалари туберкулези, ёргок ва ёргок ортиги туберкулези, тухумдон туберкулези, бачадон найи ва бачадон туберкулези);
- Интенсив тиббий назоратни талаб қиладиган қўшимча касалликлар (чуқур иммунитет танқислиги, кандли диабет, сийдик йуллари инфекцияси, оғир буйрак/жигар етишмовчилиги);
- Хомиладор аёлларда урогенитал туберкулёзни оғир кечиши;
- Урогенитал туберкулёзни МТВ ажратиши билан кечиши;
- Силга қарши даволашда дориларнинг ножўя таъсири (аллергик, токсик, токсик-аллергик реакциялар);
- Органлар ва тизимларнинг асоратлари ва/ёки дисфункцияси, шунингдек жарроҳлик даволаш натижасида келиб чиққан кечаю-кундуз тиббий назоратни талаб қиладиган Урогенитал туберкулёз касалликлари.
- Инвазив аралашувларни талаб қиладиган дифференциал диагностика ҳолатлари: буйрак, сийдик пуфаги ва жинсий аъзоларнинг очиқ биопсияси, уретроцистоскопия, тери орқали нефростомия ва эпицистостомия, сийдик йулини стентлаш ва бошқалар;

Замонавий фтизиурологиянинг долзарб муаммоси - сийдик йуллари аъзоларида қолдиқ ўзгаришлар ва урогенитал ТВС касаллиги дан кейинги асоратлар - доимий дренажларнинг мавжудлиги, сийдик найининг кўп ва тотал стриктураси бўлган беморларда операция қилиб булмайдиган ҳолатлар, силдан кейинги микроковуқларни даволаш, буйрак етишмовчилигининг ривожланиши, урогенитал ТВС касаллиги учун кенг қамровли реконструктив жарроҳлик операцияларидан сўнг беморлар ва бошқалар. Фтизиоурологиянинг бундай контингентдаги беморларни бошқаришда фаол иштирок этишининг мақсадга мувофиқлиги, баъзи ҳолларда, бундай беморларни сил касалхонасида текшириш ва даволаш зарурлигини тақозо этади. Касалхонага ётқизиш ва даволаш тури ва кўлами тўғрисидаги қарор беморни мутахассислар кенгаши томонидан ҳар томонлама муҳокама қилиш асосида индивидуал асосда қабул қилинади.

4.3. Амбулатор даволаш

Урогенитал туберкулез билан касалланган беморларни даволаш бошланганидан бошлаб амбулатор даволаниш деганда беморни биринчи кундан бошлаб амбулатор (фтизиатрия диспансери ва/ёки бирламчи тиббий-санитария муассасаси базасида) даволаш, шунингдек амбулатор даволанишни давом эттириш тушунилади. даволаш режимларини танлаш учун қисқа муддатли стационар даволаниш курсидан сўнг (бир ой ёки ундан кам).

Амбулатор даволашнинг умумий тамойиллари

1. Урогенитал туберкулез билан касалланган бемор бириктирилган муассаса раҳбари зиммасига юкланади. Белгиланган менежер беморлар силга қарши

- дориларнинг ҳар бир дозасини фақат соғлиқни сақлаш ходимлари назорати остида қабул қилишларини таъминлаши керак.
2. Барча муассасаларда алоҳида хоналар - силга қарши дори-дармонлар ва ТВС касаллиги бўйича тиббий маърифат ўтказиладиган тўғридан-тўғри даволаш назорати хоналари ташкил этилиши керак. Ушбу хона учун масъул шахс ушбу муассасанинг клиник даражасидаги ҳамширалар ходимларидан аниқланиши керак.
 3. Урогенитал туберкулез билан оғриган беморларга дори-дармонларни тақсимлаш яшаш жойидаги бирламчи тиббий-санитария муассасаларида ёки фтизиатрия бўлимларида (силга қарши дорилар ва ТВС касаллиги бўйича тиббий маълумот бериладиган бевосита назорат остида даволаниш хоналарида) амалга оширилади.
 4. Препаратнинг ҳар бир дозасини қабул қилиш назорат қилинади, беморлар дори-дармонларни шифокор иштирокида ютади. Беморларга ёки уларнинг қариндошларига дори-дармонларни бериш қатъиян ман этилади ва маъмурий жазога тортилади.
 5. Бемор кейинги дозани қабул қилиш учун белгиланган вақтда мустақил равишда келмаган барча ҳолларда маҳаллий (патронаж) ҳамшира силга қарши дори-дармонларни беморнинг уйида ўша куни қабул қилинишини таъминлаши шарт.
 6. Агар бемор силга қарши дори-дармонларни қабул қилишдан бош тортса ёки беморни барча маълум манзилларда топиб бўлмаса, маҳаллий (патронаж) ҳамшира бу ҳақда беморнинг яшаш жойидаги силга қарши кураш муассасаси раҳбарини ёзма равишда хабардор қилиши шарт. Агар даволаниш икки ойдан кўпроқ вақт давомида ўтказиб юборилган бўлса, маҳаллий сил бўйича мутахассис беморни даволанишдан олиб ташлаш тўғрисида қарор қабул қилиши керак.
 7. Маҳаллий фтизиатрлар ва фтизиатрия муассасаларининг ҳамширалари тегишли бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларида даволанишнинг амбулатория босқичининг боришини, шу жумладан, беморларни уйда кўришни мунтазам назорат қилиб боришлари шарт (5-илова).
 8. Video-DOT - видео назорати остида даволанишни тўғридан-тўғри кузатиш - агар тиббий мутахассислар ва беморлар томонидан тўғри ташкил этилган ва фойдаланилса, видео алоқа технологияларининг мавжудлигини кенгайтириб, Бевосита назорат остида даволаниш ўрнини босиши мумкин.
 9. Даволашни кузатиш ва силга қарши препаратларнинг ноҳўя таъсирини аниқлаш учун оила шифокори беморни ойига камида 2 марта текширади. Оила шифокори текширув натижаларини беморнинг амбулатория дафтарида ёзиб қўяди. **Оила шифокори урогенитал туберкулёз учун даволаш схемаларини тайинламайди, ўзгартирмайди ёки тузатмайди.** Шу билан бирга, оилавий шифокор бошқа симптоматик ва патогенетик дориларни, масалан, витаминлар, гепатопротекторлар ва бошқаларни буюриши мумкин (ишчи гуруҳ консенсуси - далиллар даражаси Д).

10. Маҳаллий фтизиатр ёки фтизиоуролог, фтизиогинеколог СКҚД даволашни кузатиш ва силга қарши препаратларнинг ножўя таъсирини аниқлаш учун беморни ойига камида 2 марта текширади. Маҳаллий фтизиатр ТВС касаллиги бўйича мутахассис текширув натижаларини беморнинг амбулатория дафтарида ёзиб қўяди. У бошқа симптоматик ва патогенетик дориларни буюриши мумкин (ишчи гуруҳ консенсуси - далил Д даражаси).
11. Жиддий ножўя реакциялар юзага келганда, оила шифокори беморни ТВС касаллиги бўлимига юбориши керак.

ТВС беморларнинг биринчи кундан бошлаб амбулатор даволашни учун мезонлари

- Урогенитал туберкулез билан касалланган беморлар, уларнинг ҳолати кечаю кундуз мониторингни талаб қилмайди;
- Урогенитал туберкулез билан касалланган беморлар, бактерия ажратиш билан кечишида, уларнинг яшаш шароитлари беморни уйда изоляция қилиш имконини беради.

Беморнинг ҳолати бактерия ажратиш билан кечганда амбулатория шароитида даволашни бошлаш масаласини ҳал қилиш мезонлари :

- Беморни изоляция қилиш учун алоҳида жой (хона) мавжудлиги;
- Беморнинг уйда (хонадонида) инфекцияни назорат қилиш чораларига риоя қилиш;
- Беморни туберкулез даволашга юқори риоя қилиши;
- Қаровчиларнинг мавжудлиги;
- Беморни уйда даволаш учун дори-дармонларни мунтазам, узлуксиз этказиб бериш ва беморнинг дори-дармонларни қабул қилишини бевосита назорат қилиш;
- Беморни фтизиатр мутахассис томонидан ҳафталик текширувдан ўтказиш имконияти, лекин ойига камида 2 марта.

4.4. Инфекцион назорат тадбирлари

Амбулатория босқичида амалга ошириладиган тадбирлар:

- Беморларни қабул қилиш учун кутиш жойлари ва хоналари СанПИН талабларига мувофиқ яхши вентиляция қилиниши керак;
- Урогенитал ТВС асоратлари бўлган шахсларга биринчи навбатда хизмат кўрсатилади;
- Текширув хонасида бир нечта беморга рухсат берилмайди;
- урогенитал ТВС касаллиги хавфи юқори бўлган шахслар ўртасида санитария-маърифий ишлар олиб борилади.

4.5. Силга қарши дори воситаларининг таснифи

1-қатор силга қарши	2-қатор силга қарши дори воситалари		
	А гуруҳи	Б гуруҳи	С гуруҳи ⁴

⁴C guruhi dorilariga ustuvorlik beriladi, shuning uchun Etambutol > PAS

дори воситалари			
Изониазид (H) RIFампицин (R) Пиразинамид (Z) Этамбутол (E)	Левифлоксацин (Lfx) Моксифлоксацин (Mfx) Бедаквилин (Bdq) Линезолид (Lzd)	Клофазимин (Cfz) Циклосерин (Cs)	Этамбутол (E) Деламанид (Dlm) Пиразинамид (Z) Имипенем-циластатин (Imp-Cln) ⁵ или Меропенем (Mpm) Амикацин (Am) Протионамид (Pto) или Этионамид (Eto) Парааминосалициловая кислота (Pas) Претоманид (PA) ⁶

4.6. Урогенитал туберкулёзнинг дори-дармонларга сезгир шакллари бўлган беморларни даволаш

Умумий тамойиллар:

1. Микроскопия билан параллел бўлган янги ҳолатлари бўлган урогенитал ТБС беморларга real time PCR, Xpert RIF/Ultra ёки MTB DRplus v1/v2 тест, HAIN Lifescience/Bruker ёки ЖССТ томонидан тасдиқланган бошқа тестлар ўтказиш зарур, экиш усуллари билан тадқиқотлар бажариш керак, бу тадқиқотлардан камида бири натижасиз бемор муҳокама қилинганидан ва экспертлар ҳулосасидан кейин беморни даволашни бошлашга рухсат берилади.
2. Қайталанган урогенитал ТБС ҳолатлари бўлган беморларга ДС-ТБС бўйича даволашни фақатгина микроскопия асосида эмас, балки (real time PCR, Xpert RIF/Ultra yoki MTBDRplus v1/v2 HAIN Lifescience/Bruker) 1 қатордаги препаратларга сезгирлик аниқлангандан сўнг беморни даволашни бошлаш рухсат берилади.
3. Салбий натижаларга эга бўлган беморларга eal time PCR Xpert MTB RIF/Ultra yoki GenoType® MTBDRplus v1/v2 Lifescience/Bruker: натижаларни кутиш жараёнида озиқ-овқат муҳитларида, агар:
4. Урогенитал ТБСнинг такрорий ҳолатлари бўлган беморлар биринчи даражали дориларга сезгирлик билан ДСТ натижаларисиз (real time PCR, GeneXpert MTB RIF/Ultra, GeneXpert MTB/ХДР, HAIN ёки MGIT, HAIN-MTBDR Plus/Sl) фақат микроскопия асосида ДС-ТБС даволашни **бошлаш тақиқланади;**

⁵ Imp-Cln всегда назначают с Амоксициллин/клавулановой кислотой, который по отдельности больше не является ПТП;

⁶ Претоманид рекомендован ВОЗ при назначении в комплексе с бедаквилином и линезолидом;

5. GeneXpert MTB RIF/Ultra natijalari manfiy бўлган беморларга экиш усулида DST natijalarini кутиш билан бирга 1-қатор яллиғланишга қарши препаратлар билан даволаш буюрилади, агар:
 - Беморлар илгари ҳеч қачон ТВС касаллигидан даволанмаган ёки бир ойдан кам вақт давомида силга қарши биринчи даражали дориларни қабул қилган бўлса;
 - ДР-ТВС билан яқин алоқа ҳақида хабарлар бўлмаса;
6. Агар экиш усулидаги тестлар салбий бўлса (масалан, болалар ёки ОИВ билан яшовчи одамларда), туб.контактлар тарихи диққат билан баҳоланиши ва даволаш режимини тайинлашда ҳисобга олиниши керак;
7. Касалликнинг клиник ва рентгенологик кўриниши ижобий бўлган, аммо GeneXpert MTB RIF/Ultra natijalari салбий бўлган, ЛС-ТВС билан касалланган одам билан яқин алоқада бўлган бемор ЛС-ТВС билан касалланган бемор сифатида аниқланади ва унга мувофиқ ЛС-ТВС режимлари бўйича даволаш керак;
8. Дори-дармонларга сезгир бўлган ТВС билан касалланган беморларни даволашда битта дозалаш шаклидан кўра таблетка шаклида қатъий белгиланган дозали комбинацияларни (ФДКП) қўллаш тавсия этилади (шартли тавсиялар, далилларнинг паст аниқлиги) ⁷;
9. ОИВ инфекцияси билан боғлиқ бўлган уrogenитал ТВС билан оғриган беморлар учун терапия давомийлиги ҳеч бўлмаганда ОИВ инфекцияси бўлмаган уrogenитал ТВС билан оғриган беморлар билан бир хил бўлиши керак (кучли тавсиялар, далилларнинг юқори аниқлиги) ¹¹;
10. СД4 хужайралари сонидан қатъий назар, уrogenитал туберкулез касаллигини даволаш бошланганидан кейин **икки ҳафта** ичида АРТни иложи борича тезроқ бошлаш керак. Катталар ва ўсмирлар учун (кучли тавсиялар, далилларнинг паст ва ўртача аниқлиги); болалар ва чақалоқлар учун (кучли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
11. Уrogenитал ТВСнинг барча ҳолатларини камида 6 ойлик рифампицин билан даволаш керак: **2HRZE/4HR** (кучли тавсия, юқори аниқлик). Шу билан бир қаторда, 12 ёш ва ундан катта ёшдаги уrogenитал ДС-ТВС билан оғриган шахслар изониазид, рифапентин, моксифлоксацин ва пиразинамиднинг 4 ойлик режими билан даволаниши ҳам мумкин: **2HRMZ/2HRM**;
12. Агар иложи бўлса, уrogenитал ТВСнинг янги ҳолатларини даволаш терапия давомийлиги учун ҳар куни қўлланилиши тавсия этилади (кучли тавсиялар, юқори сифатли далиллар) ¹².

Даволаш буюрилади:

- GeneXpert MTB RIF/Ultra ва/ёки GeneXpert MTB/XDR да RIF – S natijasini билан уrogenитал ТВС билан касалланган янги беморлар, тўлиқ DST natijalari mavjud бўлмагунча ⁸;

⁷JSSST sil kasalligi bo'yicha ko'rsatmalarni birlashtirdi. 4-modul: Davolash (dorilarga sezgir sil kasalligini davolash). Kopengagen: JSSSTning Yevropa mintaqaviy byurosi; 2021. Litsenziya: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁸Birinchi darajali dorilar (HREZ) uchun DST natijalari odatda bir oy ichida mavjud bo'ladi. Davolashni boshlash qarorini tezlashtirish uchun molekulyar tezkor testlar qo'llaniladi. Qo'shimcha DST natijalari paydo bo'lishi bilan davolash rejimlarini qayta ko'rib chiqish kerak.

- Биринчи қатор дори воситалари учун ДСТ натижаларини (HAIN, MGIT) олишдан олдин GeneXpert MTB RIF/Ultra ва/ёки GeneXpert MTB/XDR томонидан RIF – СНИ тасдиқлаш билан ДС-ТВСнинг такрорий ҳолатлари;
- GeneXpert MTB RIF/Ultra ва/ёки GeneXpert MTB/XDR натижалари манфий бўлган генитоуринер ТВС касаллиги билан оғриган янги беморлар, маданият муҳити ДСТ натижаларини кутаётганда, илгари ТВС касаллиги дан даволанмаган ёки ДР-ТВС билан касалланган бемор билан алоқада бўлмаган.

4.6.1. ЛС-ТВС учун стандарт даволаш схемаси

2 ой Н₇₅ R₁₅₀ Z₄₀₀ E₂₇₅ / 4 ой Н₇₅ R₁₅₀.

Қабул қилинган дори-дармонлар сонини камайтириш ва даволанишга риоя қилишни ошириш учун урогенитал ТВС билан оғриган катталарга қатъий дозали комбинацияланган дорилар буюрилади. Даволашнинг интенсив босқичи учун 1 таблеткада 4 та дори мавжуд: RIFампицин (150 мг), изониазид (75 мг), пиразинамид (400 мг), этамбутол (275 мг). Даволашнинг кувватловчи босқичи учун 1 таблеткада 2 та дори мавжуд: RIFампицин (150 мг), изониазид (75 мг).

Комбинацияланган планшетга тоқат қилмаса, **Н₇₅ R₁₅₀ + Z₄₀₀ + E₄₀₀ / Н₇₅ R₁₅₀** дан фойдаланиш тавсия этилади .

Даволаш пайтида беморнинг тана вазнига қараб дозани доимий равишда сошлаш талаб этилади, чунки тана вазни ўзгариши мумкин. Агар тўлиқ дозалар ўтказиб юборилса, терапиянинг интенсив / парваришлаш босқичининг давомийлиги 56/112 дозагача оширилади.

Эслатма: *Рецепт ёки таблетка шаклидан изониазид ва рифампицин, этамбутолнинг инъекцион шаклига ўтказиш ошқозон-ичак трактининг бирга келадиган касалликлари, марказий асаб тизимининг шикастланиши, беморнинг оғир аҳволи, урогенитал ТВСнинг кенг тарқалган ва мураккаб курси учун кўрсатилади. оғиз орқали юборишнинг мумкин эмаслиги.*

Даволашнинг интенсив босқичини узайтириш Марказий шифокорлар маслаҳат комиссия қарори билан қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:

- Агар 2 ойлик даволанишдан кейин сийдик, эякуляция ёки вагинал оқинди конверсия қилинмаса, **Н₇₅ R₁₅₀ Z₄₀₀ E₂₇₅** даволаш режими 1 ойга узайтирилади (28 доза);
- 2 ойлик даволанишдан кейин жараённинг клиник ва рентгенологик динамикаси аҳамиятсиз бўлган урогенитал ТВСнинг кенг тарқалган ва мураккаб шакллари учун **Н₇₅R₁₅₀ Z₄₀₀ E₂₇₅** даволаш режими 1 ойга (28 доза) узайтирилади.
- 3 ойда сийдик, эякуляция, вагинал оқинди конверсия бўлмаса ва клиник ва рентгенологик динамика аҳамиятсиз бўлса, сийдик, эякуляция ва вагинал оқинди намуналарини ДСТ учун 1 ва 2 қатор силга қарши дориларга қўшимча текшириш тавсия этилади.

Эслатма: ОИВ билан касалланган одамларда ДС-ТВСни даволаш стандарт режимларга мувофиқ амалга оширилади, аммо интенсив 4 ой **H₇₅ R₁₅₀ Z₄₀₀ E₂₇₅** ва кувватловчи 7 ойлик **H₇₅ R₁₅₀** даволаш босқичларида даволаш муддатини узайтириш билан амалга оширилади .

Даволашнинг сақланиш босқичини узайтириш Марказий шифокорлар маслаҳат комиссиянинг қарорига биноан қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:

- Урогенитал ТВС, кенг тарқалган ва мураккаб (каверноз, поликаверноз, уретерогидронефроз, микросистит, кенг тарқалган деструктив) 7 ойгача;
- Ўпкадан ташқари ТВС, кенг тарқалган (ТВС менингит, суяк-бугим ТВС, урогенитал ТВС) 10 ойгача.

ДСТ натижасига қараб, кимётерапия созланади (8-иловага қаранг) .

4.6.2. ЛС-ТВС учун муқобил даволаш схемаси

2 ой НРМЗ / 2 ой НРМ.

Бу **саккиз ҳафта** давомида ҳар куни изониазид (Н), рифапентин (Р), моксифлоксацин (М) ва пиразинамид (Z) ни, сўнгра **тўққиз ҳафта** давомида **ҳар куни изониазид, рифапентин ва моксифлоксацинни олишни ўз ичига олади** .

Рифапентиннинг дозаси кунига 1200 мг, моксифлоксацин кунига 400 мг, изониазид ва пиразинамид тана вазнига кўра. Ушбу режим учун планшет шаклида қатъий дозали комбинацияланган дорилар мавжуд эмас, барча препаратлар алоҳида олинади;

Даволаш пайтида беморнинг тана вазнига қараб дозани доимий равишда созлаш талаб этилади, чунки тана вазни ўзгариши мумкин. Агар тўлиқ дозалар ўтказиб юборилса, терапиянинг интенсив / парваришlash босқичининг давомийлиги 56/63 дозага оширилади.

Қўшилиш мезонлари:

Катталар ва оғирлиги 40 кг дан ортиқ бўлган 12 ёш ва ундан катта болалар, гиёҳванд моддаларга сезгир бўлган урогенитал ТВС билан ушбу даволаш режимини олишлари мумкин.

Чеклаш мезонлари:

- вазни 40 кг дан кам бўлган беморлар;
- оғир ўпкадан ташқари ТВС билан оғирган беморлар (масалан, туберкулёз менингит, тарқалган ТВС, остеоартикуляр ТВС ёки қорин бўшлиғи ТВС);
- СД4 сони 100 ҳужайра/мм³ дан кам бўлган ОИВ инфекцияси;
- 12 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирлар;
- ҳомиладор, эмизикли ва туғруқдан кейинги аёллар.

4.6.3. ДС-ТВС учун даволаш режимини танлаш

Жараёни маҳаллийлаштириш	Интенсив босқичнинг давомийлиги		Таъмирлаш босқичининг давомийлиги	
	HRZE	HPMZ	HR	HPM
Урогенитал ТВС - буйраклар ва жинсий абзоларнинг вайрон бўлмаган инфилтратив ТВС	56 доза	56 доза	112 доза	63 доза
Сийдик чиқариш йуллари, сийдик пуфаги, простата, мойжлар ва эпидидимис, бачадон, қўшимчалар, тухумдонлар ТВС	56 доза	56 доза	112 доза	63 доза
Урогенитал - кенг тарқалган (буйракнинг деструктив папиллити, деструктив салпингит, деструктив орхиэпидидимит ва простатит, деструктив - кавакли, поликавакли, толали-кавакли, нефроцирроз)	84 доза	-	196 доза	-

4.6.4. Катталардаги ЛС-ТВС ни даволаш учун тавсия этилган дозалар:

Дори	Кундалик доза	Тана вазнига қараб тавсия этилган доза				
		30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	>70 кг
Изониазид	4-10 мк/кг	450 мг	450 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Рифампицин	8-10 мк/кг	450 мг	450 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Рифапентин	-	-	-	1200 мг	1200 мг	1200 мг
Этамбутол	15-20 мг/кг	800 мг	800 мг	1200 мг	1200 мг	1200 мг
Пиразинамид	20-30 мк/кг	1000 мг	1500 мг	1500 мг	1500 мг	2000 мг
Моксифлоксацин	-	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг

Комбинацияланган дориларни буюришда беморнинг тана вазнига қараб дозалар:

Босқич	Тана вазни (кг)			
	30-37 кг	38-54 кг	55-70 кг	> 71 кг
Интенсив босқич H₇₅ R₁₅₀ Z₄₀₀ E₂₇₅	2	3	4	5
Кувватловчи босқичи H₇₅ R₁₅₀	2	3	4	5

Дори-дармонларни қабул қилиш курси:

- Стандарт режим (HRZE/HR) учун дориларнинг суткалик дозаси даволашнинг интенсив ва кувватловчи босқичлари учун ҳафтада 7 кун бир дозада олинади. Агар ПТПга нисбатан мурасасизлик белгилари юзага келса, суткалик дозани икки ёки ундан ортиқ дозага бўлиш мумкин;
- Муқобил режим (HPMZ/HPM) учун дориларнинг суткалик дозаси кун давомида бир неча дозада, ҳафтада 7 кун, даволашнинг интенсив ва парваришlash босқичларида олинади;
- Якшанба ва бошқа ишланмайдиган (байрам) кунларида дори воситалари беморга ёки яқин қариндошига имзо қўйиб топширилади;

СХТ препаратларига ноғўя кичувчи реакциялар бўлса:

- Дори-дармонларни қабул қилиш частотаси, вақти ва қўллаш усули ўзгаради;
- Жиддий аллергия реакциялар бўлса, дори-дармонларни вақтинча бекор қилгандан сўнг, даволаниш препаратнинг камайтирилган дозаси билан тикланади, бу аста-секин керакли суткалик дозага оширилади;
- Ҳар қандай дори-дармонларни қабул қилиб бўлмайдиган ноғўя таъсирлар бўлса, у вақтинча ёки бутунлай тўхтатилади;
- Ноғўя реакцияларни дори-дармонлар билан даволаш юзага келадиган асоратларни даволаш протоколларига мувофиқ амалга оширилади.

