

ЁҚУБОВА М.А.

АЁЛЛАР СЎЗАГИ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ



Ёқубова М.А.
АЁЛЛАР СЎЗАГИ
(монография)

«Тасдиқланди»
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Фан ва таълим бошқармаси
04.08.22
14-11/2022

Ташкент-2022

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI OLIY TA'LIM MUASSASA
KENGASHI 2022 YIL "29" IYUNDAGI № 13 SONLI YIG'ILISHINING
BA'YONNOMASIDAN KO'CHIRMA

TINGLANDI Ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo'yicha prorektor
K.Z.Salahiddinovning Dermatovenerologiya kafedrasida
dotsenti M.A.Yoqubova tomonidan tayyorlangan
"Ayollar so'zagi" nomli monografiyasini tasdiqlash
to'g'risidagi ma'lumoti (xujjatlar ilova qilinadi)

OLIV TA'LIM MUASSASA KENGASHI QAROR QILADI:

Dermatovenerologiya kafedrasida dotsenti M.A.Yoqubova tomonidan
tayyorlangan "Ayollar so'zagi" nomli monografiyasi tasdiqlansin va chop etishga
tavsiya etilsin.

KENGASH RAISI M.M.MADAZIMOV

KENGASH KOTIBI N.A.NASIRDINOVA

KENGASH KOTIBI N.A.NASIRDINOVA



Ёкубова М. А. Аёллар сўзаги (Монография).
"Андижон нашриёт-матбаа" МЧЖ. 2022 йил, 88 бет

Муаллиф: Ёкубова Мухаббатхон Абдулхамидовна – АДТИ
Дерматовенерология кафедраси доценти

Тақризчилар: Мирзакаримова Дилдора Баходировна – АДТИ
Юқумли касалликлар кафедраси мудири, т.ф.н.,
доцент.

Арифов Саидкасим Саидазимович – Тошкент Врачлар
Малакасини ошириш институти Дерматовенерология
ва косметология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор

© Ёкубова М. А., 2022 й.
© "Андижон нашриёт-матбаа"
МЧЖ, 2022

КИРИШ

Сўзак (гонорея) венерик касалликлар тоифасига мансуб юқумли касаллик бўлиб, асосан жинсий алоқа воситасида юқади (бевосита юқиш йўли), жуда кам ҳолларда эса тунги туваклар, ички кийимлар (бельелар), чойшаблар, гигиена воситалари (мочалкалар, сочиқлар) орқали юқади (билвосита юқиш йўли). Касалликни чакирувчиси гонококк бўлиб, у 1879 йили Нейссер томонидан бленнорея билан оғриган янги туғилган чақалоқни текшириш пайтида аниқланган. Гонококклар (*Neisseria gonorrhoeae*) диплокок шаклида бўлиб, цилиндрсимон эпителий билан қопланган шиллиқ қаватларда паразитлик қилади. Касалликда асосан жинсий аъзолар шиллиқ қаватлари ва пастки сийдик йўллари шиллиқ қаватлари зарарланади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра сўзак касаллиги билан оғриган беморлар сони йилдан йилга ортиб бормоқда. Маълумотларга кўра 1 кунда дунёда 1 млн.одам жинсий алоқа воситасида юқувчи касалликларни (ЖАВЮК -хламидиоз, гонорея, трихомониаз ва сифилис) юктириб олмоқда (Кубанова А.А., 2016й.). ЖССТ берган маълумотга кўра ҳар йили бутун дунёда 357 млн.дан 500 млн.гача одам ЖАВЮКга чалинади, сўзак билан эса ҳар йили 78млн.дан 200 млн.гача одам зарарланади (Кубанова А.А. 2016й., Потеев Н.Н. ва бошқалар 2019й., Гулин А.А. 2021й.). 2020 йили бутун дунёда сўзак билан оғриган ва рўйхатга олинган беморлардан 25млн. киши репродуктив ёшда бўлган (Киришин В.В. 2021й.). Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ЖАВЮК, шу жумладан сўзак касаллигига қарши курашиш учун ҳар бир регионда касалланиш даражасини ва беморлар контингентини пухта ўрганиш, ижтимоий ва эпидемиологик омиллар тўғрисида аниқ маълумотларга эга бўлиш талаб этилади. Шуларни инобатга олган ҳолда биз ушбу монографияни ёзишга қарор қилдик, бунинг учун қуйидаги ҳужжатлардан асосий материал сифатида фойдаландик: Андижон вилояти тери ва таносил касалликлари диспансерида 2012- 2021 йиллар (10 йил) мобайнида сўзак касаллиги диагнози билан стационарда ҳамда амбулатория шароитида даволанган ва ҳисобда турган аёл беморларнинг касаллик тарихи ҳамда амбулатория картаси, лаборатория текшируви натижалари, шунингдек шахсий кузатувимизда бўлган сўзак билан оғриган аёл беморларнинг даволаниши натижалари инобатга олинган.

