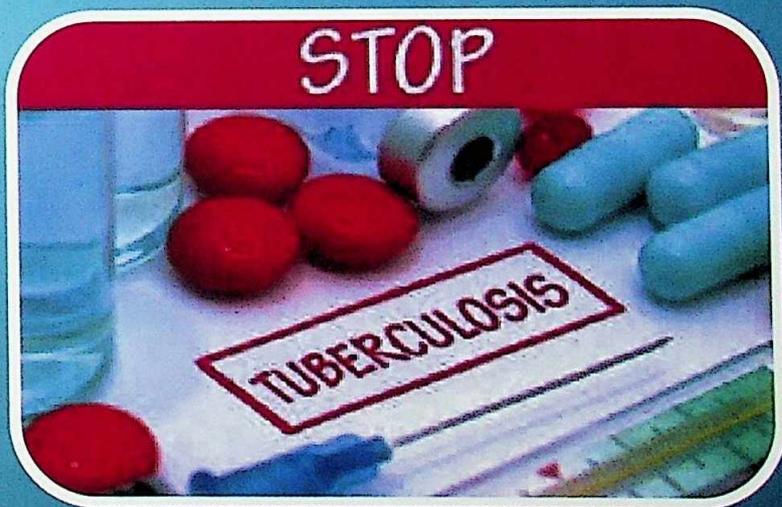


675-022.5-08/075.8)  
T-25

Ф. К. ТАШПЎЛАТОВА

# СИЛНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА



010-0025-08(075)8  
T-25

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ПЕДИАТРИЯ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ТАШПЎЛАТОВА ФОТИМА КУДРАТОВНА

0613190

**СИЛНИ  
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ**

(ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА)



ТОШКЕНТ-2021

УЎК 616.24-002.5(075.8)

КБК 55.4я73

Т 29

Ташпўлатова, Ф.К.

Силни комплекс даволаш [Матн]: ўқув қўлланма / Ф.К. Ташпўлатова.  
– Тошкент: “NURFAYZ NASHRIYOTI”, 2021. 108 б

ISBN 978-9943-7688-2-6

**Муаллиф:**

**Тошпўлатова Ф.К.**- Тошкент педиатрия тиббиёт институти “Фтизиатрия ва пульмонология” кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори

**Такризчилар:**

**Содиков А.С.**- Тошкент педиатрия тиббиёт институти “ Фтизиатрия ва пульмонология” кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

**Алижанов С.К.**- Ўз ССВ Республика тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш Маркази “Фтизиатрия“ кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди

Ўқув қўлланмада сил касаллигининг мураккаб терапиясига замонавий ёндашувлар келтирилган. Ташхис қўйиш ва даволашнинг замонавий халқаро стандартлари нуктаи назаридан сил касаллигини даволаш тамойиллари батафсил баён этилган. Ўқув қўлланмада магистрантлар учун сил касаллигини даволаш бўйича зарур назарий-амалий билим ва кўникмалар берилган. Ушбу ўқув қўлланма 5А 510107-юқумли касалликлар (фтизиатрия) мутахассислиги бўйича таълим олаётган олий тиббиёт ўқув юртларининг магистрантлари учун мўлжалланган. Регистрация номери-375-127.

УЎК 616.24-002.5(075.8)

КБК 55.4я73

ISBN 978-9943-7688-2-6

© Ташпўлатова, Ф.К.  
© NURFAYZ NASHRIYOTI  
Тошкент 2021 й

## Кириш

Хозирги замонда фтизиатриянинг энг долзарб масалаларидан бири бу силни комплекс даволаш самарадорлигини оширишдир. 21 асрда силни замонавий технологияларни қўллаб даволаш самарасини ошириш имконини беради, лекин сил микобактерияларининг дориларга турғунлик ҳосил қилиши охиригача ечилмагани бутун дунёда глобал муоммолигича қолмоқда. ЖССТ тавсиялари буйича илмий асосланган силни химиотерапияси комплекс ёндашув асосида олиб борилиши ҳамда кўрсатмалар бўлганда патогенетик даво, коллапсотерапия, фитотерапия, санатор курорт давоси билан биргаликда олиб борилиши керак.

Силни даволаш машҳур инглиз шифокори Жон Крофтон таъкидлаганидек «Агарда шифокор тўғри даво тавсия қилган бўлса, бемор эса давонинг бутун курсида шифокор тавсияларни аниқ бажарса, бемор албатта силдан соғайиб кетади. Лекин давони шундай ташқил қилиш керакки, беморнинг одатий ҳаёти, ҳаёт сифати ҳам ўзгариши керак» деган тамойилга асосланган.

## 1 боб. СИЛ ДАВОСИНИНГ УМУМИЙ АСОСЛАРИ

Фтизиатрия фанининг ривожланиши, туберкулез (ТБ) хасталигини даволаш учун кенг имкониятлар яратди. *Химиотерапия, кимётерапия (силга қарши терапия)*: бу этиотроп (специфик, махсус) терапия бўлиб, сил микобактерияларининг популяцияларини халок қилиш (бактерицид таъсир) ёки уларнинг кўпайишини тўхтатадиган (бактериостатик таъсир) га қаратилган силга қарши дориларнинг оптимал комбинацияларини узок муддат давомида қўллашдан иборат.

Химиотерапия имкони қадар сил диагнози аниқлангандан ва верификация қилинганидан кейин барвақт бошланиши керак.

Химиотерапия 2 босқичда: интенсив, стационар ва кўмак, амбулатор босқичда олиб борилади.

*Химиотерапия режими* бу силга қарши дорилар ва антибактериал дориларнинг комбинацияси, уларни қабул қилиш муддати, дозалари,

назорат таҳлилларини ўтказиш муддатлари, давони ўтказишни ташкилий шакллари тушунилади.

**Силда режимни аниқлаш.** Янги беморлар- жараён илк бор топилган, олдин силга қарши даво олмаган, доиларга сезувчан сил - ДСС (ЛЧТБ) аниқланган.

Олдин сил буйича 1 ой ва ундан кўп муддат СҚД билан даволанган, сил рецидиви, режим бузилиши ва нохуш оқибат. ДСС (ЛЧТБ) аниқланган.

Химиотерапия силни даволашнинг асосий компоненти ҳисобланади.

Химиотерапия имкони қадар сил диагнози аниқлангандан ва верификация қилинганидан кейин барвақт бошланиши керак.

Хозирги замон фтизиатрия фанининг ривожланиши, сил, туберкулез (ТБ) хасталигини даволаш учун кенг имкониятлар яратди. ТБ ни даволаш бекаму куст олиб борилиши шарт, унинг асосий тамойиллари мавжуд ва қуйидагилардан иборат.

Химиотерапия силни даволашнинг асосий компоненти ҳисобланади.

ТБ ни даволаш бекаму куст олиб борилиши шарт, унинг асосий тамойиллари мавжуд ва қуйидагилардан иборат.

1. **Кимётерапия ўз вақтида, имкон қадар, барвақт бошланиши самарали даволашнинг асосидир.** ТБ касаллигини барвақт аниқлаш ва ўз вақтида тўла-тўқис даволаш сил жараёнининг кичик хажмдаги энгил, инволютив кечадиган турларининг қолдиг ўзгаришларсиз, батамом сўрилиб кетишига олиб келади. Жараён кеч аниқланганда, фиброз, чандикли ўзгаришлар ривожланиши, бронхлар дренажининг бузилиши, даволашни қийинлаштиради ва кўпинча бошқа касалликлар қўшилиши, дориларнинг ноҳўя таъсири, дориларга турғунлик даволаш самарасига ёмон таъсир қилади.

2. **Махсус ТБга қарши дориларни тўла қўлланиши.** Иккита ва ундан ортик кимёвий дориларни бирга қўллаш, уларнинг бактериостатик хусусиятларини кучайтиради ва дориларга турғунлик ривожланишининг олдини олади.

3. ТБни даволаш муддати силнинг тури, даври, СМБ ажратиш муддати, дориларга турғунлик, даволаш самараси билан белгиланади.

4. ТБ касаллигини даволашнинг давомийлиги- ТБга қарши дориларни узоқ вақт давомида стационар, санаторий ва амбулатория шароитида мунтазам қабул қилиш самарали даволашнинг асосларидан ҳисобланади. Маълумки, буюрилган дориларни мунтазам қабул қилмаган беморларда ТБ жараёни қайталаниши ҳамда дориларга турғунлик ривожланиши хавфи юқори бўлади.

5. ТБга қарши дориларнинг **меъёрий миқдорини тавсия этишда** - беморнинг ёши, вазни, қўшилиб кечаётган хасталикларнинг бор ёки йўқлигини инобатга олиш керак. Дориларнинг энг меъёрий кундалик миқдорини аниқлашда уларнинг диффуз хусусиятларини, бемор қонидаги миқдорини, организмдан чиқиб кетиш йўллари ва вақтини ҳисобга олиш лозим. Ёш болалар ва катта ёшдаги беморларга қўлланиладиган дорилар миқдори (дозаси) стандарт миқдордан ўртача 1/3 га кам бўлиши керак.

6. ТБга қарши дорилар **безор усулларда** юборилиши керак. Силга қарши дорилар кўпроқ таблетка, капсула, куқун шаклида бўлади, 2-3 маҳал ичиш тавсия қилинади. Рифампицин, этамбутол, пиразинамид,

стрептомициннинг эса кундалик миқдорини бир маҳал ичиш мақсадга мувофиқ. Стационарда силга қарши дориларни бемор ҳар куни қанда қилмай ичиб туриши керак (1-жадвал).

*1-жадвал*

*Қўлланиладиган махсус кимёдориларнинг стандарт ва кундалик миқдори*

Дори	Бир марталик миқдори	Кунлик миқдори	мг/кг
1.Изониазид	0,3-0,6	0,6	10
2.Фтивазид	0,5-1,5	1,0-1,5	20-25
3.Метазид	0,5	1,0	15
4.Рифампицин	0,6	0,6	10
5.Этамбутол	1,2-1,8	1,2-1,8	20-25
6.Стрептомицин сульфат	0,5-1,0	1,0	15
7.Этионамид	0,25-0,5		
8.Протионамид	0,25-0,5	0,75-1,0	10-15
9.Пиразинамид	0,25-0,5	1,5-2,5	25-30
10.Циклосерин	0,25	0,75	10-12
11.Канамицин	0,5-1,0	1,0	15
12.Натрий параминасо-лицилат (ПАСК-натрий)	3,0-12,0	9,0-12,0	150-200
13.Тиоацетазон (тибон)	0,05	0,10-0,15	0,5-1,0
14.Рифабутин	0,15	600	
15.Таривид (офлодекс, квинтор, ципролет)	400	800	
16.Капреомицин	0,5-1,0	1,0	15



Расм.1 силга қарши 1 қатор дорилари

ТБга қарши баъзи дориларнинг кунлик дозасини бир маҳал ичиш давонинг самарасини оширади, чунки бемор қонда ва сил ўчоқларида дорининг юқори концентрацияси хосил бўлади. Бундан ташқари, тиббиёт ходимларининг бемордаги даволаш самарасини назорат қилиши осон бўлади. Бу, айниқса, изониазид, рифампицин, этамбутол учун зарур. Силга қарши захирадаги дориларни шу тартибда қўлланилиши, уларнинг захарлаш таъсирини оширади. Махсус дориларни, чунончи изониазид ва рифампицин, этамбутол, пиразинамидни **кун ора** (интермиттик) усулда ичиш шали ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Бу усул, айниқса, амбулатория шароитида даволашни энгиллаштиради. Махсус дориларни кун ора буюрганда кундалик миқдори ортиқроқ, чунончи рифампицин-20-25 мг/кг, изониазид-15 мг/кг, этамбутол- 40-50мг/кг, пиразинамид- 75-100 мг/кг буюрилади. МДШ мамлакатларида кенг тарқалган усуллардан бири - махсус дориларни томирга юбориш. Дориларни томирга юборилганда юқори бактериостатик концентрация хосил қилади, ошқозон-ичакка салбий таъсир қилмасдан, бемор организмга қон орқали тушади. Томирга изониазид, рифампицин, ПАСК-натрий, этионамид, офлодекс, ломефлаксацин юборилади. Силнинг оғир, ҳатто катта ҳажмдаги ўзгаришлар билан кечадиган миллиар, казеоз

зотилжам, сил менингити каби турларида дориларни томирга юборилади. Ошқозон-ичак хасталикларида сил беморларга ҳам томирга юборган маъкул.

**Монеликлар:** флебит, тромбофлебит, кон ивиши жараёнининг бузилиши, кон айланиши етишмовчилиги, 2-3 даражадаги гипертония, тарқоқ атеросклероз, декомпенсация давридаги гепатит ва жигар циррози, нефроз, ўпкадан кон оқиши, микседема, эпилепсия. Ёши 60 дан ошган беморлар, дориларни томирга юборишни хохламайдилар, шунинг учун уларнинг кўнглига қараш керак.

Рифампицин, стрептомицин, канамицин эндобронхиал йўл билан юборилганда ўпка сили ва носпецифик хасталикларда, бронхларда силга хос ўзгаришлар бўлганда самарали бўлади.

**ТБга қарши дориларни аэрозол ва ингальяция йўли билан юбориш** сил беморларни даволашда ўз ахамиятини йўқотмаган.

**Монеликлар:** беморнинг оғир аҳволи, муолажадан кейин брехоспазм, узоқ муддат оғир кечадиган йўтал.

Эндобронхиал ва бошқа усуллар билан олиб борилганда яхши натижа беради.

ТБга қарши дориларни қабул қила олмаслик, ошқозон-ичак, жигар хасталиклари мавжудлиги дорилардан-рифамицин, изониазид, этионамидни **шамча сифатида** қўналланишга кўрсатмадир.

Сўнги йилларда ТБга қарши дориларни **лимфотроп** юбориш кенг қўлланилмоқда. Бу усулда лимфа тизимида махсус дори катта миқдорда ҳосил бўлади ва иммун тизим кўрсаткичлари яхшиланади, дорилар жигар ва овқат ҳазм қилиш тизимида бормасдан, тўппа-тўғри лимфа ва қонга ўтади. (Белоцерковец В.Г., 2002). Изониазид ва канамицин лимфотроп усулда юборилади, микрокорректор сифатида гепарин, лидаза, новакаин қўлланилади.

**Кимётерапия** - сил билан хасталанган бемор организмида сил микобактериялари популяциясини йўқотишга олиб келадиган этиотроп даволаш усулидир.

Хозирги вақтда кимёпрепаратларни мажмуавий (кўшиб) қўллаш бутун дунёда тан олинган бўлиб, дориларга турғунлик пайдо бўлишининг олдини олиб, бактериоцид самарадорликни оширади.

Хозирги замон молекуляр биологиянинг тараққиёти, силга қарши турли дориларнинг микроб хужайрасига таъсир механизмини ўрганиш имконини берди.



Расм.2 ГИНК гуруҳи препаратлари.

Маълумки, изониазид бактерия хужайралари деворидаги микон кислота синтезини кескин сусайтириш ҳамда цитоплазма ДНКдан ташкил топган грануляр субстанциясини бузиши туфайли, сил микобактерияларига, айниқса кўпайиш хусусияти юқори бўлган ёш микроб шужайраларга бактериоцид таъсир қилади. Рифампициннинг ҳам ДНК синтезини тезлатадиган рибосомадаги РНК фаоллигини сусайтирадиган бактериоцид таъсири бор. Рифампицин, изониазид сингари тез таъсир қилишдан ташқари, секин кўпаядиган, хатто персистенция холидаги сил микобактерияларига ҳам таъсир қилади.

Пиразинамид фақат секин кўпаядиган ва жумладан, макрофагларда хужайра ичида жойлашган СМБ ларга бактериоцид таъсир қилади. Пиразинамиднинг таъсир механизми батафсил ўрганилмаган, лекин энг самарадор натижа — рН 5,5 бўлган кислотали мухитда персистенция холидаги сил микобактерияларига нисбатан таъсири кузатилган.

Стрептомицин нисбатан кучсиз бактериостатик хусусиятга эга бўлиб, асосий таъсир механизми рибосомал протеинларни боғлаш,



кайси компоненти хисобига эканлигини аниқлаш кийин ва ҳар бир беморнинг ўзига хос ёндошишни қийинлаштиради (2-жадвал).

2-жадвал

*Кўп компонентли ТБга қарши препаратлар*

Номи	Таркиби
1.Рифатер	Ҳар бир таблеткада Н50мг+R120мг+Z300мг
2.Рифамат	Ҳар бир таблеткада- Н300мг+R600мг
3.Зукокс плюс	Ҳар бир капсулада- Н300мг+R450мг
4.Римстар-4/DC	Ҳар бир капсулада -Н75мг+R150мг+E275 мг +Z400мг
5.Римкуре-4/DC	Ҳар бир капсулада- Н75мг+R150мг+Z400мг
6.Римоктазид	Ҳар бир таблеткада Н75мг+R150мг
7.Изоэрефат	Ҳар бир таблеткада Н300мг+R450мг
8.Майрин	Ҳар бир таблеткада Н75мг+R150мг+E300мг
9.Рифапентин	Ҳар бир таблеткада Н300мг+R600мг
10.Т-рифамизон	Ҳар бир таблеткада Н150мг+R300мг
11.Зукокс кит	Ҳар бир блистерда 1 капсула 300мг Н+ R450мг+ 2 капсула Z800мг бор
12.Зукокс Е	Ҳар бир блистерда 1 капсула 300мг Н+ R450мг+ 2 капсула Z800мг+ 2капсула шар бири 800 мг былган этамбутол бор
13.Тубитал-1	Таркибида 1 капсула 300мг Н+ R450мг+ 2 капсула Z1000+E1200мг былган 9 блистердан иборат
14.Тубитал-2	Таркиби 1 капсула 300мг Н+ R450мг+ 2 капсула E1200мг иборат 18 блистер
15.Анакокс кит форте	Ҳар бир блистерда 1 капсула 150мг Н+ 2 капсула R300мг+ 2 капсула Z 750мг+ 2 капсула E 600 бор. R600+Н300+E1200+Z1500
17.Рифинаг	R100+Н150
18.Тибинекс	R150+Н100
19.Фтизозтам	Н150+E150+витаминВ6 (30)
20.Рифакомб	R150Н100+витамин В610
21.Римкур	R150Н150Z400
22.Тубовит	R150+Н100+витамин В610
23.Трикокс	R150Н150Z350
24.Изокомб	R120+Н60+Z300+E225+ витаминВ6-(10 мг)
25.Ломекомб	Ломеофлаксацин200+Н135+Z370+E325+

	витами $\text{B}_6$ -(10 мг)
26.Противокомб	Ломеофлакцаин 200+ протионамид(188) + Z(370) +E(325) + витамин B6-(10 мг)

Изох: Н- изониазид, R- рифампицин, Z- пиразинамид,  
E-этамбутол.



Расм.3. Куп компонентли силга қарши дорилар

Текширишлар, силга қарши кўп компонентли дориларнинг фармакокинетик кўрсаткичларининг хар бири алоҳида ичилган силга қарши дорилар кўрсаткичларидан қолишмаслигини кўрсатди. Кўп компонентли силга қарши дориларни, дориларга сезгир, илк бор сил билан хасталанган беморларни жадал даволашнинг кўмак босқичларида қўллаш тавсия этилади. Бундан ломекомб ва протиокомб истисно. Бу дорилар таркибида ломеофлоксаин борлиги изониазид ва рифампицинга тургун сил турларини даволашга кўрсатмадир. Силга қарши кўп компонентли дориларнинг ножўя таъсири хар бири алоҳида қўлланиладиган силга қарши дорилар ножўя таъсирлари билан бир хил.

Хозирги вақтда, биринчи марта сил жараёни аниқланган беморларда кимётерапияни икки босқичда олиб бориш асосланган.

Биринчи боскичда — даволашнинг илк боскичи - 2-3 ой давомида 4-5 та кимёвий дориларни қўллаб, сўнгра 2 кимёвий дори қўлланилади. Айни вақтда бактериоцид хусусиятга эга бир нечта дори бериш даволаш муддатини 6— 8 ойгача қисқартириш имконини беради.

Кимётерапия биринчи боскичининг асосий мақсади тез қўпаядиган микроб хужайралари ҳисобига бактерия популяциясини кескин камайтириш бўлса, иккинчи боскич эса, тез қўпаядиган персистенция холидаги бактерияларнинг янгидан-янги қўпайиши олдини олишга қаратилган.

Кимётерапия усулларини танлашда сил хасталигининг клиник турлари эмас, балки балғамда сил микобактерияларининг борлигини белгилайдиган бактерия популяциясининг миқдори, сил билан зарарланган аъзолардаги зарарланиш ҳажми, бемор ахволининг оғирлиги муҳим аҳамиятга эга.

Сил жараёнининг ботиши балғам конверсиясидан анча орқада қолиб, самарали кимётерапиядан бир неча ой ўтгач кузатилади. Шартли равишда сил жараёни регрессиясининг изчил 3 та боскичини ажратиш мумкин:

1. Заҳарланиш белгилари — ҳолсизлик, ҳарорат қўтарилиши, терлаш ва ҳоказо ҳамда йўтал, балғам ташлаш каби клиник белгиларнинг йўқолиши;

2. Балғамда СМБ миқдорининг камайиши ва умуман йўқолиши.

3. Сил билан зарарланган аъзолардаги яллиғланишнинг сўрилиши, кавакларни ёпилиши ва репаратив ўзгаришларнинг ривожланиши.

**Стационар даво:**

**Шошилинч госпитализацияга кўрсатмалар:**

Қон туфлаш;

Ўпкадан қон кетиш;

Спонтан пневмоторакс;

Плевра эмпиемаси;

Экссудатив плеврит;

2-3 даражадаги ўпка юрак етишмовчилиги.

**Режали госпитализацияга кўрсатма:**

Ўпка силининг оғир кўринишлари ўткир зўррайиб борувчи миллиар сил, генерализалашган сил, казеозная пневмония);

интенсив кузатувга мухтож хамрох касалликлар ( чуқур иммунодефицит, қандли диабет, оғир жигар ва буйрак етишмовчилиги);

Хомиладор аёлларда силнинг оғир кечиши;

Сил мик бактерияларини ажратадиган сил беморлари.

Силга қарши дориларга ноғужа таъсирлар (аллергик, токсик, токсик-аллергик реакциялар);

Жаррохлик муложаси еки орган ва тизим фаолияти бузилиши туфайли суткалик врач назоратини талаб қиладиган ҳолатларик .

Очик биопсия, торокоскопия, ригид бронхоскопия, перкард пункцияси каби дифференциал диагностик муложаларни ўтказиш:

Беморларни ЎзР ССВ нинг 2014 йил 27 октябрдаги 389 буйқруги га асосан мажбуран даволаш.

**Амбулатор давога кўрсатмалар:**

Суткалик назратни талаб қилмайдиган сил микобактерияларини ажратмайдиган беморлар,

Сил микобактерияларини ажратадиган , лекин яшаш шароити изоляция қилиш имконияти бор беморлар.

Ҳозирги вақтда, биринчи марта сил жараёни аниқланган беморларда кимётерапияни икки босқичда олиб бориш асосланган.