4.6.5. ЛС-ТВС билан оғриган беморларни даволаш бўйича назорат текширувлар жадвали

Ўқиш	Терапиянинг бошланиши	Интенсив босқич		Таъмирлаш босқичи			
		1-ой	2-ой	3-ой	4-ой	5-ой	6-ой
Микроскоп	X		X			X	X
HAIN/Gxpert	X						
Экиш (MGIT/LY)	X		X	#		X	X
ДСТ	X		#	#		#	#
УАС	X	Кўрсатилгандек такрорланг					
АЛТ	X	Кўрсатилгандек такрорланг					
Рентгенография	X						X
Гликирланган гемоглобин	X	Кўрсатилгандек такрорланг					
Гепатит С	X						
Гепатит Б	X						
Ҳомиладорлик	X						
ОИВ	X						
Кўриш кескинлиги	X	X					

Оғирлиги	X	X	X	X	X	X	X
----------	---	---	---	---	---	---	---

Агар беморда даволанишнинг 2-ойлигида бактерия ажралиши давом этса, бемордан яна 2 та сийдик, эякуляция ва қин ажралма намуналарини олиш ва такрорий гено- ва фенотипик ДСТ учун лабораторияга юбориш ва суртмани олиш керак, кейинги ойда такрорланади.

Агар 2 ой ва ундан кейин беморда бактериал ажралиш давом этса, ДСТ билан гено- ва фенотипик тестларни такрорлаш керак.

Клиник ва микробиологик жиҳатдан даволанган урогенитал ТВСнинг илғор шакллари бўлган беморлар учун даволаш охирида эхография ва рентгенологик тадқиқотлар келажакда такрорланиш ҳолатларида асосий тасвир сифатида хизмат қилиш учун такрорланиши керак. Шунинг таъкидлаш керакки, рентгенограммада қолдиқ ўзгаришлар урогенитал ТВС касаллиги ни даволаш муваффақиятли яқунланганидан кейин ҳам мавжуд бўлиши мумкин. Агар гистеросалпингограммада ва/ёки экскретор урограммада ўзгаришларнинг давом этиши туфайли даволаниш йўқлигига шубҳа бўлса, уларни симптомлар билан боғлаш ва кейинги микробиологик тадқиқотларни буюриш керак.

Қандли диабет билан оғриган беморлар учун глюкозаланган гемоглобинни текшириш керак.

Кекса беморларга, шунингдек диабетга чалинган ва кўриш патологияси бўлган беморларга этамбутолни буюришда ҳар ойда кўриш тестини ўтказиш керак (кўриш кескинлиги ва Ишиҳара тести).

ЖССТ муқобил режимда даволанаётган беморларга (агар клиник кўрсатма бўлмаса) электрокардиограмма (ЭКГ)ни дастлабки мониторингини тавсия этмайди ва жигар функцияси тестлари каби лаборатория мониторинги иккала режим учун ҳам худди шундай тарзда амалга оширилади ⁹.

4.7. Урогенитал туберкулёзининг дори-дармонларга чидамли шакллари бўлган беморларни даволаш

Умумий тамойиллар:

1. Туберкулёзининг дори-дармонларга чидамли шакллари бўлган беморларни даволаш схемалари, давомийлиги, фақат **экспертлар тиббий кенгаши атрофлича муҳокамадан сўнг, консилиум** қарори билан тасдиқланган ҳолда, буюрилди. Тиббий кенгаш доимий аъзолари руйҳати (даволовчи шифордан ташқари), муассаса раҳбари буйруғи билан тасдиқланади.
2. 1 ва 2-даражали дори воситаларига дори чидамлилиги юқори бўлганлиги сабабли, барча беморлар молекуляр текширувдан ўтишлари керак. Агар даволаниш GeneXpert MTB RIF/Ultra натижаларига кўра силга қарши иккинчи даражали дорилар билан бошланган бўлса, у 8-иловага мувофиқ иккинчи қатор дори воситалари учун ДСТ натижаларига кўра қўшимча равишда тузатилиши керак.
3. Такрорий ҳолатларга фақат GeneXpert MTB RIF/Ultra асосида MDR-ТВ даволашни **бошлаш тақиқланади**, иккинчи қатор дори воситаларига

⁹JSSST sil kasalligi bo'yicha ko'rsatmalarni birlashtirdi. 4-modul: Davolash (dorilarga sezgir sil kasalligini davolash). Kopengagen: JSSTning Yevropa mintaqaviy byurosi; 2021. Litsenziya: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- сезувчанлик учун ДСТ натижаларисиз (real-time PCR, HAIN, HAIN-MTBDR Plus/SI ёки MGIT);
4. GeneXpert MTB RIF/Ultra натижалари салбий бўлган бемор, биринчи марта ДР-ТВС билан оғриган одамнинг яқин алоқаси натижасида аниқланган, ДР-ТВС билан касалланган бемор сифатида аниқланади ва ДСТгача алоқа давом этиши учун созланган ДР-ТВС режимлари билан даволанади, натижалар олинади;
 5. ДР-ТВС билан оғриган болаларни даволашда болалар учун кучли эрийдиган таблеткалардан фойдаланиш катталар учун иккинчи даражали дориларга нисбатан тавсия этилади.
 6. ДР-ТВС ни эмпирик даволаш - бу ҳар бир бемор учун даволаш схемаси бўлиб, у беморнинг силга қарши даволаш тарихидан келиб чиққан ҳолда, бемор билан алоқа қилишнинг ДСТ натижаларини ёки **даволаниш пайтида жараённинг клиник ва радиологик ривожланишини ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда ишлаб чиқилади** ва фақат **экспертлар тиббий кенгаши муҳокамасидан сўнг, консилиум қарори билан тасдиқланган** ҳолда, амалга оширилади. Индивидуал даволаш - ҳар бир бемор учун даволаш схемаси бўлиб, у беморнинг силга қарши даволаш тарихи, доридармонларга чидамлилиги ва ДСТ натижалари асосида индивидуал равишда ишлаб чиқилади;
 7. Lfx ва Mfx антацидлар, темир, магний ва витаминлардан (2 соатлик интервал билан) алоҳида олиниши керак. Кўп микдорда сут маҳсулотларини истеъмол қилишдан сақланиш, чунки бу фторхинолон даражасига таъсир қилиши мумкин;
 8. Агар Vdq буюрилган бўлса, Vdq ва бошқа барча дориларни биринчи икки ҳафтада иложи бўлса ҳафтада 7 кун ичиш керак.
 9. Фертил ёшдаги (18-45 ёш) ҳар бир аёл мажбурий ҳомиладорлик тестидан ўтади, кейин контрацептивларни тайинлаш масаласини ҳал қилиш учун гинеколог билан маслаҳатлашади.

4.7.1. Рифампицинга сезгир бўлган ДР-ТВС ни даволаш режимини танлаш

Резистентлик профили	Режим	Давомийлиги	Лаборатория тадқиқотлари
Н га ягона дори чидамлилиги (R, E, Z ва фторхинолонларга сезувчанлик) Янги ҳолатлар	REZ-Lfx	6 ой	Ҳар ойда суртма ва культура, 2, 4 ва 6 ойларда ижобий ДСТ културалари билан
Н.га ягона дори чидамлилиги (R, E, Z ва фторхинолонларга сезувчанлик)	REZ-Lfx-Lzd Яхшиси Lzd Cfz га муқобил	9 ой	Ҳар ойда суртма ва культура, 2, 4 ва 6 ойларда ижобий ДСТ културалари билан

1-даражали силга қарши дори-дармонларни қабул қилишнинг такрорланган ҳолатлари			
Н ва Е га кўп дори чидамлилиқ (R, Z ва фторхинолонларга сезувчанлик)	RZ-Lfx-Lzd Яхшиси Lzd Cfz га муқобил	12 ой	Ҳар ойда суртма ва культура, 2, 4 ва 6 ойларда ижобий ДСТ културалари билан
Н ва Z га кўп дори чидамлилиқ (R, E ва фторхинолонларга сезувчанлик)	PE-Lfx-Lzd Яхшиси Lzd Cfz га муқобил	12 ой	Ҳар ойда суртма ва культура, 2, 4 ва 6 ойларда ижобий ДСТ културалари билан
Н, Z ва Е га кўп дори чидамлилиқ (R ва фторхинолонларга сезувчанлик сақланиб қолган)	MDR-ТВ режимларидан фойдаланган ҳолда даволаш усуллари кўриб чиқинг		

ДР-ТВС даволашнинг асосий хусусиятлари:

1. ДСТ камида рифампицин, изониазид ва фторхинолонлар учун ўтказилишини таъминлаш учун тезкор молекуляр тестларнинг (GeneXpert MTB RIF/Ultra ва GeneXpert MTB RIF/XDR) мавжудлиги ва мавжудлигини ҳисобга олиш керак, чунки бу дорилар учун ДСТ натижалари танловга таъсир қилади. ДР-ДР учун оптимал дастлабки даволаш режими;
2. Барча беморларга мунтазам ДСТни ўтказишнинг иложи йуклиги, барча саъй-ҳаракатларга қарамай, режим доирасида RR/MDR-ТВ даволашни бошлашга тўсқинлик қилмаслиги керак, чунки бу даволаш беморнинг ҳаётига боғлиқ бўлиши мумкин, аммо самарасиз даволанишнинг мумкин бўлган хавфлари ва кучайиши. кейинчалик самарали даволаниш эҳтимолини камайтирадиган дори қаршилиги даражаси;
3. Даволашни бошлаш вақтида бедаквилин ва линезолид учун ДСТ мавжуд бўлмаса, даволовчи шифокор ушбу дориларнинг эҳтимолий самарадорлигини индивидуал беморнинг ТВС касаллиги дан фойдаланиш тарихи, контактнинг дори-дармонларга чидамлилиқ спектри ва энг сўнгги популяцияга асосланган ҳолда баҳолаши керак. асосланган кузатув маълумотлари (DRS);
4. Даволаш режимини ишлаб чиқишда бедаквилин ва линезолид билан даволашнинг ишончли тарихини ҳисобга олиш керак;

5. Шахсий ДСТ мавжуд бўлмаганда, RR/MDR-TB учун даволаш режимларини танлаш ва ишлаб чиқиш кўп жиҳатдан ДРС натижаларидан олинган маълумотларга боғлиқ;
6. RR/MDR-TB билан касалланган барча шахслар тегишли даволаш стандартларини олишлари керак, жумладан, беморга йуналтирилган ёрдам ва ёрдам, хабардор қилинган розилик, силга қарши дори хавфсизлигини фаол мониторинг қилиш (аМДС) ва даволаш режимларининг самарадорлигини баҳолаш учун беморларни мунтазам равишда кузатиб бориш;
7. RR/MDR-TB учун афзалликларга кўра даволаш схемалари:
 - Бедаквилин, претанамид, линезолид билан ёки моксифлоксацинсиз (BPaLM/BPaL) 6 ойлик тўлиқ оғиз режимлари;
 - кейин бедаквилин ўз ичига олган 9 ойлик оғиз орқали RR/MDR-TB режимлари;
 - ва шундан кейингина RR/MDR-TB учун 18-20 ой кўпроқ даволаш схемалари.
8. Оптимал даволаш схемалари бўйича қарорлар мумкин бўлган самарадорлик, хавфсизлик, беморнинг афзалликлари ва клиник мулоҳазалари, шунингдек, сезувчанлик тестлари натижалари, беморнинг даволаниш тарихи, ёши, касалликнинг оғирлиги ва жойлашуви асосида қабул қилиниши керак;
9. Канамицин ва амикацин юқори ўзаро резистентликка эга, шунинг учун канамицинга чидамлилиги юқори бўлган беморларда, амикациннинг амалий аҳамияти паст бўлиши мумкин;
10. Баъзида, ножўя таъсири туфайли битта дори тўхтатилиши керак бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда, беморни жорий режимнинг самарадорлигини аниқлаш учун тиббий консультацияга топшириш керак. Даволаш режимида самарали дорилар етарли бўлмаган ҳолларда бошқа препаратни қўшишни ҳисобга олиш керак;
11. Генотипик тадқиқотлар ва фенотипик ДСТ натижалари бир хил бўлмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда, натижа тўғри хабар қилинганлигини тасдиқлаш учун лаборатория билан боғланиш керак. Барча ДСТ натижаларида бўлгани каби, беморнинг даволаш тарихини кўриб чиқиш ва лаборатория хатосини истисно қилиш учун маданият ва ДСТни такрорлаш муҳимдир;
12. Bdq ва Dlm алоҳида-алоҳида жуда хавфсиз дорилар эканлиги кўрсатилган. Иккала дори ҳам RR/MDR-TB ни даволаш учун тавсия этилади, аммо улардан биргаликда фойдаланиш ҳозирги кунга қадар чекланган. Улардан фойдаланиш (комбинацияланган ҳолда) юқори чидамли беморларда оқланади, аммо ножўя таъсирларни тезкор кузатиш ва бошқариш жуда муҳим бўлиб қолмоқда;
13. Умуман олганда, Mfx, Bdq ва Cfz (QT оралиғини сезиларли даражада узайтирадиган учта дори) ни биргаликда қўллашдан иложи борица воз кечиш керак, ёки улардан фойдаланиш пайтида ЭКГ мониторингини тез-тез бажариш керак. Bdq узоқ ярим умрга эга эканлигини ҳисобга олиш муҳим ва Bdq тўхтатилгандан кейин Lfx ни Mfx билан алмаштириш ҳали ҳам кардиотоксикликка олиб келиши мумкин;
14. Lfx ва Mfx антацидлар, темир, магний ва витаминлардан (2 соатлик интервал билан) алоҳида олиниши керак. Кўп микдорда сут маҳсулотларини истеъмол

қилишдан сақланинг, чунки бу фторхинолон даражасига таъсир қилиши мумкин;

15. Агар Vd_q буюрилган бўлса, унда дастлабки икки ҳафта давомида Vd_q ва бошқа барча дорилар, иложи бўлса, дастлабки икки ҳафта давомида ҳафтада 7 кун қабул қилиш керак.

Даволаниш ва тавсия этилган режимларни бошлашдан аввал, даволаш муваффақиятсизлиги хавфини баҳолаш

Даволашнинг муваффақиятсизлиги хавфи	Мезонлар	Тавсия этилган режим ва муддат
Паст даража	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 2-даражали дорилар (шу жумладан Vd_q) илгари ишлатилмаган ёки 1 ойдан кам Ва ✓ ДСТ фторхинолонларга сезувчанликни тасдиқлайди (нотўғри натижа ҳисобга олинмайди) ёки ✓ ДСТ фторхинолонларга чидамлилиқ кўрсатади Ва ✓ СРЛ дан фойдаланишга бошқа монеликлар йуқ Ва ✓ Ўпка ва экстрапулмонар жараённинг чекланган шакллари Ва ✓ Остеоартикуляр ТВС, МНТ ТВС ёки милиар ТВС йуқ 	Қисқа муддатли даволаш режими (СРТ) 6-9 ой
Ўртача даражаси	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Илгари ишлатилган 2-даражали дорилар (шу жумладан Vd_q). Ва ✓ ДСТ фторхинолонларга чидамлилиқ кўрсатмайди (қабул қилинадиган натижалар: нотўғри) Ва ✓ Урогенитал ТВСнинг ҳалокатли ва кенг тарқалган шакллари Ва ✓ Vd_q, Lzd, Cfz ёки фторхинолонлар (Lfx ёки Mfx) 	Стандарт режим 18-20 ой

	билан чидамлилиқ ёки даволаш муваффақиятсизлиқка учраган шахслар билан маълум алоқалар йуқ.	
Юқори даража	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Илгари 1 ойдан ортиқ фойдаланилган 2-қатор дори воситалари (шу жумладан Bdq). ва/ёки ✓ ДСТ фторхинолонларга чидамлилиқ кўрсатади ва/ёки ✓ Чидамлилиқка эга бўлган шахсларга маълум таъсир қилиш, Bdq, Lzd, Cfz ёки фторхинолонлар (Lfx ёки Mfx) билан даволаш муваффақиятсизлиги 	Стандарт ёки махсус режим 18-20 ой

4.7.2. Рифампицинга чидамли ДР-ТВСни даволаш режимини танлаш

Даволашнинг муваффақиятсизлиги хавфи	Режим	Давомийлиги
Кам хавф	Bdq-Pa-Lzd-Mfx Bdq-Pa-Lzd-Cfz* Bdq-Pa-Lzd 4-6 ой Bdq-Lfx(Mfx)-Cfz-ZE-Nh- Eto(Lzd) / 5 ой Lfx(Mfx)-Cfz-3E Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-Cs (МКРЛ)* <i>витамин Б₆ кўшинг</i> <i>50 мг / кун</i>	26 ҳафта / ҳафтада 7 кун 26 ҳафта / ҳафтада 7 кун 26-39 ҳафта / ҳафтасига 7 кун 9-11 ой / ҳафтасига 7 кун 9-11 ой / ҳафтасига 7 кун
Ўртача хавф даражаси	Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-Cs <i>даволаш учун витамин Б₆ кўшинг</i> <i>50 мг / кун</i>	18-20 ой

Юқори даражадаги хавф	Bdq-Dlm-Lzd-Cfz-Cs <i>даволаш учун витамин Б6 қўшинг</i> <i>50 мг / кун</i>	18-20 ой
Барча хавф даражалари: контрэндикациялар ёки мурасизлик ёки чидамлик Bdq, Lzd, Cfz, Dlm	Камида тўртта самарали дори-дармонларни буюриш керак; А ва Б гуруҳларидан асосийлари сифатида, ДСТ ва олдинги даволаш тарихига кўра сезгирликка асосланган бошқа дорилар. Умуман олганда, дори воситаларининг умумий сонини олтигагача чекланг ва дори-дармонларни фақат олдинги даволаш тарихига (масалан, Имп/слн, Ам, Пто, Пас, З, Э) асосланган ҳолда самарали бўлиши мумкин бўлса қўшинг. Давомийлиги: 18-20 ой	

- Қисқа муддатли режимлар **Bdq-Pa-Lzd-Cfz** ва **Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-Cs (мКРЛ)** фақат тасдиқланган тадқиқот протоколларига мувофиқ суғурта операцион тадқиқотлари доирасида қўлланилиши мумкин;
- Фторхинолонларга сезгир ёки чидамли бўлган RR/MDR-ТВбилан оғриган беморларда даволаш давомида **Bdq ёки Dlm** қўлланилиши мумкин ;
- Imp/cln и Amx/clv дан фойдаланиш муддати **12 ойдан ошмайди** ;
- Am фойдаланиш муддати **6 ойдан ошмайди** .

4.7.3. ВРaLM /ВРaL режимлари

RR/MDR-ТВбилан оғриган беморларни даволаш учун 9 ойлик ёки ундан узоқроқ режимлар ўрнига бедаквилин, претоманид, линезолид (600 мг) ва моксифлоксациндан иборат 6 ойлик режимдан фойдаланиш тавсия этилади. (Шартли тавсия, далилларнинг аниқлиги жуда паст.).

RR/MDR-ТВ билан оғриган беморлар тез фторхинолон ДСТ (Xpert MBT/XDR или GenoType® MTBDRplus) дан ўтиши керак; Шу мақсадда ВРaLM билан даволашни бошлаш кечиктирилмаслиги керак, ammo тест натижалари моксифлоксацинни сақлаб қолиш ёки йуқ қилиш тўғрисида қарор қабул қилишда ёрдам бериши керак. Агар фторхинолонларга чидамлик тасдиқланса, моксифлоксацинсиз ВРaL режимини бошлаш ёки давом эттириш керак.

Жигар ферменти қиймати норманинг юқори чегарасидан уч барабар юқори бўлган беморларда ВРaLM/ВРaL тавсия этилмайди, чунки бедаквилин ва претоманид жигар ферменти даражасининг ошиши билан боғлиқ.

Олдиндан 3-4 даражали периферик нейропатия билан оғриган беморлар учун этионамид (линезолидсиз) билан 9 ойлик режим алтернатива сифатида ишлатилиши мумкин.

Гемоглобин даражаси 80 г/л дан кам ёки тромбоцитлар сони 75 000/мм³ дан кам бўлган пациентлар учун этионамид (линезолидсиз) билан 9 ойлик режим алтернатив сифатида ишлатилиши мумкин.

Фойдаланиш учун кўрсатмалар

Қуйидаги мезонларга жавоб берадиган RR/MDR-TB билан оғриган беморларда қисқа муддатли, тўлиқ оғиз орқали қабул қилиш режими кўриб чиқилади:

- ✓ Марказий асаб тизими, суяклар ва бўғимларнинг ТВС ва тарқалган (милиар) ТВС бундан мустасно, урогенитал органларнинг ТВС;
- ✓ ёши 14 ёшдан;
- ✓ беморда ВРaLM режимига киритилган дори-дармонлардан бирига алергия бор-йуклиги ҳақида маълумот йуклиги;
- ✓ беморнинг бедаквилин, линезолид, деламамид ёки претоманидга чидамлилиги маълум эмас ёки бемор 4 ҳафта ёки ундан кўпроқ вақт давомида режимнинг бирон бир компонентини қабул қилмаган; агар режимнинг таркибий қисмларидан олдинги фойдаланиш муддати 4 ҳафтадан ортиқ бўлса, беморга ВРaLM режимини буюриш мумкин, агар тегишли дориларга чидамлик ишончли тарзда чиқариб ташланиши керак;
- ✓ ҳар қандай ОИВ мақомига эга бўлган шахслар;
- ✓ ХDR-TB йуклиги;
- ✓ ҳомиладорлик ва эмизишнинг йуклиги.

ВРaLM / ВРaLC / ВРaL режимининг таркиби

Дори	Доза
Бедаквилин (100 мг таблетка)	2 ҳафта давомида кунига бир марта 400 мг, кейин ҳафтасига 3 марта 200 мг
Претоманид (200 мг таблетка)	200 мг дан кунига 1 марта
Линезолид (600 мг таблетка)	600 мг дан кунига 1 марта
Моксифлоксацин (400 мг таблетка)	400 мг дан кунига 1 марта
Клофазимин (100 мг капсулалар)	100 мг 1 р / кун

Бедаквилин, мохифлоксацин ва претоманиднинг дозасини ўзгартиришга йул қўйилмайди. **Моксифлоксацинни левофлоксацин билан алмаштиришга ҳам йул қўйилмайди.**

Даволаш жараёни давомида **линезолиднинг** тўлиқ дозасини сақлаб қолиш тавсия этилади, аммо агар ушбу препарат билан боғлиқ жиддий токсик таъсирлар юзага келса, линезолиднинг дозаси **300 мг** гача камайтирилиши ёки керак бўлганда препаратни тўхтатиш ва қайта бошлаш мумкин. Даволанишнинг дастлабки **9 ҳафтасида** линезолиднинг дозасини ўзгартирмаслик тавсия этилади.

Ҳар қандай даражадаги оптик неврит ташхиси қўйилган бўлса, линезолидни доимий равишда тўхтатиш кўрсатилади. 2-даражали периферик нейропатия учун линезолиднинг дозасини кунига 300 мг гача камайтириш керак, дозани камайтиришдан олдин препаратни қабул қилишда 1-2 ҳафталик танаффус қилиш керак. 3-4 даражали периферик нейропатия учун, кўп ҳолларда, 1-2 ҳафталик

танаффуздан сўнг, линезолидни тўлиқ тўхтатиш ва 2 даражага қайтиш керак, агар 3-4 даражали ножўя реакциялар бўлса; қайтмаслик (Бу ёндашув эҳтиёткорликни талаб қилади, чунки бу беморда оғир, оғриқли ва доимий периферик нейропатия ривожланишига олиб келиши мумкин).