СЎЗАК КАСАЛЛИГИНИНГ ЭТИОЛОГИЯСИ

Гонококк биринчи мартаба 1879 йили Нейссер томонидан очилган, грамманфий диплококк шаклига эга бўлиб, ўлчамлари узунасига 1,5- 1,8мкм. энига 0,6-0,8мкм. Гонококкларнинг шакли ловиясимон, бир томони ичига ботган бўлиб, улар доим жуфт-жуфт жойлашадилар, бунда уларнинг ичига ботган томони бир-бирларига қараган бўлади. Гонококклар жуфт-жуфт жойлашгани билан улар бир-бирларига тегмайдилар, чунки улар орасида қалинлиги 0,35-0,4мкм бўлган капсуласимон модда бор. Суртмалар Грам усулида ва анилин бўёқлари билан бўялганда хужайра ичида ва хужайрадан ташқарида жойлашганлиги осон аниқланади, гонококклар цилиндрик эпителийга ўзига хос тропизмга эгалар. Ичида гонококкларни фагоцитоз қилган полинуклеар лейкоцитлар суртмада қанча кўп бўлса касаллик оқибати шунча яхши деб ҳисобланади. Гонококклар яшashi учун оптимал ҳарорат 37-38 градусни ташкил этади, пробиркада 40 градус ҳароратда 3-5соатда, 50 градусда эса 5 минутда ҳалок бўлади. Паст ҳарорат ҳам уларга ёмон таъсир қилади, ҳарорат 18 градусга пасайганда улар тезда ҳалок бўлади, қуритилганда ҳам тезда ўлади, аммо намлик шароитида 24 соат давомида вирулентлигини сақлаб қолади. Гонококклар ҳарорат 36-37 градус бўлганда, фақат одамнинг табиий оқсилли (асцит суюқлиги, қон зардоби) қўшилган озик моддаларидагина ўсадилар. Инсон организмида гонококклар ноқулай шароитга тушганда микрококк, макрококк ва L-шаклларини (таёқчасимон шаклларини) ҳосил қилади. Гонококкларнинг бундай ўзгарган шакллари асосан сурункали сўзакда учрайди, янги сўзакда эса шакли ўзгармаган гонококклар бўлади. Гонококклар хужайраларга ворсинкалари (ипсимон ўсимталари) орқали маҳкам бирикиб оладилар, бу ўсимталар гонококкларнинг T1 ва T2 типидagi колонияларида мавжуд. Бу ипсимон ўсимталари ҳар хил антиген хусусиятларига эга бўлиб, гонококкларнинг вирулентлиги шулар билан корреляция қилади. Гонококклар олти қаватли зич қобикқа эгадирлар, уларнинг остида уч қаватли цитоплазматик мембрана мавжуд. Ферментатив хоссалари ривожланган эмас, улар фақат цитохром оксидаза ферменти ишлаб чиқарадилар, бу фермент глюкозани кислотагача парчалайди ҳолос. Токсинлардан липополисахариддан (ЛПС) иборат бўлган эндотоксин ишлаб чиқаради. Электрон микроскоп остида текширилганда, хужайра қобиғи ва цитоплазматик мембранадан ташқари цитоплазма ичида кўп миқдорда рибосомалар ва полирибосомалар, мезосома, нуклеонд, ДНК иплари аниқланади. Гонококкларнинг ворсинкалари (ипсимон ўсимталари)