Биринчи босқичда — даволашнинг илк босқичи - 2-3 ой давомида 4-5 та кимёвий дориларниқўллаб, сўнгра 2 кимёвий дори қўлланилади. Айни вақтда бактериоцид хусусиятга эга бир нечта дори бериш даволаш муддатини 6— 8 ойгача қисқартириш имконини беради.

\* Кимётерапия биринчи босқичининг асосий мақсади тез кўпаядиган микроб хужайралари хисобига бактерия популяциясини кескин камайтириш бўлса, иккинчи босқич эса, тез кўпаядиган персистенция холидаги бактерияларнинг янгидан-янги кўпайиши олдини олишга қаратилган.

\* **Интенсив(стационар) босқич (ИФ)** – метаболик фаол ва макрофаглар томонидан фагоцитозга учраган микобактерияларни бартараф этишга қаратилган(натижа - балғам конверсиясига эришиш, МБТ мусбатдан манфийга ўтиш).Касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш, сил микобактерияларини ажратишни тўхтатиш ва дориларга турғунлик ривожланишини олдини олиш мақсадида сил микобактериялари популяцияларига максимал таъсир этиш, аъзоларда яллиғланиш ва деструкция ўзгаришларини камайтиришга қаратилган.

\* Стационар, интенсив босқич жаррохлик муложасига тайёргарчилик босқичи бўлиши мумкин.

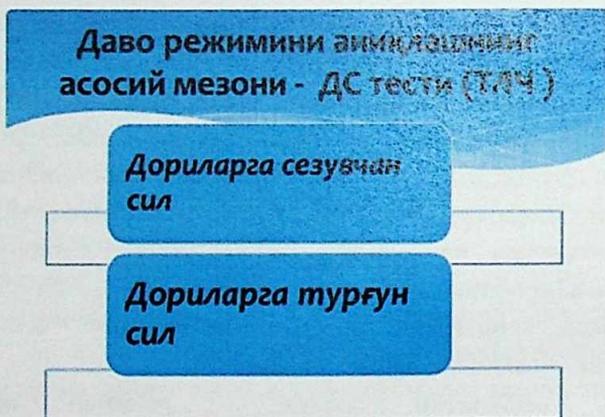
\* **Кўмак, амбулатор босқич** сақланиб қолаётган микобактериялари популяциясини бартараф этишга қаратилган бўлиб сил жараёни яллиғланишни камайтиришга ва сил жараёни инволюциясига, беморни функционал имкониятларини тиклашга қаратилган.

**Кўмак босқич** – семидормант сил микобактерияларини бартараф қилишга қаратилган. Унинг мақсади – даво самарасини мутахкамлаш ва касалликни қайталанишини олдини олишдир

Кимётерапия усулларини танлашда сил хасталигининг клиник турлари эмас, балки балғамда сил микобактерияларининг борлигини

белгилайдиган бактерия популяциясининг миқдори, сил билан зарарланган аъзолардаги зарарланиш ҳажми, бемор ахволининг оғирлиги муҳим аҳамиятга эга.

*Клиник соғайиш* – бу даво тугагандан кейин клиник-рентгенологик, лаборатор маълумотлар билан тасдиқланган сил жараёнини турғун битишидир. Сил беморининг соғайиши бир бирига боғлиқ 2 омил билан белгиланади: сил микобактерияларининг кўпайётган популяциясини силга қарши дорилар ёрдамида бартраф этишишкастланган ўчоқларда сил жараёни регрессияси ва репаратив ўзгаришларни ривожланиши.



Расм.4. Сил беморни даволашнинг асосий мезони

## 2 боёб. ДОРИЛАРГА СЕЗУВЧАН СИЛ БЕМОРЛАРИНИ ДАВОЛАШ

- \* Стандар ёндашув.
- \* СМТ нинг ДС тестларини (ТЛЧ) тез аниқлаш усуллари асосида химиотерапия тавсия этиш.
- \* 4-6 СКД дан иборат комбинациялашган химиотерапия
- \* Химиотерапиянинг икки босқичда олиб борилиши.
- \* Бир вақтнинг ўзида 1 ва 2 қатор химиопрепаратларни қўллаб эмпирик режим тавсия қилиш мумкин эмаслиги.
- \* Мулоқатда бўлган шахснинг СМТни ДС (ТЛЧ) натижасини ҳисобга олиниши.
- \* Олдин қабул қилинган даво ҳақида маълумотларни ҳисобга олиш.
- \* СМТнинг ДТ ҳолатини аниқланса, ўз вақтида давони ўзгартириш.
- \* СКД НТ мониторинги ва профилактикаси.

*Химиотерапия 2босқичда: интензив, стационар ва кўмак, амбулатор босқичда олиб борилади.*

### **Умумий тамойиллари:**

1. Ўпка силининг биринчи марта топилган беморларга микроскопия билан бир қаторда тесты Хpert МТВ RIF/Ultra ёки HAIN МТВDRplus тестлари утказилиши керак.
2. Ўпка силининг кайталаган шакллари билан касалланган беморларга Хpert МТВ RIF/Ultra, HAIN ёки MGIT 1 қатор дориларига сезувчанлик натижаларисиз даво бошлаш катиян ман этилади!
3. Агарда беморда Хpert МТВ RIF/Ultra натижалари манфий булса, еки ДСТ(ТЛЧ) ни натижаларини озик мухитлардига



натижасини кутиш режимида булса СКДнинг 1 катори тавсия килинади :

Агада бемор олдин СКД умуман қабул қилмаган булса еки 1 катор дориларини 1 ой муддатдан кам қабул қилган булса

Дориларга тургун сил беморлари билан яқин мулоқат ҳақида маълумот булмаса ;

Xpert MTB RIF/Ultra усуллари билан аниқланган дориларга сезувчан сил микобактерияларини ажратадиган сил бемори билан мулоқатда булган сил микобактерияси ажратмайдиган сил бемори.

#### *Дориларга сезувчан силни стандарт давоси:*

1. Барча янги топилган сил беморларига Xpert MTB RIF/Ultra буйича рифампицинга сезувчан (RIF-S) натижага эга беморлар ДСТ(ТЛЧ) натижасини олгунча;

2. Қайталанган, дориларга сезувчансил беморларида RIF-S Xpert MTB RIF/Ultra да тасдиқланган ҳолатлари дориларга сезувчангликнинг HAIN, MGIT усуллари буйича 1 катор СКД га сезувчанглик натижасини олгунча;

3. Xpert MTB RIF/Ultra усуллари буйича сил микобактерияси ажратмайдиган илк бора аниқланган сил беморлари, улар озик муҳитга экиш натижаларини кутиш режимида буладилар еки ҳеч қачон дориларга тургун сил беморлари билан мулоқатда булмаган, ҳеч қачон сил беморлар, сил буйича даволанмаган беморлар

#### *Даво режими:*

Илк бора аниқланган ва қайталанган, сил дориларига сезувчан шакллари : 2 ой H75R150Z400E275 / 4 ой H75R150 схемасидан бошлайди.

Интенсив босқични чўзиш МВКК ( ЦВКК) қарорига қура қуйидаги ҳолатларда амалга оширалади:

Агарда 2 ой даводан кейин балғам конверсияси бўлмаса H75R150Z400E275 схемасини 1 ойга чузилади (28 доза);

Тарқалган сил шаклларида 2 ой даводан кейин яққол булмаган клиник -рентгенологик натижада H75R150Z400E275 чўзилади 1 ойга

(28 доза). Давонинг 3 ойида яққол намоён булган клиник рентгенологик ўзгариш бўлмаса балғамни 1 ва 2 қатор дориларга сезувчанлигини қайтадан текшириш керак

**Давонинг кўмак босқичи МВККК (ЦВВК) қарори билан қуйидаги ҳолатларда чузилади:**

-ўпка силининг катта ҳажмдалиги (тарқалган, милиар, тарқалган деструктив сил) 7 ойгача;

-тарқалган ўпкадан ташқари сил (ТБ менингит, суяк бўғим сили, сийдик ва жинсий аъзолар сили 10 ойгача

**Жадвал 3**

**Катталарда дориларга сезувчан силни даволашда қўлланилидиган дозалар:**

Препарат	Суткалик доза ( мг/кг)
Изониазид (H)	5 (4-10)
Рифампицин (R)	10 (8-20)
Пиразинамид (Z)	25 (20-30)
Этамбутол (E)	15 (15-20)

**Жадвал 4**

**Комбинациялашган силга қарши дориларни катталарга тавсия қилинган суткалик дозалари**

Даво босқичи	Вазн масса (кг)			
	30-37 кг	38-54 кг	55-70	> 71 кг
Интенсив босқич H75R150Z400E275	2	3	4	5
Кўмак босқич H75R150	2	3	4	5

**Препаратларни қабул қилиш:**

Дориларни суткалик дозаси бир матра қабул қиланади: интензив босқичда – ҳафтасига 7 кун , кўмак босқичда – ҳафтасига 6 марта , яқшанбадан ташқари;

амбулатор давога тса интензив давода ҳам ҳафтасига 6 марта , яқшанбадан ташқари;

агарда дорига ножуя таъсирлар кузатилса суткалик дозасини бир нечтага булиб қабул қилиш тавсия қилинади.

Кимётерапиянинг, айниқса дастлабки босқичида, капсула ёки таблетка холидаги кимёпрепаратларни хар куни қабул қилиш самарали даволашнинг асосий шартидир. Шифохона шароитида тиббиёт ходимлари назоратида беморларга таблеткаларни ёки капсулани ичиб туриш имконини беради.

Беморларни кимётерапия жараёнида кузатиш фақатгина назорат учунгина эмас, балки биринчи ойда бир марта беморлар балғамини оддий микроскопда сил таёқчаларини аниқлаш учун зарур.

Бемор балғамида СМБ сони, одатда, даволашнинг иккинчи ойда камаяди ва бактерия популяцияси микдорининг камайишидан далолат беради. Жуда кўп микдорда сил таёқчалари ажратилган холларда, балғам конверсияси даволашнинг 3—4 ойлари охирида кузатилиши мумкин. Баъзан бемор 6—8 ой давомида сил таёқчаларини, айниқса, дориларга бирламчи турғунлик бўлганда ажратиб туриши мумкин. Шу сабабли, даволашдан олдин балғамнинг сил таёқчаларига ҳамда дориларга сезгирлигини аниқлаш жуда муҳим. Текшириш натижаларини кимётерапияда текшириб бориш зарур: силга қарши дорилардан баъзи бирларига турғунлик бўлганда бошқа дорини бериш керак.

Сил таёқчаларининг дориларга сезгирлигини ўрганишни, айниқса I—II гуруҳ беморларда клиник, рентгенологик ва бошқа лаборатор текширувлар билан олиб бориш керак. Кимётерапиянинг асосий мақсади силга қарши дориларнинг бактерицид таъсирида СМБ популяциясини камайтириб, йўқ қилиш.

Бактерия популяцияси камайганисари сил яллиғланиши сўрилади, каваклар ёпилади, ўчоқлар инкапсулляциясига яхши шароит туғилиб, склроз жараёнининг олдини олиш мумкин.

Сил жараёнининг битиши балғам конверсиясидан анча орқада қолиб, самарали кимётерапиядан бир неча ойўтгач кузатилади. Шартли равишда сил жараёни регрессиясининг изчил 3 та босқичини ажратиш мумкин:

1. Заҳарланиш белгилари — ҳолсизлик, ҳарорат кўтарилиши, терлаш ва ҳоказо ҳамда йўтал, балғам ташлаш каби клиник белгиларнинг йўқолиши;

2. Балғамда СМБ миқдорининг камайиши ва умуман йўқолиши.

3. Сил билан зарарланган аъзолардаги яллиғланишнинг сўрилиши, кавакларниёпилиши ва репаратив ўзгаришларнинг ривожланиши.

Буйрак етишмовчилигида кимёпрепаратларнинг тўпланиши эҳтимоли кескин ошиши билан бирга, уларнинг фармакокинетикасида жиддий ўзгаришлар рўй беради. Бу ҳол дориларга нисбатан реакциялар сонини ошириб, даволаниш самарадорлигини пасайтиради. Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш учун қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

- даволаш схемасига нефротоксик препаратлар – S (K/A), E, қўшилмайди ва даволанишнинг алтернатив схемалари қўлланилади;

- буйрак етишмовчилиги даражасини инобатга олиб, препаратлар миқдорини 1,5-2 баробар камайтирилади;

- препаратлар оралиқ тартибда қабулқилинади;

- умумий токсик таъсири кам бўлган кимётерапия услублари қўлланилади - ЭЛТ ва ёки ЛТТ, препаратлар маҳаллий юборилади;

- жигар ва буйрак фаолиятини ҳимоя қилувчи ва кучайтирувчи патогенетик даволаш тадбирларини ўтказиш тавсияқилинади.

Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш жараёни шартли равишда, буйраклар ва жигар фаолияти, қондаги электролитлар ва кислота-ишқорий ҳолатнинг мониторинги билан олиб борилади.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида, беморларга кимётерапияни ўтказишнинг деярли имконияти бўлмайди. Беморлар, асосан, симптоматик даволанади.

## **СИЙДИК ЧИҚАРИШ ЙЎЛЛАРИ ВА ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СИЛИНИ ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ**

### **Фармакотерапия**

Сийдик ажратиш йўллари ва жинсий аъзолар силининг замонавий кимётерапияси этиотроп, носпецифик антибактериал ва патогенетик терапияни ўз ичига олади, хар бир бемор учун ўзига хос равишда энг мукамал даволаш тартиби ва услубларини танлашни тақозо этади.

### **Махсус антибактериал терапия услублари**

#### **Махаллий кимётерапия усуллари**

Даволаш самарадордлигини ошириш мақсадида, умумий махсус кимётерапиядан ташқари, фтизиоурология амалиётида махаллий этиотроп терапия услублари кенг қўлланилади.

Бу услублар кырсаатмаларга қараб қуйидагилардир:

- қовуқ силида қовуқ бўшлиғига АБП - S (K), R, H ларнинг – новокаин ва/ёки лидокаин эритмаси билан, патогенетик даволаш воситалари аралашмалари инстилляциялари, АБП - S(K) ёки H электрофорезини хам қўллаш мумкин;

- простата беzi силида R, H ли хуқна шамчалар, оғриқсизлантирувчи ва патогенетик терапия воситалари қўшилган холда қўлланилиши мумкин. Махаллий кимётерапия оғриқсизлантирувчи ва патогенетик терапия воситалари қўшилган холда H ва/ёки S (K) микроклизмалари ёки “Стержен-1” турдаги ултратовуш терапия ёрдамида буларнинг эритмаларини тўғри ичакка томчилаб юбориб, ректал фонофорез ўтказиш мумкин;

- уретра силида уретрага АБП - S (K), R, H ларнинг – новокаин ва/ёки лидокаин эритмаси билан, патогенетик даво воситалари қўшилган аралашмалари инстилляциялари ўтказиш мумкин;

- сил (орхо)эпидидимитида шам АБП - S (K) ёки H электрофорезини қўллаш мумкин;

- силга қарши препаратлар - S (K), R, H жаррохлик муолажаси давомида операция жароҳатларига, операциядан кейинги муолажларда жароҳатлар бўшлиғига, оқма яраларга юбориш мумкин.

Махаллий кимётерапия услубларини қўллаш давомида, умумий ва махаллий антибактериал терапиянинг умумий хажмини шисобга олган холда, АБП ларнинг кунлик микдорини аниқ хисобга олиш шартлигини эсдан чиқармаслик зарур.

### **Махсус эндолимфатик ва лимфотроп кимётерапия**

Хозирги кунда махсус эндолимфатик ва/ёки лимфотроп терапияларни қўллаш фтизиоурологик беморларни этиотроп даволаш услубларидан юқори самарадорлиги эътироф этилган.

ЭЛТ ва ЛТТ қўлланилишининг назарий асосларини куйидагилар ташкил этади:

- лимфа тизими, гомеостаз ва гуморал транспортнинг бевосита қисми бўла туриб, этиология ва патогенезидан мустасно, барча патологик жараёнларда қатнашади;

- патогенетик омиллар қаторида, лимфа тизимининг фаолияти ўзгариши ва бузилиши касалликларнинг ривожланишига ва оқибатига таъсир қилиб, кўпчилик холларда хал этувчи ўринни эгаллайди;

- хозирги замон клиник лимфология воситалари, патологик жараён таъсирида лимфа тизимининг сусайган фаолиятини кучайтириб бериш имкониятларига эга;

- бемордаги мавжуд лимфа тизими фаолиятининг бузилишини барвақт тузатиш ва мукаммалаштириш, касалликни даволашда мухим, қатор холларда эса - асосий шартлардан бири бўлади.

- *Кимёпрепаратлар инфузияси.* АБП эритмлари аралашмаси фақат автоматик инъектор ёрдамида лимфа томирига юборилади. У аралашмани жуда секин, бир хил тезликда ва тўхтовсиз юборилишини таъминлайди. Бу энг давомли босқич. Дорилар аралашмасини жуда секин ва тўхтамай юборилиши лимфа тизи-мининг морфофункционал

хоссаларига, яъни, лимфа томирларининг мўртлиги ва ичидаги босим пастлигига тўла мос.

### **Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш тартиби**

Беморларга Н 0,5 г ва К/А 0,5 г 0,5% новокаиндаги эритмаси юборилади. Инфузиялар хар куни, автоматик инъектор ёрдамида 0,2-0,5 мл/мин тезликда юборилади. Муолажа давомида ва ундан кейин бемор 2 соат давомида ётиши шарт. Инфузия тугагач, микрокатетерни 1,0 мл натрий хлориднинг 0,9% эритмаси билан ювиб, 0,5 мл (2500 Б) гепарин юборилади. Хар бир катетеризацияга, ўртача 8-12 эндолимфатик инфузия тўғри келади. ЭЛТ дан ташқари, бемор, шифокор танлаган схемага асосан, 2-3 хил АБПни (R, E, Z, F) одатдаги микдорда қабул қилади.

ЭЛТ ўтказилганда ижобий натижалар эрта намоён бўлади. Буйрак сили билан касалланган беморларда 2-3 инфузиядан сўнг оғриқ белгилари йўқолади ёки жуда камаяди. Қовуқ силида, ЭЛТ динамикасида 5-12 кун муддат ичида дизурия аломатлари йўқолади ёки жуда камаяди. Ижобий ўзгаришлар ярали циститда рўйи рост намоён бўлади. Микроцистис билан хасталанган бемор, қовуқ хажми кичрайгани туфайли, тез-тез сияди (поллакиурия). Простата бези сили ва сурункали простатитда ЭЛТ курсидан сўнг, оғриқ тезда йўқолиши, простата безининг физикал текширувда ижобий ўзгаришлари ва потенциянинг кучайиши кузатилади. Бундай натижаларга эришмоқ учун оддий услубларда 25-30 кундан тортиб, 2-4 ва бундан кўп ой муддат давомида даволаниш керак.

Эндолимфатик кимётерапия динамикасида кузатиладиган самарали даволаш таъсири ва патология ўчоги чегараланиш жараёнининг тезлашиши, кўрсатмалар мавжуд холатларда, атиги 8-10 инфузиядан кейин жаррохлик муолажасини ўтказишга имкон беради. Маълумки, бирламчи беморга буйрак сили сабабли нефроуретерэктомия ўтказиш учун камида, 1,5-2 ой давомида махсус антибактериал терапия ўтказиш керак, эпидидимэктомия учун эса 1-

1,5 ой зарур. Баъзи холларда, даволаш самараси юқори бўлиши сабабли, жаррохлик муолажасидан воз кечиб, ЭЛТнинг ўзи кифоя қилади.

Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун, асосан, дориларга ноҳўя таъсирот пайдо бўлиши эҳтимоли катта бўлган беморлар танланган. Бу беморлар анамнезида гепатит былган ёки/ва сурункали гепатит билан хасталанганлар, ошқозон-ичак тизими хасталиклари бор, қандли диабет, буйрак етишмовчилиги, анамнезида дорилардан захарланиш турдаги ноҳўя таъсирини ўтказганлар. Бундай беморларда оддий услубларда самарали ва сифатли махсус кимётерапия тўла хажмда амалга ошириш жуда мураккаб масаладир.

#### **Эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун кўрсатмалар**

1) кимётерапия оддий услублар самарасининг камлиги ва/ёки жадал антибактериал терапияни ўтказиш зарурати;

2) фтизиоурологик беморларни жаррохлик муолажасига тайёрлаш;

3) дориларнинг ноҳўя таъсири ривожланган ёки бундай ҳолатнинг юқори эҳтимоли мавжуд бўлган беморларда кимётерапияни ўтказиш зарурати.

**Махсус эндолимфатик кимётерапия ўтказиш учун қарши монеликлар**

1) оёқлар элефантизми;

2) анамнезда ЭЛТ да қўлланиладиган препаратларга аллергик реакциялар (тез ривожланадиган турларида) мавжудлиги;

3) товонларнинг йирингли касалликлари;

4) декомпенсация босқичидаги қон айланиши етишмовчилиги.

#### **Эндолимфатик кимётерапиянинг асоратлари**

Урогенитал силни даволаганда эндолимфатик кимётерапия ўтказиш жараёнида ва бундан кейин асоратлар кам учрайди. Улар, асосан лимфа суюқлигининг димланиши (лимфостаз) – муолажа ўтказилган томонда товон ва болдирнинг пастки учдан бир қисмида

унча катта бўлмаган шиш сифатида бўлади. Лимфа суюқлигининг димланиши 15-30 кунда ўз-ўзидан қайтиб кетади. Беморларнинг бир қисмида кимёпрепаратларнинг лимфа томири деворига ножўя таъсири оқибатида, яллиланиш (лимфангоит) аломатлари пайдо бўлиши мумкин. Бу шолат, ЭЛТ курси тугагач, 2-3 кундан сўнг ўз-ўзидан йўқолади.

### **Лимфотроп терапия**

Махсус ЭЛТ, кенг қабул қилинган даволаш услубларга нисбатан юқорида кўрсатилган устунликлардан ташқари, бир қатор камчиликларга эга. Булар – шифокор жаррошдан махсус малака талаб этадиган микрожаррохлик муолажаси ўтказиш зарурати, махсус асбоб-ускуна ва жихозлар кераклиги, ўтказиладиган инфузиялар сонининг чегараланганлигидир. Лимфотроп терапия (ЛТТ) самарадорлиги ЭЛТ га нисбатан сезиларли даражада пастроқ бўса ҳам юқорида қайд этилган нуксонлардан холидир. Шу билан бирга, бу иккала услуб бир-бирини тўлдириши мумкин. Хусусан, ЭЛТ курси тугагач, махсус кимётерапияни ЛТТ усулини қўллаб давом эттириш мумкин. Лимфотроп терапиянинг ЭЛТ га нисбатан энг асосий яхшилиги, уни хар қандай шароитида, зарурият туғилганда, амбулатор шароитда ҳам ўтказиш мумкинлигидир.

### **ЛТТ ўтказиш учун кўрсатмалар ва монеликлар**

ЛТТ ўтказиш учун кўрсатмалар ЭЛТ учун келтирилганлардан фарқ қилмайди.

Специфик ЛТТ ўтказиш учун монеликлар қуйидагилар:

- 1) анамнезда ЛТТ да қўлланиладиган препаратларга аллергик жараёнлар (тезда ривожланадиган турлари) мавжудлиги;
- 2) декомпенсация босқичидаги қон айланиши етишмовчилиги.