Миелосупрессия (хатто 3-4 даражали) одатда линезолидни қабул қилишда 1-2 ҳафталик танаффуздан сўнг йўқолади, сўнгра дозани кунига 300 мг гача камайтиради.

Даволашнинг давомийлиги

Фторхинолонларга сезгирлиги бўлган беморларга **6 ой (26 ҳафта)** давомида **ВРaLM режими буюрилиши мумкин** . Агар даволаш бошланганидан кейин фторхинолонларга чидамлилиқ аниқланса, моксифлоксацинни ушбу режимдан чиқариб ташлаш ва даволашни ВРaL билан давом эттириш мумкин.

Агар **ВРaL режими** бошиданоқ қўлланилса ёки бемор унга кейинроқ ўтказилса, даволаниш муддати **9 ойгача (39 ҳафта)** узайтирилиши мумкин (ВРaLM /ВРaL режими билан даволаш бошланганидан бошлаб).

ВРaL режимининг бундай кенгайиши 4-6 ойлик даволашда маданият конверсияси бўлмаганда ёки даволанишга клиник жавоб бўлмаганда (даволаётган шифокорнинг клиник хулосасига асосланиб) қўлланилиши мумкин. Агар керак бўлса, ўтказиб юборилган дозаларни тўлдириш учун даволанишнинг умумий давомийлиги 1 ойдан ошмаслиги керак.

Дори-дармонларни келтириб чиқарадиган токсик таъсирга шубҳа қилинган ҳолларда бутун даволаш режимини вақтинча тўхтатишга руҳсат берилади. Тўлиқ режимга қайтиш 14 кундан ортиқ бўлмаган (кетма-кет) ёки 4 ҳафтадан кўп бўлмаган (кетма-кет бўлмаган, жами) даволанишдаги танаффуздан кейин кўриб чиқилиши мумкин. Ўтказиб юборилган дозалар компенсация қилиниши ва даволаниш даврига қўшилиши керак.

ВРaLM дан ВРaL га ўтганда, даволанишнинг бошланиш санаси ВРaLM нинг бошланиш санаси деб ҳисобланиши керак, чунки бемор бутун даволаниш даврида учта самарали дори қабул қилишни давом эттирди .

Даволаш режимини ўзгартириш

Бедаквилин ва претоманиднинг дозасини ўзгартириш тақиқланади. Агар бедаквилин ёки претоманидни бутунлай тўхтатиш зарурати туғилса, ВРaLM /ВРaL билан даволаш режими бутунлай тўхтатилади.

Линезолид дозалари, агар нохуш реакциялар юзага келса, даволанишнинг дастлабки 9 ҳафтасидан кейин ўзгартирилиши мумкин. **Линезолидни 9 ҳафта** давомида доимий равишда қабул қилгандан сўнг, агар керак бўлса, дозани кунига **300 мг га камайтириш мумкин** . Даволанишнинг дастлабки 9 ҳафтаси давомида линезолидни бутунлай тўхтатиш зарур бўлса, режим бутунлай тўхтатилади.

Агар режимнинг кейинги ҳафталаарида линезолид тўхтатилса, қолган умумий муддат 8 ҳафтадан ошмаса, қолган компонентлар қабул қилинган тақдирда режим тугалланган деб ҳисобланиши мумкин.

Агар фақат моксифлоксацин тўхтатилса, режим ВРaL вариантида давом эттирилиши мумкин.

Шахсий узоқ муддатли режимга ўтиш қуйидаги ҳолатларда тавсия этилиши мумкин:

- режимнинг барча таркибий қисмларини қабул қилишдаги танаффус кетма-кет 2 ҳафтадан кўпроқ вақтни ташкил этди;
- режимнинг барча компонентларини қабул қилишдаги танаффус кетма-кет бўлмаган 4 ҳафтадан ортиқ (жами).

Агар бемор линезолиднинг кўп дозаларини ўтказиб юборган бўлса, ВРaL режимини 9 ойгача узайтириш эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Бунинг ўрнига, индивидуал узоқ муддатли режимга ўтиш кўриб чиқилиши мумкин.

Бекор қилиш режими

Баъзи беморлар ВРaLM /ВРaL ни тўхтатишлари керак бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда беморнинг аҳволини баҳолаш ва у учун устувор дорилар рўйхатидан келиб чиққан ҳолда индивидуал узоқ муддатли режимни танлаш керак. Режимни тўхтатишни талаб қилиши мумкин бўлган энг кенг тарқалган сабабларга даволанишнинг муваффақиятсизлиги, салбий реакциялар туфайли линезолидни этарлича узоқ вақт қабул қила олмаслик ёки даволаниш пайтида юзага келган ҳомиладорлик киради.

4.7.4. Тўққиз ойлик тўлиқ оғиз оқали режими

RR/MDR-TB ва фторхинолонга чидамлилиги истисно қилинган беморларни даволаш учун узоқроқ (18 ойлик) схемалар ўрнига 9 ойлик бутун оғиз оқали қабул қилиш режими тавсия этилади. (Шартли тавсия, далилларнинг аниқлиги жуда паст.)

Режимнинг таркиби

Босқич	Режим	Давомийлиги	Дозалаш
Интенсив	А) Bdq (6ой) - Lfx/Mfx - Cfz - Z -E - Hh - Eto/Pto	4-6 ой	Ҳафтада 7 кун
	Б) Bdq (6ой) - Lfx/Mfx – Cfz - Z -E - Hh - Lzd (2ой)		
Қўллаб-қувватловчи	А) 5 Lfx/Mfx - Cfz -Z – E	5 ой	Ҳафтада 7 кун
	Б) 5 Lfx/Mfx - Cfz - Z – E		

Агар 4 ойдан сўнг беморда сийдик, эякуляция ёки вагинал оқинди мазок ижобий бўлса, интенсив фазанинг давомийлиги 6 ойгача оширилади.

Линезолид фақат даволанишнинг дастлабки **2 ойи** учун буюрилади. Клиник ва гематологик мониторинг линезолид билан боғлиқ ножўя реакцияларни, айниқса гематологик реакцияларни (гемоглобин даражасининг кескин ёки сезиларли даражада пасайиши, нейтрофиллар сони ёки тромбоцитлар сони) эрта аниқлаш учун жуда муҳимдир.

Юқори дозали изониазид даволашни давом эттириш тўғрисидаги қарорга қараб 4 ёки 6 ойдан сўнг тўхтатилади, бу даволанишнинг 4-ойида сийдик ва/ёки бошқа биологик материалларни ҳолатига қараб қабул қилинади.

Режим левофлоксацин ёки моксифлоксацинни қўллаши мумкин, чунки бу дорилар RR/MDR-TB ни даволашда худди шундай самарадорликни кўрсатди. Левофлоксацин курси кўпроқ таблеткалардан иборат бўлишига қарамай, уни буюриш афзалроқдир, чунки моксифлоксацинни қабул қилиш ҚТ оралиғини узайтириш хавфи юқори.

Фойдаланиш учун кўрсатмалар

- ✓ камида рифампицинга чидамлилиги тасдиқланган ва фторхинолонларга чидамлилик истисно қилинган бемор;
- ✓ бедаквилин, клофазимин, этионамид ёки линезолидга нисбатан тасдиқланган чидамлилик йуқ ёки бу дориларнинг самарасизлигига шубҳа йуқ (улардан қайси бири режимга киритилишига қараб);
- ✓ бемор илгари 1 ойдан кам вақт давомида бедаквилин, фторхинолонлар, клофазимин, этионамид/протионамид ёки линезолид (қайси дориларни режимга киритиш мўлжалланганлигига қараб) қабул қилган. Агар фойдаланиш муддати 1 ойдан ортиқ бўлса, ушбу режимни бундай беморларга буюриш мумкин, агар ушбу даврда қабул қилинган муайян дориларга чидамлилик чиқариб ташланса;
- ✓ кенг ёки оғир шикастланиш ва урогенитал ТВСнинг оғир шакли йуқлиги;
- ✓ 0-17 ёшдаги болалар ва катталар;
- ✓ ҳар қандай ОИВ ҳолати;
- ✓ Ҳомиладор ёки эмизикли аёллар: бу беморларга линезолид билан 9 ойлик режим берилиши мумкин, аммо этионамид билан 9 ойлик режим берилмаслиги керак;
- ✓ бактериологик жиҳатдан тасдиқланган ТВС ёки чидамлилик ҳолатига эга бўлмаган, аммо ТВС клиник белгилари ва симптомлари (шу жумладан рентгенологик топилмалар) ва тасдиқланган RR/MDR-TB ҳолатига таъсир қилиш тарихи асосида MDR/RR-TB даволашни талаб қиладиган болалар ва катталар.

4.7.4. Тўққиз ойлик тўлиқ перорал режими

RT/МЛУ-ТВС ва фторхинолонга чидамлилиги истисно қилинган беморларни даволаш учун узоқроқ (18 ойлик) схемалар ўрнига 9 ойлик оғиз орқали қабул қилиш режими тавсия этилади. (Шартли тавсия, далилларнинг аниқлиги жуда паст.)

Режимнинг таркиби

Босқич	Режим	Давомийлиги	Дозалаш
Интенсив	A) Bdq(6 ой)-Lfx/Mfx-Cfz-Z-E-Nh-Eto/Pto		Ҳафтада 7 кун

	Б) Bdq(6 ой)-Lfx/Mfx-Cfz-Z-E-Hh-Lzd(2 ой)		
Кўллаб-қувватловчи	А) 5 /Lfx/Mfx-Cfz-Z-E	5 ой	Хафтада 7 кун
	Б) 5 Lfx/Mfx-Cfz-Z-E		

Агар 4 ойдан сўнг беморда сийдик, эякуляция ёки вагинал оқинди мазок ижобий бўлса, интенсив фазанинг давомийлиги 6 ойгача оширилади.

Линезолид фақат даволанишнинг дастлабки **2 оyi** учун буюрилади . Клиник ва гематологик мониторинг линезолид билан боғлиқ ноўя реакцияларни, айниқса гематологик реакцияларни (гемоглобин даражасининг кескин ёки сезиларли даражада пасайиши, нейтрофиллар сони ёки тромбоцитлар сони) эрта аниқлаш учун жуда муҳимдир.

Юқори дозали изониазид, даволашни давом эттириш тўғрисидаги қарорга қараб 4 ёки 6 ойдан сўнг тўхтатилади, бу даволанишнинг 4-ойида сийдик, эякуляция ёки вагинал оқинди ҳолатига қараб қабул қилинади.

Бу режимда левофлоксацин ёки моксифлоксацинни қўлланилиши мумкин, чунки бу дорилар РТ/МЛУ-ТВСни даволашда худди шундай самарадорликни кўрсатди. Левофлоксацин курси кўпроқ таблеткалардан иборат бўлишига қарамай, уни буюриш афзалроқдир, чунки моксифлоксацинни қабул қилганда QT оралигини узайиш хавфи юқори.

Фойдаланиш учун кўрсатмалар

- ✓ камида рифампицинга чидамлилиги тасдиқланган ва фторхинолонларга турғунлик истисно қилинган бемор;
- ✓ бедаквилин, клофазимин, этионамид ёки линезолидга нисбатан тасдиқланган чидамлик йўқ ёки бу дориларнинг самарасизлигига шубҳа йўқ (улардан қайси бири режимга киритилишига қараб);
- ✓ бемор илгари 1 ойдан кам вақт давомида бедаквилин, фторхинолонлар, клофазимин, этионамид/протионамид ёки линезолид (қайси дориларни режимга киритиш мўлжалланганлигига қараб) қабул қилган. Агар фойдаланиш муддати 1 ойдан ортиқ бўлса, ушбу режимни бундай беморларга буюриш мумкин, агар ушбу даврда қабул қилинган муайян дориларга чидамлик чиқариб ташланса;
- ✓ кенг ёки оғир шикастланиш турларининг ва урогенитал ТВСнинг оғир шакли йўқлиги;
- ✓ 0-17 ёшдаги болалар ва катталар;
- ✓ ҳар қандай ОИВ ҳолати;
- ✓ Ҳомиладор ёки эмизикли аёллар: бу беморларга линезолид билан 9 ойлик режим берилиши мумкин, аммо этионамид билан 9 ойлик режим берилмаслиги керак;
- ✓ бактериологик жиҳатдан тасдиқланган ТВС ёки чидамлик ҳолатига эга бўлмаган, аммо ТВС клиник белгилари ва симптомлари (шу жумладан рентгенологик топилмалар) ва тасдиқланган РТ/МЛУ-ТВС ҳолатига таъсир қилиш тарихи асосида МЛУ/РТ-ТВС даволашни талаб қиладиган болалар ва катталар.

Режимни ўзгартириш ва бекор қилиш

Бедаквилин одатда 6 ой давомида буюрилади, агар даволанишнинг 4-ойида сийдик ва вагинал ажралма мусбат чиқиши туфайли режимнинг дастлабки босқичининг давомийлиги 4 ойдан 6 ойгача оширилса, 9 ойгача узайтириш имконияти мавжуд.

Линезолид фақат 2 ой давомида буюрилади. Агар бемор ушбу даврда линезолид дозаларини ўтказиб юборса ва препаратни яхши қабул қилса, ўтказиб юборилган дозалар 2 ойлик давр охирида қўшилиши мумкин. Аммо, агар фторхинолонларга турғунлик ишончли тарзда чиқариб ташланган бўлса, ўтказиб юборилган дозаларни тўлдиришга шошилиш эҳтиёж йўқ.

Номувофиқ реакцияларнинг оғирлигини камайтириш учун линезолиднинг дозасини тавсия этилган дозадан пастга туширмаслик керак. Агар даволанишнинг биринчи 2 ойи давомида (2 ойлик давр охирида қўшилиши мумкин бўлган индивидуал ўтказиб юборилган дозалар бундан мустасно) бемор линезолиднинг тўлиқ дозасини (катталар учун 600 мг) қабул қилишга тоқат қилолмаса ҳам, препаратни қабул қилиши керак ёки этионамид билан 9 ойлик режимга (агар фторхинолонларга сезувчанлик тасдиқланса ва бемор ҳомиладор аёл бўлмаса) ёки линезолидсиз индивидуал узоқ муддатли режимга ўтади.

Этионамид ўрнига Протионамид ишлатилиши мумкин.

Агар ЭКГни диққат билан кузатиш мумкин бўлса (агар керак бўлса) левофлоксацин ўрнига Моксифлоксацинни қўллаш мумкин.

Агар бирон-бир сабабга кўра беморда 9 ойлик режимнинг бир қисми сифатида пиразинамид ёки этамбутолга нисбатан муросасизлик пайдо бўлса, парваришlash босқичида узоқ муддатли режимга ўтишга ҳожат қолдирмасдан, ушбу дорилардан бирини (лекин фақат биттасини) тўхтатиш мумкин.

Агар юқорида кўрсатилган икки ёки ундан ортиқ дори-дармонларни қила олмай 9 ойлик режимнинг бир қисми сифатида юзага келса, беморни узоқ муддатли режимга ўтказиш мумкин.

Агар 9 ойлик режимнинг ҳар қандай бошқа компоненти (бедаквилин, левофлоксацин/моксифлоксацин, линезолид/этионамид ёки клофазимин) токсиклик ёки дори қабул қила олмаслик туфайли эрта тўхтатилиши керак бўлса, бемор индивидуал узоқ муддатли режимга ўтказилиши керак.

Режимнинг 4-ойлигида қабул қилинадиган даволанишнинг дастлабки босқичини 4 ойдан 6 ойгача узайтириш тўғрисидаги қарор, бемор сийдигининг бактериологик ҳолатига асосланади. Агар суртма натижаси 4-ойда салбий бўлса (даволаниш бошланишидаги ҳолатидан қат'ий назар), бемор даволанишнинг парваришlash босқичига ўтиши мумкин. Агар мазок натижаси 4-ойда ижобий бўлса, дастлабки босқич 6 ойгача узайтирилади.

Даволанишнинг 6-ойидан кейин шифокор 4 ва эҳтимол 5 ойда олинган намуналардан экма (посев) натижаларини, шунингдек, 5 ва 6 ойда олинган намуналардан сийдик, эякуляция ёки вагинал оқинди микроскопияси натижаларига эга бўлиши керак. Экма (посев) натижалари 5 ва 6 ойларда ижобий бўлиб қолса, самарасиз даволаш натижаси белгиланади

Агар фторхинолонга резистентлик аниқланса, беморни бошқа режимга ўтказиш керак: агар бемор илгари бедаквилин ва линезолидни 1 ойдан камроқ вақт давомида қабул қилган бўлса ва ВРаL режимининг бирон бир таркибий қисмига чидамли бўлмаса, 6 ойлик ВРаL режими ўринли бўлиши мумкин.

9 ойлик тўлиқ перорал режимини бошлаганидан кейин кузатувдан маҳрум бўлган беморлар, эҳтимол, ушбу режимнинг асосий таркибий қисмларини 1 ойдан кўпроқ вақт давомида қабул қилган. Бундай ҳолларда режимнинг асосий таркибий қисмларига ДСТ бироз вақт талаб қилиши мумкин, шунинг учун бу беморлар ДСТ натижалари мавжуд бўлгунга қадар узоқ муддатли индивидуал режимни бошлашлари мумкин.

4.7.5. Узоқ муддатли режимлар (18-20 ой)

Узоқ муддатли режимларнинг таркиби (18-20 ой) беморнинг доридармонларга чидамлилиги хусусиятига қараб, узоқ муддатли режимларда фойдаланиш учун тавсия этилган дориларнинг гуруҳлари асосида шаклланади.

Қисқа режимларни қўлламаслик сабаблари беморнинг ёши, кўшимча кўрсатмага қарши (фторхинолонларга ва бошқа А гуруҳи дориларига, масалан, ХDR-ТВСга чидамлилиги), қисқа режимларнинг асосий таркибий қисмларига нисбатан муросасизлик, касалликнинг оғирлиги, ҳомиладорлик, айрим турлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бошқа органлар ТВС ёки индивидуал ёндашувни талаб қиладиган бошқа асоратлар қисқа режимларни қўлламасликка асос бўлади.

Узоқ муддатли даволаш режимида РТ/МЛУ-ТВС билан оғриган беморлар учун А гуруҳининг учта дорисини ва камида битта Б гуруҳининг доридармонларини киритиш керак, шунда даволаш юқори самарадорликка эга бўлган камида тўртта силга қарши дори билан бошланади ва шу билан давом этади. бедаквилин тўхтатилганда камида учта дори. Агар даволаниш учун фақат битта ёки иккита А гуруҳи дори воситалари қўлланилса, иккала Б гуруҳининг доридармонлари ҳам режимга киритилиши керак, агар режим фақат А ва Б гуруҳлари дори-дармонларидан иборат бўлмаса, улар С гуруҳи дорилари билан тўлдирилиши керак (шартли тавсиялар). ҳақиқий маълумотларга ишонч жуда паст).

Узоқ муддатли РТ/МЛУ-ТВС билан даволанаётган беморларнинг кўпчилиги учун тавсия этилган умумий даволаниш муддати **18-20 ойни ташкил қилади**; у беморнинг терапияга жавобига қараб ўзгартирилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишонччилиги).

Экиш тестларида экма конверсиясига эришилгандан кейин тавсия этилган даволаш муддати **15-17 ойни** ташкил қилади; у беморнинг терапияга жавобига қараб ўзгартирилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишонччилиги);

Амикацин билан узоқ муддатли РТ/МЛУ-ТВС даволанаётган беморларнинг кўпчилиги учун **6-7 ойлик** интенсив босқич тавсия этилади; унинг давомийлиги беморнинг терапия жавобига қараб ўзгартирилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишонччилиги).

Фойдаланиш учун кўрсатмалар

- ✓ оғир урогенитал ТВС;
- ✓ қисқа муддатли режимларнинг асосий таркибий қисмларига қўшимча чидамлилиқ ;
- ✓ қисқа режимларда терапияга жавоб йўқлиги (масалан, бактериологик конверсиянинг йўқлиги, клиник жавобнинг етишмаслиги, чидамлилиқнинг ривожланиши ёки кузатувни йўқотиш шаклида даволаш муваффақиятсиз бўлганда);
- ✓ қисқа режимларнинг таркибий қисмларига нисбатан муросасизлик;
- ✓ Муайян клиник шароитлар туфайли қисқа 9 ойлик бутун перорал режимга мос келмайдиган ҳомиладор ва эмизикли аёллар;
- ✓ 14 ёшгача бўлган, ВРаLM/ВРаL остида терапия олмайдиган ёки бирон-бир сабабга кўра 9 ойлик режимдан фойдалана олмайдиган болалар.

Даволаш режимларининг таркиби ва давомийлиги

ДСТ натижалари	Режим	Давомийлиги
Фторхинолонга сезгир	Bdq-Lfx-Lzd-Cfx-Cs	18-20 ой
Фторхинолонга чидамли	Bdq-Lzd-Cfz-CS-Dlm	18-20 ой
Кўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар ёки Bdq, Lzd, Cfz, Dlm га нисбатан муросасизлик ёки чидамлилиқ	дан индивидуал режим 4 ёки 6 эҳтимол самарали дорилар	18-20 ой

Стандарт режимлар бўйича даволанаётган беморлар уни жами 18-20 ой давомида қабул қилишлари керак, аммо беморларда касалликнинг оғирлиги аҳамиятсиз бўлган ва даволанишга тез ижобий жавоб бўлган вазиятда даволаниш муддатини тиббий маслаҳатга кўра қисқартириш мумкин:

- Бир оз нур ўзгариш бўлиб деструкция йуқ бўлганда;
- Дастлабки салбий экма (посев) натижаси бўлган беморлар;
- Даволаш бошланганидан бошлаб биринчи икки ой ичида экма (посев) конвертацияси

Кўшимча тавсиялар:

1. Канамицин ва капреомицин РТ/МЛУ-ТВС учун узоқ муддатли даволаш режимларига киритилмаслиги керак (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
2. Левофлоксацин ёки моксифлоксацин РТ/МЛУ-ТВС учун узоқ муддатли даволаш схемаларига киритилиши керак (Кучли тавсия, далилларнинг ўртача аниқлиги);
3. Бедаквилин 18 ёш ва ундан катта ёшдаги беморларда РТ/МЛУ-ТВС учун узоқ муддатли даволаш схемаларига киритилиши керак (Кучли тавсия, далилларнинг ўртача аниқлиги);

4. Бедаквилин, шунингдек, 6-17 ёшдаги беморларда РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли режимларга киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
5. РТ/МЛУ-ТВС билан касалланган 6 ёшгача бўлган болаларда оғиз орқали бедаквилин режими қўлланилиши мумкин (шартли тавсиялар, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
6. Линезолид РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш схемаларига киритилиши керак (Кучли тавсия, далилларнинг ўртача аниқлиги);
7. Клофазимин ва циклосерин ёки теризидон РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
8. Этамбутол РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
9. Деламаид 3 ёш ва ундан катта ёшдаги беморларда МЛУ/РТ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг ўртача аниқлиги);
10. РТ/МЛУ-ТВС билан касалланган <3 ёшгача бўлган болаларда деламанид узок муддатли режимларнинг бир қисми сифатида ишлатилиши мумкин (шартли тавсиялар, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
11. Пиразинамид РУ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам аниқлиги);
12. Имипенем-силастатин ёки меропенем РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
13. Амикацин 18 ёшдан ошган беморларда агар унга сезувчанлик тасдиқланса ва номувофиқ реакцияларни кузатиш учун тегишли чоралар кўрилса, РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига киритилиши мумкин. Агар амикацин мавжуд бўлмаса, стрептомицинни бир хил шароитларда алмаштириш мумкин (шартли тавсия, далилларнинг жуда кам ишончилиги);
14. Этионамид ёки протионамид РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига фақат бедаквилин, линезолид, клофазимин ёки деламанидни ўз ичига олмаса ёки режим афзалроқ бўлган дориларни ўз ичига олмаса, киритилиши керак (Фойдаланишга қарши шартли тавсиялар, ҳақиқий маълумотларга жуда паст ишонч);
15. Пара-аминосалицил кислотаси РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш режимларига, агар улар бедаквилин, линезолид, клофазимин ёки деламанидни ўз ичига олмаса ёки кўпроқ афзалроқ дорилар билан режимни шакллантириш имкони бўлмаса (шартли) киритилиши керак.
16. Клавулан кислотаси РТ/МЛУ-ТВС учун узок муддатли даволаш схемаларига киритилмаслиги керак (фойдаланишга қарши кучли тавсиялар, далилларда ишончсизлик).