### **Буйрак етишмовчилигида фармакотерапия**

Буйрак етишмовчилигида кимёпрепаратларнинг тўпланиши эхтимоли кескин ошиши билан бирга, уларнинг фармакокинетикасида

жиддий ўзгаришлар рўй беради. Бу хол дориларга ножўя реакциялар сонини ошириб, даволаниш самарадорлигини пасайтиради. Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш учун қуйидаги тадбирлар ўтказилади:

- даволаш схемасига нефротоксик препаратлар – S (K/A), E, кўшилмайди ва даволанишнинг алтернатив схемалари қўлланилади;
- буйрак етишмовчилиги даражасини инобатга олиб, препаратлар микдорини 1,5-2 баробар камайтиради;
- препаратлар оралиқ тартибда қабул қилинади;
- умумий токсик таъсири кам бўлган кимётерапия услублари қўлланилади - ЭЛТ ва/ёки ЛТТ, препаратлар маҳаллий юборилади;
- жигар ва буйрак фаолиятини химоя қилувчи ва кучайтирувчи патогенетик даволаш тадбирларини ўтказиш тавсия қилинади.

Асосий касаллиги буйрак етишмовчилиги билан асоратланган беморларда кимётерапияни ўтказиш жараёни шартли равишда, буйраклар ва жигар фаолияти, қондаги электролитлар ва кислота-ишқорий ҳолатнинг мониторинги билан олиб борилади.

Сурункали буйрак етишмовчилигининг терминал босқичида, беморларга кимётерапияни ўтказишнинг деярли имконияти бўлмайди. Беморлар, асосан, симптоматик даволанади.

## ***БАЪЗИ БИР ХОЛАТЛАРДА ХИМИОТЕРАПИЯ***

### ***Жигарнинг сурункали касалликлари.***

\* Изониазид рифампицин билан биргаликда ҳамда гепатоксик таъсирга эга бўлмаган битта –иккита СКД, масалан, стрептомицин ёки этамбутол, 8 ой муддат давомида кўрқмасдан тавсия қилинади(стрептомицин 2 ойдан зиёд тавсия этилмайди)

\* Даво схемалари:

\* 1) 2HRSE /6HR

\* интенсив босқич- 2 ой: изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол

- \* Кўмак босқич – 6 ой: изониазид, рифампицин
- \* 2) 2HSE /10HE
- \* Интенсив босқич- 2 ой: изониазид, стрептомицин, этамбутол
- \* Кўмак босқич – 10 ой: изониазид, этамбутол

*\* Жигарнинг сурункали касалликлари.*

\* Изониазид рифампицин билан биргаликда ҳамда гепатоксик таъсирга эга бўлмаган битта –иккита СҚД, масалан, стрептомицин ёки этамбутол, 8 ой муддат давомида кўрқмасдан тавсия қилинади(стрептомицин 2 ойдан зиёд тавсия этилмайди)

\* Даво схемалари:

\* 1) 2HRSE /6HR

\* интенсив босқич- 2 ой: изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол

\* Кўмак босқич – 6 ой: изониазид, рифампицин

\* 2) 2HSE /10HE

\* Интенсив босқич- 2 ой: изониазид, стрептомицин, этамбутол

\* Кўмак босқич – 10 ой: изониазид, этамбутол

*Хомиладорлик ва бола эмизиши .*

\* Стандарт даво кўрсатилган. Препаратлар одатдаги дозаларда тавсия этилади. Стрептомицин хомиладорликда тавсия этилмайди.

\* СҚД қабул қилаётган эмизикли аёллар хавфсирамасдан болаларни эмизиши мумкин.

*Буйрак етишмовчилигида силни даволаш.*

\* Изониазид, рифампицин вапиразинамид организмдан ўт билан ажралади, шу сабабли буйрак етишмовчилигида бу СҚД стандарт дозаоларда кулланса бўлади. Буйрак етишмовчилигининг огир босқичларида изониазид билан пиридоксин кабул қилишлари керак.

\* Этамбутол организмдан буйрак орқали чиқарилади. Этамбутол билан даवони кичик дозаларда олиб бориш ва буйрак фаолиятини мунтазам назорат қилиш тавсия этилади.

\* Буйрак етишмовчилигида силни даво схемаси:

2 HRZ / 6HR

\* Интенсив босқич: 2 ой изониазид, рифампицин , пиазинамид

Кўмак босқич : 6 ой изониазид, рифампицин

### **ОИТС ФОНИДА СИЛНИ ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.**

ОИТС манфий шахсларни даволангандаги схемалар қўлланилади, лекин даво муддати узайтирилади: интенсив босқич ( 3-ойгача) ва кўмак босқич ( 7 ойгача).

Антиретровирус терапияни (арвт) сил билан касалланган барча ОИТС бўлган беморларга қўллаш керак.

\* Биринчи навбатда иммун реконституция синдроми келиб чиқишини олдини олиш мақсадида силга қарши даво (2-8 ҳафта давомда) бошланади, кейин АРВТ қўшилади. сил билан касалланган оитс бўлган беморларда агар cd4 хужайралари миқдори 50 мккл/мл дан кам бўлса арвтни давонинг биринчи 2 ҳафтасида дарҳол бошлаш керак.

\* Сил менингити бўлган ҳолатда АРВТ давонинг 8 ҳафтасидан кейин CD 4 хужайраларининг сонидан ва ДС борлигидан қатий назар бошлаш зарур.

### 3 боб. ДОРИЛАРГА ТУРҒУН СИЛ ХИМИОТЕРАПИЯСИ

Монорезистентлик- СМТ нинг битта силга қарши дорига турғунлиги

Полирезистентлик- СМТнинг икки ва ундан ортиқ силга қарши дориларга турғунлиги, бундан изониазид ва рифампицин истиснодир.

Кўп дориларга турғунлик МЛУ(MDR) : M. Tuberculosisнинг турғунлиги

изониазид ва рифампицинга

Дориларга кенг турғунлик ШЛУ (XDR):

ДТ изониазид, рифампицинга, аминогликозидларнинг бирига ёки полипептидга (К/А ёки Саp) ва фторхинолонга



Расм.5. Силга қарши резерв дорилар

## СКД классификацияси

Кодор СКД	А гуруҳ	В гуруҳ	С гуруҳ
Изониазид (Н)	Леофлосацин (Lfx)	Клофазимин (Cfz)	Этамбутол (E) Деламанид (Dlm)
Рифампицин (R)	Моксифлосацин (Mfx)	Циклосерин (Cs)	Пиразинамид (Z) Имипенем-циластатин (Imp-Cln)** или
Пиразинамид (Z)	Бедаквилин (Bdq) Линезолид (Lzd)		Меропенем (Mpm) Амикацин (Am) Протионамид (Pto) или Этионамид (Eto) Парааминосалициловая кислота (Pas) Протоманид (PA)***
Этамбутол (E)			

\* С гуруҳи препаратлари кучлилигига караб жойлаштирилган этамбутол > ПАСК; \*\* Имипенем хар домо Амх-Сlv амоксициллин / клавулановой кислота билан бирга бериледи, аммо мустакил холда Амх-Сlv силга карши дори эмас; \*\*\* Протоманид ЖССТ тавсиясига кура бедаквилин ва линезолид билан бирга тавсия килинади.

Жадвал 6

## ДСС текширувлар жадвали

текширувлар	Даво бошида	Интенсив боскич		Кумак боскич			
		1 ой	2 ой	3 ой	4 ой	5 ой	6 ой
Микроскопия	X		x			x	X
НАIN / Xpert	X						
Экиш (MGIT/ЛЙ)	X		x	#		x	X
ДСТ (ТЛЧ)	X		#	#		#	#
КУТ (ОАК)	X			Курсатма булса такрорланади			

АЛТ	X	Курсатма булса такрорланади					
Рентгенография	X		x				x
Гликирланган гемоглобин	X						
Гепатит С	X						
Гепатит В	X						
Хомиладорлик	X						
ВИЧ	X						
Курув уткирлиги	X	x					
Масса	X	X	x	x	x	x	x

Агарда давонинг 2 ойида беморда бактерия ажратиш тухтамаса балгамни 2 намунасини лабораторияга кайта HAIN, ДСТ (ТЛЧ) кайта текширув ҳамда келгуси ойда балгамни микроскопияга текширув керак. Агарда 2 ойдан сунг ва ундан кейин ҳам бакретрия ажратиш тухтамаса кайта ДСТ (ТЛЧ) топшириш керак. Кандли дивбет беморларига глигированланган гемоглобинни текшириш керак. Ёши катта беморларга ва курув аппарати томонидан шикоятлари булган беморларга этамбутол буюришда хар ойда окулист куриги керак. (куриш уткирлиги ва Ишихара тести).

*Жадвал 7*

**Дориларга тургун силни рифампицинга сезувчанликда даволаш**

Резистентлик профили	Режим	Муд-дати	Лаборатор текширувлар
Н га моно резистентлик (сезувчанлик R, E, Z ва фторхинолонга) янги холатлар	R-E-Z-Lfx	6 ой	Хар ойда микроскопия ва культура 2, 4 ва 6 ойда экишда ДСТ да мусбат жавобда
Н R-E-Z га монорезистентлик-	R-E-Z-Lfx-Lzd o Lzd га альтернатива Cfz	9 ой	Хар ойда микроскопия ва культурал текширув (сезувчанлик R, E, Z и фторхинолонга)

			касалликнинг кайта холатлари
Полилекарственная устойчивость к Н и Е (чувствительность к R, Z и фторхинолонам)	R-Z-Lfx-Lzd Предпочтительно Lzd Альтернатива Cfz	12 ой	Мазок и культура ежемесячно, при положительных результатах посева ТЛЧ на 2-ом, 4-ом и 6-ом месяцах
Н ва Z Полирезистентлик (сезувчанглик R, E ва фторхинолонга)	R-E-Lfx-Lzd Lzd га альтернатива Cfz		Хар ойда микроскопия ва культурал усул 2,4 ва 6 ойда мусбат жавобда
Н, Z ва E полирезистентлик R ва фторхинолонга сезувчанглик сакланган	МЛУ-ТБ режимда даволаш имкониятини куриб чиқиш		

МЛУ ТБ ни даволаш принциплари:

1. РУ/МЛУ-ТБ беморларига узок муддат даво олган холатда (18-20 ой), А ва В гурухидан камида битта дори буюрилади. Шундай килиб камида турта препаратдан иборат схема берилади, уладан учтаси бедаквилин тухтатилганидан кейин кушилади. Агарда А гурухдан битта еки иккита дори берилса В гурухидан иккита дори бериш лозим. Агарда А ва В гурухидан дори бериш имконияти булмаса С гурухидан дори берилади;

2. Канамицин ва капреомицин РУ/МЛУ-ТБ беморларини узок муддат даволаш схемасига кушилмайди;

3. РУ/МЛУ-ТБ беморларни даволашда узок муддат режимга левофлоксацин ёки моксифлоксацин кушилади;

4. 6 ёшдан РУ/МЛУ-ТБ катта беморларни узок муддат даволашда схемага бедаквилин кушилади.

5. РУ/МЛУ-ТБ узок муддат даво схемаларига линезолид кушилади;

6. РУ/МЛУ-ТБ беморлари узок муддат даво схемасига клофазимина ва циклосерин кушилмайди;

7. Агарда ДСТ (ТЛЧ) да сил микобактериялари этамбутол ва пиазинамидга сезувчанклик сакланган булса РУ/МЛУ-ТБ беморларини узок муддат даво схемаларига этамбутола ва пиазинамид кушиш мумкин ;

8. РУ/МЛУ-ТБ беморалари узок даво схемаларига имипенем-циластатин ёки меропенем кушиш мумкин. Имипенем-циластатин ва меропенем клавулановая кислота бериш мумкин, у амоксициллин (амоксициллин-клавуланат) таркибига киради. Амоксициллин-клавуланат кушимча силга карши дори сифатида курилмайди , уни факат имипенема-циластатин ёки меропенемсиз бериб булмайди.

9. Этионамид ёки протионамид, ПАСКни РУ/МЛУТБ беморларини узок муддатли давосида кулласса булади, качонки агарда бедаквиллин, линезолид, клофазимин ёки деламанид кулланилмаса ёки бу дорилар булмаса.

*Жадвал 8*

**РУ/МЛУ-ТБ беморларини даволашда кулланиладиган дорилар**

<b>Группалар ва таъсири</b>	<b>Препарат</b>	<b>Кискар-тирма</b>
Группа А 3 та дорини ичига олади	Левифлоксацин ёки Моксифлоксацин Бедаквиллин Линезолид	Lfx/Mfx Bdq Lzd
Группа В кушимча иккала СКД камраб олади	Клофазимин Циклосерин	Cfz Cs
Группа С тулик схемасни тушизда кушимча сифатида ёки А ва В гурухини ишлатиш мумкин булмаган холатда	Этамбутол Деламанид Пиазинамид Имипенем-циластатин ёки меропенем Амикацин Протионамид ёки этионамид ПАСК	E Dlm Z Imp/cln Mpm Am Pto/Eto PAS

### **Кушимча тавсиялар:**

1. Канамицин ва амикацинда юъори даражадаги кесишган тургунлик булиб канамицинга тургун булган беморларда амикациннинг ахамияти кам булади.

2. Баъзида дориларнинг ножух тавъсирлари булганда битта дорини олиб ташланади. Бундай холатда бемордни даволаш консилиумига мухокамага куйиш зарур. Бошка дорини кушиш масаласини самарали дорилар кам булганда кушиш керак.

3. ДСТ (ТЛЧ) нинг генотипик ва фенотипик натижалари бир биридан факрк килиши мумкин. Бундай холатда лаборатория билан боғланиб аниклаш даркор. Касалнинг анамнезини, касаллик тарихири диккат билан куриб чикиш ва ДСТ (ТЛЧ) кайта топшириш керак.

4. Hain MTBDRplus тахминан 85% холатда изониазидга тургунликни курсатади. Агарда Hain изониазидга сезквчанглики, экишда эса тургунликни курсатса изониазидга тургун деб кабул килиш керак.

5. Bdq ва Dlm мустакил холда силга карши юкори самарали дори эканлиги исботланган. Бу дориларнинг иккаласи хам М/ШЛУ-ТБ силни даволашда тавсия килинади, лекин уларнинг баравар кулланиши чекланган. Тургунлик даражаси юкори булган беморларда бирга куллаш мумкин, лекин дориларнинг ножух таъсирлари мониторинги диккат билан утказилиши керак.

6. Mfx, Bdq и Cfz бирга кулланишига йул куймаслик керак (бу учта дори QT интервални купаитиради) ёки уларни куллаганда ЭКГ мониторингини тез тез кайтариш керак. Bdq ярим парчаланиш даври узунлигини хисобга олиш керак ва Lfx ни Mfxга алмаштириш ва Bdq кабул килишни тухтатишга эхтиёе булиш керак.

7. Lfx ва Mfx антацид, темир препаратлари железа, магний ва витаминлар билан кабул килишга эхтиёт булиш керак (интервал 2 соат). Беморнинг хаддан зиед куп сут махсулотларини истъёмол

килига эҳтиёт булиши керак , чунки фторхинолонлар микдорига таъсир килиши мумкин.

8. Агарда Bdq тавсия килинган булса биринчи икки хафта барча дорилар хафтанинг 7 кунда кабул килиниши керак .

**Жадвал 9**

**Ножуя таъсирлар хавфини баҳолаш ва тавсия килинган режимлар**

Давонинг ножуя таъсири хавфи	мезонлар	Тавсия килинган режим ва муддати
Паст даражада	2 катор дорилари олдин кулланилмаган еки 1 ойдан кам муддат кабул килинган Hain MTBDRsl Km/Am ва фторхинолонга сезувчангликни тасдиқлаган	Қисқа муддатли даво режими (КРЛ) 9-11 ой
Урта даража	2 катор дорилари олдин кулланилган Hain MDRTBsl фторхинолонларга тургунлик йуклигини курсатади , Bdq, Lzd, Cfz олдин кулланилмаган Дориларга тургун сил беморлари билан мулокат булмаган,	Стандарт режим 18-20 ой
Юкори хавф	Ц2 катор дорилар олдин кулланилган Bdq, Lzd, Cfz 1 ойдан куп кулланилган, Hain MDRTBsl фторхинолонга тургунликни курсатди . Доирларга тургун сил беморлари билан мулокатда булган	Стандартный или индивидуальный режим 18-20 месяцев

## Рифампицинга тургунлик булганда даво режими

Самарасиз даво хавфи	Режим	Муддат
РУ/МЛУ-ТБ бемроларида фторхинолонларга сезвчанглик сакланган, хавф даражаси паст	Стандарт киска муддатли даво режими 4-6Am-Hhd-Mfx-Pto-Cfz-E-Z / 5Mfx-Pto-Cfz-E-Z ёки 4-6 Bdq-Lfx-Cfz-Z-E-Nh-Eto/ 5 Lfx-Cfz-Z-E давога Витамин В6 50 мг/ кунига кушиш керак	/ 9-11 ой хафтасига 7 кундан
Фторхинолонга сезувчанглиги сакланган РУ/МЛУ-ТБ урта хавфли даража	Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-Cs, давога Витамин В6 50 мг/кунига кушилади	18-20 ой
Юкори даражада хавф РУ/МЛУ-ТБ фторхинолонларга тургунлик	Bdq-Lzd-Cfz-Cs-Dlm, давога Витамин В6 50 мг/ кунига кушилади	18-20 ой
Барча даражада хавф: Bdq, Lzd, Cfz, Dlm га монеликлар бор еки ножуя таъсирлар борлиги	Камида турта дори, ДСТ караб А ва В гурухидан тавсия килинади . умуман дорининг сони олтитадан ошмаслиги керак (мисол, Imp/cln, Am, Pto, Pas, Z, E). Муддат : 18-20 ой	

РУ/МЛУ-ТБ беморларида фторхинололарга сезувчанглик сакланган холда инъекцион прераратларсиз перорал киска муддатли режим бериш мумкин.

- РУ/МЛУ-ТБ фторхинолонларга сезувчанглик сакланган булса Bdq ёки Dlm куллаш 6 ойдан ошмаслиги керак;
- РУ/МЛУ-ТБ фторхинолонларга тургунлик сакланган булса Bdq ёки Dlm куллаш 18 ойдан ошмаслиги керак;
- Imp/cln и Amx/clv ни куллаш 12 ойдан ошмаслиги керак;
- Am ни куллаш 6 ойдан ошмаслини керак.

**РУ/МЛУ-ТБни даволашнинг киска муддатли режими :**

РУ/ МЛУ-ТБ беморларини даволашда киска муддатли стандарт даво курси ( беморнинг ёш ива ОИТС стутусидан каттий назар) куйидаги мезонларга асосланган.

Иньекцион препаратлар ва фторхинолонларга тасдикланган тургунлик хакида маълумотлар йук

Иньекцион препаратлар ва фторхинолонларга тасдикланган тургунлик булган беморлар билан мулокатда булганлик хакида маълумот йук

Олдин 2 катор дориларни олмаган ёки 1 ойдан кам муддат олган КМД (КРЛ) схемасига кирадиган дориларга ножуя таъсирлар хакида маълумотлар йук

Хомиладорликни инкор этилган булиши керак.

Упкадан ташкари сил инкор этилган булиши керак ( плеварит ва кукрак кафаси ичи лимфа тугунлари силидан ташкари)

Самарасиз даво хавф омиллари йук (комплаенснинг пастлиги)

ТБ/ОИТС беморлари ,га бактериологик тасдикланмаган холатларда КМД(КРЛ) номзод сифатида курилиши керак.

**Жадвал 11**

**РУ/МЛУ-ТБ ни даволашга КМД(КРЛ) таркиби**

Фаза	Режим	муддат	Дозировкаси
Интенсив	А) Am-Hhd-E-Z-Mfx-Pto-Cfz Б) Bdq-Lfx-Cfz-Z-E-Hh-Eto	4-6 ой	Хафтасига 7 кун
кумак	А) E-Z-Mfx-Pto-Cfz Б) Lfx-Cfz-Z-E	5 ой	Хафтасига 7 кун

**КМД(КРЛ) мезонлари:**

1. Интенсив фазада препаратлар 4 ой давомида хар куни кабул килинади.

2. 4 ойнинг охирида олинган балгам культураси натижаси мусбат чикса 2 катор СКД га ДСТ(ТЛЧ) куилиш керак.

3. 6 ойдан кам булмаган муддатда интенсив даво олган беморнинг культурал усулдаги тахлиллари натижалари манфий булса беморни кумак боскичга утказиш керак.

4. 6 ойнинг охирида агарда клиник, рентгенологик, лаборатор ижобий узгариш булмаса беморни даволаш консилиумига курсатиш керак ва давонинг мувакяйтсиз тугаши деб бахолаш керак. Бемор дориларга сезувчангликни хисобга олиб индивидуал режимга утказилади.

5. Агарда фторхинолонларга ва /ёки инъекцион препаратларга тургунлик тасдикланса ,ёки ножуя таъсирлар кузатилса, бу узгаришлар схемадаги дориларни алмаштиришни такозо этса бемор даволаш консилиумига куйилади ва даво тактикаси аникланади ва даволаш мувакяйтсиз тугади деб бахолаш керак.

6. Агарда кумак боскичда культура реверсияси ( манфийдан мусбатга утиш) бу холат даволаш консилиумига куйилади ва даво мувакяйтсиз тугаган деб бахоланади.

*Жадвал 12*

*Катталар учун тургун силии даволаш учун СКД дозировакалари*

Препарат	Доза/ ишлаб чикариш формаси	Массасига караб дозаси				
		30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	>70 кг
Изониазид (юкори дозаси)	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
Левифлоксацин	250 мг таблетка	750 мг	750 мг	1000 мг	1000 мг	1000 мг
Моксифлоксацин	400 мг	400 мг	400 м	400 мг	400 мг	400 мг

	таблетка					
Линезолид	600 мг таблетка	300 мг	600 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Бедаквилин	100 мг таблетка	4 таблеткадан (400 мг) 1 махал/суткасига 2 хафта давомида, кейин 2 таблеткадан (200) мг/суткасига хафтасига 3 махал				
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 таблеткадан 100 мг 2 махал/суткасига (суткалик дозаси – 200 мг)				
Амикацин	500мг/2 мл ампула	2,5 мл	3,0 мл	3-4 мл	4 мл	4 мл
Протионамид 15- 20мг/кг	250 мг таблетка	500 мг	500 мг	750 мг	750 мг	1000 мг
Парааминосалицил ова кислота (ПАСК)	4 гр саше	8г	8г	8г	8г	12г
Витамин В6	100 мг таблетка	50 мг хар бир 250 мг циклосерина ёки хар бир 50 мг линезолида, изониазидга				
Имипенем циластатин	/ 500+500 мг ампула	2 ампула (1000мг + 1000 мг) x 2 махал 12 соатда				
Амоксициллин клавулоновая кислота	/ 875+125 мг таблетка	3 таблетка/суткасинга(1 таб эрталаб + 2 таб кечурун), 30 мин олдин имипенем кабулигача ( факат имипенемом / циластатин билан биргаликда )				

**РУ/МЛУ-ТБ да даво муддатлари:**

**РУ/МЛУ-ТБ** даволашда стандартные режим. Беморлар умуман 18 -20 ой муддатда даво олишлари керак, лекин беморларда оғир хамрох касаллик булганда ва давога тез ижобий

узгариш булса даволаш консилиуми карорига кура даво муддатини кискартириш мумкин.

- деструкция булмаганда рентгенологик динамикада ижобий натижаларнинг деярли йуклиги

- экиш усулининг натижалари манфий булган беморлар;

- 2 ой даво бошлангандан кейин балгам конверсиясининг культурал усулда мафий булиши .

Am кабул килиши керак беморларга инъекцион препаратлар олиши керак булган интенсив боскич 6 ой булиши керак. Даво муддати культурал усул натижасининг манфийлиги дан кейин 12 ой давом этиши лозим. КМД даволаш мезонларига мос келадиган беморларга камида 9 ой ва 11 ойдан куп булмаган муддатга буюрилади:

- Интенсив даво фазаси узок муддат амикацин ва юьори дозада изониазидкабул килиш билан боглик. Бу фаза камида 4 ойдан кам булмаслиги , 6 ойдан куп булмагаслиги керак. Кумак боскичга утказишдан олдин беморда камида битта культурал усул натижаси манфий булиши керак. Кумак боскич 5 ойлик давога тугри келади.

- Am/Km ёки фторхинолонларга тургунлик топилган холда индивидуал режим тавсия килинади.

Давонинг 4 ойида турт хафта оралигида 2 порция балгам тахлили олинганда мусбат натижа чикса бундай беморларни даволаш самарасиз хисобланади ва ДСТ кайтарилиб давонинг бошка режимига утказилади.

#### 4 боб. БОЛАЛАРДА СИЛНИ ДАВОЛАШ

Болаларда силни даволаш тамойиллари катталардаги силни даволаш тамойилларидан фарқ қилмайди. Дориларнинг дозаси боланинг вазнига иқараб ҳисобланиб суткалик максимал дозадан ошмаслиги керак. Сил билан бемор болани даволаш ҳақида қарор қабул қилинганидан сўнг дориларга сезувчан сил ёки дориларга турғун силни даволаш режими Хpert МТВ/Rif аппаратларида аниқланган рифампицинга турғунлик ва/ёки дориларга турғун сил шакллари билан касалланган беморлар билан яқин мулоқатда бўлганлик ҳолатларини аниқлашга асосан белгиланилади. Даво режими ДТИ (ТЛЧ) натижалари ва мулоқатда бўлганларни аниқлаш асосида индивидуаллаштирилади.

##### **Дориларга сезувчан сил шаклларини даволаш**

Одатда 13 ёшгача бўлган болаларда силнинг олигобациляр шакллари кузатилади (кавакнинг ҳосил бўлиши жуда кам, тахминан 6 фоиз

ҳолатларда). Оғир ва тарқалган сил шакллари (масалан, сил менингити ва милиар сил) одатда кичик ёшдаги болаларда ( 4 ёшгача) кузатилади.

Бактериал юклама ва касаллик типи даво схемаси самарадорлигига таъсир кўрсатиши мумкин. Одатда, болаларда давонинг яхши натижалари кузатилади, бу ҳолат касаллик тарқалиш ва ривожланишга мойил хавфи юқори, иммун тизими кучсизланган кичик ёшдаги болаларга ҳам талуқлидир. Бирок, тавсия этилаётган даво схемалари билан боғлиқ ножўя таъсирлар ривожланишининг кўп бўлмаган хавфи бўлса ҳам даво зудлик билан бошланиши керак.

##### **Зарур:**

1. Силдан даволанаётган болаларни давонинг барча муддатида ҳар ойда вазнини ўлчаш керак. Давога ўзгартириш

фтизиопедиатр ва шифокорлар комиссияси (МШНК) томонидан киргизилади.

2. Ўпка сили ёки периферик лимфаденит диагнози тасдиқланган 0 3 ойлик гўдакларга зудлик билан давонинг стандарт режимини кўриб чиқиш ва давони бошлаш керак. Гўдакларда дориларнинг дозасини боланинг ёши ва келиб чиқиши мумкин токсик реакцияларни ҳисобга олган ҳолда коррекция қилинади. Давога ўзгартириш ҳақидаги қарор фтизиопедиатр ва шифокорлар комиссияси (МШНК) томонидан тасдиқланиши керак.

3. Боланинг вазн гуруҳи (диапазон) ўзгарса, вазнига қараб силга қарши дориларнинг дозаси ўзгартирилади.

4. Токсик реакция келиб чиқишини олдини олиш учун таркибида 30 мг изониазид ва 600 мг рифампицин бўлган (RH 600/30) комбинациялашган дорини қўллаш устидан назоратни кучайтириш.

5. Тана вазни 30 кгдан зиёд бўлган болаларни —катталар! деб ҳисоблаш ва давони кўрсатилган тартибда қўллаш керак.

6. Сил менингитини, бирламчи сил комплексини, периферик лимфаденитни даволашда стрептомицин қўлламаслик.

7. Барча ёшдаги болаларни даволашда интенсив босқичда этамбутолқўллаш.

8. Барча давонинг бутун муддатида дориларни ҳар куни қабул қилиш.

9. Силга турғунлик ҳоллатлари бўлса, силни даволашда болаларда фторхинолонлар қўллаш.

10. Болалардаги барча ҳамроҳ касалликларни талабга жавоб берадиган тартибда олиб бориш ва даволаш: Сил ва ОИТС бўлган болаларни даволаш ҳақида бартафсил IАлоҳидаги ҳолатлар! бўлимига қаранг.

11. Давонинг бутун курси давомида имкон қадар гўдакларни ва она сутини эмадиган ёш болаларни она сути билан озикланишида қолганларини назорат қилиш.

12. Сил билан касалланган болаларни қўшимча овқатлантишини инобатга олган ҳолда парҳез овқат билан таъминлаш.

13. Йўталганда ва аксирганда онанинг ниқоб режими ва йўтал гигиенасига роя қилишни таъминлаш.

14. Консилум қароридан ташқари, диагностика мақсадида ” синамали силга қарши даволаш” ўтказиш қаттиян ман этилади.

*Жадвал 13*

*Болаларда силни даволашда қўлланиладиган биринчи ва иккинчи қатор силга қарши дорилар дозалар*

Препаратнинг номи	Кўлланиладиган Аббре-виатура	Суткалик дозсиа (мг/кг)	Суткадаги максимал я дозсиа (мг)	Ишлаб чиқарилиш шаклиа
Изониазид	H	10 (10-15)*	600	100 мг, 300 Мг таблетка. Сироп 100мг/5мл
Рифампицин	R	15 (10-20)	600	150 мг, 300 мг капсула
Пиразинамид	Z	35 (30-40)	2000	400 мг, 500 мг таблетка
Этамбутол	E	20 (15-25)	1200	100 мг, 400 мг таблетка
Стрептомицин	S	(15-20)	750	Флакон 1 г
Амикацин	Am	15-30	1000	Ампула 2мл 250 мг/мл
Капреомицин	Cm	15-30	1000	Флакон 1 г
Канамицин	Km	15-30	1000	Флакон 1 г
Левофлоксацин	Lfx	7,5-10**	750	250 мг
Моксифлоксацин	Mfx	7,5-10	400	400 мг

Гатифлоксацин	Gfx			
Протионамид	Pto	15-20	750	Таблетка 250 мг
Этионамид	Eto	15-20	750	Таблетка 250 мг
Циклосерин	Cs	10-20	1000	Капсула 250 мг
ПАСК (Параамино- салицил кислотаси )	PAS	200-300 дан 2 марта қабул қилиш	12000	Пакетик 4 г
Клофазимин	Cfz	2-3 мг/кг	300	Капсула 50мг, 100 мг
Линезолид	Lzd	20мг/кг 2 махал <10ёшли болаларга, 300мг хар куни вазни >10кг бўлган болаларга		Таблетка 600мг, суспензия 100мг/5мл
Амоксициллин/клавул он кислота)	Amx/Clv	Амоксилли н 80мг/кг Амоксилли н 1500мг	Амоксилли н 1500мг	Амоксицилл ин/клавул он кислота) Amx/Clv Амоксилли н 80мг/кг Амоксилли н 1500мг Таблеткала р 250/мг , 500/125мг, 875/125мг, 1000/250мг

3 ойдан кичик гўдакларга дориларнинг токсик таъсири ва метаболизмнинг ўзига хослигини инobatга олиб дозани индивидуал аниқлаш зарур.

жадвал 14

*Дориларга сезувчан сил шакллари даволаш режими*

“Сил” касаллигининг категориялари	Даво схемаси	
	Интенсив босқич	Амбулатор, кўмак Босқич
Кўкрак ичи лимфа тугунлари силининг кичик кўринишлари	2 HREZ	4HR
Ўпка сили ва ўпкadan ташқари силининг сил менингити ва суяк – бўғим силидан ташқари барча шакллари	2/3 HRZE(2S)	4HR
Сил менингити ва суяк – бўғим сили	3-4 HRZE(2S)	8-9 HR

Барча ҳамроҳ касалликларни талаб доирасида аниқлаш ва даволаш зарур:

Барча ОИТС билан зарарланган болаларга

Сил аниқлангандан сўнг албатта котримоксазол билан профилактик даво бошланиб бутун даво курси давомида қабул қилинади.

2-8 хафта ичида ОИТС Маркази инфекционисти билан биргаликда кўрсатма бўлса антиретровирус терапия (АРВ) бошлаш ҳақидаги масалани кўриб чиқиш.

Овқатланишнинг оғир бузилиш ҳоллатлари бўлган болаларни даво парҳезланишини таъминлаш. 3.1.2 Сил менингити Сил менингити болаларда, шу жумладан 60-70 фоиз миляр сил бўлган беморларда кўп учрайди. Касаллик юқори ўлим кўрсаткичи билан характерланади, шу сабабли махсус ҳамшира

қарови ва интенсив давони, ҳамда кортикостероидларни қўллашни талаб этади. 3.1.3 Кортикостероидлар.

Кортикостероидлар парадоксал реакцияларни камайтириш учун (сабаларини аниқлагандан ва нохуш оқибатни рад этгандан кейин) ва сил менингити, генерализициялашган сил, сил билан шикастланган лимфа тугунларининг нафас йўллари обструкция қилганидан сўнги асоратлари, сил плеврити ва перикардити каби силнинг мураккаб кўринишларини даволашда қўлланилади.

Сил менингитининг ўтказиб юборилган ҳолларида кортикостероидлар ҳаётни сақлаб қолиш имкониятини оширади ва барча сил менингити ҳолларида тавсия этилади. Преднизалонни 2-4 ҳафта давомида суткасига 1-2 мг/кг қўлланилади, оғир ҳолларда доза суткасига 4 мг/кггача кўтариш мумин, 4 ҳафта давомида максимал доза суткасига 60 мгдир. Кейинчалик дозаси аста –секин 1-2 ҳафта давомида препарат бутунлай тўхтатилгунча камайтирилади.

Кортикостероидлар фақат силга қарши дорилар фонидида қўлланилади. **Шифохонага ётқизиш** Силга қарши даво буюрилган болалар касалликнинг оғир бўлган ҳоллатларида (масалан, сил менингити, дориларга нохуш реакцияларнинг оғир кечиши), ёки талабга жавоб берадиган амбулатор давони ташкил этишни кутиш даврида шифохонага ётқизилади.

### ***Болаларда дориларга турғун сил шаклларини даволаш***

Дориларга турғунлик ҳоллатларини таърифи:

Монорезистентлик: битта силга қарши дорига турғунлик.

Полирезистентлик (ПЛТ-ТБ) (кўп дориларга турғун сил): бир вақтнинг ўзида Н ва R га турғунликдан ташқари, биттадан кўп силга қарши дориларга турғунлик. Ушбу сил шаклининг баъзи турлари иккинчи қатор силга қарши дорилар билан даволашни тақозо этади. Бундай беморлар дориларга турғун сил регистрация журналинда қайд этилиши керак.

Кўп дориларга турғунлик ( КДТ-ТБ): камида Н ва R га турғунлик.

Дориларга кенг турғунлик ( ДКТ-ТБ): Н ва R турғунлик, ҳар қандай фторхинолонга, ва, камида, иккинчи қатор инъекцион дориларнинг учтадан биттасига турғунлик (СМ, КМ ва АМ).Рифампицига турғунлик (РТ-ТБ) бошқа силга қарши дориларга турғунлик бор ёки йўқлигага қарамай фенотипик ёки генетик усуллар билан тасдиқланган R га ҳар қандай турғунлик. РТ-ТБ ўз ичига монорезистентлик, полирезистентлик, кўп ёки кенг дориларга турғунлик кўринишдаги R га турғунликни олади.

Кўп дорига турғун сил КДТ –ТБ (МЛУ-ТБ) болаларда одатда бемор одамдан юктирганда ривожланади. Шу сабали, агарда боланинг КДТ –ТБ билан касалланган бемор билан яқин мулоқатда бўлганлигини билмаса, болада бундай хасталик борлигини шубҳа қилиш жуда қийин. Даволаш жуда мураккаб бўлгани сабали, бундай болаларни дориларга турғун силни даволаш тажрибаси бўлган мутахассисларга жўнатиш керак. КДТ-ТБ билан хасталанган бемор болаларда КДТ- ТБ билан хасталанган бемор билан мулоқат оқибати бўлган бирламчи дорига турғунлик ҳолати бўлади.

Дориларга сезувчанликка текширув ўтказилганидан кейингина олинган натижаларга қараб даво буюрилади. Бироқ, болаларда сил кўпинча кўп бўлмаган бактрия ажратиш билан кечгани учун бактериологик усуллар болаларда манфий натижа беради, шу сабаб дориларга турғун силни эксперсс диагностикаси усуллари (Хpert МТВ/РИF) кўллаб текшириш керак.

Дориларга турғун силни даволаш режимларига асосан терапия кўрсатилган ҳолатлар:

1. Дориларга турғун сил диагнози тасдиқланган болалар.
2. Дориларга турғун сил диагнози шубҳа қилинаётган болалар.

Дориларга турғун сил инфекцияси манбаи билан яқин мулоқатда бўлганлар.

Ёки силга қарши даволашнинг 2 – ои охирида кўрсатилган даволашнинг самараси бўлмаган ҳоллатида (вазн, балғам конверсияси кўрсаткичи, клиник белгилар).

Балғамини экиш натижалари манфий бўлган, лекин КДТ – ТБ беморлари билан мулоқатда бўлган ва фаол сил клиник белгилари бор болаларни даволаш тахмин қилинаётган инфекция манбаини дориларга сезувчанлигини текшируви натижаларига асосланган бўлиши керак. Б оларда силга қарши дориларнинг иккинчи қаторини узоқ муддат ишлатиш тажрибаси кам. Даво режимини тузаётганда ҳар бир дорининг фойдаси ва хавф даражасини қунт билан ўйлаб қуриш керак. Айниқса давонинг бошланғич даврида бемор ва унинг оила аъзолари билан очиқдан –очиқ суҳбат ўтказиш керак. КДТ-ТБ катта хавф солгани учун болаларга умуман кўрсатилмаган дориларнинг ўзи йўқдир. Дориларнинг дозаси боланинг вазнига қараб аниқланади.

1. Дориларга турғун силнинг шаклларини даволаш, барча даво режимлари ва силга қарши дориларнинг дозалари билан боғлиқ барча масалалар шифокорлар консилиумида тасдиқланади.

2. КДТ –ТБ ни даволаш стратегияси: Даво стандарт даво режимидан бошланади, кейин эса дориларга сезувчанлик спектри ҳақида тўлиқ маълумот олинганидан кейин индивидуал тартибга ўтилади.

3. Монорезистент ёки полирезистент сил шакллари билан касалланган беморларнинг мулоқатда бўлганлари даволаш стратегияси индивидуал тартибда ҳал қилинади.

**Болаларда дориларга тургун сил шаклларни  
даволашда қўллашга таянган дорилар**

Иккинчи қатор силга қарши дорилар		Учинчи қатор силга қарши дорилар	
Инъекцион (2 Гурух)	Фторхинолонлар (3 Гурух)	орал (4 Гурух)	(5 Гурух)
Канамицин (Km) Амикацин (Am) Капреомицин (Cm)	Левофлоксацин (Lfx) Моксифлоксацин (Mfx)	Этионамид (Eto) Протионамид (Pto)  Циклосерин (Cs) ПАСК (PAS)	Клофазимин (Cfz) Амоксиллин/Клавулат (Amx/Clv) Изониазид катта дозада (HdH) Линезолид (Lzd)

**КДТ – ТБ силни даволаш:**

Стандарт даво схемаси пиазинамид, фторхинолон, иккинчи қатор инъекцион препарат, протионамид, циклосериндан иборат бўлиши керак.

Фторхинолон ва инъекцион препаратни танлаш, агарда инфекция манбаи маълум бўлиб унинг дориларга сезувчанлигини аниқлашга асосланиши керак. Агарда инфекция манбаи сезувчанлиги (ҳозирча) номаълум бўлса, даво схемаси Z-Cm-Lfx-Pto-Cs дан иборат бўлиши керак.

Болаларни даволаганда ҳар ойда боланинг вазнини назорат қилиш ва вазни ошганда дорилар дозасига тегишли ўзгартиришлар киргизиш мақсадга мувофиқдир. Дориларга кўп тургун силни даволаш тамойиллари қуйидагилардан иборат: Муваффақиятсиз даво режимга битта, ягона силга қарши дорини қўшимча қилиб қўшиш тавсия этилмайди.

Агарда боладан олинган *M.tuberculosis* изоляти бўлмаса, бола даволаш инфекция манбаи бўлган беморнинг дориларга сезувчанлиги натижаларини инобатга олган ҳолда даволанда (ушбу беморнинг касаллик тарихидан келиб чиққан ҳолда), Самарадорлиги тасдиқланган камида тўртта иккинчи қатор силга қарши дориларни бир вақтнинг ўзида қўллаш керак. Даволаш фақат тиббиёт ходимлари назоратида ҳар куни олиб борилади.

Ҳар бир ташрифда боланинг ота –онасига силга қарши дориларнинг ноҳўя таъсирлари кўринишлари ва буюрилган даво режимига роя қилиш, даво курсини албатта тугатиш кераклиги ҳақида маслаҳат бериш. Клиник, рентгенологик, бактериологик усулларни қўллаб боланинг аҳволини назорат қилиш катта аҳамиятга эга (хамда диагнози бактериологик тасдиқланган болаларда культурал текширув усулларини қўллаш билан).

Даволаш муддати касалликнинг кечишига боғлиқ, лекин кўпинча экишнинг энг охириги мусбат натижалари олинган вақтидан минимум 12 ой муддатда ва умумий муддати 18 24 (ёки ундан зиёд)ойни ташкил қилади.

Агарда дориларнинг дозаси тўғри аниқланган бўлса болаларда токсик иккинчи қатор силга қарши дориларга, ҳатто фторхинолонларга, протионамидга камдан –кам жиддий ноҳўя таъсир реакциялари кузатилади. Агарда ҚДТ-ТБ билан касалланган болада (ёки инфекция манбаида) аниқланган *M.tuberculosis* штамми биринчи қатор силга қарши дориларга сезувчан бўлса, давони биринчи қатор силга қарши дорилар, шу жумладан стрептомицин, этамбутол ва пиразинамиддан бошлаш керак.

Этамбутол катта дозаларда бактерицид фаолликка эга, шу сабабли ҚДТ-ТБ билан касалланган болаларда бу дорининг кундузги дозаси 25 мг/кг гача бўлиши керак.

***Моно ва полirezистентлик***

Сил кўзгатувчисининг изониазид ёки рифампицинга турғунлиги мураккаб муаммодир, чунки ушбу икки дори hozirgi замон силни даволаш схемасининг асосини ташкил этади.

Баъзи экспертлар 6-9 ой давом этадиган давода этамбутол қўллашни тавсия қиладилар. Мураккаб ҳолатларда даво схемасига фторхинолонлар гуруҳидан препарат қўшиш ва даво курсини энг камида 9 ой давом эттириш тавсия қиланади. Рифапидинга монорезистентлик бўлганида КДТ-ТБ ни даволаш схемасини даво курсига пиразинамид қўшиши билан камида 12–18 ой олиб бориш зарур.

*Жадвал 16*

*Моно ва полирезистент шаклларни даволашда тавсия этилаётган схемалар (ортирилган дориларга турғунлик фактор эмас ва лаборатория натижалари ўта юқори ишончли)*

Дориларга турғунлик модели	Тавсия қилинаётган даво схемаси	Давонинг минимал муддати (ойларда)	Изох
H ( $\pm$ S) R,	Z, E	6-9	Оғир даражадаги касаллик билан касалланган беморларга фторхинолонлар билан давони кучайтириш
H и Z	R, E ва фторхинолонлар	9-12	Бундан ҳам узок муддат даво тарқалган жараёнларда кўрсатилган
H и E	R, Z ва фторхинолоны	9-12	Бундан ҳам узок муддат даво тарқалган жараёнларда кўрсатилган
R	H, E,	12-18	Тарқалган, катта

	фторхинолоны плюс, камида икки ой давомида Z қабул қилиш		хажмдаги сил жараён бўлган беморларни даволашда инъекцион препарат даво схемасини кучайтиради
R и E (± S)	H, Z, фторхинолонлар плюс камида 2-3 ой давомида инъекцион препарат қабули	18	Тарқалган, катта хажмдаги сил жараён бўлган беморларни даволашда инъекцион препаратни узоқроқ муддатда қўлаш ( 6 ойдан куп) даво схемасини кучайтиради
R и Z (± S)	H, E фторхинолонлар плюс камида 2-3 ой давомида инъекцион препарат қабули	18	Тарқалган, катта хажмдаги сил жараён бўлган беморларни даволашда инъекцион препаратни узоқроқ муддатда қўлаш ( 6 ойдан куп) даво схемасини кучайтиради
H, E, Z (± S) R,	фторхинолонлар плюс иккинчи қатор препаратни орал қабул қилиш ва камида 2-3 ой давомида инъекцион препарат қабули	18	Тарқалган, катта хажмдаги сил жараён бўлган беморларни даволашда инъекцион препаратни узоқроқ муддатда қўлаш ( 6 ойдан куп) даво схемасини кучайтиради

Изох: Н = изониазид; R = рифампицин; E = этамбутол; Z = пиазинамид; S = стрептомицин

***Дориларга турғун сил даволашда схемалар шакллантиришининг умумий тамойиллари***

Агарда беморнинг шу дорига турғунлиги бор бемор билан мулоқатда бўлгани хақида маълумот бўлмаса ушбу дорини қўллаш керак эмас.

Бир –бири билан кесувчан турғунликлари бўлиши мумкин дориларни қўлламаслик.

Дорининг сифати хақида маълумот бўлмаса препаратни қўлламаслик.

Хар бир бемор хақида қарор қабул қилинганда қўйидги омилларга ҳисобга олиниши керак: оғир аллергия реакциялар ёки бартараф қилиниши мумкин бўлмаган дориларни қўтара олмаслик ҳолатлари хақида маълумот. Оғир дориларга ноқўя таъсирларнинг буйрак етишмовчилиги, эшитишни йўқотиш, жигар фаолиятининг шикастланиши, депрессия ва ёки психоз каби оғир кўринишлари ривожланишининг юқори хавфи бор ҳолатлар. 1-5 гуруҳ дориларини фаоллиги ошганлик тартибида қўшиш.