4.7.6. РТ/МЛУ-ТВС даволаш учун ўқув жадвали

Ўқиш	Терапиянинг бошланиши	ПТП	Тадқиқот учун вақт доираси	Изоҳлар
Сийдик, оқинди	X	-	Ойлик	
GeneXpert МТВ/Rif	X	-	-	
LPA (1 ва 2-каторгача)	X	-	-	
Экиш	X	-	Ойлик	
ДСТ	X	-	Даволашнинг 3-ойидан кейин ҳар қандай ижобий маданият	
Экскретор урограмма, ГСГ	X	-	Олтинчи ойда ва кейин даволаниш охирида	Бундан ташқари, клиник ёмонлашув учун
Тана массаси	X	-	Ойлик	Ҳар ойнинг охирида
ОИВ	X	-	Клиник жиҳатдан кўрсатилгандек такрорланг	
Гепатит Б/С	X	-	Клиник жиҳатдан кўрсатилгандек такрорланг	
Ҳомиладорлик тести	X	-	Клиник жиҳатдан кўрсатилгандек такрорланг	
ЭКГ	X	Bdq, Cfx, Mfx, Lfx, Dlm	Дастлаб ҳар икки ҳафтада бир марта (бир ой давомида), сўнгра ҳар ойда бир марта оғишлар бўлмаса	ҚТ оралиғини узайтирувчи 2 ёки ундан ортиқ дори-дармонларни қабул қилган беморларга алоҳида э'тибор беринг (Bdq, Dlm, Mfx/Lfx, Cfx)
ТТГ	X	Это, Ptp, Pas	Это/Пто ёки ПАС қабул қилишда ҳар олти ойда (ОИВ мусбат беморларда ҳар 3 ойда) ва ҳипотирозидизм белгилари/аломатлари мавжуд бўлса.	
СБС тромбоцитлар сони билан кенгайтирилди	X	Lzd	Дастлаб ҳар икки ҳафтада бир марта (бир ой давомида), сўнгра ҳар ойда бир марта оғишлар бўлмаса	

Гликирланган гемоглобин	X	-	Қандли диабет билан оғриган беморлар учун ҳар уч ойда бир марта	
АЛТ, АСТ, билирубин	X	-	Ойлик	
Креатинин	X	-	Ойлик	
Амилаза	X	Bdq		Bdq қабул қилаётганда
ЛДГ	X	Lzd	Ойлик	Агар даволаниш режими Lzd ни ўз ичига олса
Қон зардоби калий (K^+)	X	-	Ойлик	
Қон зардоби магний (Mg^{2+})	X	-	Агар клиник кўрсатма бўлса	Агар K^+ паст бўлса, сарум магний даражасини текшириш керак
Албумин	X	DLM	Клиник кўрсатма бўлганда, Dlm олган беморлар учун	
Қонда канд	X	-	Қандли диабет билан оғриган беморлар учун: эндокринологнинг тавсияларига мувофиқ мунтазам мониторинг. Қандли диабет бўлмаган беморлар учун - агар клиник кўрсатма бўлса	
Тўлиқ офталмологик текширув, шу жумладан кўриш майдони тести	X	Lzd E	Lzd Ени қабул қилишни бошлаган ва Lzd Ебилан даволаш пайтида кўрсатилган хавф остидаги беморлар учун бошланғич таҳлил	
Кўриш кескинлиги, шу жумладан Ишиҳара тести	X	-	Ҳозиргача у ҳар ойда Lzd Е	Барча беморлар учун бошланғич таҳлил.
Аудиометрия	X	AM	Агар клиник кўрсатма бўлса	
Фтизиоуролог, фтизиогинеколог томонидан текширув	X	-	Ҳар ой	
Периферик нейропатия учун тезкор скрининг	X	Lzd Cs, H	Ойлик	
Психосоциал маслаҳат	X	-	1-2 ойда ҳар 2 ҳафтада бир марта, ҳар ой 3-8 ойдан, 9 ойдан бошлаб	

			даволаш курси тугагунга қадар, кўрсатмаларга мувофиқ такрорланг. Агар керак бўлса, психиатрга муурожаат қилиш керак
--	--	--	--

4.7.7. ДР-ТВС даволаш учун катталар дозаси

Дори	Доза/ чиқари ш шакли	Тана вазнига қараб тавсия этилган доза				
		30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	>70 кг
Изониазид (юқори доза)	300 мг таблетка	450 мг	450 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Этамбутол	400 мг таблетка	800 мг	800 мг	1200 мг	1200 мг	1200 мг
Пиразинамид	500 мг таблетка	1000 мг	1500 мг	1500 мг	1500 мг	2000 мг
Левовфлоксацин	250 мг таблетка	750 мг	750 мг	1000 мг	1000 мг	1000 мг
Моксифлоксацин	400 мг таблетка	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг
Линезолид	600 мг таблетка	300 мг	600 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Бедаквилин	100 мг таблетка	2 ҳафта давомида кунига 1 марта 4 таблетка (400 мг), кейин ҳафтасига 3 марта 2 таблетка (200 мг) (душанба, чоршанба, жума)				
Клофазимин	100 мг капсула	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
Циклосерин	250 мг капсула	500 мг	500 мг	750 мг	750 мг	750 мг
Деламанид	50 мг таблетка	2 таблетка 100 мг дан кунига 2 марта (кунлик доза - 200 мг)				
Амикацин	500 мг/2 мл ампула	2,5 мл	3,0 мл	3-4 мл	4 мл	4 мл
Протионамид 15-20 мг / кг	250 мг таблетка	500 мг	500 мг	750 мг	750 мг	1000 мг
Пара-аминосалицил кислотаси (ПАС)	4 г пакет	8г	8г	8г	8г	8 - 12 г
Претоманид	200 мг таблетка	200 мг	200 мг	200 мг	200 мг	200 мг
Витамин Б ₆	100 мг таблетка	Ҳар 250 мг циклосерин учун 50 мг ёки линезолид ёки изониазидни қабул қилганда камида 50 мг				

Имипенем/циластатин	500+500 мг ампула	2 ампуладан (1000 мг + 1000 мг) кунига 2 марта хар 12 соатда
Амоксициллин/клавулон кислотаси	875+125 мг планшет	Кунига 3 таблетка (эрталаб 1 таблетка + кечкурун 2 таблетка), имипенемдан 30 дақиқа олдин (фақат имипенем/силастатин билан биргаликда)

4.8. МАХСУС ҲОЛАТЛАРДА СИЛ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бола туғиш қобилиятига эга бўлган барча беморлар даволанишни бошлашдан олдин биринчи текширувдан олдин ҳомиладорлик тестини ўтказишлари керак.

Даволаш пайтида контрацептив воситалардан фойдаланиш тавсия этилади. Оғиз контрацептивлари мумкин бўлган дориларнинг ўзаро таъсири туфайли даволаш самарадорлигини пасайтириши мумкинлиги сабабли, инъекция ва тўсик усуллари тавсия этилган контрацептив воситалар.

Ҳомиладор беморлар ҳомиладорлик ёшини ҳисобга олган ҳолда тўлиқ текширувдан ўтишлари керак. Ҳомиладор беморлар учун даволанишнинг хавфи ва фойдалари диққат билан баҳоланиши керак; Асосий мақсад туғилишдан олдин ва кейин она ва чақалоқнинг соғлиғини ҳимоя қилиш учун сийдик маданиятини конвертатсия қилиш бўлиши керак. Силни даволашнинг хавф-хатарлари ва фойдалари она билан батафсил муҳокама қилиниши керак.

Дори воситаларига сезгир ТВС касаллиги :

1-қатор силга қарши дорилар ҳомиладор аёллар ва эмизикли оналарни даволаш учун хавфсиздир. ДС-ТВС учун **HRZE/HR** режими даволаш тугалланган тақдирда юқори самарадорликка эга бўлади ва ҳомила ёки янги туғилган чақалоқларда ТВС ривожланиш хавфи паст бўлади, шунинг учун ҳомиладорликни тўхтатиш керак эмас.

Эмизикли оналарни эмизишни давом эттиришни рағбатлантириш керак. Онада ТВСни эрта ташхислаш ва тўғри даволаш янги туғилган чақалоқ учун энг муҳим ҳимоя ҳисобланади.

Рифампицинни қабул қилган ҳомиладор беморларга К витамини берилиши керак. Рифампицин К витамини метаболизмни кучайтириши мумкин, бу эса қон кетишининг бузилишига олиб келиши мумкин. К витамини ҳомиладорлик пайтида рифампицинни қабул қилишда она ва янги туғилган чақалоқ учун профилактика сифатида тавсия этилади.

Она учун: Фитоменадион (К витамини) оғиз орқали - кунига 10 мг. кутилган туғилиш санасидан 15 кун олдин. Қабул қилинган чора-тадбирларни ҳисобга олган ҳолда ҳам, янги туғилган болага геморрагик касалликнинг олдини олиш учун мушак ичига К витамини буюриш керак.

Янги туғилган чақалоқ учун: Фитоменадион (К витамини) ИМ: туғилган кунда бир марта 1 мг.

Изониазидни қабул қилган барча ҳомиладор беморлар, шунингдек, пиридоксинни кунига 10 дан 25 мг гача, яллиғланишга қарши дорилар билан биргаликда қабул қилиш орқали изониазид билан боғлиқ периферик нейропатия учун профилактик даволанишни олишлари керак.

Дориларга чидамли ТВС касаллиги

ДЧ-ТВС ни даволаш учун ишлатиладиган баъзи дорилар ҳомилага салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Кўпгина тератоген таъсирлар ҳомиладорликнинг биринчи триместрида содир бўлганлиги сабабли, оғир касал бўлган беморлар бундан мустасно, бу даврда даволанишдан қочиш керак.

Протионамид ҳомиладорлик пайтида кўнгил айланиши ва қайт қилишни кучайтириши мумкин. Бу тератоген таъсирга эга бўлиши мумкин ва иложи бўлса, ҳомиладор беморларда ундан қочиш керак.

Аминогликозидлар эшитиш шикастланишига ва ҳомила буйрак функциясининг бузилишига олиб келиши мумкин ва нисбатан қарши курсатма.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместридаги беморларда тератоген таъсир хавфи камаяди. Қандай бўлмасин, танланган даволаниш режими маслаҳатлашувда муҳокама қилиниши керак. Баъзи оғир касаллар она ва ҳомила учун ўлим хавфини камайтириш учун потенсиал тератоген дорилар билан даволанишни талаб қилади.

Янги туғилган чақалоқларда тарқалган ТВС ривожланиш хавфи юқори, шунинг учун чақалоқ ва она бактерияларни тўкиб ташласа, ўртасида яқин алоқани минималлаштириш ва онага респиратор ва улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар (она саломатлигини ўрганиш) билан таъминлаш керак.

Шубҳа қилинган ҳомиладорликнинг барча ҳолатлари *марказий шифокорлар кенгашига муҳокама қилиш учун тақдим этилиши керак.*

Ҳомиладор аёлларни даволаш учун ишлатиладиган силга қарши дориларнинг таснифи

ТҚП	Туркум	Изоҳлар
Фторхинолонлар	С	Ҳайвонларни ўрганишда артропатия кузатилган. Бироқ, ҳомиладорлик даврида фторхинолонлардан хавфсиз фойдаланиш ҳолатлари ҳақида хабарлар кам; фойда хавфлардан устун бўлиши мумкин.
Линезолид	С	Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда репродуктив нохуш ҳодисалар, шу жумладан онанинг токсикози кузатилган. Ҳомиладорлик даврида линезолидни қўллаш бўйича маълумотлар чекланган.

Бедаквилин	Б	Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар ҳеч қандай муҳим ножўя ҳодисаларни кўрсатмади, аммо инсоний тадқиқотлар ўтказилмаган; илова маълумотлари мавжуд эмас. Бугунги кунга келиб, бедаквилин самарадорлиги ҳақидаги барча маълумотлар ИИ босқич тадқиқотларига асосланган.
Циклосерин	С	Плацентага кириб боради, аммо ҳайвонларни ўрганишда сезиларли ножўя ҳодисалар кузатилмаган .
Клофазимин	С	Чекланган маълумотлар туфайли тавсия этилмайди (ҳар иккала нормал натижа ва янги туғилган чақалоқнинг ўлими ҳам кузатилган). Она томонидан лактатсия ёки ҳомиладорлик даврида қабул қилинганда, янги туғилган чақалоқ терисининг вақтинча пигментациясига олиб келиши мумкин .
Этамбутол	С	Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар ҳомиладорлик пайтида ҳайвонларнинг ушбу препаратнинг юқори дозаларини қабул қилганда тератоген таъсир кўрсатадиган далилларни топди. Одамларда тератогенликка оид тадқиқот маълумотлари йўқ.
Деламанид	қўлланилмай диган, қўллаб бўлмайдиган	Маълумотлар йўқлиги сабабли ишлаб чиқарувчи томонидан тавсия этилмайди
Пиразинамид	С	ЖССТ томонидан тавсия этилган, аммо тератоген таъсир эҳтимоли ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда қайд этилган .
Имипенем	С	Ҳайвонларни ўрганиш маълумотлари тератогенликни исботлай олмади, аммо маълумотлар жуда чекланган. Одамларда тератогенликка оид тадқиқот маълумотлари йўқ.
Амикацин	Д	Ототоксикликни келтириб чиқаради. Ҳомиладорлик пайтида контрэндикедир .
Протионамид	С	Протионамид платсентага киради; Ҳайвонларни ўрганишда тератоген таъсир кузатилган. Ҳомиладорлик вақтида кўрсатмага қарши.
ПАСК	С	Ҳайвонларни ўрганиш натижалари тератогенликнинг аралаш далилларини

		кўрсатди. Одамларда тератогенликка оид тадқиқот маълумотлари йўқ.
--	--	---

А тоифаси

Яхши назорат қилинган, яхши ўтказилган тадқиқотлар ҳомиладорликнинг биринчи триместрида қўлланилганда ҳомила учун ҳеч қандай хавф йўқлигини кўрсатди (кейинги триместрларда фойдаланиш хавфи тасдиқланмаган).

Б тоифаси

Ҳайвонларнинг репродуктив тадқиқотлари ҳомила учун ҳеч қандай хавфни кўрсатмади; Ҳомиладор аёлларда адекват, яхши назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган.

С тоифаси

Ҳайвонларнинг репродуктив тадқиқотлари ҳомилага салбий таъсир кўрсатди; Одамларда етарлича, яхши назорат қилинадиган тадқиқотлар ўтказилмаган, аммо ҳомиладор аёл учун препаратни қабул қилишнинг кутилаётган фойдалари мумкин бўлган хавфлардан устун бўлиши мумкин.

Д тоифаси

Маркетингдан кейинги фойдаланиш ёки инсоний тадқиқотлар натижаларига кўра, инсон ҳомиласи учун хавф мавжуд, аммо ҳомиладор аёл учун кутилаётган фойда потенциал хавфлардан устун бўлиши мумкин.

ОИВ ИНФИРЦИРЛАНГАН ШАХСЛАРНИ ДАВОЛАШ

Урогенитал ТВС касаллиги ва ОИВ инфекциясининг мавжудлиги фаол ТВС касаллиги нинг ривожланиши ва ОИВнинг ОИТСга тезроқ ўтиши хавфини сезиларли даражада оширади. Шунинг учун урогенитал ТВС касаллиги билан оғриган беморлар ОИВ учун тестдан ўтишлари ва ОИВ бўйича тегишли маслаҳат олишлари керак; Бундан ташқари, ОИВ тести беморнинг розилиги билан амалга оширилиши керак. Урогенитал ТВС касаллиги ва ОИВ инфекцияси бўлган барча беморлар антиретровирус терапиясини олишлари керак, чунки бу ОИТСнинг ривожланишини секинлаштиради ва ўлимни камайтиради. Миллий протоколга кўра, урогенитал ТВС касаллиги -ОИВ коинфекцияси билан оғриган барча беморлар ОИВни даволаш марказига юборилиши ва даволанишга риоя қилиш учун яқиндан кузатилиши керак. Урогенитал ТВС касаллиги ва ОИВ инфекцияси бўлган барча беморлар урогенитал ТВС касаллиги ни даволаш давомида юқумли касалликлар бўйича мутахассис билан маслаҳатлашмасдан котримоксазол (Бисептол) билан даволашни бошлашлари керак. ОИВни даволашни ОИВ маркази ходимлари ҳамда фтизиоуролог ва фтизиогинекологлар билан муҳокама қилиш керак.

Дори-дармонларга сезувчан бўлган ва ЛЧ-ТВС билан касалланган беморлар антиретровирус терапияни силга қарши даволаш бошланганидан кейин биринчи 8 ҳафта ичида ёки агар беморларда сезиларли иммуносупрессия бўлса (масалан, СД4 ҳужайралари сони 50 У/мм³ дан кам) бўлса, биринчи 2 ҳафта ичида бошлашлари керак. Урогенитал ТВС касаллиги -ОИВ билан биргаликда

инфекцияни муҳокама қилишда юқумли касалликлар бўйича мутахассисни таклиф қилиш керак. Силга қарши дорилар билан дориларнинг ўзаро таъсири 4-иловада келтирилган.

Антиретровирус дорилар билан ўзаро таъсири

Рифампицин ва рифапентинни ўз ичига олган режимлар дори воситаларининг потенциал ўзаро таъсири туфайли АРТда бўлган ОИВ билан яшаётган одамларга эҳтиёткорлик билан буюрилиши керак. Ушбу режимлар протеаз инхибиторлари ёки невирапинни қабул қиладиган одамларга буюрилмаслиги керак.

Рифапентин + изониазиднинг ҳафталик 3 ойлик режими Эфавиренз асосидаги антиретровирус режимларни қабул қиладиган беморларга дозани ўзгартмасдан қўлланилиши мумкин. Рифапентинни Ралтегравир билан қўллаш хавфсиз ва яхши муҳосаба қилинганлиги аниқланди. Рифапентин ўз ичига олган режимлар Долутегравир билан қўлланилмаслиги керак.

Дори	НВП	ЭФВ	ДТГ	РАЛ	П.И.
Рифампицин	Монелик қилади	Хавфсиз	Хавфсиз	РАЛ дозасини оширинг	Монелик қилади
Изониазид	Хавфсиз	Хавфсиз	Хавфсиз	Хавфсиз	Хавфсиз
Левовфлоксацин	Хавфсиз	Хавфсиз	Хавфсиз	Хавфсиз	Ритонавир ва атазанавир ҚТни узайтириши мумкин

ГЕПАТИТ

Силга қарши дорилар Н, Р, Z,E ЕТО /РТО, PAS, Vdq ва фторхинолонлар гепатитни келтириб чиқарадиган гепатоцеллюляр зарар таъсирига эга. Биринчи қатордаги учта доридан рифампиннинг гепатоцеллюляр зарарланиш эҳтимоли камроқ, гарчи у холестатик сариқликни келтириб чиқаради. Пиразинамид учта биринчи қатор дори воситаларининг энг гепатотоксикдир. Жигарнинг функционал ҳолатини мунтазам равишда текшириш тавсия этилади ва терапиянинг биринчи ойларида қон зардобидаги трансаминаза даражасида бироз вақтинчалик ўсиш кузатилиши мумкин.

Трансаминазаларнинг бироз кўпайиши кўпинча қабул қилинади. Кўпгина клиницистлар асимптоматик беморларда трансаминаза даражаси (АЛТ ва АСТ) нормадан 3 барабар кўп бўлмагунча даволанишни тўхтатмайди. Жигарнинг функционал ҳолатининг янада сезгир кўрсаткичи АЛТ даражасидир. Кўтарилган АСТ мушаклар, юрак ёки буйраклардаги анормалликларни кўрсатиши мумкин. Агар АЛТ АСТ дан юқори бўлса, бу жигар шикастланишини кўрсатади.

Трансаминаза даражасини нормаллаштиргандан сўнг, силга қарши терапияни босқичма-босқич давом эттириш, ҳар уч-тўрт кунда янги дори қўшиш, ҳар бир янги дори қўшишдан олдин сарум трансаминаза даражасини доимий равишда кузатиб бориш керак. Агар гепатитга сабаб бўлган дори аниқланса, у тўхтатилади ва гепатотоксик дори билан алмаштириш керак.

Умуман олганда, сурункали жигар касаллиги бўлган беморлар Z. ни қабул қилмасликлари керак. Бошқа барча дориларни қўллаш мумкин, аммо жигар ферментларини диққат билан кузатиб бориш тавсия этилади. Баъзи ҳолларда ўткир гепатит муаммоси ҳал этилмагунча силга қарши даволанишни кечиктириш мумкин. Ўткир гепатит пайтида урогенитал ТВСни даволаш керак бўлган бошқа ҳолларда, тўртта гепатотоксик бўлмаган дориларнинг комбинацияси энг хавфсиз вариант ҳисобланади. Даволаш пайтида жигар ферменти зардоби намуналарини мунтазам текшириш тавсия этилади.

Ўткир гепатит учун тавсия этилган режимлар:

2(3) ой Н-Lfx-E + 6 ой РР.

Сурункали гепатит учун тавсия этилган схемалар:

2 ой НР-Lfx-E + 6 ой НР ёки 2 ой Н-Lfx-Э + 10 ой НЕ.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Сурункали буйрак етишмовчилигида, дори воситаларининг тўпланиш хавфининг кескин ошиши билан бир қаторда, уларнинг фармакокинетикасида сезиларли ўзгаришлар кузатилади, бу эса салбий реакциялар частотасининг ошишига ва даволаш самарадорлигининг пасайишига олиб келади. Бу имкон қадар ҳар қандай нефротоксик дориларни қабул қилмасликни талаб қилади. Жиддий буйрак етишмовчилиги бўлса, парентерал терапия бутунлай тўхтатилиши ва касалхонага ётқизилиши керак. Ушбу ҳолатни бошқариш тактикаси жигар ва буйракларнинг функционал ҳолатини, кислота ишқор мувозанатини ва қон электролитларини мажбурий мониторингини ўз ичига олади. Буйрак туберкулёзида сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида этиотроп терапия деярли мумкин эмас. Беморларга, қоида тариқасида, кислота-ишқор ва гидро-ион балансининг бузилишини коррекцияси ва метаболик терапияни тайинлаш билан симптоматик ва патогенетик терапия ўтказилади. Агар аппарат терапияси масаласини ҳал қилиш зарур бўлса, нефрологни жалб қилиш тавсия этилади.

Дори воситаларига сезувчан урогенитал туберкулёзи:

Изониазид, рифампицин ва пипразинамид организмдан сафро билан чиқарилади, шунинг учун бу дорилар буйрак етишмовчилиги бўлган беморларга стандарт дозаларда буюрилиши мумкин. Оғир буйрак етишмовчилиги бўлган беморлар изониазид билан бирга пиридоксинни олишлари керак.

Этамбутол танадан буйраклар орқали чиқарилади. Иложи бўлса, буйрак функциясини мунтазам равишда кузатиб боринг ва этамбутол билан даволаш камайтирилган дозаларда амалга оширилиши мумкин.

Буйрак этишмовчилиги бўлган беморларни даволаш схемаси: 2НР3/6НР

Дори-дармонларга чидамли урогенитал туберкулёзи

Аминогликозидлар, капреомицин, этамбутол, циклосерин ва цилостатин билан имипенем нефротоксик дорилардир. Даволашнинг бошида креатинин ва қон мочевино даражасини таҳлил қилиш керак (тадқиқотнинг устувор йўналиши гломеруляр филтрацияни ҳисоблаш билан креатинин даражасини аниқлашдир) ва ушбу кўрсаткичларни ЛЧ-ТВС билан даволаш давомида мунтазам равишда кузатиб бориш керак, айниқса Беморларга парентерал терапия буюрилади.

Дори-дармонларга чидамли урогенитал туберкулёзи билан озриган беморларнинг контактлари

Даволаш кўрсатилганми ёки йўқлигидан қатъий назар, клиник кузатув икки йил давомида давом этиши ва ТВС касаллиги ни кўрсатадиган ҳар қандай пайдо бўлган белгилар ва симптомларни фаол равишда текшириш ва даволаш керак.

Изониазид монорезистентлиги бўлган беморларнинг контактлари

4R режимида изониазидга чидамли урогенитал ТВС билан касалланган, аммо рифампицинга сезгирлиги тасдиқланган одамлар билан алоқа қилиш керак.