Тахмин қилинаётган фаоллиги бор биринчи қатор (1гуруҳ) дориларнинг бирини қўллаш.

Самарадор аминогликозид ёки полипептид препаратни (2 гуруҳ) инъекцияда қўллаш.

Иккинчи қаторнинг самарадор дорилардан камида тўртасидан иборат даво схемасига даво схемасида дориларнинг умумий сони 5 тадан кам бўлмаслиги учун имкон қадар 5 гуруҳдан иккита дорини қўшиш керак

***Қўп дориларга турғун сил (MDR-TB) шакллари даволаш муддатлари***

MDR-TB силни даволашда интенсив босқичнинг давомийлиги инъекцион препаратнинг химиотерапияда қўлланиш муддати билан белгиланилади.

Инъекцион препарат камида 6 ой қабул қилинади ва балғам микроскопия ва бактериологик текширув усулларининг дастлабки олинган манфий натижаларидан камида 2 ой ўтган бўлиши керак. Балғам микроскопия, культурал текширув усуллари, рентгенологик ва клиник текширувлар натижаларини инъекцион препаратни кўрсатилган муддатдан кўпроқ қабул қилиш ҳақидаги қарорни қабул қилишда, айниқса, бемордаги сил таёқчаларининг сезувчанлиги номаълум бўлса, битта ва ундан кўп препаратларнинг самарадорлиги ҳақида аниқ маълумотлар бўлмаса, ҳамда ўпканинг оғир ҳамроҳ касаллиги мавжуд бўлса инobatга олиниши керак.

Культурал текширувлар натижаларига асосланган балғамнинг конверсияси ҳам MDR-TB беморларини даволашнинг умумий муддатини белгилайди. Культурал усуллар билан тасдиқланган балғам конверсиясидан камида 12-18 ой ўтгунча химиотерапияни давом эттириш тавсия қилинади. Даво муддатини 24 ойгача ва ундан узоқ вақтга ўпканинг катта ҳажмда шикастланиши (кавак ҳосил бўлиши ёки катталардаги жараёнларга ўхшаш), ўпкадан ташқари аъзолар силининг оғир кўринишлари (менингит) ёки тарқоқ жараён (милиар сил) ҳолатларида кўрсатилган. Давонинг умумий давомийлиги катталар билан бир хилдир.

*Силга қарши дориларнинг ноижўя таъсирлари ва  
уларни бартарафэтиши*

<i>Дорининг номи</i>	<i>Асосий ноижўя таъсири</i>
<i>Амикацин</i>	<i>Ототоксик, нефротоксик</i>
<i>Капреомицин</i>	<i>Амикацинда кузатиладиган ноижўя таъсирлар билан бир хил</i>
Канамидин	Амикацинда кузатиладиган ноижўя таъсирлар билан бир хил
Левовфлоксацин	Ўйқунинг бузилиши, периферик невропатия, ошқозон –ичак тизими фалоляти бузилиши, артрит
Моксифлоксацин	Ўйқунинг бузилиши, периферик невропатия, ошқозон –ичак тизими фалоляти бузилиши, артрит QТинтервалининг узайиш синдорми
Протионамид	Ошқозон –ичак тизими фалоляти бузилиши, оғизда металллик таъм, гипотиреоз
Циклосерин ПАСК	Неврологик ва психик бузилишлар Ошқозон –ичак тизими томонидан дорини кўтара олмаслик, гипотиреоз, гепатит
Клофазимин Линезолид	Тери рангнинг ўзгариши Миелосупрессия, оптик ва периферик невропатия, ошқозон –ичак кўтра олмаслиги
Амоксициллин/клавулоновая кислота)	Ошқозон –ичак тизими томонидан дорини кўтра олмаслиги , реакциянинг ўта сезувчанлик, тутқаноқ, жигар ва буйрак дисфункцияси
Изониазид катта дозада	Гепатит, периферик невропатия
Пиразинамид	Гепатит, миалгия
Этамбутол	Ретробульбар неврит

## 1. Кўнгил айнаш ва қусиш

Ножўя таъсирни келтириб чиқарадиган дорилар: Eto, Pto, PAS, H, E, Z, Amx/Clv, Cfz. Кўнгил айнаш ва қусишни бартараф этишга секин –асталик билан ёндашиш:

Кўнгил айнаш ва қусиш билан бглик хавфли белгиларни назорат қилиш.

Сувсизланиш белгилари пайдо бўлишига эътибор беринг (чанқаш, оғиз қуриши, кўзнинг киртайиши, мадорсизлик)

Бошқа сабаблар, масалан, гепатитни рад этинг (сарғайиш ёки ўнг коворга остида оғрик)

Бемордан қусиқ массасида қон борлиги ҳақида сўранг, агарда қон бўлса, қон кетаётган яра бўлиш эҳтимоли борлиги ҳақида ўйлаш керак.

Кўнгил айнаш ва қусишни интенсив бартараф этиш:

1- босқич: Дориларнинг дозасини камайтирмасдан уларни қабул қилишни коррекция қилиш керак. ПАСК бошқа силга қарши дорилар қабул қилинганидан кейин бир соат ўтганидан кейин қабул қилиш керак.

Агарда бемор ПАСКнинг суткалик дозасини бир вақтнинг ўзида қабул қилса беморни ПАСК дозасини икки марта қабул қилиш режимига ўтказиш даркор.

Беморни тинчлантириш ва унга кўнгил айнаш ва қусиш кўпинча давонинг дастлабки бир неча ҳафтасида камайиб бутунлай йўқолишини тушунтириш керак.

2- босқич: Беморга қусишга қарши дорилар тавсия қилинади.

3- босқич: Дорининг дозасини камайтириш ёки дори қабул қилишни умуман тўхтатиш керак.

Агарда бемор ПАСК қабул қилаётган бўлса ва олдин тавсия қилинган суткалик дозаси юқори бўлса, дори дозасини кунига 200 мг/кггача камайтириш имкониятини кўриб чиқилади. Агарда беморнинг аҳволи яхшиланмаса, даво режими таркибида камида

бошқа тўрта фаол дорилар борлигида ПАСК қабул қилишни тўхтатилади.

Агар бемор Pto қилаётган бўлса, ва олдин тавсия қилинган доза юқори бўлса суткалик дозани 15 мг/кггача камайтириш имкониятини кўриб чиқилади. Агарда беморнинг аҳволи яхшиланмаса, даво режими таркиби да камида бошқа тўрта фаол дорилар борлигида Pto қабул қилишни тўхтатиш керак.

Агар бемор клофазимин қабул қилаётган бўлса, дозасини кунига 2мг/кггача камайтирилади: Cfz ўткир қорин клиник маназарасини бериш мумкин.

Ўта зарурияти бўлганида барча силга қарши дориларни қабул қилишни ҳамма симптомлар бартараф бўлгунча тўхтатиш керак.

### **Диарея**

Диарея келтириб чиқарувчи дорилар: PAS, фторхинолонлар, Pto / Eto .Диарея ичакдаги газларни тез чиқиши, ичак спазми билан бир қаторда бемор учун жиддий дискомфорт яратади, лекин камдан –кам ҳоллатларда дориларни тўхтатишга сабаб бўлади. ПАСК кўпинча қабул қилишнинг бошида диарея келтириб чиқаради. Беморга диарея кучсизланишини ёки умуман бир неча ҳафтадан кейин ўтиб кетишини тушунтириш керак.

Авваламбор, сувсизланиш оғирлигини аниқлаб шунга яраша ҳаракат қилиш керак. Сўнгра инфекция бўлиш эхтимolini рад этиш лозим (ахлатда кон борлиги ва / ёки ҳароратнинг кўтарилиши). Енгил диареяда беморга, айниқса бола тадбирда қатнашиши, мактабга қайтиши керак бўлса, вақтинча лоперамид қабул қилиш тавсия этилади.

Препарат хар куни қабул қилиниши керак эмас. Лоперамид билан даволаш: ёши 2 дан 5 гача болалар – кунига 3 мгдан 3 махал, 6 дан 8 ёшгача- кунига 4 мг дан 2 махал, 8 ёшдан катта болалар – кунига 6 мгдан 3 махал. Лоперамид фақат ёши 2 ёшдан катта болаларга тавсия қилинади. Беморга суюқ ахлат ва

метеоризмга чидаш кераклигини тушунтириш керак. Беморга тез –тез суюклик қабул қилиш кераклиги тушунтирилади

Айниқса, ахлатда қон аралашмаси бўлса, қоринда каттик оғриқлар, ёки ҳароратнинг кўтарилганлиги билан кечадиган оғир диарея ҳолатларида ўткир биктериал энтерит ёки фторхинолонлар қабул қилиш билан боғлиқ псевдмебраноз колит(*C.difficile*) қаби бошқа сабаларни кўриб чиқиш керак.

Имконият доирасида электролитлар миқдорини аниқлаб регидратацион туз эритмасини тавсия қилиш керак.

### **Гастрит ва қоринда оғриқ**

Қоринда оғриқ ва гастрит келтириб чиқарувчи дорилар: PAS, Eto, Pto, Cfz, фторхинолонлар, H, E и Z.

Ошқозон тарафдан дориларга ножўя таъсирлар кўнгил айнаш, метроризмдан то ошқозон яраси ва қориндаги мунтазам оғриқларгача бўлган спектрни ўз ичига қамраб олади. Гастрит билан боғлиқ симптомлар эпигастрал соҳада жиғилдон қайнаш ёки дискомфортни, оғизда нордон таъм ҳамда белгиларнинг эрталаблари овқатлангунча кучайишидан иборат.

Ошқозон яраси тушлиқдан кейинги кучли оғриқ ҳамда қон қушиш ва ичакдан қон кетиш билан намоён бўлади.

Диспепсияда, кекиришда, кислоталикнинг ошганида ва эпигастрал оғриқларда кунига бир маҳал перорал 1 3 мг/кг (<2,5 кг), 5 10 мг (2,5-5 кг), 10 20 мг (6 20 кг) ва 20 40 мг (>20 кг)дан омепразол буюрилади.

Силга қарши дорилар билан бир вақтнинг ўзида фторхинолонлар сўрилишига қаршилиқ қиладиган антацид дорилар тавсия қилинмайди.

Агарда антацид дорилар тавсия қилиш зарурияти бўлса, уларни фторхинолонлар қабул қилинганидан кейин 3 соат ўтганидан сўнг қабул қилишни тавсия қилинади Агарда даво самараси кузатилмаса, унда бошқа тиббий сабабларни кўриб чиқиш керак.

Қориндаги оғриқ панкреатит, лактоцидоз ва гепатит каби жиддий сабабларга кўра бўлиши мумкин. Шу сабалардан бирига шубҳа бўлганида диагнозни тасдиқлаш учун зарур лаборатор текширув усулларини ўтказиш керак ва вақтинча даво режимидан силга қарши дориларни қабул қилишни тўхтатилади.

### **Артралгия**

Артралгияни келтириб чиқариши мумкин дорилар: Z, фторхинолонлар.

Умуман артралгия ҳолати вақт ўтиши билан даволанмаса ҳам ўзидан –ўзи ўтиб кетади. Яллиғланишга қарши қўлланиладиган дорилар тавсия қиланади:

жадвалда кўрсатилганидек ибупрофен кунига 30 мг/кг в 3 маҳал. 3 ойлик ва дан 6 ёшгача бўлган болаларда градуирланган липетка ишлатилиб боланинг вазнига мос суспензия олинади

Яллиғланишга қарши дорилар билан биргаликда кунига пер орал ишлатиладиган парацетамол ҳам аҳволини яхшилайтиди.

### **Жадвал 18**

*Дориларга турғун силни даволашда қўлланиладиган силга қарши дориларнинг нозеўя таъсирларини бартараф қилиш*

<b>Нозеўя таъсир</b>	<b>Нозеўя таъсир келтириб чиқарувчи дори</b>	<b>Нозеўя таъсирни бартараф этиш</b>
Кўнгил айнаш, қусиш	Эхтимоли юқори Pto, PAS, H, E, Z, Cfz	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сувсизланишни даволаш, зарурияти бўлса туз баланс/ гепатитга текшириш.</li> <li>2. Дориларни қабул қилишни коррекция қилиш: ПАСК ни бошқа дорилар қабулидан кейин 1 соатдан кейин қабул қилиш.</li> <li>3. Қусишга қарши дорилар тавсия қилиш Агарда рефлюкс/гастрит белгилари бўлса даволаш керак.</li> <li>5. Талваса ҳолатида беморни қувватлаш.</li> </ol>

		7. Агарда белгиларни бартараф қилиш мумкин бўлмаса , шифокорлар консилиумида муҳокамага қўйиш керак.
Рефлюкс Гастрит	PAS, Pto, R, H, Z	1. Бир вақтнинг ўзида фторхинолонлар биргаликда антацид дорилар бериш мумкин эмас ( Изох: фторхинолонлар билан узаро таъсири бўлмаслиги учун камида фторхинолонлар қабулидан 2 соат олдин ёки 3 соат кейин антацид тавсия қилинади. 2. камида 1 ой муддатга белгилари йўқолгунча омепразол тавсия қилинг 3. Агарда белгилари оғир бўлса ёки уларни бартараф қилиш имконияти бўлмаса, ушбу ҳолатни врачлар консилиумида муҳокамага қўйинг ( ПАСКни вақтинча 1-7 кунга тўхтатиш).
Диарея	PAS, Pto Eto	1. Регидратация ўтказинг ва туз балансини тўлдилинг. 2. Диареяга қарши дорилар(лоперамид)
Туз балансини бузилиши (↓ K <sup>+</sup> ёки Mg <sup>2+</sup> , буйрак етишмовчилигида ↑ K <sup>+</sup> )	Сm, Km, Am, S	1. Қондаги калий, имкони бўлса, магний миқдорини назорат қилинг 2. Кушиш ёки диарея борлигини аниқланг. ИЗОҲ Агарда магний аниқлаш имконияти бўлмаса ва калий миқдорини кўтаришнинг имкони бўлмаса, магний тавсия қилинг
Артралгия	Z, фторхинолонлар	1. Стреоид бўлмаган яллиғланишга қарши дориларни тавсия қилинг. 2. Вақт ўтиши билан оғриқ йўқолади. 3. Агарда белгилар оғир бўлса/ бартараф қилиш иложиси бўлмаётган бўлса, шифокорлар консилиумида муҳокамага қўйинг, пипразинамид дозасини камайтириш эҳтимоли. 4. Агар бемор пипразинамидга турғунлик бўлса, пипразинамидни қабул қилишни

		тўхтатинг. ИЗОХ: пиразинамид қабул қилинганда миқдори кўпаядиган сийдик кислотасини аниқлашнинг ҳожати йўқ, аллопуринол эса етарли даражада самарадор эмас
Гепатит	Z, H, R, Eto/Pto, PAS, E, фторхинолонлар	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Агарда АЛТ меърий кўрсаткичдан 5 ва ундан кўп марта зиёд бўлса ёки оғир кўнгиш айнаш/қусиш кузатилса, вақтинча бемор ахволи яхшилангунча барча давони тўхтатиш; шифохонага ётқизиш масаласини кўриб чиқиш.</li> <li>2. Гепатит ривожланишининг бошқа сабабларини куриб чиқинг (дори воситалари, вирусли гепатит, алкоголь), сув –туз балансини тиклаш учун чора –тадбирлар кўринг.</li> <li>3. Шифокорлар консилиумида давони тиклаш ҳақидаги масалани муҳокама қилинг.</li> </ol>
Тери тошмаси	Барча силга қарши дорилар	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мақулопапулез ва қичийдиган тошмалар – кўпинча эрта кузатиладиган ножўя таъсирлардан бўлиб силга қарши дориларни тўхтатмаса ҳам бир неча ҳафтадан кейин ўзидан ўзи мустақил равишда ўтиб кетадиган барвақт ножўя таъсирлар. Агарда реакция яққол бўлмаса симптоматик даво тавсия қилиниб давони давом эттириш лозим.</li> <li>2. Агарда терида пуфаклар ҳосил бўлса, лаб ва ёки кўзнинг шишиши, ҳарорат, крапивница, хриллашлар, нафас олишнинг бузилиши каби систематик белгилар бўлса, дори қабул қилишни тўхтатиш керак</li> <li>3. Шифокорлар консилиумида давони қайтадан бошлаш масаласини муҳокама қилиш</li> </ol>
Буйракни нг токсик шикастлан иши.	S, Km, Am, Cm	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вақтинча инъекцион препаратни тўхтатинг сув –туз балансини текширинг.</li> <li>2. Бошқа дориларнинг дозасини буйрак фаолиятини ҳисобга олиб коррекция қилинг</li> <li>3. Шифокорлар консилиумида инъекцион</li> </ol>

		препаратни ҳафтасига 3 марта қилиш режимига ўтказиш ёки кам дозада юбориш, ёки капреомидинга ўтиш имкониятини муҳокама қилиш
Тутқаноқ*	Cs, H, фторхинолонлар	<p>Ҳозирда давом эттаётган хуружлик бартараф қилиш:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Қўп ҳолатларда хуруж мустақил равишда тўхтайди. Зарурияти бўлганда мускул орасига ёки ректал 0.2-0.4 мг/кг микдорда диазепам тавсия қилинади.</li> <li>2. Агарда шифохона шароити имкон берса, томир ичига 20 мг/кг фенитоин (суялтириш учун преципитация келтириб чиқарадиган декстрозанинг 5 фоиз эритмасини ишлатиш МУМКИН ЭМАС), артерил қон босими назорати остида аста – секинлик билан юбориш керак. Силга қарши дорилар билан даволаш фониди хуружнинг олдини олиш учун: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Хуруж устидан бутунлай назорат ўрнатгунча вақтинча циклосеринни қабул қилишни тўхтатинг (1-2 ҳафта);</li> <li>2. Пиридоксин дозасини суткасига 100 мг/гача оширинг</li> <li>3. Тутқаноққа қарши дори тавсия қилинг (карбамазепин ёки вальпроат натрий ёки фенитоин), бу тавсияни шифокорлар консилиумида муҳокама қилинг ва сил даволаш курсини охиригача давом эттиринг</li> <li>4. Циклосерин билан даволаш қайта тикланг ва секие – аста дозасини кўтаринг, дорини кўтара олмаслик ҳоллатида циклосериннинг кам дозасини мунтазам муддатга беринг</li> </ol> </li> </ol>
Периферик	Cs, H, Lzd, S,	1. Пиридоксиннинг дозасини суткасига

невропатия	Km, Am, Cm, Eto/Pto, фторхинолонлар	100 мг/гача оширинг 2. Шифокорлар консилиумида бошқа симптотматик дорилар бериш заруриятни муҳокама қилинг. 3. Агарда симтомлар огир бўлса ёки беморнинг аҳволи ёмонлашса, инъекцион дорини алмаштириш, дозасини камайтириш, дориларни алмаштириш заруриятини шифокорлар консилиумида муҳокама қилинг.
Эшитишнинг пасайиши	S, Km, Am, Cm	1. Агар аудиметрия ўтказиш имконияти бўлса, эшитишнинг пасайганлигини хужжатда қайд этинг. Ушбу ҳолатда эшитишнинг пасайиши орқага қайтмайдиган ҳолат эканлигини эътиборга олиш керак! 2. Шифокорлар консилиумида Cm га ўтиш и ёки инъекцион препаратни ҳафтасига 3 марта юбориш режимига ўтиш имкониятини муҳокама қилиш
Кўрув нервнинг неврити	E Eto/Pto,Lzd,Cfz( H, S),	1. Биринчи навбатда қизил ва яшил ранглар кўришнинг пасайиши 2. В-витаминлар гуруҳи тавсия қилинг 3. E қабул қилишни тўхтатинг, офтальмолог назорати. Баъзида сабаби S бўлиши мумкин
Психоз	Cs, H, фторохинолонлар Eto/Pto	1. алкоголь, наркотиклар каби бошқа сабаларни рад қилиш. 2. Вақтинча белгилар енгилашгунча Cs ни тўхтатиш (1-4 ҳафта) 3. Психиатр маслаҳати, кучли таъсирчангликда галоперидол буюрилади ; шифокорлар консилиумида муҳокама қилиш; 4. Шифохонага ётқизиш эҳтимоли юқори.
Депрессия	Ижтимоий иқтисодий муаммлар, сурункали касалликлар,	1. Имкон даражасида ижтимоий-иқтисодий муаммоларни ҳал қилиш 2. Консултация қилиш. 3. Суцидал характага уриниш бўлган ҳолатлада шифохонага ётқизиш масаласини кўриб чиқиш,

	Cs, фторхинолонлар , H, Pto	психоз ёк и гипотиреоз белгиларини баҳоланг. 4. Агар бемор Cs. қабул қилаётган бўлса пиридоксининг суткалик дазасини 100 мг/гача ошириш 5. Психиатр маслаҳати , консилиумда муҳокама қилиш вақтинча Cs қабул қилишни тўхтатиш масаласи келиб чиқиши мумкин).
Гипотирео з	PAS, Pto/Eto	1. Eto/Pto нинг PAS биргаликда қўлланиши кўпинча ушбу дориларнинг ҳар бирига қараганда кўпроқ гипотиреоз келтириб чиқаради. 2. ТТГ > 10 МЕ / мл бўлганда зарур. Гипотиреоз белгилари бўлган ва ТТГ кўрсаткичлари юқори бўлган ҳоллатлар шифокорлар консилиумида муҳокамага қўйилиши керак; Тироксин билан даволашни суткасига 50 мкгдан бошлаш ва бир ой даводан кейин ТТГ миқлдори юқори даражада сақланиб турган бўлса , секин аста дозани 100 мкггача кўпайтириш лозим. Силга қарши даво курси тугаганидан кейин ҳам 1 ой муддат давомида тироксин билан давони давом эттириш керак
Суюк кўмиги фаолиятини пасай- тириш	R, H,	1. Сурункали касалликларда анемиянинг енгил даражаси – силга қарши давони давом эттиринг ва беморнинг клиник аҳволини назорат қилинг. 2. Гастрит, яхши овқатланмаслик ва бошқа хамроҳ касалликларни ҳисобга олинг
Анафи- лактик реакция	Силга қарши барча дорилар	1 Томир ичига адреналин юбориш 2 Анафилактоид реакция ҳолатида глюкокортикостероидларни ( преднизолон) томирга юбориш 3 Юрак –қон ва нафас тизимлари фаолиятини меъёрлаштириш, қон томирлари ўтказувчанлигини камайитириш ва ички аъзолар тарafdидан кейин кузатиладиган асоратларни олдини олиш

## 5 боб ПАТОГЕНЕТИК ТЕРАПИЯ

### СИЛНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ

Силни патогенетик даволаш деганда, бемор организмга носпецифик таъсир қиладиган воситаларни қўллаш назарда тутилади. Патогенетик даволашнинг асосий мақсади, бемор организмда сил жараёни туфайли юзага келган патологик ўзгаришларни бартараф қилиш ва организмнинг химоя қилиш жараёнларини кучайтиришдан иборат.

Силнинг патогенезини, касалликка таъсир қиладиган экзоген (ташқи) ва эндоген (ички) омилларни хисобга олиб, патогенетик воситалардан оқилона фойдаланиш мумкин.

Патогенетик воситалар таъсирига кура, бир нечта гуруҳга былинади:

1. Яллиғланишга қарши қўлланиладиган воситалар: глюкокортикоидлар, ностероид яллиғланишга қарши дорилар.

2. Фиброзга қарши патогенетик воситалар: антиоксидантлар сўрдирувчи воситалар.

3. Жигар фаолиятини яхшилайдиган дорилар: гепатопротекторлар.

4. Бемор организмда моддалар алмашинувига ижобий таъсир қиладиган дорилар: анаболиклар, инсулин.

5. Имун тизим кўрсаткичларини яхшилайдиган дорилар: иммунмодуляторлар.

6. Биостимуляторлар.

Патогенетик дорилардан оқилона фойдаланиш, кимёвий дориларнинг ножўя таъсирини 2-3 марта камайтиради. Маълумки, кимётерапия натижасида сил ўчоғининг сўрилиши ўпкада склероз, фиброз ривожланишига олиб келади. Шу сабабли, нафақат силга қарши дориларнинг таъсирини кучайтирадиган, балки тўлиқ бўлмаган репаратив жараёнларнинг назоратини оширишга имкон берадиган

патогенетик даволаш усуллари катта аҳамият касб этади. Бундан ташқари, силни даволашда бемор организми иммун тизимининг фаоллигини ошириш учун патогенетик дорилар қўлланилади.

Хозирги вақтда фтизиатрлар қўллайдиган патогенетик воситалар жуда кўп.

Кўпинча беморлар, айна бир вақтнинг ўзида силгақарши кимёвий дорилар билан бирга патогенетик воситаларнинг бир нечтасини ҳам қабул қиладилар, бунда организмнинг мослашиш имкониятига дори-дармонлар унча оғирлик қилмайди. Силга қарши дорилар билан патогенетик даволашда беморнинг дорини қабул қилиши ва дориларга сил микобактериясининг турғунлигини ҳисобга олиш керак. Патогенетик воситаларни қўллашда силнинг кечишини ва даволаш босқичини эътиборга олиш зарур.

Сил жараёни 2 хил кечиши мумкин.

1. Экссудатив-некротик (зардобли-чириш) жараён устун бўлган тури: жараён ўткир бошланади, захарланиш рўйи рост юзага чиқади, емирилиш тез ҳосил бўлади.

2. Продуктив (маҳсулотли) жараён устун бўлганда- захарланиш белгилари унча намоён бўлмайди, жараён фиброзли чегараланишга мойил. Патогенетик воситаларни қўлланилганда, силнинг кечишини албатта инobatга олиш керак (Старостенко Е.В., 2007).

Даволашнинг жадал босқичида, яллиғланишга қарши, антигипоксант ва дориларнинг токсик-аллергик ножўя таъсирининг олдини олишга қаратилган патогенетик воситалар тавсия этилади. Даволашнинг кўмак босқичида эса репаратив жараёнларни кучайтиришга қаратилаган патогенетик воситалар қўлланилади.

### **Глюкокортикоидлар**

Силни даволашда глюкокортикоидларнинг, асосан, яллиғланишга қарши, десенсибилизация таъсир ва коллаген биосинтезини камайтириш хусусиятларидан фойдаланилади.

## **Глюкокортикоидларни қўлланишга кўрсатмалар**

Ўпканинг яллиғланган сили, сурункали сил жараёнининг яллиғланиш билан кечаётган авж олган манзараси, экссудатив сил плеврити, полисерозит, беморнинг силга қарши дориларни ёмон қабул қилиши, қон туфлаш, пиразинамид ичганда кузатиладиган артралгия, сил заҳарланишнинг кучлилиги, Аддисон касаллиги.

**қўлланиш усули.** Силни даволашда глюкокортикоидлардан, асосан, преднизолон қўлланилади. Тана вазни 65 кг.дан кам беморларга кунига 15 мг, тана вазни 65 кг.дан оғир беморларга преднизолоннинг кундалик миқдори 20 мг бўлиши керак. Бу миқдорни бемор 4хафта давомида қабул қилиши лозим. Масалан, соат 9.00-10мг (2 таблетка), соат 14.00-10мг (2 таблетка). Соат 16.00 дан кейин глюкокортикоид гормонлар қабулқилиш тавсия этилмайди. Глюкокортикоидларнинг кундалик миқдори аста-секин хар хафтада 5 мг.дан камайтириб борилади.

Бемор преднизолонни қабул қила олмаганда, триамцинолон, дексаметазон ва бошқа юқори фаол синтетик стероид гормонлар қўлланилади. Кундалик миқдори: триамцинолон-4-20 мг, дексаметазон-1-4 мг бўлиб, кунига 3-4 маҳал.

Стероид гормонлар билан даволаниш жараёнида, бемор, таркибида калий былган аспаркам, панангин ёки калий оротат ичиб туриши керак.

Шифокор беморнинг қон босимини, қондаги қанд миқдорини, руҳий ҳолатини ва кундалик диурез миқдорини мунтазам назорат қилиб туриши лозим. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш керакки, глюкокортикоидларни камида 3-4 та силга қарши дорилар билан бирга ичиб туриш шарт, акс ҳолда, сил жараёни зўрайиб кетиши мумкин.

**Монеликлар.** қандли диабет, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яраси, сурункали ичкиликбозлик, хомилдорлик, микседема, руҳий хасталиклар, ички аъзолар амилоидози, 2-3 даражадаги гипертония хасталиги, Иценго-Кушинг касаллиги.

Силни даволашда **анаболик стероид гормонлардан** кенг фойдаланилади. Улар организмдаги оксил синтези жараёнига яхши таъсир кўрсатади. Анаболиклар сурункали кечадиган сил хахексиясида қўлланилади. Анаболик гормонлардан кўпроқ неробол, ретаболил қўлланилади.

**Монеликлар:** ҳомиладорлик, жигар циррози, онкологик хасталиклар.

### **Антиоксидантлар**

Антиоксидантлар патогенетик даволаш воситалари ичида алоҳида ўрин тутади. Силни даволашда антиоксидантларнинг яллиғланишга қарши, антиаллергик, антитоксик, антифибротик, репаратив жараёнларни кучайтириш хусусиятларидан фойдаланилади. Антиоксидантларнинг таъсир механизми липидларнинг перекис оксидланиши (ЛПО) жараёнларига таъсир қилишига асосланган.

Маълумки, липидларнинг перекис оксидланишни кучайиши, яллиғланишнинг зырайиши, жигар, юрак-томир тизими, ошқозон ости бези ва бошқа аъзолардаги токсик реакцияларнинг ривожланиши, ўпкада фиброз жараёнинг кучайиши билан кечади. Липидларнинг перекис оксидланиш маҳсулотлари репарация жараёнини сустлаштиради. Силни даволашда антиоксидантлар қўлланиши юқоридаги механизмга таъсир қилиш имконини беради. Фтизиатрия амалиётида асосан 2 хил антиоксидант- витамин Е ва тиосульфат натрий қўлланилади.

Антиоксидантларни даволашнинг жадал босқичида қўллаган маъкул.

**Антиоксидантларни қўллашга кўрсатмалар.** Витамин Е эркин радикалларга таъсир қилиши туфайли, липиднинг перекис оксидланиш маҳсулотларини камайтиради. Витамин Е фиброз ўчоқлар хосил бўлишига йўл қўймайди, бу хусусиятидан сил жараёнининг продуктив кечган турида кенг фойдаланиш лозим. Бундан ташқари, витамин Е силга қарши дориларнинг заҳарли

таъсирини олдини олиш ва нафас етишмовчилигини даволашда қўлланилади (Старостенко Е.В., 2007).

Натрий тиосульфат антиоксидант таъсирга эга эмас, лекин пероксидлар ва тўйинмаган ёғ кислоталар тўпланишини секинлаштиради. Натрий тиосульфат силга қарши дорилар аллергик таъсирининг олдини олиш ва бартараф этишда кенг қўлланилади. (М.М.Ращматов, 1987). Натрий тиосульфатни, яллиғланган ва фиброз-кавакли силда зардобли жараён устун бўлганда қўллаш мақсадга мувофиқ.

### **Иммунтерапия**

Сил касаллигини мажмуавий даволашда иккиламчи иммун танқислигини меъёрига келтириш катта аҳамиятга эга. Маълумки, сил билан хасталанган беморларда иммун тизимнинг шужайра ва гуморал кўрсаткичларида ўзгаришлар, яъни лимфоцитлар популяциялари ва субпопуляцияларининг алоқадорлиги, қон хужайраларининг фагоцитар фаоллиги, IgA, IgM, IgG, IgE лар, цитокинлар микдорининг ўзгариши кузатилади.

Иммунмодуляторларнинг турли таснифлари мавжуд бўлиб, амалий жиҳатдан Р.М. Хаитов ва В.Пинегин таклиф қилган тасниф кулай:

-микроблардан олинган иммун препаратлар: БЦЖ вакцинаси, туберкулин, пирогенал, пиродигиозан, рибомунил, нуклеинат натрий;

- тимус препаратлари: имунофон, тимус экстракти;

- миелопид;

- цитокинлар: одам лейкоцитларининг интерферони, ИЛ-1, ИЛ-2, молграмостим;

- синтетик ва ярим синтетик иммунмодуляторлар: левамизол, глутоксим, полиоксидоний, ликопид.

М.М.Авербах таклиф қилган иммунмодуляторлар таснифи ҳам аҳамиятини йўқотмаган: 1-специфик иммунмодуляторлар: (туберкулин, БЦЖ вакцинаси), 2-носпецифик иммунмодуляторлар

(левамизол, тимус препаратлари, метилурацил, нуклеинат натрий ва бошқалар).

### **Махсус иммунтерапия**

**Туберкулинтерапияда** - стандарт суюлтирилган, тозаланган туберкулин қўлланилади. Туберкулиннинг таъсир механизми:

- асаб тизимининг таъсирчанлигини камайтириш;
- лимфа айланишини кучайтириш;
- жараён соқасида капиллярларни кенгайтириш;
- гистогематоген тўсиқларнинг ўтказувчанлигини яхшилаш;
- ретикулоэндотелий тизимининг фагоцитар фаоллигини ошириш;
- сил ўчоқларида репаратив жараёнларни кучайтириш;
- протеолитик жараёнларнинг фаоллигини ошириш.

Туберкулинтерапияни умумий реактивлиги камайган ва юқори сенсублизация кузатилган ўпка сили бор беморларни даволашда қўллаш тавсия этилади. Бундан ташқари, уни ўпкада махсус жараёнлар секин кечганда, репаратив жараёнларни кучайтириш мақсадида қўлланилади.

### **Туберкулинтерапияга кўрсатмалар:**

- жуда секин инволюция былаётган ўпка силининг, чегараланишга мойил фаол кўринишлари;
- яллиғланишнинг продуктив туридаги кўринишлари.

Ишлаб чиқариш хусусияти: туберкулин таркибида ППД-Л нинг тозаланган 2 ТБ ампулада 5 мл. дан ишлаб чиқарилади. Туберкулин терапиянинг турли усуллари мавжуд бўлиб (тери остига, тери ичига, томирга, электрофорез йўли билан) ҳар бир усулнинг афзалиги ва камчиликлари бор (Стаханов В.А., 2007).

**Монеликлар:** силнинг зўрайиб бориши, ўпкadan қон оқиши, қандли диабет, марказий нерв тизимининг органик хасталиклари, юрак фаолиятининг суб- ва декомпенсацияси.

## **БЦЖ терапия**

Таъсир механизми: организм реактивлигини оширади, репаратив жараёнларни фаоллаштиради. Вакцинатерапия усули (Финкел Е.А ва бошқалар.,1985) терапевтик таъсир қиладиган ва шгу билан бирга, бемор учун безарар жуда оз миқдорда юборишга асосланган. БЦЖ нинг даво миқдори 2ТБ- Манту синамаси натижалари асосида аниқланади. (Стаханов В.А.,2007).

### **Кўрсатмалар:**

- яллиғланиш ва емирилиш давридаги ўпка силининг фаол кўринишлари;

- яллиғланишнинг кўпроқ зардоби турда кечиши;

ИФТ да сил қўзғатувчисига IgG нинг антитаналар паст ва ўрта кўрсаткичлари.

Гепарин мукополисахаридлар туркумига кириб, антикогулянт хусусиятидан ташқари, антигистамин, яллиғланишга ва гиалуринидазага қарши таъсир қилади. Шунингдек, гепарин антибиотиклар таъсирини кучайтириб, капиллярлар ўтказувчанлигини яхшилаб, сил ўчоғига дорининг кириб боришини осонлаштиради. Гепарин зардоби кечаётган сил жараёнларини даволаш учун қўлланилади.

Гепарин кун ора 5000 бирликда коагулограмма назоратида қўлланилади. Даволаш курси-4-6 ҳафта (Калеберда К.Я.,1981).

Рағбатлантирувчи даво

Бу патогенетик даволаш воситаси бемор организмнинг касаликка қарши курашиш қобилиятини кучайтиришга, жараённинг битишини тезлаштиришга қаратилган. Бундан ташқри, рағбатлантирадиган дорилар антибиотикларнинг сил ўчоғига тезроқ



Расм.6. силни патогенетик даволаш

**Жадвал 19**  
**Носпецифик иммунтерапия**

Дори номи	Таъсири	Кўрсатмалар	Қўлланиш
Одам рекомбинанти интерлейкини -2	Эндоген ИЛ-2 етишмовчилигини компенсация қилади	Экссудатив реакция устун былган деструктив сил жараёни, зўрайиб борувчи ўткир кечувчи сил жараёнлари, хужайра иммунитетининг етишмовчилиги	Ўткир кечувчи сил жараёни-томирга кун ора 3 марта, бир марталик дозаси-500000 МЕ, даво курсига-1500000 МЕ. Зўрайиб борувчи фиброз-кавакли силда-стандарт дозаси (курсга 3 млн. МЕ)
Одам рекомбинанти интерлейкини-1Б	Нейтрофил гранулоцитлар фаоллигини оширади, ИЛ-2 га боғлқхужайраларнинг пролиферациясини, антитана щосил бўлишини кучайтиради	Биринчи марта аниқланган продуктив турда кечувчи чегараланган сил жараёни, 4-5 ой зўр бериб даволашга қарамай, деструкциянинг сакланиб туриши	
Полиоксидоний	Иммуномодулятор детоксикант, антиоксидант, мембраналар стабилизатори	Ўткир, зўрайиб борадиган фаол ўпка сил манзараси, эндобронхиал усулда бронхлар сили, ўпка силининг деструктив турлари	хафтасига 2 марта 6 мг.дан –курсга- 10 та инъекция, 5 хафта давомида
Одамнинг лейкоцитар интерферони	В- хужайралар фаоллигини меъёрлаштиради, Т- хужайраларни кўпайтиради, фагоцитозни кучайтиради, гематологик кўрсат-	Илк бор аниқланган фаол силнинг чегараланган ва тарқалган манзараси	Мускулга, эндо-бронхиал, ултра-товуш ингаляцияларида, плеврага, эндолимфатик юборилади. Бир марталик дозаси-

	кичларни меъёрига келтиради		10000 МЕ. Курсга-100000-160000 МЕ. Муддати 5-6 ой.
Ликопид	Лизосомал ферментлар фаоллигини оширади, цитотоксик таъсири бор, кислороднинг фаол кўринишларини хосил қилади.	ўпканинг фаол сил жараёни, казеоз зотилжам, сурункали сил жараёнининг зўрайиб борадиган кучли шакллари, сил интоксика-	Силнинг тарқалган, оғир кўринишларида-1та таб-леткадан 10 кун, 2 курс. Силнинг кичик ҳажмдаги дест-рукция бўлмаган кўринишлари-10мг
		цияси, силнинг клиник-рентгенологик суст регрессияси, сил ва носпецифик яллиғланишнинг бирга кечиши	10 кун давомида, 2 курс. Силнинг сурункали турида – 3 курс
Глутоксим	хужайранинг оксидланиш-қайтарилыш жараёнларига таъсир этади, цитопро-тектив таъсирга эга, цитокинлар, гомопоэтинлар ишлаб чиқарилишини кучайтиради	Силнинг тарқалган, оғир кўринишларида, дориларга турғунлик бўлганда тавсия этилади	хар куни 60 мг.дан томирга ёки мускул орасига 2 ой давомида
Деринат	Лимфоцитлар сони кыпайиши, лейкоцитлар фаоллигини ошириш, фагоцитознинг кучайиши, гуморал омилларга ижобий таъсири билан намоён былади	Силнинг тарқалган, оғир турларида, дориларга турғунлик бўлганда тавсия этилади	Мушакка 5-10 инъекция тавсия этилади
Тилорон	Тиббий киллер-	Силнинг фаол	Биринчи 2 кунда-2

	нинг фаоллигини оширади, гуморал иммунитетни меъёрлаштиради, цитокинлар миқдорини назорат қилади	кўринишлари	(0,25 дан) таблеткадан, кейин-0,125 г кун ора, курсга-20 таблетка
Левамизол	Т ва В лимфоцитларнинг сонига ижобий таъсир қилади, иммун мажмуалар ҳосил бўлишига қаршилик қилади.	ўпка силининг фаол кўринишлари	100мг ёки 150 мг дан кунига бир маҳал, хафтасига 3 марта. Курс-8 hafta
Метилурацил	Лейкопоззни, хужайра ва гуморал иммун кўрсаткичларини фалоллаштиради, тикланишни кучайтиради	ўпка силининг фаол турлари	Катта ёшдагиларга-0,5 дан 4 маҳал

кириши учун шароит яратади. Стимуляция воситалари фиброз ўзгаришлар ривожлана бошлаганда қўлланилади.



Расм7. Силни кумак босқичда патогенетик давоси

Биоген стимуляторлар- плазмол, алоэ экстракти, мимиё ўпкасида илк бор сил топилган беморларга ва силнинг сурункали кўринишларида секин регрессия бўлаётган сил кўринишларида 2-3 ойлик даволашдан кейин тавсия этилади.

\* Биоген стимуляторлар орасида инсулин алоҳида ўрин тутади. Агарда туберкулоз статик дориларни узоқ муддат қўллаш туфайли юзага келадиган ошқозон секрециясини ўзгариши, жигарнинг антитоксик фаолиятининг пасайиши, жигар ва ошқозон ости беши -даги резерв имкониятларнинг камайишини ҳисобга олсак ушбу ўзгаришларни олдини олиш ва дориларни ноҳўя таъсирини камайтиришда инсулиннинг ижобий таъсири тушунарли бўлади

\* Ундан ташқари клиник ва экспериментал тадқиқотлар натижасида инсулин таъсирида макрофагларнинг фагоцитоз фаоллиги ортиши, модда алмашув жараёни тезлашиши, силга қарши дориларнинг қондан сил ўчоғига киришга шароит яратилиши исботланган. Айниқса барқарорлашув даврида, сил жараёни чегарланиш жараёнида, ҳамда ёши катта беморларда организм носпецифик резистентлигини кучайтириш ва репарация жараёни тезлаштириши аниқланган. Инсулин кўп бўлмаган дозада тўқималарда глюкоза утилизациясини яхшилайти, тўқималардаги метаболизм жараёнларини кучайтиради. Инсулинотерапия курси 1—1,5 ой давом этиб туберкулоз статик дорилар билан кулланилади. Суткалик дозаси 6—8 бирлик бўлиб кунига бир маҳал 30 минут овқатдан олдин тери остига юборилади

\* Инсулин тикланишни кучайтиради, хужайрада модда алмашувини, жигарнинг функционал ҳолатини яхшилайти. Инсулин таъсирида силга қарши дориларнинг сил ўчоқларига кириб бориши сезиларли ортади. Инсулин илк бор аниқланган ўчоқли, яллиғланган, тарқалган сил жараёнларида қўлланилади.

Сурункали силни даволашда махсус дорилар таъсири самарасиз бўлганда, 2-4 бирликда инсулин қўллаш яхши натижа беради, кейин аста-секин 5-8 бирликкача кўпайтириш мумкин. Даволаш курси- 3-4 hafta.

\* Пироген стимуляторлар- (бактериал полисахаридлар) яллиғланиш ва ўчоқлар сўрилишини тезлаштиради, каваклар хажмининг кичрайишига, беркилишига шароит яратади.

Продигиозин-haftада 1 марта 1-2 мл, курсга 5-6 та инъекция тавсия этилади. Пирогенал 20-25 МПД дан мушак орасига кун ора киритиб, микдори аста-секин 25-50 МПД га оширилади.

Миелопид пептиддан олинган бўлиб, В ва Т-тизими кўрсаткичларини яхшилайди. Тери остига 3- 6 мг.дан ҳар куни ёки кун ора юборилади, курсга-3-5 инъекция.

Тимикгормонлар—Т-хужайраларга ижобий таъсир кўрсатади.

Тималин-7-10 кун давомида 5-20 мг.дан мускул орасига юборилади, такрор курсни 1-6 ойдан кейин қўллаш тавсия қилинади.

Т-активин-кунига 1 маҳал тери остига 1-2 мкг/кг ҳисобида 5-14 кун давомида.

Тимостимулин- 14 кун давомида ҳар куни 1 мкг/кг ҳисобида қилинади. Сўнгра 12 hafta давомида 2 маҳал.

Тимоптин- тери остига , даволаш курси-4-5 инъекция.

Гемокоррекциянинг экстаркорпорал усуллари

Экстаркорпорал гемокоррекция усуллари, қондаги захарли моддаларни турли адсорбентлар орқали ёки плазманинг маълум қисмини олиб ташлаб тозалашга асосланган. Экстаркорпорал гемокоррекция усуллари силнинг оғир, зўрайиб борадиган турларида, дориларни қабул қила олмасликда, беморни операцияга тайёрлашда кенг қўлланилади. Бу усуллар гомеостазнинг бузилган параметрларини меъёрлаштиради, иммун тизим кўрсаткичларини, микроциркуляцияни, жигар ва буйрак фаолиятини яхшилайди, қоннинг сил таёқчаларига қарши бактериостатик фаоллигини кучайтиради.

## **СИЛДА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК ДАВО**

Антибактериал даво шароитида электротерапиянинг баъзи бир турлари яллиғланиш жараёнига бевосита таъсир қилиш ва касалликнинг белгиларига, хамроҳ касалликларга таъсир мақсадида силнинг турли кўринишларини даволашда кенг қўлланилади. Хозирги замонда электрофорез усули ёрдамида нафақат яллиғланишга қарши ва аналгетик воситаларни юбориш, балки бронхларни кенгайтирувчи, сувда эрувчан силга қарши дорилар ( солюзиднинг 5% эритмаси, ПАСКнинг 10% натрийли тузи, стрептомицин)ни юборишда қўлланилади.

Физиотерапевтик муложалар силнинг, силнинг ўткир, зўррайиб боровчи ва декомпенсанция даврларидаги шаклларида ташқари кўринишларида тавсия этилади. Силда рағбатлантирувчи терапиини мақсадида частотаси 800—1000 кГц бўлган ультратовуш қўлланилади. Бунда тўқималарда пайдо бўладиган тўлқинлар микромассаж каби таъсир қилади: ўпкада қон ва лимфа айланишининг рефлектор кучайишига олиб келади.