МЛУ-ТВС билан касалланган беморларнинг контактлари

Левофлоксацинни олти ой давомида монотерапия сифатида ёки этамбутол ёки этионамид каби силга қарши бошқа дорилар билан биргаликда қўллаш тавсия этилади.

№	Даволаш режими	Тана вазни ва ёшига қараб дозаси
1	6 ой давомида ҳар куни Lfx қабул қилиш	14 ёшдан катта, аммо вазни <45 кг бўлган одамлар - кунига 750 мг 14 ёшдан катта, аммо вазни > 46 кг гача бўлган шахслар - кунига 1000 мг 14 ёшдан кичик шахслар: 5-9 кг: кунига 150 мг 10-15 кг: 200-300 мг / кун 16-23 кг: 300-400 мг / кун 24-34 кг: 500-750 мг / кун

ПЛМТ натижалари

- ✓ Даволаш тугалланди - дори-дармонларнинг тўлиқ курси қабул қилинди;
- ✓ Даволашнинг самарасизлиги - профилактик даволаш курсининг исталган даврида ТВС касаллиги нинг ривожланиши;
- ✓ Ўлим - профилактик даволаш курси давомида ҳар қандай сабабдан ўлим;

- ✓ Кузатувни ё'қотиш - 3HR, 3HR ва 4R режимлари учун саккиз ёки ундан ортиқ кетма-кет ҳафта давомида профилактик даволанишни тўхтатиш ва HR1 режими учун кетма-кет 10 кун;
- ✓ Дори воситаларининг токсик таъсири туфайли ТВС касаллиги ни профилактик даволашни тўхтатиш нохуш ҳодисалар ёки дори воситаларининг ўзаро таъсири муносабати билан шифокорнинг кўрсатмаси асосида амалга оширилади ва кейинчалик даволаш режимини қайта тиклаш ёки қайта кўриб чиқиш, шунингдек уни рад этиш имконини беради. ;
- ✓ Натижа маълумотлар ё'қолиши ёки беморни профилактик даволаниш курсини якунлаш учун бошқа тиббий муассасага ўтказиш туфайли баҳоланмаган.

ПЛМТ вақтидаги танаффусларни бошқариш

Режим	Даволашнинг танаффус давомийлиги	Кейинги қадамлар
3HR, 4R, 6H	2 ҳафтадан кам	<p>Қайтгандан сўнг дарҳол даволанишни давом эттиринг ва даволанишнинг умумий давомийлигига ўтказиб юборилган дозалар кунлар сонини кўшинг.</p> <p>Кейинги ФУ ташрифингизни қайта режалаштирманг, аммо ФУга охириги ташрифингиз ўтказиб юборилган дозаларни қоплаш учун кўшимча кунлар сонига кечиктирилади.</p>
3HR, 4R, 6H	2 ҳафтадан ортиқ	<p>Агар даволанишни тўхтатиш амалдаги режим дозаларининг 80% дан кўпроғи қабул қилинганидан кейин содир бўлса, ҳеч қандай чора кўриш талаб этилмайди.</p> <p>Дастлабки режага мувофиқ қолган даволаш режимини давом эттириш ва якунлаш керак.</p> <p>Агар дозаларнинг 80% дан камроғи қабул қилинган бўлса ва даволаш курси кутилган муддат ичида якунланиши мумкин бўлса (масалан, асл муддат ва 33% кўшимча вақт), ҳеч қандай ҳаракат талаб этилмайди.</p> <p>Агар дозаларнинг 80% дан камроғи қабул қилинган бўлса ва даволаниш кутилган вақт ичида якунланмаса, ПЛТВС нинг тўлиқ курсини давом эттириш ҳақида ўйлаб кўринг.</p>

3 HR	Битта дозани ўтказиб юбориш учун ҳафталик жадвал	<p>Кейинги 2 кун ичида одам ушбу дозани қабул қилиши мумкин. Кейин асл жадвалга мувофиқ давом этинг.</p> <p>Агар 2 кундан кўпроқ вақт ўтган бўлса, бемор ўтказиб юборилган дозани қабул қилиши ва ўтказиб юборилган дозадан бошлаб даволаниш тугагунига қадар ҳафталик дозалаш жадвалини ўзгартириши мумкин.</p>
3 HR	3 HR нинг ҳафталик 1 дан ортиқ дозаси ўтказиб юборилган	<p>Агар ҳафталик 1-3 доза ўтказиб юборилса, даволаниш барча 12 доза қабул қилинмагунча давом эттирилади ва шу билан даволаниш муддати 16 ҳафтагача узайтирилади. Агар ҳафталик 4 ёки ундан ортиқ доза ўтказиб юборилган бўлса, кимёпрофилактиканинг тўлиқ курсини тиклаш ҳақида ўйлаб кўринг. Агар ҳафталик режимни сақлаб қолишнинг иложи бўлмаса, 3HRни тўхтатиш ва муқобил (кунлик) режимни таклиф қилиш керак.</p>
1 HR	1 ҳафтадан кам	<p>Агар режимда кутилган дозаларнинг 80% дан ортиғи қабул қилинган бўлса, ҳеч қандай ҳаракат талаб этилмайди ва қолган дозаларни олиш керак.</p> <p>Агар режимда кутилган дозаларнинг 80% (23) дан камроғи қабул қилинган бўлса, даволанишни давом эттириш керак ва ўтказиб юборилган дозалар курсни максимал 6 ҳафта ичида якунлаш учун умумий даволаш давомийлигига кўшилиши керак.</p>
1 HR	1 ҳафтадан ортиқ	<p>Агар кетма-кет 7 дан ортиқ доза ўтказиб юборилса, 1 HR режимининг тўлиқ курсини тиклаш ҳақида ўйлаш керак.</p> <p>Агар вақти-вақти билан 7 дан ортиқ дозани ўтказиб юборсангиз, даволанишни қайта бошлаш керак ва ўтказиб юборилган дозалар курсни максимал 8 ҳафта ичида якунлаш учун умумий даволаниш давомийлигига кўшилиши керак.</p> <p>Агар 1 HR режимига риоя қилишнинг иложи бўлмаса, тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг ва муқобил режим ёки 3 HR таклиф қилинг.</p>

Дори-дармонларга чидамли урогенитал туберкулёзи билан озриган беморларнинг контактлари

Даволаш кўрсатилганми ёки йўқлигидан қатъий назар, клиник кузатув икки йил давомида давом этиши ва ТВС касаллиги ни кўрсатадиган ҳар қандай пайдо бўлган белгилар ва симптомларни фаол равишда текшириш ва даволаш керак.

Изониазид монорезистентлиги бўлган беморларнинг контактлари

4R режимида изониазидга чидамли урогенитал ТВС билан касалланган, аммо рифампицинга сезгирлиги тасдиқланган одамлар билан алоқа қилиш керак.

МЛУ-ТВС билан касалланган беморларнинг контактлари

Левофлоксацинни олти ой давомида монотерапия сифатида ёки этамбутол ёки этионамид каби силга қарши бошқа дорилар билан биргаликда қўллаш тавсия этилади.

№	Даволаш режими	Тана вазни ва ёшига қараб дозаси
1	6 ой давомида ҳар кун Lfx қабул қилиш	14 ёшдан катта, аммо вазни <45 кг бўлган одамлар - кунига 750 мг 14 ёшдан катта, аммо вазни > 46 кг гача бўлган шахслар - кунига 1000 мг 14 ёшдан кичик шахслар: 5-9 кг: кунига 150 мг 10-15 кг: 200-300 мг / кун 16-23 кг: 300-400 мг / кун 24-34 кг: 500-750 мг / кун

ПЛМТ натижалари

- ✓ Даволаш тугалланди - дори-дармонларнинг тўлиқ курси қабул қилинди;
- ✓ Даволашнинг самарасизлиги - профилактик даволаш курсининг исталган даврида ТВС касаллиги нинг ривожланиши;
- ✓ Ўлим - профилактик даволаш курси давомида ҳар қандай сабабдан ўлим;
- ✓ Кузатувни ё'қотиш - 3НР, 3НН ва 4R режимлари учун саккиз ёки ундан ортиқ кетма-кет ҳафта давомида профилактик даволанишни тўхтатиш ва НР1 режими учун кетма-кет 10 кун;
- ✓ Дори воситаларининг токсик таъсири туфайли ТВС касаллиги ни профилактик даволашни тўхтатиш нохуш ҳодисалар ёки дори воситаларининг ўзаро таъсири муносабати билан шифокорнинг кўрсатмаси асосида амалга оширилади ва кейинчалик даволаш режимини

қайта тиклаш ёки қайта кўриб чиқиш, шунингдек уни рад этиш имконини беради. ;

- ✓ Натижа маълумотлар ёқолиши ёки беморни профилактик даволаниш курсини яқунлаш учун бошқа тиббий муассасага ўтказиш туфайли баҳоланмаган.

ПЛМТ вақтидаги танаффусларни бошқариш

Режим	Даволашнинг танаффус давомийлиги	Кейинги қадамлар
3HR, 4R, 6H	2 ҳафтадан кам	<p>Қайтгандан сўнг дарҳол даволанишни давом эттириш ва даволанишнинг умумий давомийлигига ўтказиб юборилган дозалар кунлар сонини кўшинг.</p> <p>Кейинги ФУ ташрифингизни қайта режалаштирманг, аммо ФУга охириги ташрифингиз ўтказиб юборилган дозаларни қоплаш учун кўшимча кунлар сонига кечиктирилади.</p>
3HR, 4R, 6H	2 ҳафтадан ортиқ	<p>Агар даволанишни тўхтатиш амалдаги режим дозаларининг 80% дан кўпроғи қабул қилинганидан кейин содир бўлса, ҳеч қандай чора кўриш талаб этилмайди.</p> <p>Дастлабки режага мувофиқ қолган даволаш режимини давом эттириш ва яқунлаш керак.</p> <p>Агар дозаларнинг 80% дан камроғи қабул қилинган бўлса ва даволаш курси кутилган муддат ичида яқунланиши мумкин бўлса (масалан, асл муддат ва 33% кўшимча вақт), ҳеч қандай ҳаракат талаб этилмайди.</p> <p>Агар дозаларнинг 80% дан камроғи қабул қилинган бўлса ва даволаниш кутилган вақт ичида яқунланмаса, ПЛТВС нинг тўлиқ курсини давом эттириш ҳақида ўйлаб кўринг.</p>
3 HR	Битта дозани ўтказиб юбориш учун ҳафталик жадвал	<p>Кейинги 2 кун ичида одам ушбу дозани қабул қилиши мумкин. Кейин асл жадвалга мувофиқ давом этинг.</p> <p>Агар 2 кундан кўпроқ вақт ўтган бўлса, бемор ўтказиб юборилган дозани қабул қилиши ва ўтказиб юборилган дозадан бошлаб даволаниш тугагунига қадар ҳафталик дозалаш жадвалини ўзгартириши мумкин.</p>

3 HR	3 HR нинг ҳафталик 1 дан ортиқ дозаси ўтказиб юборилган	Агар ҳафталик 1-3 доза ўтказиб юборилса, даволаниш барча 12 доза қабул қилинмагунча давом эттирилади ва шу билан даволаниш муддати 16 ҳафтагача узайтирилади. Агар ҳафталик 4 ёки ундан ортиқ доза ўтказиб юборилган бўлса, кимёпрофилактиканинг тўлиқ курсини тиклаш ҳақида ўйлаб кўринг. Агар ҳафталик режимни сақлаб қолишни иложи бўлмаса, 3HRни тўхтатиш ва муқобил (кунлик) режимни таклиф қилиш керак.
1 HR	1 ҳафтадан кам	<p>Агар режимда қутилган дозаларнинг 80% дан ортиғи қабул қилинган бўлса, ҳеч қандай ҳаракат талаб этилмайди ва қолган дозаларни олиш керак.</p> <p>Агар режимда қутилган дозаларнинг 80% (23) дан камроғи қабул қилинган бўлса, даволанишни давом эттириш керак ва ўтказиб юборилган дозалар курсни максимал 6 ҳафта ичида якунлаш учун умумий даволаш давомийлигига кўшилиши керак.</p>
1 HR	1 ҳафтадан ортиқ	<p>Агар кетма-кет 7 дан ортиқ доза ўтказиб юборилса, 1 HR режимининг тўлиқ курсини тиклаш ҳақида ўйлаш керак.</p> <p>Агар вақти-вақти билан 7 дан ортиқ дозани ўтказиб юборсангиз, даволанишни қайта бошлаш керак ва ўтказиб юборилган дозалар курсни максимал 8 ҳафта ичида якунлаш учун умумий даволаниш давомийлигига кўшилиши керак.</p> <p>Агар 1 HR режимига риоя қилишни иложи бўлмаса, тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг ва муқобил режим ёки 3 HR таклиф қилинг.</p>

Сил касаллиги ҳам беморлар, ҳам уларнинг оилалари учун ҳиссий жиҳатдан ҳалокатли касаллик бўлиб, сил билан касалланган беморларга нисбатан камситувчи муносабат беморнинг даволанишга риоя қилишига путур етказиши мумкин. Бундан ташқари, даволанишнинг давомийлиги ва дори-дармонларни келтириб чиқарадиган ножўя таъсирлари депрессия, ташвиш ривожланишига ҳисса қўшиши ва беморнинг тарафдорлигига (амал қилишига) салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

ТВС нинг жамоат саломатлиги учун ҳалокатли оқибатларини ҳисобга олган ҳолда, муваффақиятли даволаниш учун маъсулият тиббиёт ходимлари, шифокорлар ва беморларнинг ўзига юкланади. Даволашга нотўғри риоя қилиш қўшимча дори-дармонларга чидамли ТВС касаллиги ривожланишига олиб келиши мумкин ва клиник синовларга киритилган янги дорилар контекстида риоя қилишни яхшилаш жамоат саломатлиги учун курашда устувор вазифа бўлиши керак.

4.9. ДАВОЛАНИШГА (БЕМОР ТОМОНИДАН) ТАРАФДОРЛИК МУАММОЛАРИГА УМУМИЙ ЁНДАШУВ

Даволашга ёмон риоя қилишнинг биринчи белгисида вазиятни баҳолаш ва сабабларни аниқлаш керак.

Даволанишга паст лаёқатнинг иккита асосий тоифаси мавжуд: жуда кўп дозаларни ўтказиб юбориш ёки маълум бир дори(лар)ни қабул қилмаслик.

Қуйидаги омилларни ҳисобга олиш керак:

- Санитар оқартирув ишлари олиб бориш, ТВС касаллиги ҳақида хабардорликни ошириш ва даволанишга риоя қилиш муҳимлигини тушунтириш;
- Нохуш ҳодисаларни бартараф этиш (ножух таъсирлар);
- Яшаш жойининг даволаниш жойидан узоқлиги;
- Молиявий қийинчиликлар;
- Ёндош психиатрик касалликлар;
- Спиртли ичимликлар ёки гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш.

4.9.1.Кўп сонли даволаниш кунларини ўтказиб юбориш

Баъзи беморлар дори-дармонларни вақти-вақти билан (кетма-кет 14 кундан кам) ёки вақти-вақти билан қабул қилишади. Бунинг сабаби НКЛ офисига ташриф буюришдаги қийинчиликлар (саломатликнинг ёмонлиги, транспорт муаммолари, иш ёки оилавий сабаблар), мавсумий меҳнат миграцияси ёки ижтимоий омиллар, янги ёки доимий ножўя таъсирлар, шунингдек, даволанишга умиднинг йўқолиши бўлиши мумкин.

Ҳаракатлар алгоритми:

Бемор 1 кун ўтказиб юборди:

- Назорат остида даволовчи ҳамшира беморни қабулга келмаганлик сабабини билиш учун чақиради;
- Ҳамшира шифокорга қабулга келмаганликни сабаби ҳақида хабар беради (ножўя таъсирлар бўлса, эрта ёрдам бериш).

Бемор кетма-кет 2-14 кунни соғинди:

- Ҳамшира (ЎАШ) шифокорга хабар беради ва муаммога ТВС касаллиги бўйича мутахассисни жалб қилади;

- ЎАШ ва ТВС касаллиги бўйича мутахассис беморни текширади ва бемор билан даволанишни ўтказиб юборишнинг сабаби ва оқибатларини муҳокама қилиши керак;
- ЎАШ ва сил бўйича мутахассис навбатдаги учрашув санасини ўзгартиришни таклиф қилиши, қарорга таъсир қилиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни аниқлаши, сабаб касалхонага ётқизишдан қўрқиш ёки касалхонанинг беморнинг яшаш жойидан узоқлиги эканлигини аниқлаши керак;
- Назорат остида даволанишни муассасаларда вақтинча ташкил қилиш мумкин. Бу масала билан фтизиатр шуғулланади;
- Даволаш жойини ўзгартириш тўғрисидаги қарор ҳақида ҳамшира туман ТВС касаллиги мутахассисига хабар беради.

Бемор кетма-кет 2 ҳафтадан кўпроқ ёки 2 ой ичида 8 кундан ортиқ ўтказиб юбориш:

- Ҳамшира ЎАШ ни хабардор қилади ва муаммони ҳал қилишда ТВС касаллиги бўйича мутахассисни жалб қилади; туман ТВС касаллиги бўйича мутахассис лаёқатни оширишнинг мумкин бўлган сабабларини муҳокама қилиш учун ишни ҳудудий кенгашга такдим этишга мажбурдир (эътиборсизлик сабаблари ва уни ошириш чораларини муҳокама қилиш); ;
- Агар давом этаётган маслаҳат ва тузатиш чораларига қарамай, бемор икки ой ичида 8 кундан ортиқ ёки кетма-кет 2 ҳафтадан кўпроқ вақтни ўтказиб юборган бўлса, даволанишни тўхтатишни муҳокама қилиш учун ишни маслаҳатлашувга кўрсатиш керак;
- Охирги дозадан 60 кун ўтгач, беморнинг натижаси «Кузатиш учун йўқолган» деб эълон қилинади;
- Ушбу натижани консилиум шаклида кўрсатиш керак, чунки шифокор беморни кам риоя қилганлиги сабабли даволашни тўхтатган.

4.9.2. Баъзи дориларни қабул қилишни тўхтатиш

Бемор даволанишни рад этиш ҳуқуқига эга. Сабабларнинг тиббий асослилигидан қатъи назар, уларни жиддий қабул қилиш ва ҳукм чиқаришдан тийилиш керак. Битта дори ёки бутун дозани қабул қилишдан бош тортиш кўпинча ножўя таъсирларни самарасиз бошқариш белгисидир. Беморнинг тўлиқ даволаниш режимига риоя қилиш зарурлигини тушунмаслиги туфайли рад этиш ҳам мумкин.

Умуман олганда, беморларга битта препаратни қабул қилишни тўхтатмаслик тавсия қилиниши керак. Агар бу ҳолат икки ёки ундан ортиқ марта содир бўлса, шифокор ва кўллаб-қувватловчи ҳамшира буни бемор билан муҳокама қилишлари керак. Даволанишни рад этиш сабаблари ва муаммони ҳал қилиш учун қилинган ҳаракатлар ёки чоралар беморнинг жадвалида қайд этилиши керак. Бемор рад этиш шаклини тўлдиради (3-илова).

Ҳаракатлар алгоритми:

- Назорат остида даволовчи ҳамшира тўлиқ дозани ёки алоҳида дори-дармонларни рад этиш сабабларини аниқлашга ҳаракат қилиши, ЎАШ ни хабардор қилиши ва муаммога ТВС касаллиги бўйича мутахассисни жалб қилиши керак;
- Кейин ЎАШ ва сил бўйича мутахассис бемор билан биргаликда барча дори-дармонларни қабул қилишда мумкин бўлган ёрдамни аниқлаши керак (даволаш протокоliga мувофиқ дозани ўзгартириш талаб қилиниши мумкин);
- Фтизиатр ножўя таъсирларни янада интенсив даволаш, маслаҳат ёрдамини ошириш, айрим ҳолларда даволаш режими ёки дозаларига тузатишлар киритиш бўйича қарорларни ҳудудий кенгашда кўриб чиқиш ва тасдиқлаш учун қабул қилади;
- Ножўя таъсирларни бошқаришни оптималлаштириш билан боғлиқ саволлар даволаниш режимини ўзгартиришни кўриб чиқишдан олдин маслаҳатлашувда муҳокама қилиниши керак;
- Дозаларни ва даволаш режимини соzлаш консилиумида фақат нохуш ҳодисаларни бошқариш бўйича тавсиялар ва беморни тўлиқ баҳолагандан кейин кўриб чиқилади;
- СРЛ контекстида қўлланиладиган дориларни доимий равишда тўхтатиш ёки алмаштириш ёки стандарт даволаш режимига ўтказиш биринчи 4 ой ичида қабул қилиниши керак. Консилиум СРЛда дори воситасини алмаштириш тўғрисида қарор қабул қилган ҳолларда, устувор дорилар А гуруҳидаги дорилар бўлиши керак (Bdq ёки Lzd).

Эслатма: Агар шифокор, ҳамшира ва маслаҳатчи роя қилишни яхшилаш ва даволанишни давом эттириши учун барча чораларни кўрган бўлса, лекин бемор хавфсиз тарзда даволанишдан бош тортса, **Даволаниш кенгаши даволанишни тўхтатиш тўғрисида қарор қабул қилиши мумкин.**

4.9.3. Кузатиш ва даволанишни тўхтатиш учун йўқолганидан кейин даволанишни қайта бошлаш

Баъзи ҳолларда, илгари кузатувдан маҳрум бўлган ёки даволанишни рад этган беморлар даволанишни давом эттиришни хоҳлашлари мумкин. Ушбу ҳолатлар тиббий кенгашга топширилиши керак. Йўқотилганидан кейин кузатувга қайтган беморлар учун тавсия этилган даволаш даволашнишдан бош тортиш вақтига, йўқолган вақт узунлигига, микроскопия, экиш ва ДСТ (ТЛЧ) натижаларига боғлиқ.

ДС-ТВС (ЛЧ- ТВС) учун ҳаракатлар алгоритми:

1. Сийдик ва/ёки бошқа биологик материалларни текширишни 2 марта такрорланг: А қисм - микроскопия + Xpert МБТ RIF/Ultra ва HAIN MTBDRplus, Б қисм- силга қарши биринчи қатор дорилар учун ДСТ билан култура;

2. Агар изониазид ва рифампитсинга сезувчанлик аниқланса, ДС-ТВС (ЛЧ-ТВС) билан даволашни қайтадан бошланг;
3. Агар изониазидга турғунлик аниқланса, МоноДС-ТВС (ЛУ-ТВС) билан даволашни бошланг;
4. Рифампицинга турғунлик аниқланса, РЧ/КДЧ-ТВС (РУ/МЛУ-ТВС) билан даволашни бошланг;
5. Силга қарши биринчи қатор дориларга ДСТ жавоблари чиқишига қараб, даволанишни туғирлаш керак.

Фторхинолонларга сезгир бўлган РУ/КДС-ТВС (РУ/МЛУ-ТВС) учун таъсир қилиш алгоритми:

1. Хpert MBT RIF/Ultra такрорланмаслиги керак;
2. Сийдик ва/ёки бошқа биологик материалларни 2 марта такрорий текшириш: А қисми - микроскопия + Хpert MBT/XDR ёки HAIN MTBDRsl, Б қисми - 2-қатор силга қарши дорилар (жумладан, Bdq, Lzd, Cfz, Dlm) учун ДСТдан кейин култура;
3. Фторхинолонларга ДСТ жавобларини олишдан олдин, ўртача хавфл режими билан даволашни бошланг;
4. Агар фторхинолонларга сезувчанлик аниқланса, ўртача хавфл режим билан даволашни давом эттиринг;
5. Агар фторхинолонларга турғунлик аниқланса, юқори хавфл режим билан даволашни бошланг;
6. Силга қарши иккинчи қатор дориларга (жумладан, Bdq, Lzd, Cfz, Dlm) ДСТ жавоблари чиқишига қараб, даволанишни туғирлаш керак.

Фторхинолонларга чидамли РУ/КДС-ТВС (РУ/МЛУ-ТВС) учун таъсир қилиш алгоритми:

1. Сийдик ва/ёки бошқа биологик материалларни такрорий текшириш: микроскопия + маданият, сўнгра янги дорилар учун ДСТ - Bdq, Lzd, Cfz, Dlm;
2. Фторхинолонларга ДСТ жавобларидан олдин, юқори хавфли режим билан даволашни бошланг;
3. Янги дориларга сезувчанлик аниқланса, юқори хавфли режим билан даволанишни давом этинг;
4. Агар янги дориларга турғунлик аниқланса, С гуруҳидаги дориларни қўллаган ҳолда турғунлик профилига мувофиқ режим билан даволашни бошланг.