Сил ўчогида яллиғланишни кучайиши рўй бериши мумкин, бу эса дориларнинг ўчоққа яхши киришига ва даво самарасини ортишига олиб келади. Силда ультратовуш ўчоқли, яллиғланган, чегараланган тарқалган ўпка сили, деструкцияли туберкулемаларда яллиғланиш сўрилганидан кейин; олдин олиб борилган даво самара бермаган кавакли силда; чегараланган, торпид кечувчи сил жараёнларида тавсия қилинади.

### **КОЛЛАПСОТЕРАПИЯ**

Коллапсотерапияга пневмоторакс ва пневмоперитонеум киради.

Суний пневмоторакс — коллапсотерапия усулларида бири бўлиб махсус аппарат ёрдамида плевра бўшлиғига ҳаво юбориб ўпкада коллапс ҳосил қилишдир. Ушбу усул янги, деструктив силда

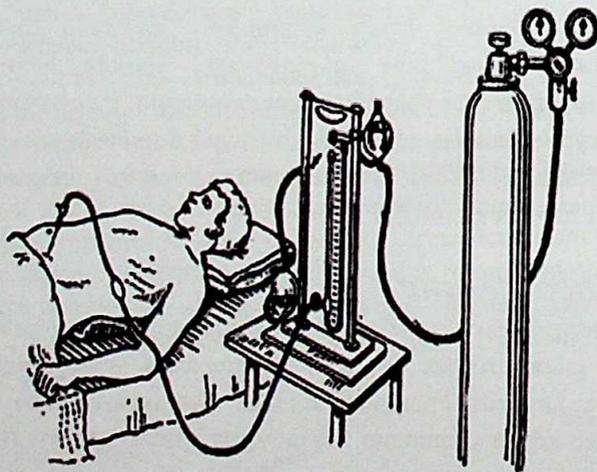
кенг қўлланган. Плевра варақлари орасига ҳаво юбориш ўпкани колапсига олиб келади.

Сиқилган ўпкада эластик каверна пучаяди, бу эса ўпка тўқимасидаги деффектни камайишига, каверна деворларининг бир – бирига яқинлашишига ва натижада каверна битишига шароит яратишга олиб келади. Репарация жараёнларига коллапс холдаги ўпкада ривожланадиган вентиляция, қон айланишининг камайиши, лимфостаз ҳам ёрдам беради. Токсинлар сўрилиши камаяди, битиш жараёни тезлашади.

### **6 боб КОЛЛАПСОТЕРАПИЯГА КЎРСАТМАЛАР:**

- \* Чегараланган деструктив сил жараёни, агарда ХТ 2-3 ой давомида самара бермаса
- \* Каверноз сил ёки чегараланган тарқалган сил
- \* Ўпкadan қон кетиш

**Пневмоперитонеум** — қорин бўшлиғига газ юборилишидир, бунда ўпканинг хажми ва эластик чўзилиши кичраяди. Ўпка диафрагма гумбази тагида йиғилган газ таъсирида кўтарилган диафрагма томонидан сиқилади.



*Расм 8. коллапсотерапия*

## **СИЛНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ**

Жарроҳлик муложалари химиотерапия самарасиз бўлганда, бемор аъзоларда сил таъсирида ортга қайтариб бўлмас морфологик ўзгаришлар ривожланганда, сил асоратлар кузатилганида тавсия қилинади. Силни жарроҳлик билан даволаш ҳозирги замон фтизиатриясида кенг тарқалган усулдир. Силни жарроҳлик усулида даволаш консерватив даво самара бермаганидан кейин тавсия қилинади. Жарроҳлик усулида беморнинг тезроқ сғайиши, унинг хаёт сифатининг ортиши, аторфдагиларга силни юқтириш хавфини камайтиришга тезроқ эришилади. Кўпинча жарроҳлик усулари бемор хаётига жиддий хавф бўлганда кўрсатилган. Жарроҳлик муложаси хажми силда сил таъсирида бемор организмда бузилган, жарроҳатланган тўқималар даражаси билан белгиланади.

*Жарроҳлик муложалари қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади:*

- \* Ўтказилган химиотерапияга қарамадан сақланиб қолаётган сил микобактерияларини ажратиш ҳолатлари;
  - \* Дориларга турғун сил ҳолатлари;
  - \* Силни даволагандан сўнг қавернадан ёки бронхоэктаздан қон кетиш;
  - \* медиастинал лимфатик безлар билан эзилиш ҳолати;
  - \* Химиотерапиядан сўрилиб кетмаган сил эмпиемаси;
- Ўпкада юмалоқ соя синдроми.

### **КЎРСАТМАЛАР:**

- \* катта туберкулемалар парчаланиш билан ( 4 смдан катта);
  - \* Ўпкадаги нокурабел, қолдиқ ўзгаришлар – бронхоэктазлар, ўпканинг бузилган қисми, бронхнинг яққол намоён бўлган стенози;
- Сил микобактерияси ажралмайдиган, санация бўлган баъзи эпидемиологик ҳолатлар ( болалар муасасалари ходимлари).

### *Ўпка силида жарроҳлик мулоҳасига ҳаётий кўрсатмалари*

- \* Ўпкадан профуз қон кетиш;
- \* клапанли спонтан пневмоторакс.

### *Жарроҳлик мулоҳасининг қуйидаги асосий турлари бор:*

- резекция – органинг маълум бир қисмини олиб ташлаш;
- лобэктомия – ўпканинг бўлагини олиб ташлаш;
- пневмонэктомия – ўпкани олиб ташлаш;
- кавернэктомия – патологик жараён кавернани олиб ташлаш.
- плеврэктомия – жароҳлик мулоҳасининг тиклаш тури.

Жарроҳлик мулоҳаси натижасида ўпка тўқимаси қалинлашган плевра «панциридан» озод этилади.

• сил беморларини жарроҳлик мулоҳасига танлаб олишда сил жараёни характери, жараённинг жойлашган майдони, касалликнинг даври, организмнинг функционал имкониятлари инобатга олинади.

*20 жадвал*

### **Ўпка силида асосий операцияларга кўрсатмалар**

Операция	Кўрсатмалар
Прецизион, сегментар резекция	Чегараланган каверна, туберкулема, ўчоқлар конгломерати
Лобэктомия	ўпканинг бир бўлагиди кавакли ёки фиброз-кавакли сил, бўлак циррози, лобит казеоз зотилжам типиди, туберкулема атрофида диссеминация ўчоқлари
қўшма резекция (ўпка бўлагиди+ сегмент), билобэктомия	ўпканинг бир ёки икки бўлагиди кавакли, фиброз-кавакли, цирротик сил, иккинчи бўлакди диссеминация ўчоқлари
Пулмонэктомия, плевропулмон-эктомия	ўпканинг фиброз-кавакли сили диссеминация ўчоқлари ёки цирроз билан, катта гигант кавақлар, казеоз зотилжам, фиброз-кавакли сил ва сурункали плевра эмпиемаси

Торакопластика	Ўпка юқори бўлаги фиброз-кавакли сили, бошқа бўлақларда диссеминация ўчоқлари
Торакмиопластика	Ўпкада сил жараёни, бронхиал оқма яра ва сурункали плевра эмпиемасида, агар пулмон-эктомияга монелар бўлса, ўпка резекциясидан кейинги қолдиқ бўшлиқ ёки плевра эмпиемасида
Кавернопластика	Ўпка юқори бўлаги ёки 6 сегментда бўлган катта тозаланган каверна
Плеврэктомия ва декорткация	Ригид плеврит, сурункали плевра эмпиемаси (ўпкада сил жараёни чегараланган ва кичик турларида)
Нодулэктомия	Катта казеозли лимфа тугунлари организм захарланиши билан, бронхларнинг лимфа тугунлари билан сиқилиши, казеоз тугунларнинг бронхга очилиши
Торакостомия	Сурункали плевра эмпиемаси, ўпканинг қис-ман резекцияси ёки пулмонэктомиядан кейинги плевра эмпиемаси бронхоплеврал оқма яра билан пункция ва дренажлаш ёрдам бермаганда
Кавернотомия, кавернани дренажлаш	Ўпка юқори бўлаги ёки 6 сегментда бўлган катта фиброз кавак иккинчи босқич операцияга тайёрлаш учун.

#### **МОНЕЛИКЛАР:**

\* Функционал етишмовчиликларнинг барча оғир турлари (нафас, юрак, буйрак, жигар ва ҳаказо.);

\* Ўтказилган миокар инфартки , вирусли гепатитлар, ички аъзоларнинг тарқалган амилоидози , қон касалликлари;

\* Силнинг зўррайиши.

## 7 боб СИЛНИ НОАНЪАНВАИЙ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

### *СИЛНИ ҚИМИЗ БИЛАН ДАВОЛАШ*

Қимиз – туркча сўз бўлиб, бия сутининг ачитилгани «қимиз» дейилади. Қимиз таркибида сут кислотасини ишлаб чиқарадиган кўплаб микроорганизмлар бор. Унидан ташқари қимиз таркибида инсон танасига энгил сингийдиган оксиллар мавжуд. Бир литр қимиз ичган киши танаси йигирма грамм оксил билан таъминланади.

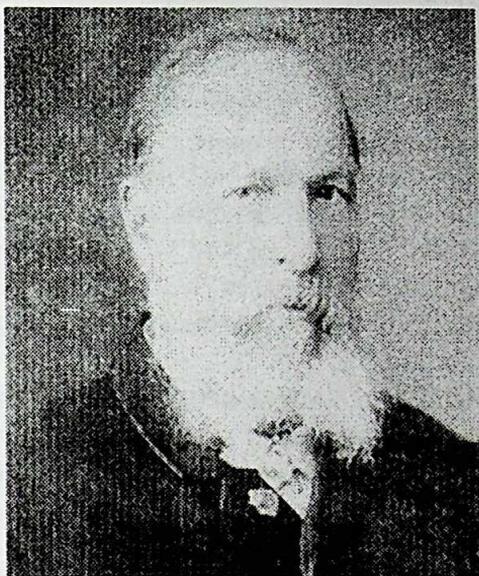
Қимиз хақидаги илк маълумотларни эраимздан олдин V асрда қадими грек тарихчиси Геродот “Грек форс уруши тарихи” китобида кетирган.

Қимизнинг шифобахш хусусиятларини илк бора 1253 йилда француз монахи ва мессионери Гельом де Ребрук ўзининг Россияга саёхати таъсуротлари асосида ёзилган “Татария” китобида келтирган.

Абу Али Ибн Сино ҳам қимизнинг шифобахш хусусиятларини тасвираб бериб кўпгина касалликларни даволашда ундан самарали фойдаланган.

Улуғ рус ёзувчиси Л.Н. Толстой қимизнинг шифобахш хусусиятларига алоҳида эътибор беради ва қимиз ичиш учун Сакс даштларга ва бошқрид қишлоқларига тез бориб турган. Рус врачлари, рус тилининг маъновий лугатини тузган мутафаккир В.И. Даль: «Қимиз ичишга ўрганиб қолгандан кейин уни бошқа ичимликларга афзал кўрасан. У чанқовни, очликни бир вақтнинг ўзида яхши қондиради. Қимиз ичишни бошлаганиг 1 хафта бўлгач, юз рангинг тозаланади, нафас олиш энгиллашади, ўзингни бардам ҳис қила бошлайсан» деб ёзган.

IX асрнинг ўрталаридан рус врачлари қимиз силга яхши таъсир кўрсатишини аниқлашади. Қимиз билан даволашнинг асосчиларидан бири рус врачлари, олими Нестор Постниковдир



*Расм 9. Постников Н.*

Сил хасталигида қимиз қадим замондан бери қўлланиб келинади. Қимиз таъсирида сил бемори организмида бузилган оқсил алмашуви жараёни анча яхшиланади, иштахаси очилади ошқозонда моторика, шиллиқ ажратиш жараёнлари, ичак фаолиятлари яхшиланади. Углеводлар ва ёғлар алмашувини яхшилайди. Оқсил витамин, микроэлементларни қабул қилиш яхшиланади. Организмнинг инфекцияларга қаршилиқ кўрсатиш қобилияти ошади. Интоксикация ҳолати камаяди. Сил билан жаррохатланган тўқималарнинг тикланишига ёрдам беради.

Қимиз таркибида катта миқдорда витамин С бўлиб ушбу ҳолат сил бемори организмида гиповитаминоз С бўлгани сабабли қимизнинг ижобий таъсирини белгилайди. Бемор организмини ушбу витамин С билан тўйинтириш силжараёнига

ижобий таъсир кўрсатади.. Ундан ташқари кимиз таркибида бошқа витаминлар борлиги ҳам ижобий таъсир этади. Қимиз сил микобактериясига бевосита таъсир этмайди.

Қимиз силнинг турли шаклларида тавсия этилади. Уткир декомпенсация босиқичиданги жараёнлар бундан истисно. Қимиз билан даволаш сил беморларидан ташқари сурункали гипоцид гастрит беморларига ҳам тавсия этилади. СҚД амалиётга кенг татбиқ этилгани билан қимиз билан даволаш ўз аҳамиятини йўқотмаган. Қимиз силга қарши дорилар биргаликда силни даволашнинг умумий самарадорлигини ошириш учун қўлланиши мумкин.

### ***СИЛНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ФИТОТЕРАПИЯ***

Маълумки полихимиотерапия, патогенетик ва симптоматик дориларни қабул қилиш сил бемори организмида катта медикаментоз зўрриқиш хосил қилади ,ундан ташқари дориларнинг ножўя таъсири келиб чиқариш эҳтимолини оширади.

Доривор ўтларни афзаллиги таъсир механизмининг охисталиги,хом ашёнинг нисбатан арзонлиги, экологик жиҳатдан узок муддат ишлатилганда деярли токсик таъсирга эга эмаслиги билан асосланади.

Доривор ўтларнинг яққол намоён бўлган метаболитик, поливалент таъсири фитотерапиянинг таъсирини силдан заҳарланиш ҳисобига юзага келадиган бемор организмидаги полиорган бузилишларни бартараф қилиш ва тиклашга қаратилганини асослайди.

## ИММУНОКОРРЕКЦИЯ МАҚСАДИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИВОР ЎТЛАР

\* 1. Фагоцитоз бузилишида-таркибида кремний органик кислоталар бўлган доривор ўтлар: далачай, мойчечак, баргизуб, исланд мохи

\* Бундан ташқариушбу доривор ўтлар таъсирида сил ўчоқларида охакланиш жараёни кучаяди. Яна таркибида рух бўлган доривор ўтлар - анис, маккажўхори попуғи, женьшень, далачай тавсия этилади.

\* Гуморал иммунитет етишмовчилигида- корақиз, элеутерококк , сули

\* 3. хужайра имунитетини етишмовчилигида — газандаўт, тоғрайхон, доривор мармарак, ширинмия, япон софораси тавсия этилади.

<b>ДОРИВОР ЎТЛАР ТАЪСИР МЕХАНИЗМАРИ (Казаринова и Н.Васкова, 2000)</b>	
1. Балган кўчирувчи таъсири	8. Замбуруққа қарши таъсири
2. Яллиғланишга қарши таъсири	9. Фитонцид фаоллик таъсири
3. Бронхларни кенгайтирувчи таъсири	10. Гепатопротектор таъсири
4. Терлатувчи таъсири	Ўт ҳайдовчи таъсири
5. Седатив таъсири	12. Спазмолитик таъсир
6. Антибактериал таъсири	13. Иммунологик статусни коррекция қилиш хусусияти
7. Вирусларга қарши таъсири	14. Адаптоген таъсири

*Расм 9. Фитотерапиянинг асосий таъсири*



## СИЛНИ САНАТОР ДАВОСИ

\* Давонинг олдинги босқичларида эришилган натижаларни мутаҳкамлаш ёки стационар даво курси муддати кам бўлганида назоратдаги химиотерапияни давом эттириш.

\* Санатор давога сил беморлари ёки хавф гуруҳидаги шахслар юборилади куйидаги мақсадларда юборилади:

\* Соғлиқни тиклаш ва мустаҳкамлаш, тиббий реабилитация, меҳнат фаолиятини тиклаш, ногиронликни *олдини олиш*.

\* *Силда даво самараси мезонлари:*

\* Давонинг олдинги босқичларида эришилган натижаларни мутаҳкамлаш ёки стационар даво курси муддати кам бўлганида назоратдаги химиотерапияни давом эттириш.

\* Балғамда микроскопия ва бактериологик усуллар билан тасдиқланган сил микобактерияларини ажратишни барқарор тўхташи

\* Ўпка тўқимасида деструкция жараёнининг барқарор бекилиши

\* Меҳнат қобилятини ва фаолиятини тикланиши

***ЖССТ бўйича силни даволаш натижалари***

***Согайган-*** Даво бошлангунча бактериологик тасдиқланган ўпка сили билан хасталанган бемор давонинг сўнги ойда микроскопия ёки экиш усулида манфий натижага эга бўлган бўлса.

***Даво тугаган-*** самарасиз даво белгиларисиз давони тугатган, лекин давонинг охири ойда балғам натижаси манфий бўлганлиги ҳақидаги маълумотлар бўлмаса.

Самарасиз даво- давонинг натижасида 5 ой ва ундан зиёд муддатда балғам микроскопияси ёки экиш усулида мусбат натижа бўлган бемор.

Вафот этган- даво бошлангунча ёки терапия курси давомида вафот этган сил бемори

***Режимни бузиш*** (1 ойлик даврдан сўнг бемор 2 оyi ва ундан кўп муддатда турли сабабларга кўра давони узиб қўйиши)

*Врач назорати учун йўқотилган- давони бошламаган бемор ёки 2 ойдан ортиқ муддатда давони уўзиб қўйиши ҳолатлари.*

***Натижа баҳоланмаган- даво натижаси баҳоланмаган сил бемори***

**Сил беморлари реабилитацияси**

1. Тиббий – организмнинг йўқолган ва кучсизланган фаолиятини тиклаш.

2. Касбий – касаллангунча бўлган меҳнат фаолиятига қайтиш ёки олдинги касби бўйича меҳнат қилиш имконияти бўлмаган шахсларни қайта тайрлаш.

Ижтимоий – беморлар ва ногиронларнинг имкониятларидан келиб чиққан ҳолда меҳнат қобилиятидан фойдаланиш.

## АНАЛИТИК КИСМ

### ТЕСТЛАР:

Битта тугри жавобли

1. Биринчи булиб силга карши дорини кашф килган олим

**А.Ваксман**

Б.Фельдман

Г.Зильберг

Д.Мортон

2. Химиотерпия режими кандай курсакич билан аникланади?

**А. Дориларга сезувчанглик тести**

Б. Яллингганиш кўрсаткичи

В. Бемор ёши

Г. Сил клиник шакли

3. Сил химиотерапиясининг асосий мақсади:

А. касаллик белгиларнинг йўқолиши

**Б. Клиник соғайиш**

В. жарохатланган аъзонинг фаолиятини тикланиши

Г. тиббий реабилитация

4. Силни даволашни асосий усули:

А. Фитотерапия

Б. Гигиено диетик режимим

**В. Химиотерапия**

Г. Хирургия даво

5. Сил химиотерапияси нечта босқичдан иборат?

А. 1

**Б. 2**

В. 3.

Г. 4

6. Силни даволашни биринчи босқичи нима деб аталади?

- А. Амбулатор босқич
- Б. Диспансер босқичи
- В. Интенсив босқич**
- Г. Санатор босқич

7. Силни даволашни икинчи босқичи нима деб аталади?

- А. Кўмак босқич**
- Б. Диспансер босқичи
- В. Интенсив босқич
- Г. Санатор босқич .

8. Силни даволашда комбинацияли химиотерапия деганда нима назарда тутилади?

**А. Бир вақтнинг ўзида силга қарши бир нечта дори берилиши**

- Б. Бир вақтнинг ўзида бир нечта усулнинг қўлланиши
- В. Химиотерапия+ фитотерапия
- Г. Химиотерапия+ коллапсотерапия+ фитотерапия сил бемори жинси

9. Силда физиодаво қўлланишида асосий мезон:

- А. сил жараёни даври**
- Б. сил бемор ёши
- В. Хамрох касаллиги борлиги
- Г. Дориларни кута олиши

10. ЖССТ нинг қандай дастури ўз самарасини даволашда кўрсатди?

- А. TB end
- Б. TBgold
- В. DOTS**
- Г. TB stop

11. Силни даволаш самараси кўрсаткичларидан бири :

- А. Сил микобактериясини ажратишни барқарор тўхтатиши**
- Б.Клиник белгиларни регрессияси
- В. периферик қон таҳлилини меерлашуви
- Г. Спрография кўрсаткичларини меёрлашувилашуви

12.Силга қарши дорилар қандай гуруҳларга бўлинади?

- А. Асосий ва резерв**
- Б.резерв ва хусуий
- В.асосий ва хусуий
- В. резерв ва грант

13.Асосий қаторга қирувчи дорини кўрсатинг:

- А. ПАСК
- Б. Тибон
- В.Пиразинамид**
- Г.Канамицин

14. Патогенетик дорини кўрсатинг:

- А. Изониазид
- Б.Инсулин
- В.Фтивазид
- Г. Солюзид

15. Резерв қаторга қирувчи дорини кўрсатинг:

- А.лапазолид**
- Б. стрептомицин
- В.этамбутол
- Г. фтивазид

16. Силнинг жаррохлик муложаси кўрсатилган турини кўрсатинг

- А. Туберкулема**

- Б. Учокли сил
- В.Плеврит
- Г. Перитисурит

17.Коллапсотерапияга кўрсатма:

- А. Ўпкадан кон кетиш**
- Б. Спонтан пневмоторакс
- В.Плеврит
- Г. Амилоидоз

18.Илк бор аниқланган сил дориларга сезувчан сил шакли аниқланган беморни интенсив даво даврида даво схемасини кўрсатинг:

- А. 2HREZ**
- Б.2 HREZS
- В. 3 HRES
- Г. 3 HRE

19. Илк бор аниқланган сил дориларга сезувчан сил шакли аниқланган буйрак етишмовчилиги булган беморни интенсив даво даврида даво схемасини кўрсатинг

- А. 2HRZ**
- Б.2 HREZS
- В. 3 HRES
- Г. 3 HRE

20. Қайталанган, сил дориларга сезувчан сил шакли аниқланган беморни интенсив даво даврида даво схемасини кўрсатинг

- А. 2HRZE**
- Б.2 HREZS
- В. 3 HRES
- Г. 3 HRE

21. Силда қўлланалидиган доривор ўтларнинг таъсир механизми:  
**А.силга карши дорилар таъсини узайтиради, ножуя таъсирларни камайтираш**  
Б.силга карши таъсири  
В.сурилтирувчи  
Г.иммунотроп
- 22.Силнинг фаол даврида давонинг кандай тури мумкин эмас?  
**А.күёш ванналари**  
Б.кимиз  
В. Фитотерапия  
Г.химиотерапия
- 23.Патогенетик таъсирга эга дорини курсатинг:  
А. Линозолид  
**Б. тиосульфат натрия**  
В. бедаквилин  
Г.ПАСК
24. ОИТС ва силни давосини олиб бориш:  
**А. Химиотерапия ва АРВТ**  
Б. Химиотерапия  
В. АРВТ  
Г.химиотерапия ва иммунокоррекция
- 25.Силни даволашда қадимдан қўлланилган:  
**А. қимиз**  
Б. сув  
В. йод  
Г.хайвон ёғлари

26. Жаррохлик муложаси курсатилган холатни курсатинг:

- А. Фиброз кавакли сил**
- Б. Учокли сил
- В. плеврит
- Г. Сил интоксикацияси

27. МЛУ ТБ ни даволашда кулланиладиган дорини курсатинг

- А. Фтивазид
- Б. Этамбутол
- В. Протонамид**
- Г. Солюзид

28. Сил беморларини даволашда Узбекистондаги санаторийни курсатинг

- А. Парда Турсун**
- Б. Октош
- В. Чинобод
- Г. Чорток

29. Патогенетик дорини курсатинг

- А. Преднизалон
- Б. Этионамид
- В. Фтивазид
- Г. Солюзид

30. Силни даволаш тамойилларини курсатинг

- А. Назоратдаги даво
  - Б. индивидуал даво
  - В. ута киса муддатдаги даво
  - Г. режимсиз даво
- Изох- тугри жавоблар кора рангда белгиланган.