4.10. М/ДКЧ-ТВС (М/ШЛУ-ТВС) учун даволаш муваффақиятсизлиги бўлган беморларни бошқариш

Баъзи беморлар М/ДКЧ-ТВС билан даволашда ижобий динамикани сезмаслиги мумкин - клиник белгилар, рентгенография, сийдик ва/ёки бошқа биологик материалларни экиш билан конверсия бўлиши. Бундай ҳолатлар қўшимча дори турғунлигининг ривожланиши, даволаш самарадорлиги ва режимни кучайтириш чораларини кўриш керак.

Динамика йўқлигининг мумкин бўлган сабаблари:

- Даволашга риоя қилмаслик;
- Даволаш режимида ДСТ томонидан аниқланмайдиган бошқа дориларга турғунлик;
- Кўшимча турғунликни ривожлантириш;
- Жараённинг тарқалиши, бу кутилганидан секинроқ яхшиланишга олиб келади;
- Етарли даражада назорат қилинмайдиган ёндош келадиган касалликлар (ОИВ, қандли диабет) мавжудлиги ёки дори воситаларининг паст сўрилиши.

Эслатма: Даволаниш бошланганидан кейин 6 ой ўтгач беморнинг экмалари ижобий бўлиб қоладиган РЧ/ҚДС-ТВС (РЧ/ҚДЧ-ТВС) самарасиз даволашнинг барча ҳолатлари Даволаниш Кенгашининг муҳокамасига киритилиши керак.

6 ойдан кейин даволаш муваффақиятсиз бўлган беморлар секин тузалиш ривожланиш сабабларини ва натижаларни яхшилаш учун тузатилиши мумкин бўлган таъсир этувчи омилларни аниқлаш учун баҳоланиши керак. Даволаш режимига тузатишлар 4 та энг самарали дори-дармонларни ўз ичига олишини таъминлашга қаратилган бўлиши керак, шунингдек, устуворлиги пастроқ дори-дармонларни киритиш керак бўлиши мумкин.

Даволашнинг муваффақиятсизлиги белгилари ("даволаш муваффақиятсизлиги") қуйидагиларни ўз ичига олади:

- 10 ойлик даволаш жараёнида биологик материаллар ва экмалар таҳлилидан ижобий натижаларни сақлабниб қолиши;
- Илгари ишлатилмаган иккита дори воситасини қўшиш мумкин эмаслиги;
- Жиддий, даволаниб бўлмайдиган ножуя таъсирлар;
- Клиник ҳолатнинг умумий ёмонлашиши;

Даволаниш кенгаши беморни даволаш самарасизлигини аниқлагандан сўнг ва ҳозирги вақтда муқобил даволаш схемалари мавжуд булмаса, бу бемор учун ТВС касаллиги ни даволаш тўхтатилиши керак. Бу беморни кераксиз ножўя таъсирлар юкидан озод қилиши ва кўшимча дориларга турғунликни ривожланишига ё'л қўймаслик учун амалга оширилади. Беморни паллиатив ёрдам кўрсатиш учун контингент деб ҳисоблаш мумкин.

Беморга ва унинг оиласига психологик ёрдам кўрсатилиши керак, беморда касалхонага ётқизиш ёки уйга қайтиш имконияти бўлиши керак.

4.6. ПАЛЛИАТИВ ЁРДАМ

Беморларни даволаш муваффақиятсизликка учраганидан кейин ва бошқа даволаш усуллари мавжуд бўлмаганда, тегишли психологик ёрдам, оиласини хабардор қилиш ва тиббий паллиатив ёрдамдан иборат бўлиши керак.

Паллиатив ёрдам уйда ёки тегишли паллиатив ёрдам ётоқлари мавжуд бўлган шифохоналарда кўрсатилиши мумкин. Стационар ёрдам беморнинг

ҳолатини кузатиш, шунингдек, ТВС касаллигини даволашни ўз ичига олиши керак.

Сил касаллиги билан оғриган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш тўғрисида батафсил маълумот сил билан касалланган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш бўйича Миллий клиник протоколда келтирилган.

Касалхонада паллиатив ёрдам қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- Психологик ёрдам;
- Тиббий ходим парвариши;
- Қўшимча овқатланиш;
- Оғриқларни қолдириш, буйрак этишмовчилиги ҳолатларни бартараф қилиш, (беморларга симптоматик ёрдам кўрсатиш стандартларига мувофиқ равишда);
- Нафас олиш этишмовчилиги белгиларини бартараф этиш учун "вазиятли" ёки "узок муддатли" кислородли терапия режимлари.

Уйда паллиатив ёрдам қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- Паллиатив ёрдам хизмати ёки умумий амалиёт шифокори ва маҳаллий ҳамшира томонидан амалга оширилади;
- Психологик ёрдам;
- Оғриқни йўқотиш ва симптоматик даволаш (беморларга симптоматик ёрдам кўрсатиш стандартларига мувофиқ равишда);
- Ҳамширалик парвариши;
- Беморнинг яшаш жойи, маънавий ва оилавий эҳтиёжлари билан боғлиқ истакларини муҳокама қилиш керак;

НОЖУЯ ҲОЛАТЛАРНИ КЛИНИК БОШҚАРИШ

Периферик нейропатия

Қуйидаги туберкулезга қарши дорилар сабаб бўлиши мумкин: Lzd, Cs/Trd, H, S, Km, Cm, H, FQ, Pto/Eto, E

Периферик нейропатия - РЧ/КДС-ТВС (РЧ/МЛУ-ТВС) ни даволашда кенг тарқалган ножўя таъсир булиб, бу препаратнинг периферик асаб тизимига токсик таъсири туфайли келиб чиқади.

Cs/Trd ни қабул қилган барча беморлар 50-100 мг пиридоксинни қабул қилишлари керак (100 мг дан ортиқ дозада пиридоксин периферик нейропатияга олиб келиши мумкин, шунинг учун энди илгари қўлланилганидан пастроқ дозалар норма ҳисобланади).

Линезолидни қабул қилган беморларда периферик нейропатия жуда кенг тарқалган.

Тери пункциён биопсиялари, асаб ўтказувчанлигини ўрганиш ва бошқа махсус тестлар олтин стандарт ҳисобланади, аммо ташхис қўйиш учун зарур эмас.

Периферик нейропатиянинг қисқача скрининги (ПНҚС) периферик нейропатия диагностикаси учун беморда типик аломатлар (уюшиш, санчиш, куйишиш, оғриқ), шунингдек, оёқ бош бармоқларининг тебранишларига сезувчанлиги пасайганда ёки тизза чайқалиш рефлекси камайганида фойдаланиш мумкин.

Беморнинг симптомларини ПНҚС ёрдамида баҳолашда (ПНҚС тавсифида 1-босқичга қаранг), бу симптом нейропатик оғриқни кўрсатадими ёки йўқлигини баҳолашингиз керак. Турли беморларда аниқ таърифлаш ва турлича намоён бўлишига қарамай, нейропатик оғриқ кўпинча "куйдирувчи", "электрик", "санчидиган" ва "ўқ отгандек" деб таърифланади. Бу доимий оғриқдан интервалгача ўткир тортишиш оғриғига қадар бўлиши мумкин. Таърифланишига кўра, оғриқ кўпинча ҳеч канака таъсирсир пайдо булади, аммо турли хил таъсирлар билан кучайиши мумкин.

Ёш болаларда периферик нейропатияни баҳолаш қийин бўлиши мумкин. Ёш болаларда периферик нейропатия белгилари орасида юриш ёки қўлларини ишлатиш, қўлларини ва оёқларини ишқалаш ёки силаш, пайпоқ ва / ёки пойабзал кийганда йиғлаш, юриш, нарсаларни ушлаш ёки ўйинчоқлар билан ишлашда қийинчиликлар булиши мумкин. Ёш болаларда ҳар бир ташрифда қўл ва оёқларда монофиламент тести ёки туноғич тестини ўтказиш ва рефлексларни баҳолаш керак.

Периферик нейропатия ташхиси қўйилгандан сўнг, баҳолаш учун сенсор нейропатия субъектив оғирлиги индексидан фойдаланиш керак (ПНҚС нинг 1-босқичига қаранг).

Периферик нейропатиянинг оғирлигига қараб клиник даволаш

Оғирлик даражаси <i>10</i>	1-даража: <i>енгил</i>	2-даража: <i>ўртача оғир</i>	3-даража: <i>оғир</i>	4-даража: <i>ҳаёт учун хавфли</i>
Парестезия (куйишиш, санчиш ва бошқалар)	Энгил ноқулайлик: даволаниш шарт эмас; ҳар қандай томонда ПНҚС бўйича сенсорли нейропатиянинг субъектив оғирлик индекси 1-3 ни ташкил қилади.	Ўртача ноқулайлик; не наркотик аналгезия талаб қилинади; ва / ёки ҳар икки томоннинг ПНҚС бўйича сенсорли нейропатиянинг субъектив оғирлик индекси 4-6 ни	Қаттиқ ноқулайлик; ёки симптомларни яхшилашга олиб келадиган наркотик аналгезиясини талаб қилади; ва / ёки ҳар икки томоннинг ПНҚС бўйича	Инвалидликка олиб келувчи; ёки наркотик аналгезия таъсир қилмайди.

¹⁰NIAID mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar bo'limi, zo'ravonlik shkalasi, 2007 yil noyabr.

		ташқил қилади.	сенсорли нейропатиянинг субъектив зўравонлик индекси 7-10 ни ташқил қилади.	
Ҳаракат	Cs/Trd, Н нинг юқори дозалари, шунингдек Lzd ни тўхтатиш. Агар аломатлар енгиллашса, ушбу дори-дармонларни қайта ёзишни ўйлаб кўринг. Lzd ни пастроқ дозада қайта бошлашни ўйлаб кўринг (қунига 300 мг ёки ҳафтасига уч марта 600 мг). Агар ушбу режимда Cs/Trd ёки юқори дозали Н керак бўлмаса, ушбу дориларни тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг.	Cs/Trd, Н ва Lzd нинг юқори дозаларини олиб ташлаш. Агар симптомлар сусайса ва ушбу режим учун ушбу дорилар керак бўлса, Cs/Trd ёки юқори дозали Н ни қайта бошлашни ўйлаб кўринг. Lzd ни қайта бошланг. Қуйида кўрсатилганда к симптоматик даволашни амалга оширинг.	Худди 2-даража учунгичек	Худди 2-даража учунгичек

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

- ✓ Кўпгина беморлар НХ ни келтириб чиқарадиган дори-дармонларни тўхтатганда, айниқса аломатлар энгил бўлса, энгилликни хис қилади;
- ✓ Линезолид томонидан кўзғатилган нейропатия узоқ муддатли фойдаланишда тез-тез учрайди, кўпинча жуда оғрикли ва кайтмас қуринишга эга булади. Шунинг учун, агар нейропатия аломатлари пайдо

бўлса (2 даража ёки ундан юқори), линезолитни дарҳол тўхтатиш ва бошқа буюрмаслик керак. Даволаш режимини тўлдириш учун бошқа силга қарши дори-дармонларни кўриб чиқинг;

- ✓ Ностероид яллиғланишга қарши дорилар ёки ацетаминофен симптомларни энгиллаштиришга ёрдам беради;
- ✓ Трициклик антидепрессантлар анъанавий равишда нейропатик оғриқни даволаш учун ишлатилган; аммо, QT оралиғини узайтириш (шунингдек, аритмия хавфини ошириш) потентсалига кўра, улар QT оралиғини узайтирадиган дори-дармонларни ҳам ўз ичига олган фақат оғиз орқали қабул қилиш режимларида олдини олиш яхшироқдир. Бундан ташқари, серотонин синдроми хавфини олдини олиш учун линезолит олган беморларда трициклик антидепрессантлардан узоқлашиш керак;
- ✓ Карбамазепин оғриқни ва периферик нейропатиянинг бошқа аломатларини энгиллаштиришда самарали бўлиши мумкин. Карбамазепин кучли СҮРЗА4 индукторидир ва уни бедаквелин ёки деламамид билан бирга ишлатмаслик керак.

5.2. Миелосупрессия (анемия, тромбоцитопения ёки нейтропения)

Силга қарши дори воситаларидан мумкин бўлган сабаблар: Lzd

Бошқа мумкин бўлган сабаблар: Азитромицин, котримоксазол

Анемиянинг нормоцитар, микроситик ёки макроцитар эканлигини аниқлаш учун фойдали параметр қизил қон ҳужайраларининг ўртача ҳажми ҳисобланади. Макроцитик анемия кўпроқ Азитромитсин туфайли юзага келади, аммо Азитромитсин ҳам нормоцитар анемияга олиб келиши мумкин.

Агар бемор тромбоцитопения ёки нейтропения билан оғриган бўлса, унинг сабаби линезолит бўлиши эҳтимоли кўпроқ. Азитромитсин ҳам уни келтириб чиқариши мумкин, аммо камдан-кам ҳолларда.

Линезолитни қабул қилган беморларда миелосупрессия жуда кенг тарқалган.

Анемия ўткир қон йўқотиш (ошқозон яраси туфайли яширин ошқозон-ичакдан қон кетиши) туфайли юзага келиши мумкин.

Анемия бошқа сабабларга кўра ривожланиши мумкин (ТВС, темир танқислиги ва ҳ.к.), лекин бу, айниқса, беморда клиник яхшиланишни кўрсатса, даволаниш пайтида камроқ бўлади.

Миелосупрессиянинг оғирлигига қараб клиник даволаш

Оғирлик босқичи ¹¹	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавfli
-------------------------------	-------------------	-------------------------	------------------	----------------------------

¹¹NIAID Mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar bo'limi, og'irlik shkalasi, noyabr-2007

Анемия	10,5 - 9,5 г/дл	9,4 - 8,0 г/дл	7,9 - 6,5 г/дл	< 6,5 г/дл
Тромбоцитлар сонининг камайиши	99,999– 75,000 / мм ³	74,999– 50,000 / мм ³	49,999–20,000 / мм ³	< 20 000 / мм ³
Лейкоцитлар сонининг камайиши	< НГН– 3000/мм ³	< 3000– 2000/мм ³	< 2000– 1000/мм ³	< 1000/мм ³
Мутлақ нейтрофиллар сонининг камайиши	1500– 1000/мм ³	999–750/мм ³	749–500/мм ³	< 500/мм ³
Ҳаракат	Диққат билан кузатиб боринг, Lzd дозасини камайтиришни и ўйлаб кўринг (кунига 300 мг ёки кунига уч марта 600 мг).	Диққат билан кузатиб боринг, Lzd дозасини камайтиришни и ўйлаб кўринг (кунига 300 мг ёки кунига уч марта 600 мг). 2-даражали нейтропения бўлса, дарҳол Lzdни бекор қилинг.	Lzd ни дарҳол бекор қилинг. 3-даражали нейтропения учун эритропоетин и буюришни ўйлаб кўринг (агар иложи бўлса). Токсиклик 1 даражага тушгандан сўнг, Lzdни яна камайтирилган дозада буюринг.	Lzd. ни дарҳол бекор қилинг. Қон қуйиш ёки эритропоетин и юборишни ўйлаб кўринг. Токсиклик 1 даражага тушгандан сўнг, яна камайтирилган дозада буюринг.

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

1. 3 ёки 4 даража бўлса, ТЖни келтириб чиқарадиган препаратни дарҳол тўхтатинг; 1 ва 2-босқичлар учун дозани камайтиришни кўриб чиқинг;
2. Линезолид туфайли келиб чиққан анемия темир танқислиги камқонлиги билан кечишига шубҳа туғилса, организмдаги темир захираларини аниқлаш ва темир танқислиги аниқланса, тегишли даволашни амалга ошириш керак. Агар темир танқислиги учун тест ўтказилмаса, темир танқислиги учун эмпирик даволаш кўриб чиқилиши мумкин. Эътибор беринг, оғиз орқали қабул қилинганда темир FQ билан боғланиши ва унинг сўрилишини камайтириши мумкин. Темир ва FQ қўшимчалари камида 3 соат оралиғида олиниши керак;

3. Мунтазам равишда умумий қон тестини ўтказиш керак;
4. Агар эритропоэтин мавжуд бўлса, уни 3-даражали анемияда қўллашни ҳисобга олиш керак;
5. Агар миелосупрессия оғир бўлса, беморни касалхонага ётқизиш ва қон қуйиш (ёки эритропоэтин) ҳақида ўйлаш керак;
6. Агар линезолид бутунлай тўхтатилса, силга қарши қўшимча дори-дармонларни кўриб чиқиш керак.

5.3. QT интервалининг узайиши

Мумкин сабаблар орасида силга қарши дорилар мавжуд: Cfz, Bdq, Mfx, Dlm, Lfx.

Бошқа мумкин бўлган сабаблар: эритромитсин, кларитромитсин, хинидин, кетоконазол, флуконазол ва антипсихотиклар, қусишга қарши дорилар (ондансетрон/гранисетрон, домперидон), метадон ва баъзи антиретровирус дорилар, шунингдек генетик омиллар, шу жумладан узок QT синдроми ва гипотериоз.

Агар беморда кардиотоксикликнинг клиник белгилари (тахикардия, ҳушидан кетиш, юрак уриши, заифлик ёки бош айланиши) бўлса, ЭКГни текшириш керак. QT оралиғини текшириш ва аритмияни истисно қилиш керак.

QTc Fridericia формуласи ёрдамида ҳисоблаб чиқилади, у юрак уриш тезлигига узгартиришлар киритиш ва бошқа тузатиш формулаларига қараганда паст ва юқори юрак уриш тезлигида аниқроқдир.

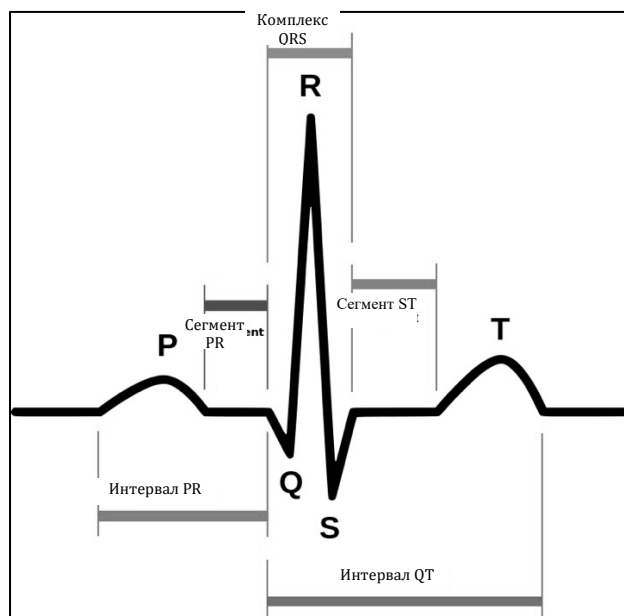
$$QTcF = \frac{QT}{\sqrt[3]{RR}}$$

Қаерда:

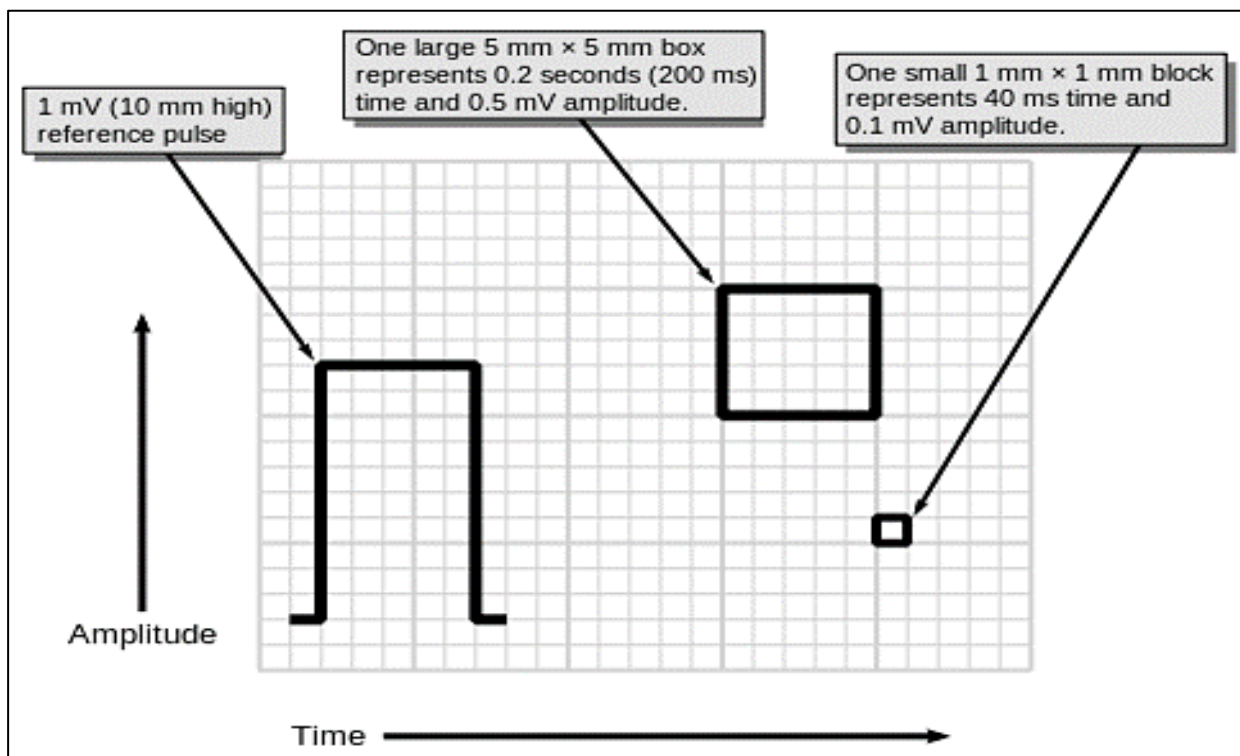
QTcF - тузатилган QT оралиғи

QT - QRS комплексининг бошланиши ва T тўлқинининг охири ўртасидаги вақт

RR - битта QRS комплексининг бошланиши ва кейинги QRS комплексининг бошланиши ўртасидаги вақт



ЭКГ апарати қуйидаги кучланиш ва тезликларга мувофиқлигини таъминлаш учун калибрланган бўлиши керак:

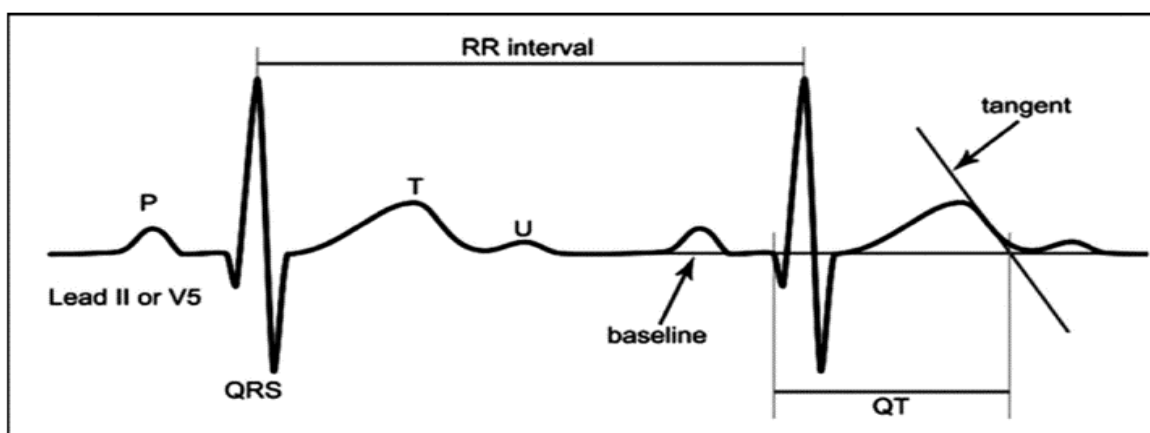


RR ва QT оралигини ўлчаш тартиби

- 12 ўтказгичли ЭКГни рўйхатдан ўтказинг:
 - ✓ Артефактларнинг йўқлигини таъминлаш учун 12-ўтказгичли ЭКГни ёзиш пайтида беморнинг бўшашишини таъминлаш керак. Тегишли электродлардан фойдаланиш керак ва агар керак бўлса, беморнинг терисини тозалаш керак;
 - ✓ Тақсимлаш тезлигини 25 мм/с га ўрнатинг. Бу стандарт QT оралигини калибрлаш ва ўлчаш процедураларидан фойдаланишга имкон беради;

Установить скорость развертки равной 25 мм/с. Это позволит использовать стандартные процедуры калибровки и измерения интервала QT;

- ✓
- ✓ RR ва QT интервалларини қўлда ўлчаш;
- ✓ QT оралиғини қўлда ўлчаш керак, афзалроқ, 12 ўтказгичли ЭКГда Т тўлқинининг охирини энг яхши кўрсатадиган оёқ-қўлларнинг биридан;
- ✓ Т тўлқинининг охири кўпинча II ёки V5 тфрмоқларда яхши кўринади. Аввал ушбу йўналишдаги QT оралиғини ўлчашга ҳаракат қилишингиз керак ;
- ✓ Агар Т тўлқинининг охири II ёки V5 тармоқларда ёмон кўринса, тадқиқотчи Т тўлқинининг охири қайси тармоқда яхшироқ кўриниб туришини мустақил равишда баҳолаши керак.
- ✓ QT оралиғини QRS комплексининг бошидан Т тўлқинининг охиригача ўлчаш керак;
- ✓ Бошқариб бўлмайдиган юрак ритмлари (яъни, қоринча фибрилатсияси) учун сиз QT оралиғини 3-5 юрак уриши оралиғида ўртача ҳисоблашингиз мумкин. QTсF 3-5 қисқаришнинг ҳар бири учун ҳисобланади, сўнгра бу қисқаришларнинг QTсF ўртача арифметик киймати ҳисобланади;
- ✓ Миёкард уртасидаги хужайраларнинг кеч реполяризациясига мос келиши мумкин бўлган U тўлқини, агар у Т тўлқини билан бирлашгандек кўринадиган даражада катта бўлса, ўлчовда ҳисобга олиниши керак. Q тўлқин ва Т тўлқинининг охири Т тўлқинининг тушаётган қисмига таянч ва тегиниш чизиш орқали;
- ✓ Ҳар бир миллиметрлик (кичик) горизонтал туртбурчак **0,04 с (40 мс)** га тўғри келади; қалин чизиқлар эса ҳар бирида 5 та кичик турбурчакдан иборат каттароқ туртбурчакларни ҳосил қилади ва шунинг учун **0,20 с (200 мс)** оралиққа тўғри келади . QT оралиғидаги туртбурчаклар сонини ҳисобланг ва кейин рақамни 40 мс га кўпайтиринг. Агар Q тўлқинининг бошланиши ёки Т тўлқинининг охири хужайранинг ўртасида бўлса, унинг ҳолатини хужайранинг энг яқин чорагига баҳоланг.