## ХОЛАТИЙ МАСАЛАЛАР

1. 35 ёшли бемор, олдин сил билан хасталанмаган. Хозирда илк бора топилган унг упка юкори булагги яллигланган сили, парчаланиш ва таркалиш даври, КУБ мусбат, молекуляр генетик усулда дориларга сезувчан шакли аникланган. Даво режимини аникланг.

2. 45 ёшли бемор, илк бор аникланган чап упка юкори булагги учокли чсили, яллигланиш даври, КУБ манфий. Давони интенсив фазасини стационарда олган. Амбулатор фазадаги даво режимини тангланг.

3. 25 ёшли бемор, 5 йил олдин унг упка яллигланган сили, парчаланиш даври, КУБ мусбат булган. Хозирда касаллик рецидив кузатилмоқда. Икки упка юкори булагги яллигланган сили, парчаланиш ва таркалиш даври, КУБ мусбат. Молекляр генетик усулда рифампицинга сезувчанглик аникланган. Интенсив даво режимини курсатинг.

4. Беморда илк бора аникланган чап упка яллигшаланган сили, парчаланиш ва таркалиш даври, КУБ мусбат. Анамнезида сил булган отаси билан мулокатда булган. Даво режимини танланг.

5. Яллигланган упка сили билан хасталанган беморда уткир гепатит аникланди. Фтизиатр тактикаси.

6. Беморда илк бора аникланган таркалган упка сили, яллигланиш ва парчаланиш даврида, КУБ мусбат. Хамроҳ: сурункали гепатит кузиш даврида. Текширув режасини тузинг ва давода нимага эътибор бериш керак?

7. 28 ёшли беморда биринчи марта аникланган чап упка юколри булагн туберкулемасн, КУБ манфнй. Текширув режасн ва даво тактнкаснн курсатнг.

8. Беморда сурункалн фнброз каваклн упка снлн, КУБ мусбат. Текширув режаснн ва даво тактнкаснн курсатнг.

9. Беморда иккн упка юкорн булагн ялнгланган снлн, парчаланнш ва таркалнш даврн, КУБ мусбат. HRZE бунча интенснв даво олмокда. Патогенетнк давонн курсатнг.

10. Беморда чап упка юкорн булагн учоклн снлн, ялнгланнш даврнда, КУБ манфнй. HRZE бунча интенснв даво олмокда. Патогенетнк давонн курсатнг.

## **«Силни комплекс давоси» мавзусида кластер тузиш**

### **Кластер тузиш тамойиллари**

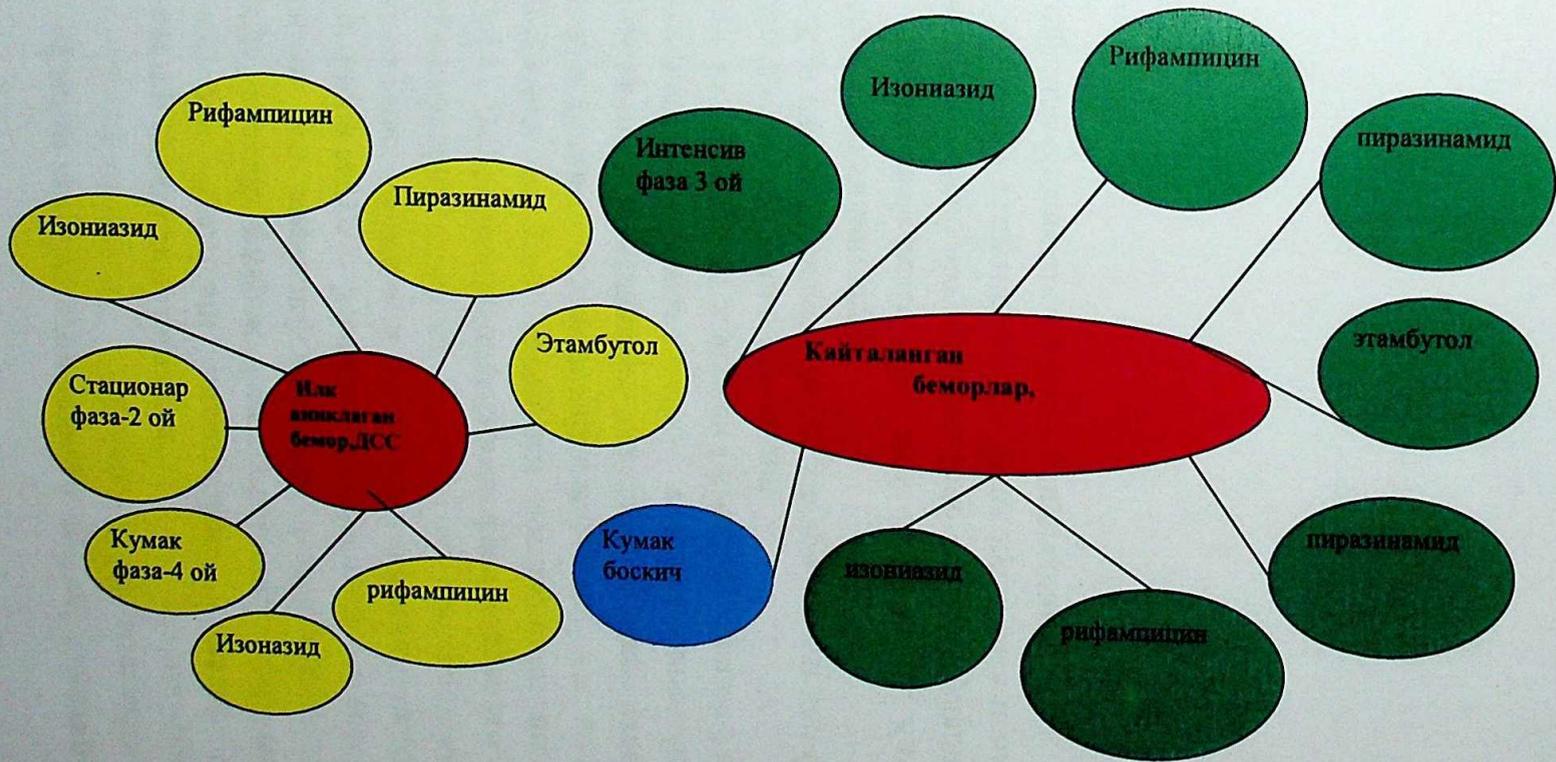
Кластерни йулдашли планеталарга ухшатиб тузиш керак. Марказда асосий фикрни ёки тушунчани жойлаштириш лозим, шохларида эса марказий тушунча билан боглик тушунчаларни жойлаштириш зарур. Уларнинг атрофларида эса асосий тушунчани янада тулик ёритишга хизмат киладиган тушунчаларни жойлаштирилади.

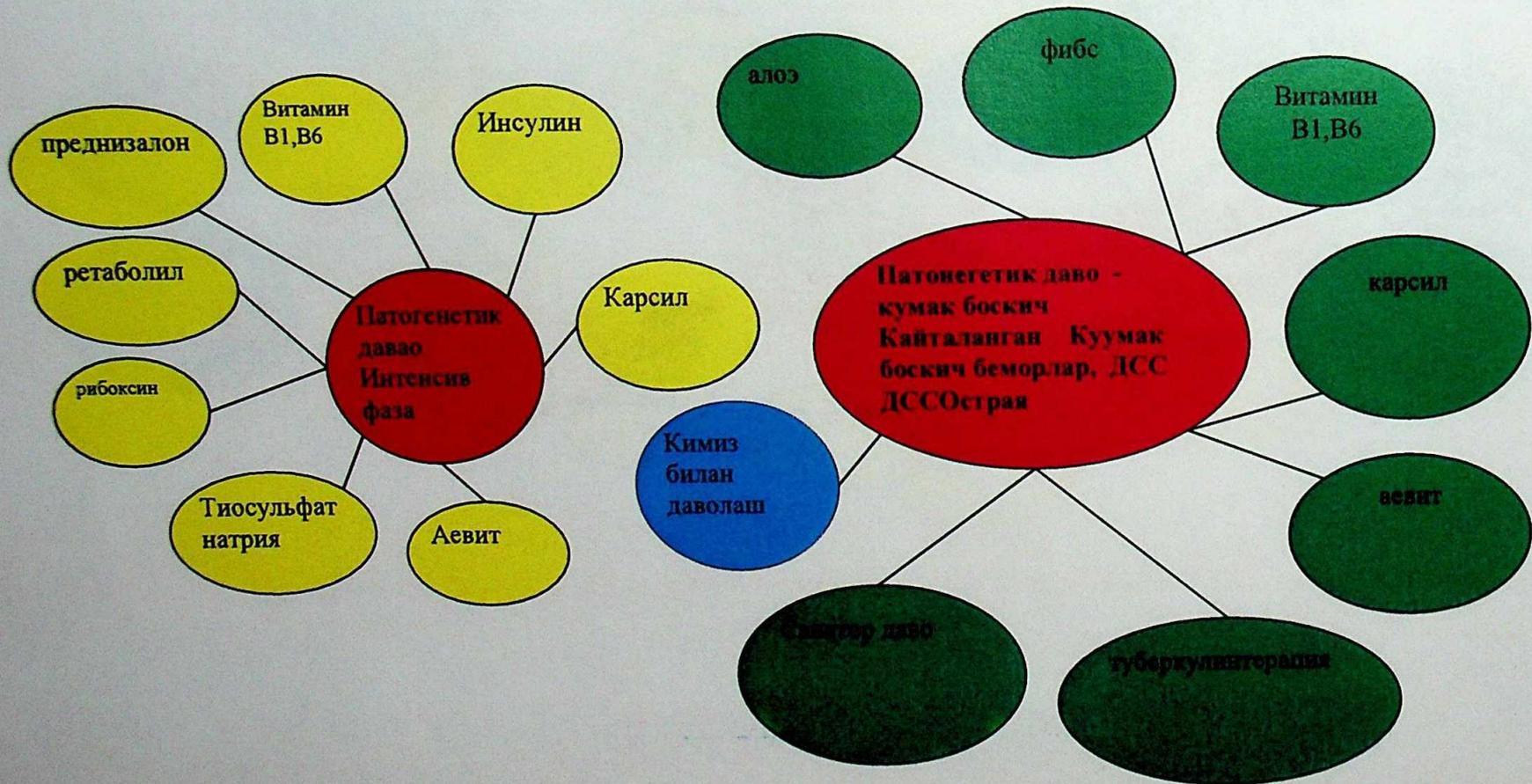
Ушбу усул билиш жараёнини фаоллаштиради, мавзу буйича тушунчаларни ва улар орасидаги богликликни аниқлашда эркин фикрлаш қобилиятини ривожлантиради.

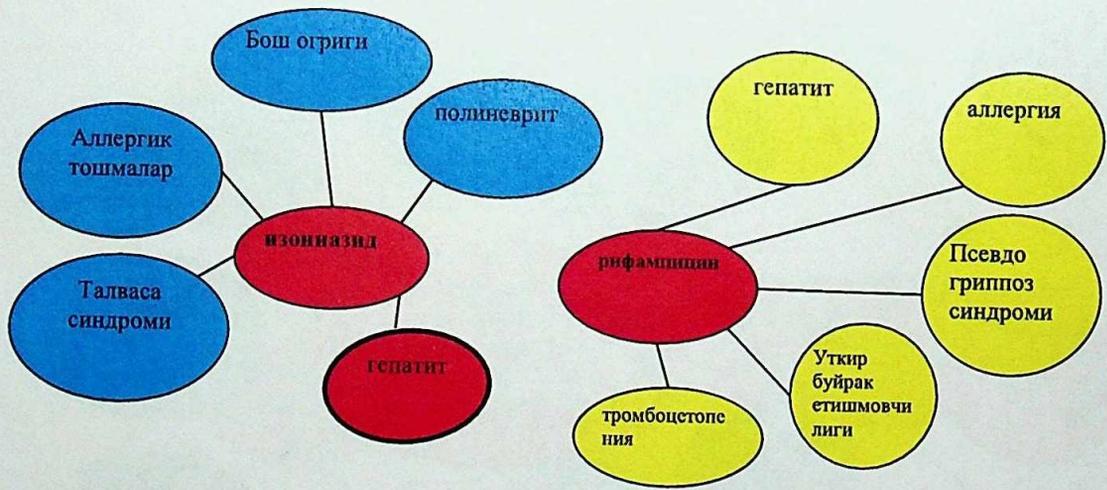
Укитувчи талабаларни кластер тузиш қоидалари билан таништиради. Марказга қалит суз масалан «Силни даволаш» езилади, йулдашларига даволашга нималар кириши ёзилади.

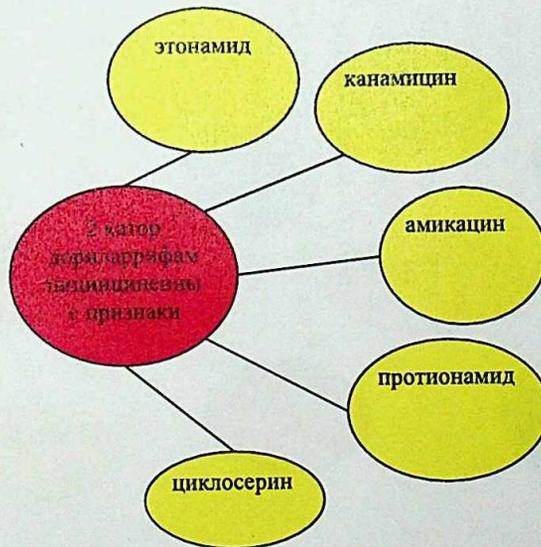
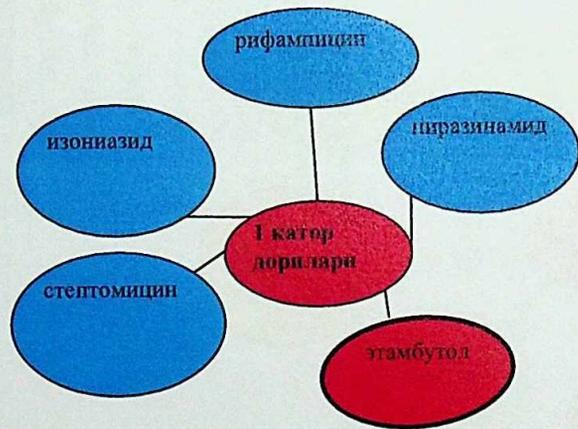
### **Дарсда кластер тузиш қоидалари**

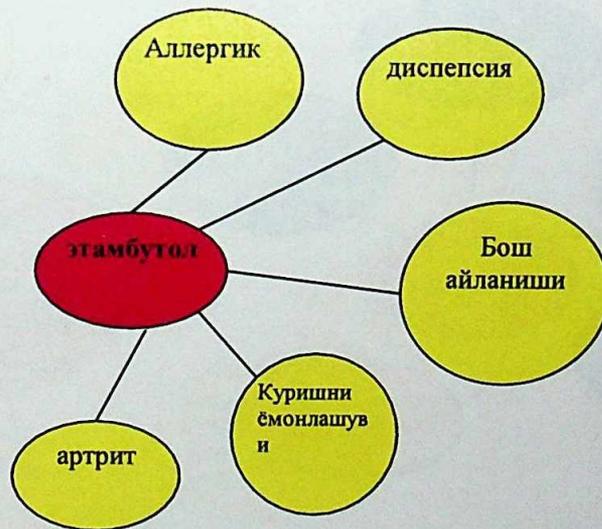
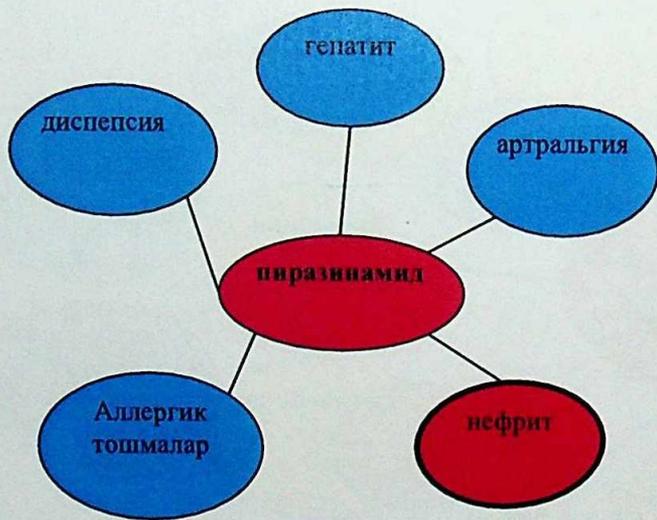
- Куп фикрларни ёзиб олишга улгуриш учун хар бир талабани бу жараёнга жалб қилиш керак.
- Хаёлга нима келса шуни ёзиб олиш керак. Хатодан курқманг, кейин тахлил қилиб нотугрисини олиб ташласа булади.
- Маъноли тушунчалар қанчалик куп булса шунча яхши, агарда улар орасида богликлик аниқланса шунчалик яхши.











## Шартли кискартирмалар

- АРТ Антиретровирус терапия
- БАЛС-Бронхоальвеоляр суюклик
- ОИТС ортирилган иммун танкислиги синдроми
- ЖССТ -жахон согликни саклаш ташкилоти
- ОИТ-ошукозон ичак тизими
- ИФ Интенсив фаза
- ИФА Иммунофермент анализ
- КМД(КРЛ) киска муддатли даво
- КТ Компьютер томография
- КУЧ Кислотога чидамли бактриялар
- МБТ сил микобактериялари
- НКЛ бевосита назоратдаги даво
- КУТ кон умумий тахлили
- КФ кумак фаза
- РУ-ТБ Рифампицинга тургун сил
- ТБ Туберкулез
- ФБС Фибробронхоскопия
- ФГ Флюорография
- ШЛУ-ТБ Туберкулезга кенг тургунлик
- ЭКГ Электрокардиограмма
- FQ Фторхинолон
- Ам Амикацин
- Амх-Сlv Амоксициллин-
- Клавулановая кислота
- Bdq Бедаквилин
- Cfz Клофазимин
- Cm Капреомицин
- Cs Циклосерин
- Dlm Деламанид
- E Этамбутол
- Eto Этионамид
- H Изониазид

Hh катта дозада изониазид  
Imp-cln Имипенем  
Km Канамицин  
Lfx Левофлоксацин  
Lzd Линезолид  
Mfx Моксифлоксацин  
Mpm Меропенем  
PAS Пара-аминосалициловая кислота  
Pto Протионамид  
R Рифампицин  
S Стрептомицин  
T Тиоцетазон  
Trd Теризидон  
Z Пиразинамид

## АДАБИЁТ РУЙХАТИ

1. Приказ Министерство здравоохранения Республики Узбекистан №383 от 24 октября 2014г. «О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»;
2. Национальный клинический протокол по ведению и лечению туберкулеза органов дыхания у взрослых, Ташкент, 2020
3. «СВОДНОЕ РУКОВОДСТВО ВОЗ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА», Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019. Лицензия CC BY-NC-SA 3.0 IGO;
4. WHO handbook for guideline development, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/publications/guidelines/handbook\\_2nd\\_ed.pdf](http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf), по состоянию на 18 июля 2019 г.);
5. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2011 update. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/HTM/TB/2011.6; [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501583_eng.pdf), по состоянию на 18 июля 2019 г.);
6. The use of bedaquiline in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Interim policy guidance. Geneva; World Health Organization; 2013 (WHO/HTM/TB/2013.6; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84879/1/9789241505482\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84879/1/9789241505482_eng.pdf), по состоянию на 18 июля 2019 г.);
7. The use of delamanid in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Interim policy guidance. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/HTM/TB/2014.23; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137334/1/WHO\\_HTM\\_TB\\_2014.23\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137334/1/WHO_HTM_TB_2014.23_eng.pdf), по состоянию на 18 июля 2019 г.);
8. The use of delamanid in the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in children and adolescents: interim policy guidance). Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HTM/TB/2016.14; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250614/1/9789241549899-eng.pdf>, по состоянию на 18 июля 2019 г.);
9. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis, 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/HTM/TB/2016.4; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250125/1/9789241549639-eng.pdf>, по состоянию на 18 июля 2019 г.);
10. Определения и система отчетности по туберкулезу, переработанное и исправленное издание ВОЗ, с.51, 201
11. Убайдуллаев А.М. Сил.Т,2009.
12. Болаларда сил холатлари ва уларни олиб бориш. Миллий дастур. Т.2014.

## МУНДАРИЖА

Кириш .....	3
1 боб. Сил давосининг умумий асослари .....	4
2 боб. Дориларга сезувчан сил беморларини даволаш .....	17
3 боб. Дориларга турғун сил химиотерапияси .....	30
4 боб. Болаларда силни даволаш .....	42
5 боб Патогенетик терапия .....	66
6 боб Коллапсотерапияга кўрсатмалар:.....	80
7 боб Силни ноанъанвай усуллар билан даволаш .....	84
Аналитик қисм .....	91
Тестлар:.....	91
<b>Холатий масалалар</b> .....	97
«Силни комплекс давоси» мавзусида кластер тузиш .....	99
Шартли қискартирмалар.....	105
Адабиёт руйхати .....	107

**ТАШПЎЛАТОВА ФОТИМА КУДРАТОВНА**

# **СИЛНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ**

*(ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА)*

Мухаррир: Г. Т. Нормуродова  
Масъул мухаррир: В. Ё. Эшмуродов  
Техник дизайнёр: Л. Н. Эшмуродова  
Ношир: И. И. Баходиров  
Компьютерда тайёрловчи: С. У. Шодмонов

Наширёт лицензия рақами АИ № 298. 22.05.2017 йил  
Босишга 2021 йил 11-ноябрда рухсат этилди  
Бичими 84x108 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Офсет қоғози  
«Times New Roman» гарнитураси  
Ҳажми 3,15 ш. б. т. Адади 40 нусхада  
Буюртма № 30

“NURFAYZ NASHRIYOTI”

Тошкент ш. Чилонзор – 2 56-37  
e-mail: nurfayz\_nashr@mail.ru

ISBN 978-9943-7688-2-6



9 789943 768826