- QT оралиғини юрак уриш тезлигига мосланг:
 - ✓ Стандартлаштириш учун биз юрак уриш тезлигини туғирлаш учун Fridericia формуласидан фойдаланамиз. Fridericia формуласи бошқа

тузатиш усулларига қараганда паст ва юқори юрак уриш тезлигида аниқроқ натижалар беради;

- ✓ QTcF Fridericia формуласи, шу жумладан калкулятор ёрдамида аниқланиши мумкин, аммо клиниқестларга бошқа усуллардан фойдаланиш тавсия этилади, чунки улар хатоларга камроқ мойил бўлади. Бундай усуллардан бири қуйида келтирилган QTcF номограммасидан фойдаланишдир;
 - ✓ Номограммадан ҳам осонроқ ва тезроқ мобил телефон иловалари (масалан, Android, iPhone) QTcFни минимал куч билан ҳисоблаш имконини беради. Улардан бири Android телефонлари учун QTc Calculator (Google Play). Ушбу иловалар фойдаланувчидан QT оралиғи ва RR оралиғини киритишни талаб қилади, шундан сўнг бир қатор формулалар QTc оралиғини ҳисоблаб чиқади. Тўғри бирликлар (масалан, мм ёки мс) танланган бўлиши керак, шунингдек, тўғри формула;
 - ✓ Қўлда ҳисобланган тузатилган қийматни ЭКГ аппарати томонидан тақдим этилган натижалар билан солиштиринг (агар у тузатилган QT интервалининг автоматик ҳисобига эга бўлса). Агар фарқ 20 мс дан ортик бўлса, ўлчовларни қўлда такрорланг. Қўлда ўлчовлар олтин стандарт сифатида хизмат қилади.
- Беморнинг диаграммасида RR оралиғини, юрак уриш тезлигини ва QTcF оралиғини ёзинг:
 - ✓ RR оралиғи сонияларда ўлчанади;
 - ✓ ЭКГ аппарати томонидан аниқланган юрак уриш тезлигини ёзиб олинг, агар у ушбу параметрни автоматик равишда аниқлашга имкон берса ёки RR оралиғини ўлчаш ва 60 рақамини унга бўлиш орқали аниқланг (ЮУС (ЧСС) = 60 / RR оралиғи сонияларда);
 - ✓ Юқоридаги кўрсатмаларга мувофиқ ҳисобланган QTcF оралиғини ёзиб олинг.

QT оралиғи узайган беморларни оғирлик даражасига қараб клиник даволаш

Жиддийлик	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
Кардиёграмма да тузатилган QT оралиғини узайтириш	QTcF 450–480 мс#	QTcF 481–500 мс#	QTcF ≥ 501 мс, жиддий аритмия белгилариси#	QTcF ≥ 501 ёки >60 мс бошланғич даражадан ўзгариши ва қуйидаги аломатлардан бири: жиддий аритмия аломатлари

Жиддийлик	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: хаёт учун хавфли
Харакат	QTcF 1 ёки ундан паст даражага қайтгунга қадар камида хафтада бир марта ЭКГ билан яқинроқ мониторинг.	QTcF 1 ёки ундан паст даражага қайтгунга қадар камида хафтада бир марта ЭКГ билан яқинроқ мониторинг.	АЕни келтириб чиқариши мумкин бўлган дориларни қабул қилишни тўхтатинг.	АЕни келтириб чиқариши мумкин бўлган дориларни қабул қилишни тўхтатинг.
	Агар керак бўлса, электролитла р етишмаслиги ни тўлдилинг.	Агар керак бўлса, электролитла р етишмаслиги ни тўлдилинг.	Касалхонага ётқизиш, агар керак бўлса, электролитла р етишмовчили гини тўлдириш.	Касалхонага ётқизиш, агар керак бўлса, электролитла р етишмовчили гини тўлдириш.

Қон зардобида электролитлар етишмовчилигини аниқлаш ва тўлдириш:

- Агар узайган QT интервали аниқланса, калий (K^+), ионланган кальций (Ca^{2+}) ва магний (Mg^{2+}) концентратсиясини аниқлаш керак. Агар ионланган кальций ва магний тестини ўтказишнинг иложи бўлмаса, гипокалемия (паст калий даражаси) аниқланганда магний билан эмпирик даволаш буюрилиши керак;
- Фақат оғиз орқали юбориладиган дорилар билан мКРЛ билан боғлиқ суяқлик ва электролитлар мувозанати кўпинча қусиш ёки диарея туфайли юзага келади, чунки инъекцион препаратлар қўлланилмайди. Қусиш ва диареянинг оғирлигини баҳолаш ва тегишли даволанишни кўрсатиш керак;
- Агар калий концентратсиясининг 3 ёки 4-даражали пасайиши аниқланса, унинг концентратсияси керакли йўналишда ўзгариб бораётганлигини аниқлаш учун алмаштириш терапияси ва тез-тез калий тестлари (кўпинча ҳар куни ёки кунига бир неча марта) билан шошилиш тиббий ёрдам талаб қилинади.

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

1. QT оралиғини узайтирадиган барча дориларни дарҳол тўхтатиш. Беморнинг аҳволи жуда беқарор бўлмаса, АРТ одатда тўхтатилмайди.
2. 3-даражада - касалхонага ётқизиш учун доимий ЭКГ мониторингини ўйлаб кўринг.

3. Пируэт тахикардияни даволаш мумкин бўлган тиббий муассасадаги касалхонага ётқизилиши керак.
4. Электролитлар таҳлилини ўтказиш юқорида тавсифланган.
5. ТТГ анализини ўтказинг ва агар мавжуд бўлса, гипотериозни даволашни буюринг.
6. Барқарор ҳолатга эришилгандан сўнг (QTcF оралиғи 450 дан кам, электролитлар нормал), QT оралиғини узайтирадиган силга қарши энг муҳим дорилар қайта буюрилиши мумкин:
 - Агар бемор QT оралиғини узайтирадиган силга қарши бўлмаган дориларни қабул қилса, уларни вақтинча тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг.
 - Агар бемор моксифлоксацинни қабул қилса, уни левофлоксатсин билан алмаштиришни ўйлаб кўринг.
 - Агар бемор клофазиминни қабул қилса, жорий даволаш режими учун зарур бўлмаса, уни тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг.
 - Агар бемор қўлланилаётган режим учун зарур деб ҳисобланган бедаквелин қабул қилса, QT оралиғини узайтириши маълум бўлган барча бошқа дориларни қабул қилишни тўхтатганда, препаратни режимга қайта киритиш ҳақида ўйлаб кўринг (одатда АРТ ни тўхтатиш бундан мустасно, бу одатда тўхтатилмайди. QT оралиғи узайган беморларни бошқариш).
 - Агар бемор режим учун зарур деб ҳисобланган делаганидни қабул қилаётган бўлса, QT оралиғини узайтириши маълум бўлган барча бошқа дориларни қабул қилишни тўхтатиш билан бирга препаратни режимга қайта киритиш ҳақида ўйлаб кўринг (QT оралиғи узайган беморларни даволашда АРТни тўхтатиш бундан мустасно). QT оралиғи).

5.4. Кўз нервининг шикастланиши (оптик неврит)

Силга қарши дориларнинг **Lzd, E, Eto/Pto, рифабутин, H, S** қўлланилаши сабабли вужудга келиши мумкин бўлган:

Кўз нерви неврити - бу куз нервининг яллиғланиши бўлиб, натижада кўришнинг қайтарилмас йўқолишига олиб келади. Кўз нерви невритнинг биринчи аломати одатда қизил ва яшил рангларни фарқлаш қобилиятини йўқотишдир. Бу қобилиятни синаб кўришнинг энг яхши усули Ишиҳара тестидир. Бошқа аломатларга марказий скотома киради.

Силга қарши барча дорилар орасида линезолитид кўз нерви невритнинг энг кенг тарқалган сабабидир. Линезолитиднинг клиник тадқиқотида беморларнинг 18 фоизи охир-оқибат, кўпинча тўрт ойлик терапиядан кейин кўз нерви невритни ривожлантирдилар.

Қандли диабет билан оғриган беморларда кўз нерви неврит хавфи юқори. Бундай беморларни даволаш профилактика чораси сифатида глюкоза концентратсиясини диққат билан кузатишни ўз ичига олиши керак. Буйрак касаллиги охирги босқичи бўлган беморларда кўз нерви неврити хавфи ҳам юқори.

Ёш болаларда кўриш кескинлигини расмий баҳолаш қийин бўлиши мумкин ва ёшга мос келадиган скрининг тестларидан фойдаланиш керак. Кўриш кескинлигини объектларни кузатиш орқали ҳам баҳолаш мумкин, айниқса ёрқин нарсалар ёки ўйинчоқлардан фойдаланганда. Болаларда кўриш кескинлигининг пасайиши белгилари деворларга ёки бошқа нарсаларга югуриш, қоқилиш ва нарсаларни ушлай олмаслик ёки топа олмасликни ўз ичига олиши мумкин.

Оғирлик даражасига қараб оптик асаб шикастланган беморларни клиник даволаш

Оғирлик даражаси	1-даража: энгил	2-даража: ўртача оғир	3-даража: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
Кўз нервини шикастланиши	Асемптоматик; фақат клиник ёки диагностик кузатувлар	Шикастланган кўзда кўриш кескинлигини чеклаш: 20/40 [6/12] ёки ундан юқори	Шикастланган кўзнинг кўриш кескинлигини чеклаш: 20/40 [6/12] дан ёмонроқ, лекин 20/200 [6/60] дан яхшироқ	Таъсирланган кўзнинг кўрлиги: 20/200 [6/60] ёки ундан ҳам ёмони
Ҳаракат	Агар оптик невритга шубҳа бўлса, дарҳол Лздни тўхтатинг. Қайта рецепт берманг.	Агар оптик невритга шубҳа бўлса, дарҳол Лздни тўхтатинг. Қайта рецепт берманг.	Агар оптик невритга шубҳа бўлса, дарҳол Лздни тўхтатинг. Қайта рецепт берманг.	Агар оптик невритга шубҳа бўлса, дарҳол Лздни тўхтатинг. Қайта рецепт берманг.

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

- АЕ (линезолид ёки этамбутол) сабаби сифатида шубҳа қилинган препаратни қайта тайинлаш мумкин эмас;
- Беморни дарҳол текшириш ва даволаш учун офталмологга юборинг;
- Кўз нерви невритининг ҳолати, қоида тариқасида, агар невритни етарлича эрта тўхтатиш мумкин бўлса, уни келтириб чиқарган дори тўхтатилгандан кейин яхшиланади;
- Даволаш режимини тўлдириш учун бошқа силга қарши дориларни кўриб чиқинг.

5.5. Жигар ферментларини ошиши (гепатотоксиклик)

Силга қарши дориларнинг **Z, H, Cfz, PAS, Eto/Pto, Bdq, FQ, Amx/Clv** қўлланилаши сабабли вужудга келиши мумкин бўлган:

Бошқа мумкин бўлган сабаблар: вирусли гепатит (A, B, C), NVP, бошқа кўплаб дорилар, спиртли ичимликлар

Гепатит кўнгил айнаши, қусиш, сариклик, сарик склера, чой рангли сийдик, очик рангдаги нажас, жигар функционал синамалари кўтарилган тақдирда иштаҳанинг пасайиши билан тавсифланади.

- Жигар ферментларининг энгил кўтарилиши (айниқса, бошланғич босқичда) ТВС билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу терапиянинг исталмаган таъсири эмас.
- Дори препаратларидан келиб чиққан гепатотоксиклик одатда шубҳа қилинган дори тўхтатилганда йўқолади.
- Ёндош ОИВ инфекцияси бўлса, котримоксазол гепатотоксикликка олиб келиши мумкин.
- NVP гепатотоксиклиги одатда уни қўллаш бошланганидан кейин қисқа вақт ичида пайдо бўлади ва тошма билан ёки тошмасиз гриппга ўхшаш аломатлар билан бирга келади. Шунингдек, у тизимли аломатларсиз изоляция қилинган гепатит сифатида кеч намоён бўлиши мумкин. NVP гепатотоксиклигини бошдан кечирган беморларда уни қайта ишлатмаслик керак.
- Сурункали алкоголизм КДЧ/РЧ-ТВС билан оғриган беморларда гепатотоксикликнинг муҳим сабабидир.

Жигар ферментлари кўтарилган беморларни оғирлик даражасига қараб клиник даволаш

Оғирлик даражаси	1-даража: энгил	2-даража: ўртача оғир	3-даража: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
АЛТ (СГПТ)	> УЛН – 3,0 × УЛН	> 3,0 – 5,0 × УЛН	> 5,0 – 20,0 × УЛН	> 20,0 × УЛН
АСТ (СГОТ)	> УЛН – 3,0 × УЛН	> 3,0 – 5,0 × УЛН	> 5,0 – 20,0 × УЛН	> 20,0 × УЛН
Ҳаракат	Олдинги режимга мувофиқ даволаниш ни давом этинг. Беморларни АСТ/АЛТ	Олдинги режимга мувофиқ даволаниш ни давом этинг. Беморларни АСТ/АЛТ	Барча дориларни, шу жумладан силга қарши дориларни бекор қилиш; ҳафталик ФПП текширув. Токсикоз	Барча дориларни, шу жумладан силга қарши дориларни бекор қилиш; ҳафталик ФПП текширув. Токсикоз белгилари йўқолганидан кейин

Оғирлик даражаси	1-даража: энгил	2-даража: ўртача оғир	3-даража: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
	даражасини нг ортиши йўқолгунча (бошланғич даражага қайтгунча) ёки барқарорлашгунча кузатилиши керак.	даражасини нг ортиши ё'қолгунча (бошланғич даражага қайтгунча) ёки барқарорлашгунча кузатилиши керак.	белгилари йўқолганидан кейин даволанишни давом эттириш мумкин.	даволанишни давом эттириш мумкин.

Тавсия этилган стратегия:

- Жигар ферменти даражаси дастлабки даражага қайтганидан кейин силга қарши терапияни қайта бошлаш даркор. Гепатотоксик дориларни кетма-кет давом эттириш керак, ҳар бир кейинги дори ҳар 3-4 кунда қўшиб борилади. Энг кам гепатотоксик дорилар биринчи навбатда қўшилиши керак, ҳар бир янги препаратдан кейин жигар функцияси тестлари натижаларини кузатиб бориш керак.
- Агар режим учун зарур бўлмаса, номувофиқ таъсирлари пайдо бўлиши мумкин бўлган препаратни доимий равишда кўриб чиқилиши керак. Бу кўпинча пиразинамид учун тўғри келади, агар у сизнинг тиббий тарихингиз асосида самарали бўлмаса. Даволаш режимига қўшимча сифатида силга қарши бошқа дориларни кўриб чиқинг.
- Агар алкохол гепатотоксик ҳисса қўшадиган омил деб ҳисобланса, беморга спиртли ичимликлардан воз кечишга ёрдам бериш учун алкоголизмни даволаш керак бўлиши мумкин.

5.6 . Гипокалиемия

Силга қарши дориларнинг **См, Км, Ам, S APT TDF (камдан-кам ҳолларда) қўлланилаши** сабабли вужудга келиши мумкин.

Бошқа сабаблар: Қайд қилиш, диарея

Гипокалемия ва гипомагниемия кўпинча асимптоматикдир:

- Ўртача оғир ҳолатларда чарчоқ, миалгия, спазмлар, парестезия, пастки экстремиталарнинг заифлиги, хатти-ҳаракатлар ёки кайфиятнинг ўзгариши, уйқучанлик ва тартибсизлик пайдо бўлиши мумкин.

- Оғир ҳолатларда тетания, фалаж ва ҳаёт учун хавфли юрак аритмияси бўлиши мумкин.

МЛУ-ТБ учун даволанаётган беморларда гипокалемия ва гипомагниемия кенг тарқалган. МЛУ-ТБ билан оғриган беморларда кенг тарқалган сабаблар:

- ✓ Қусиш ва диарея
- ✓ Тугунчаларнинг шикастланиши билан боғлиқ инъекцион дориларнинг нефротоксиклиги (эҳтимол, аминогликозидларга қараганда капреомицин билан тез-тез учрайди).

Оғиз орқали юбориш учун калий хлорид препаратларининг таркиби турли мамлакатларда ва турли ишлаб чиқарувчиларда фарқ қилади. Ресурси чекланган соғламаларда доимий версиялар кенг тарқалган. Калий миқдори кўпинча таблетканинг дозасидан фарқ қилади. Шундай қилиб, 200 мг Slow-K таблеткасида 8 мэкв калий мавжуд:

- ✓ Оғиз орқали юбориладиган калий ва магний препаратларини фторхинолонлардан 2 соат олдин ёки 4-6 соатдан кейин олиш керак, чунки улар фторхинолонларнинг сўрилишига халақит бериши мумкин.
- ✓ Оғиз орқали қабул қилинган калий препаратлари кўнгил айланиши ва қайт қилишга олиб келиши мумкин. Оғиз орқали қабул қилинган магний препаратлари диареяга олиб келиши мумкин.

Калийни озиқ-овқатдан олиш тавсия этилади. Яхши манбаларга банан, апелсин ва помидор киради.

Гипокалемиянинг оғирлигига қараб клиник даволаш

Оғирлик босқичи¹²	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
Гипокалемия	3,4–3,0 ммол/л	2,9–2,5 ммол/л	2,4–2,0 ммол / л ёки интенсив алмаштириш терапияси ёки касалхонага ётқизишни талаб қилади	<2,0 ммол/Л ёки парезлар, ичак тутилиши ёки ҳаёт учун хавфли аритмия билан бирга анормал калий даражаси
Тадбир	Оғиз орқали калий препаратлари билан алмаштириш терапиясини бошланг.	Оғиз орқали калий препаратлари билан фаол алмаштириш терапиясини бошланг.	Оғиз орқали юбориладиган дори-дармонларга кўшимча равишда в/в калийни	Оғиз орқали юбориладиган дори-дармонларга кўшимча равишда в/в калийни

¹²NIAID Mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar bo'limi, og'irlik shkalasi, noyabr-2007

	Қонда магний даражасини текширинг ва керак бўлганда алмаштиринг.	Зарур бўлганда магний препаратлари билан алмаштириш терапиясини ўтказинг.	алмаштириш терапиясини бошланг. Зарур бўлганда магний ва бошқа электролитлар билан алмаштириш терапиясини ўтказинг.	алмаштириш терапиясини бошланг. Зарур бўлганда магний ва бошқа электролитлар билан алмаштириш терапиясини ўтказинг.
--	--	---	---	---

Гипомагниемиянинг оғирлигига қараб клиник даволаш

Оғирлик даражаси*	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
Гипомагниемия	0,70–0,60 ммол/л	0,59–0,45 ммол/л	0,44–0,30 ммол/л	<0,30 ммол/л
Тадбир	Оғиз орқали магний препаратлар и билан алмаштириш терапиясини бошланг.	Оғиз орқали магний препаратлар и билан фаол алмаштириш терапиясини бошланг.	Оғиз орқали қабул қилинадиган дори-дармонларга қўшимча равишда магнийни в/в алмаштириш терапиясини бошланг. Зарур бўлганда, бошқа электролитлар препаратлари билан алмаштириш терапиясини ўтказинг.	Оғиз орқали қабул қилинадиган дори-дармонларга қўшимча равишда магнийни в/в алмаштириш терапиясини бошланг. Зарур бўлганда, бошқа электролитлар препаратлари билан алмаштириш терапиясини ўтказинг.

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

7. Кўпинча қусиш, диарея пайтида ва инъекцион дори-дармонларни қабул қилган беморларда қонда калий, магний ва кальций концентрациясини кузатиб боринг.
8. Қусиш ва диарея билан оғриган беморлар сувсизланиш белгилари учун кузатилиши керак. Оғиз орқали ёки томир ичига регидратацияни дарҳол бошланг ва плазма ҳажми тикланмагунча давом этинг.
9. Калий ва магний етишмовчилигини тўлдириг.
 - Гипомагниемия ҳам тузатилмаса, гипокалемияни тузатиш қийин бўлиши мумкин.
 - Агар зардобдаги магний концентрациясини текширишнинг иложи бўлмаса, гипокалемиянинг барча ҳолатларида кунига икки марта 1000 мг дан эмпирик магний глюконатни алмаштириш терапиясини буюринг.
10. Қон зардобдаги электролитлар балансидаги бузилишларни аниқлашнинг барча ҳолатларида (1-4 даража), имкон қадар тезроқ электрокардиограмма ёзинг, сўнгра калий ва бошқа электролитлар контцентрацияси нормал ҳолатга қайтгунча ҳар ҳафта ЭКГни бажаринг.
- 11.2-даражали ёки ундан юқори гипокалиемия натижасида ҚТ оралиғининг узайишини кўрсатадиган беморларда ҚТ оралиғини узайтирадиган дориларни қабул қилишни тўхтатинг.

Калийни алмаштириш терапияси

Калий концентрацияси (ммол/л)	Дозалаш	Назорат частотаси
> 3.4	йўқ	Ойлик
3.3–3.4	Умумий доза 40 ммол дан, кунига 2-3 дозага бўлинган	Ойлик
2,9–3,2	Умумий доза 60-80 ммол дан, кунига 3 дозага бўлинган	Ҳафталик
2,7–2,8	Ҳар 8 соатда 60 ммол	1-2 кун
2,5–2,6	Ҳар 8 соатда 80 ммол по	Кундалик
< 2.5	10 ммол / соат в/в 80 ммол дан ҳар 6-8 соатда	Инфузиондан 1 соат ўтгач, ҳар 6 соатда томир ичига алмаштириш терапияси билан

Эслатма: инфузион учун оддий калий хлорид препарати 1 литр NaCl 0,9% учун 40 ммол (3 ампула), инфузион 4 соат давомида амалга оширилади. Инфузия тезлиги 10 ммол/соат (250 мл/соат) дан ошмаслиги керак. Калий хлорид 10%

(100 мг / мл) ампула = 1 г ампулада = 13,4 ммол. Калий хлорид, назорат остида чиқариладиган таблеткалар 600 мг = 8 ммол / таблетка.

Магнийни алмаштириш терапияси

Магний концентрацияси (ммол/л)	Умумий суткалик доза	Назорат частотаси
>0,70 ёки ундан кўп	йўқ	Ойлик
0,60–0,70	1000-1200 мг	Ойлик
0,45–0,59	2000 мг	1-7 кун
<0,45	3000-6000 мг	Кундалик

Эслатма: 2000 мг дан ортиқ дозалар одатда томир ичига ёки мушак орасига юборилади. Оддий препарат 100 мл учун 2 г магний сульфат ёки 250 мл шўр эритма учун 4 г. Инфузия тезлиги 150 мг/мин дан ошмаслиги керак (1-2 соат давомида 100 мл да 2 г, 2-4 соат давомида 250 мл да 4 г).

5.7. Гипотиреоз

Силга қарши дори воситаларидан мумкин бўлган сабаблар:

Силга қарши дориларнинг **EtO/Pto, PAS** қўлланилаши сабабли вужудга келиши мумкин.

Фақат оғиз орқали қабул қилинадиган қисқа даволаш курсида тез-тез қўлланиладиган дориларнинг ҳеч бири тиротоксик эмас, аммо бемор илгари силга қарши тиротоксик дориларни қабул қилган бўлиши мумкин.

Этионамид (ёки протионамид) ва PAS қалқонсимон безга бевосита токсик таъсир кўрсатади, унинг гормонлари синтезига аралашади. Гипотиреознинг аниқ намоён бўлиши номаълум, аммо бу одатда ишонилганидан кўра тез-тез учрайди.

Беморлар тегишли дори-дармонларни қабул қилишни бошлаганидан кейин бир неча ҳафта ичида симптомларни сезиши мумкин.

Гипотиреознинг белгилари чарчоқ, уйқучанлик, совуққа чидамлилик, қуруқ тери, кўпол сочлар ва ич қотиши, шунингдек, депрессия ва диққатни жамлай олмасликдир. Текширувда тиромегалия ва кечиккан чуқур тендон рефлекслари аниқланиши мумкин.

Бирламчи Гипотиреознинг ташхис қон зардобидаги ТТГ даражаси 10,0 мЕ/л дан паст бўлганда тасдиқланади, бу қалқонсимон без гормонлари синтезининг бостирилишини кўрсатади. Диагнозни аниқлаш ва даволанишни назорат қилиш учун бошқа қалқонсимон функция тестлари (масалан, эркин Т4, Т3) талаб қилинмайди.

Биргаликда ОИВ инфекцияси бўлган беморларда субклиник Гипотиреознинг баъзи АРТ дорилари, айниқса ставудин (d4T) томонидан қўзғатилиши мумкинлиги ҳақида далиллар мавжуд.

Гипотиреоз ҚТ интервалининг узайишига олиб келиши мумкин. Агар гипотиреоз аниқланса, ЭКГни текшириш керак ва агар узайган ҚТ оралиғи ёки аритмия аниқланса, беморни касалхонага ётқизиш ва тегишли даволанишга юбориш керак.

Гипотиреознинг босқичига қараб клиник олиб бориш

Жиддийлик	1-даражали: энгил	2-даражали: ўртача оғир	3-даражали: оғир	4-даража: ҳаёт учун хавфли
Гипотиреоз	Асимптоматик; фақат клиник ёки диагностик кузатувлар; аралашувлар кўрсатилмаган. ТТГ даражасининг ошиши ВГН дан 1,5-2 марта (одатда 0,4-4,2 мЕ / л) ни ташкил қилади.	Аломатлар мавжуд; қалқонсимон гормонларни алмаштириш терапияси кўрсатилади; инструментал ўз-ўзини парвариш қилиш фаолиятининг чекловлари (ADL). ТТГ даражаси 10 мЕ / л дан ошди.	Оғир аломатлар; инструментал ўз-ўзини парвариш қилиш фаолиятини чеклаш; касалхонага ётқизиш кўрсатилади. ТТГ даражаси 10 мЕ / л дан ошди.	Ҳаёт учун хавфли оқибатлар; зудлик билан аралашув кўрсатилади. ТШ даражаси 10 мЕ / л дан ошди.
Ҳаракат	Антигипертензив дориларни қўллашни давом этинг.	Антигипертензив дориларни қўллашни давом этинг. Тироксин буюринг.	Антигипертензив дориларни қўллашни давом этинг. Тироксин буюринг.	Туберкулёзга қарши дориларни бекор қилиш. Тироксин буюринг.

Тавсия этилган бошқарув стратегияси:

1. Гипотиреоз бўлган катта ёшли беморларнинг кўпчилиги кунига 100-150 мкг левотироксинни талаб қилади.
 - Ёш соғлом катталар кунига 75-100 мкг дозада даволанишни бошлашлари мумкин.

- Кекса беморлар даволанишни кунига 50 мкг дозадан бошлашлари керак.
 - Муҳим юрак-қон томир касалликлари бўлган беморлар - кунига 25 мкг дозада.
2. Болаларда тироксин катталарга қараганда тезроқ танадан чиқарилади, шунинг учун алмаштириш терапияси учун кунлик дозалар юқори бўлиши мумкин.
 - Болалар (4-15 ёш): 4 мкг / кг / кун (максимал доз 200 мкг).
 - Чақалоқлар (1-3 ёш): 10-15 мкг / кг / кун (максимал доз 200 мкг).
 3. ТТГ даражасини ҳар 1-2 ойда кузатиб боринг, ТТГ даражаси нормал ҳолатга қайтгунча дозани 25-50 мкг га оширинг. Кекса беморларда ва юрак касаллиги бўлган беморларда дозани секинроқ ошириш керак.
 4. Этионамид/протиноамид ёки PAS тўхтатилганда гипотиреоз қайтарилади. Натижада, қалқонсимон гормонларни алмаштириш терапияси МЛУ-ТВС даволаш тугаганидан кейин бир неча ой ўтгач тўхтатилиши мумкин.

**УРОГЕНИТАЛ ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИДА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

1. Асосий қисм

1.1. Кириш

Сийдик йўли диагностикасида эндоскопик текширув усуллар гуруҳига цистоскопия, хромоцистоскопия, буйрак жомидан олинган пешобни текшириш мақсадида сийдик найи катетеризацияси ёки ретроград уретеропиелография, қовуқни эндовезикал биопсияси киради.

Цистоскопияда сийдик тракти туберкулёзнинг энг кўп учрайдиган белгиси бу қовуқ шиллик пардасининг диффуз ёки ўчоқли гиперемияси ҳисобланади. Булардан ташқари, қовуқ шиллик қаватида тариксимон тошмалар, эрозиялар ва яралар, сийдик найининг оғзи шиллик қаватининг гиперемияси ва шишиши, шу жумладан буллёз шиш (Лежнев симптоми), сийдик найи оғзининг шикастланган буйрак томонида тортилиши, чандиқли деформацияси, шиллик қаватда тузалган яра жойидаги чандиқлар кузатилиши мумкин. Баъзи беморларда жароҳатланган буйракнинг сийдик найи оғзидан патологик ажралмаларни – қон ёки қон аралаш йирингли пешоб кўриш мумкин бўлади. Хилма-хил цистоскопик белгиларнинг орасида фақатгина **тариқсимон бўрмачали тошмалар мавжудлиги қовуқ туберкулёзига хос белгидир**. Қолган аниқланган симптомлар қовуқнинг бошқа носпецифик патологиясида ҳам кузатилиши мумкин. Дифференциал диагностика ёки диагноз верификацияси зарурати туғилганда, шикастланган жойдан эндобиопсия намуналари олинади, улар гистологик ва бактериологик – камида real time PCR усулида текширувга юборилади. Хромоцистоскопияда жароҳатланган буйракдан индигокарминни ажралишини бузилишини қайд этиш мумкин.

Цистоскопия - цистоскоп ёрдамида қовуқ шиллик қаватининг ва сийдик найи оғзининг ҳолатини бевосита текшириш ва баҳолаш усули. Замонавий цистоскоп видеокамера билан жиҳозланган эндоскопик аппарат бўлиб биопсия олиш ва бегона жисмларни олиб ташлаш, қовуқ ва сийдик найи ҳолатини ўрганиш учун фойдаланилади.

Цистоскопия учун кўрсатмалар

Цистоскопия диагностика ва даволаш тадбирларини ўтказиш мақсадида бажарилади.

Диагностика мақсадида цистоскопияга кўрсатмалар:

- давомли дизурия белгилари;
- инфравезикал обструкция сабабини визуализация зарурати;
- цистит;
- гематурия;
- пиурия;
- қовуқ бўшлиғида ҳажмли ҳосилалар тахмин қилиниши;
- қовуқ бўшлиғида бегона жисм тахмин қилиниши;
- сийдик тутаолмаслик;
- қовуқ травматик шикастланиш;
- уrolитиаз;
- сийдик тракти аномалиялари.

Даволаш тадбирларини ўтказиш мақсадида цистоскопияга кўрсатмалар:

- сийдик найларини стентлаш бажариш, стент алмаштириш, стентни олиб ташлаш;
- трансуретрал (ТУ) қовуқ тампонадаси ювиш ва қон қуйқалари эвакуацияси;
- қовуқ қонаётган ва узоқ битмаётган яралар ТУ коагуляцияси;
- простата аденомаси ТУР;
- қовуқ бўйни ТУ инцизияси ва ТУР;
- қовуқ шиллик қаватида ботулотоксин жўнатиш;
- қовуқ бегона жисмини олиб ташлаш (лигатуралар, конкрементлар ва ҳок.);
- қовуқ ҳажмли ҳосилаларини (полиплар, ўсмалар ва ҳок.) ТУР;

Цистоскопияга монеликлар

- ўткир цистит;
- ўткир уретрит ;
- ўткир простатит ;
- ўткир орхоэпидидимит;
- бачадон ва унинг ортиғларида - ўткир яллиғланиш жараёнлари;
- уретра ва қовуқнинг шикастланиши;
- гемостаз тизимидаги бузилишлар (гемофилия);
- номаълум этиологияли уретрадан қон кетиши;

- уретранинг стенози;
- сийдик йўлларида бўладиган анатомик ўзгаришлар;
- беморнинг умумий оғир аҳволи;
- анестетик дори воситаларини қабул қила олмаслик.

2.1. Урогенитал туберкулёз хирургияси

Жарроҳлик даволаш усуллари урогенитал сил касаллигини даволаш тадбирлари комплексида етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Буйраклар, сийдик йўллари ва эркак жинсий аъзоларида турли хил жарроҳлик муолажаларининг амалий усуллари тавсифи кўплаб қўлланмалар, атласлар ва монографияларда берилган. Қуйида фтизиоурологик беморларда операциялар учун асосий кўрсаткичлар келтирилган.

2.1.1. Буйрак туберкулёзини жарроҳлик даволаш

2.1.1.1. Нефрэктомия

Нефрэктомия учун кўрсатмалар:

- Буйрак функциясининг тўлиқ йўқолиши бўлган туберкулёз пионефрози.
- Функциясини йўқотган буйракнинг поликавакли туберкулёзи.
- Нефроген гипертензия билан асоратланган туберкулёздан кейинги нефроцирроз.
- Буйракнинг тотал оҳакланиши.
- Буйрак туберкулёзида узоқ муддатли терапия олганда унинг функциясини кескин камайиши ва доимий МТВ-урия бўлиши.
- Буйрак туберкулёзининг қовуқ туберкулёзи билан бирикмаси, ҳамда уларнинг функциясини кескин пасайиши, функционал жихатдан тўлиқ қарама-қарши буйрак билан бирга учраши.

Замонавий лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари билан буйрак функциясининг етишмаслиги тасдиқланиши ва тикланиши нуқтаи назаридан номувофиқ башорат.

2.1.1.2. Буйрак резекцияси, кавернотомия, кавернэктомия

Буйрак резекциясига кўрсатмалар:

- Буйрак кутби фаолиятининг сўниши, ҳамда паренхиманинг юпқалашувида сегментар резекция.

- Буйрак қутби кальцификацияси ва фаолиятининг сўнишида сегментар резекция.

- Буйракнинг сегментар шикастланиши, унинг қутбида катта кавак (бўшлиқлар) мавжудлиги, узоқ муддатли терапияда МТВ-уриянинг давом этиши ва паренхиманинг юқалашиши.

- Буйракнинг пастки қутбида катта кавак нинг шаклланиши, силдан кейинги киста, пиелонефритнинг тез-тез хуружлари ёки такрорий иккиламчи тошлар билан мураккаблашади.

Кавернотомия ва кавернэктомия учун кўрсатмалар:

- Буйракнинг ўрта сегментида фаолиятининг сўниши ва паренхиманинг юқалашиши.

- Узоқ муддатли терапия пайтида доимий МТВ-урия билан биргалликда паренхиманинг сақланиши билан катта кавакнинг мавжудлиги ва сегментар буйрак шикастланиши.

Кавернэктомия қалин склеротик деворлар бўлганда учун амалга оширилади.

2.1.1.3. Буйрак туберкулёзи учун паллиатив операциялар

Радикал органларни олиб ташлаш ва органларни сақлаш операциялари билан бир қаторда, сийдикни йўналтириш учун буйракларда паллиатив операциялар ҳам амалга оширилади. Бу буйракларни йиғиш тизимининг турли хил дренажлари -

- Перкутан нефростомия
- Анъанавий нефростомия (агар компютерда нефростомия қилиш мумкин бўлмаса)
- Ретроперитонеал бўшлиқни компютердан дренажлаш
- Компютер бўшлиғини дренажлаш
- Люмботомия ва ретроперитонеал бўшлиқни дренажлаш (кўрсатмаларга кўра, агар компютерни дренажлаш имкони бўлмаса)

Жарроҳлик учун асосий кўрсаткич сийдик йўллариининг обструкцияси бўлиб, уни бошқа усуллар билан бартараф этиш мумкин эмас. Юқоридаги аралашувлар мустақил операциялар сифатида ва кейинги радикал аралашувларга тайёргарлик кўриш учун ёрдамчи сифатида амалга оширилади.

2.1.2. Сил касаллигидан кейинги сийдик найларининг стриктурасини жарроҳлик йўли билан даволаш

Консерватив даволаш усуллари, шу жумладан моделлаштириш (JJ-стентини ўрнатиш) ва/ёки дилатация терапияси (JJ стентини ўрнатиш), бу уростазнинг кучайиши ва буйрак функциясининг ёмонлашиши жарроҳлик даволаш учун кўрсатма ҳисобланади. Жарроҳлик даволашнинг табиати ва кўлами резекциянинг жойлашиши ва даражасига боғлиқ.

уретеропелвикал сегментнинг стриктуралари учун ҳар хил турдаги реконструктив операциялар амалга оширилади. Жарроҳлик аралашуви усули тос бўшлиғининг турига, унинг ўлчамига, сийдик чиқариш каналининг турига ва бошқаларга қараб индивидуал равишда танланади.

юкставезикал ва интрамурал қисмларининг стриктуралари учун зарарланган ҳудудни резекция қилиш антирефлюкс усулларида фойдаланган ҳолда уретероцистонеоанастомозни қўллаш билан амалга оширилади. Юкставезикал қисмнинг узоқ масофадаги стриктуралари учун - агар сийдик йўллари сафарбар қилиш ва уни уретероцистонеоанастомозни қўллаш учун сиқишнинг иложи бўлмаса, турли хил турлари қўлланилади - Боари, Кусс, Грегоир, Демел ва бошқалар.

ўрта учдан бир қисмидаги ва лумбоилиак сегментидаги стриктуралар нисбатан камроқ учрайди ва қисқа масофадаги стриктураларни жарроҳлик йўли билан даволаш зарарланган ҳудудни учидан учигача анастомоз билан резекция қилишдан иборат.

Энг катта қийинчиликлар *уретернинг узунлиги бўйлаб бир нечта стриктуралари билан намоён бўлади*. Хозирги кунда, бундай ҳолатларда сийдик найинин ичак билан пластика ва буккал пластика муолажалари бажарилмоқда. Сийдик чиқариш йўллари ёки битта буйракнинг сийдик йўли икки томонлама шикастланганда, бутун сийдик йўли ёки унинг бир қисми ингичка ичакнинг бир қисми билан алмаштирилганда, ичак пластик жарроҳлик кўрсатилади. Агар беморнинг умумий аҳволи туфайли ушбу шубҳасиз травматик ва кенг қўламли операция учун қаршиликлар мавжуд бўлса, сийдикни йўналтириш учун паллиатив операциялар амалга оширилади (2.1.3. бўлимга қаранг).

Парауретерал чандиқлардан келиб чиққан уретерал стриктуралар учун уретеролиз JJ стентини ўрнатиш билан амалга оширилади.

2.1.3. Туберкулёздан кейинги уретра стриктурасини жарроҳлик йўли билан даволаш

2.1.3.1. Уретранинг эндовизуал кесилиши (эндовизуал уретротомия)

Операция кичик даражадаги стриктуралар мавжуд бўлганда, қаршиликлар мавжудлигида ёки беморнинг реконструктив жарроҳликдан ўтишга розилиги бўлмаганда кўрсатилади. Икки ёки ундан ортиқ такрорий шунга ўхшаш аралашувлар самарасиз бўлса, даволовчи шифокор беморга реконструктив операцияни таклиф қилиши шарт.

2.1.3.2. Реконструктив жарроҳлик

Бугунги кунга келиб, уретранинг ўтказувчанлигини тиклаш учун бир қатор жарроҳлик усуллари ишлаб чиқилган. Уретранинг осилган қисмининг кичик (1,5 - 2,0 см гача) стриктуралари учун таъсирланган қисмнинг резекцияси амалга оширилади, бу эса охиригача анастомоз ҳосил қилади. Кўпроқ стриктуралар учун ҳар хил турдаги алмаштириш пластик операциялари амалга оширилади (тери, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, тестисулар туниса вагиналис). Жарроҳлик аралашуви усули стриктуранинг тури ва даражасига ва беморнинг аҳволига қараб индивидуал равишда танланади.

2.1.4. Қовуқ туберкулёзини жарроҳлик йўли билан даволаш

2.1.4.1. Қовуқ резекцияси

Операция узоқ муддатли беморларда қовуқнинг кичик даражада маҳаллий шикастланиши, аниқ чегаралари ва кучли оғриғи билан кўрсатилади.

2.1.4.2. Қовуқнинг ичак пластик жарроҳлиги

Жарроҳлик учун кўрсатма - сил микроцистисининг ривожланиши (чандикли ажинли қовуқ). Танланган операция **сигмоцистоластика бўлиб, сийдик чиқариш каналини сун'ий қовуққа трансплантация қилишдир**. Сун'ий қовуқни яратишнинг кўплаб вариантлари мавжуд бўлиб, улар энтеровезикал анастомозни қўллаш усулида фарқланади. Булар “вертикал”, “У” шаклидаги, “Л” шаклидаги, “У шаклидаги”, “қопқоқ”, “ямоқ”, “очик ҳалқа”, “ҳалқа шаклидаги”, “панжали” интестиноластика усуллари. Пластик жарроҳлик вариантыни танлаш қат'ий индивидуалдир ва сийдик пуфагининг катталигига ва унинг жойлашган жойига, ичак трансплантацияси тутқичининг мобилизация даражасига ва анастомознинг керакли кенглигига боғлиқ.

2.1.4.3. Уретерокутанеостомия

Жарроҳлик учун кўрсатма - қовуқ етишмовчилиги (сил микроцистисининг ривожланиши (чандикли ажинли қовуқ), силнинг онкопатология билан бирикмаси ва бошқалар), агар уни реконструктив жарроҳлик йўли билан сақлаб қолишнинг иложи бўлмаса. Бир босқичли икки томонлама процедура - агар иккала буйрак функцияси сақланиб қолса ёки бир томонлама - битта буйрак бўлса.

2.1.4.4. Қовуқ яраларининг электрокоагуляцияси (трансуретрал, очик).

Жарроҳлик учун кўрсатма, консерватив терапия самарасиз бўлса, сийдик пуфагининг қон кетишидир.

2.1.5. Эркак жинсий аъзолари сил касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш

Туберкулёз (орхо)эпидидимитни жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатма узоқ муддатли (камида 3 ой) ўзига хос кимётерапияга қарамай, ҳалокатли марказнинг тўлиқ санитарияси йўқлиги ҳисобланади.

Танланган операция - бу вас деференсни ташқи ингуинал ҳалқага олиб ташлаш билан эпидидимэктомия. Биз эпидидимиснинг зарарланган ҳудудини резекция қилиш билан чеклашни тавсия этмаймиз, чунки резекция қилинган эпидидимис ҳеч қандай функционал юкни кўтармайди; Бундан ташқари, макроскопик жиҳатдан кўринмайдиган ҳалокат ўчоқларини қолдиришнинг ҳақиқий имконияти мавжуд, бунинг натижасида касалликнинг қайталаниши мумкин. Баъзи муаллифлар томонидан тавсия этилган вазоэпидидимонеоанастомоз қўшимчасининг зарарланган ҳудудини резекция қилиш операцияси, бизнинг фикримизча, худди шу сабабларга кўра етарли даражада оқланмаган.

Мояк шикастланган бўлса, энг тежамкор резекция амалга оширилади соғлом тўқималарда; умумий зарар бўлса, орхиэктомия амалга оширилади.

Простата туберкулёзи учун жарроҳлик асосий касалликни мураккаблаштириши мумкин бўлган ўткир простатани очиш ва дренажлаш операцияси билан чекланган.

2.1.6. Аёллар жинсий аъзоларининг сил касаллиги билан оғриган беморларда бирга келадиган касалликларни жарроҳлик йўли билан даволаш

аёл жинсий аъзоларининг сил касаллиги билан оғриган беморларнинг 10-30 фоизида жарроҳлик аралашув кўрсатилади .

Жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар:

- ўзига хос силга қарши терапияга қаршилиқ ёки унинг интолерансияси;
- бачадон кўшимчаларининг бўш жой эгаллаган шаклланишлари (казеома, пиосалпинкс, пиоовар), кўпинча тухумдонлар ёки фаллоп найчаларининг ўсма шикастланишларини истисно қилишга имкон бермайди;
- аёл жинсий аъзоларининг сил касаллигининг оқибатлари (найдаги бепуштлик, тосда аниқ ёпишқоқлик, доимий оғриқ синдроми);
- жарроҳлик даволанишни талаб қиладиган гинекологик патологиянинг мавжудлиги;
- сил ва носпецифик касалликларни дифференциал диагностика қилиш зарурати.

Жарроҳлик аралашувининг тури, ҳажми ва усули жараённинг жойлашуви, тури, даражаси ва беморнинг аҳволига қараб индивидуал равишда танланади. Аёл жинсий аъзоларига турли хил жарроҳлик ёрдамларининг амалий усуллари тавсифи кўплаб қўлланмалар, атласлар ва монографияларда берилган.

2.1.7. Урогенитал туберкулёз беморларда бирга келадиган касалликларни жарроҳлик йўли билан даволаш

Тегишли жарроҳлик даволанишни талаб қиладиган ургенитал сил касаллиги бўлган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик патологиясининг мавжудлиги қуйидаги аниқ сабабларга кўра сил касалхонасида жарроҳлик аралашувини талаб қилади:

- умумий соматик шифохонада ҳар доим ҳам мумкин бўлмаган инфекцияни назорат қилиш чораларига қат'ий риоя қилишни таъминлаш зарурати;
- зарурати - режалаштирилган, операциядан олдинги ва операциядан кейинги, бу ҳам умумий соматик шифохонада ҳар доим ҳам мумкин эмас;
- урогенитал сил билан оғриган беморларда маълум бир жараёни малакали мониторинг қилиш ва етарли даражада бошқариш зарурати.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, фтизиоурологик беморларда бирга келадиган касалликларни жарроҳлик ё'ли билан даволаш сил касалхонасида, зарурат туғилганда, бошқа тиббиёт муассасаларининг мутахассисларини жалб қилган ҳолда амалга оширилиши керак.