генетик маълумотларни бериш механизмида (плазмидларни олиб ўтишда) иштирок этадилар, шунинг учун бу ўсимталарнинг бета-лактамаза ферменти ишлаб чиқарувчи гонококк штамлари ва L-шаклларининг пайдо бўлишида роли катта. Гонококкларнинг L-шаклларида хужайра ичи йирик шаклдаги нуклеоид билан тўлган, цитоплазма унинг атрофида оз миқдорда, мезосома эса бутунлай йўқ, хужайра қобиғи юпқалашиб, ташқи кўринишини йўқотган. Гонококкларнинг бета-лактамаза ферменти ишлаб чиқарувчи штамлари ва L-шаклларининг, шунингдек макрококк ва микрококк шаклидаги, спора ҳосил қилувчи штамларининг полиантибиотикрезистентликда аҳамияти каттадир. Охирги йилларда бета-лактамаза ферменти ишлаб чиқарувчи гонококк штамлари кенг тарқалмоқда, бу эса беморларни даволашда қийинчиликлар туғдирмоқда (Warren C., Philips I., 1993). Японияда беталактамаза ферменти ишлаб чиқарувчи гонококклар 9,1%ни ташкил этган (K. Osato et.al. 1986). Антибиотикларни бошқа интеркуррент касалликлар туфайли қабул қилларининг кўплиги, беморларни ўзини ўзи даволаш ҳоллари, антибактериал препаратларни етарли дозада буюрмаслик, даволаш режимида роя қилмаслик каби омиллар гонококкларнинг атипик шакллари ва беталактамаза ферменти ишлаб чиқарувчи штамлари кенг тарқалишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида касалликнинг аломатларсиз кечувчи яширин шаклларининг кўпайишига, даволашни мураккаблашиб қийинлашувига, этиотроп диагностиканинг қийинлашувига олиб келади (суртмаларда ва экмаларда гонококкларни аниқлаш мумкин бўлмай қолади). Маълумки гонорея касаллигида фагоцитоз тугалланмаган бўлади, биронта беморда касаллик кўзгатувчисининг тўлик элиминацияси кузатилмайди. Беморларда фагоцитоз фагосома ҳосил бўлиши босқичида ёки фаголизосома босқичида тўхташи мумкин. Бунда гонококклар юзасида томчисимон моддалар кўп миқдорда пайдо бўладилар, бу моддалар гонококкларнинг эндотоксини бўлиб, улар фагосомаларнинг мембраналарини шикастлайдилар ва хужайра цитоплазмасини эритиб юборадилар. Тугалланмаган фагоцитозни таҳлил қилганда аёлларда 80% ҳолларда гонорея яқка ҳолда эмас, микста инфекция кўринишида учрашини, ҳамда аёлларда касаллик кўп ўчоғли эканлигини ҳам ҳисобга олиш зарур.

Эпидемиологияси

ЖССТ экспертлар кенгашининг маълумотларига кўра ҳар йили бутун дунёда 15-49 ёшдаги инсонлар орасида 357млн. ЖАВЮК (захм, сўзак, трихомониаз, хламидиоз) аниқланади, шулардан 78 млн.ни сўзак билан

оғриганлар ташкил қилади. Охириги йилларда бу касалликлар ҳақидаги тушунчалар катта ўзгаришларга учради, чунки бу касалликлар билан оғриш даражаси айниқса репродуктив ёшдагиларда юқориликча қолмоқда, айрим нозологик шакллар билан оғриш эса йилдан-йилга ортиб бормоқда. Масалан Европа давлатларида 30% дан 60% гача аёллар хламидиоз билан зарарланган. ЖАВЎКларнинг бу даражада кенг тарқалганига ҳар хил омиллар сабаб бўлмоқда.

1. Жинсий алоқанинг эрта бошланиши. Бутун дунёда ёшлар орасида ахлоқий тарбиянинг заифлиги, турли порнографик ва сексуал жанрдаги фильмлар кенг тарқалганлиги, шунингдек маълум даражада урбанизация таъсирида ёшлар ва балоғат ёшига етмаганлар орасида жинсий алоқага мойиллик ва киришиш илгариги йилларга нисбатан сезиларли ортган. Масалан Россияда 20 13 йили ҳар 100000 аҳолига 29,8 та сўзак билан оғриган бемор тўғри келган бўлса, 14 ёшгача бўлганлар орасида 0,7ни ташкил қилган, 15-17 ёшлилар орасида эса 26,7ни ташкил қилган (М.А. Гольдберг, 2015).

2. Жинсий шерикларининг (бир шахс билан жинсий алоқа қилувчиларнинг) жуда кўплиги. Айниқса енгил табиатли ёшлар орасида ҳамда сексуал алоқаларни коммерция қилиб олган фоҳишалар орасида бу ҳолат кенг тарқалган. никоҳдан ташқари сексуал алоқаларга киришишдан кўпчилик инсонлар, айниқса ёшлар уялмай қўйганлар, бу ишларини айб ҳисобламайдилар, баъзан эса бу ишларидан хатто фахр билан мактанадилар ҳам.

4. Ҳимоя воситаларидан фойдаланмаслик. Айримлар билмаслик оқибатида, баъзилар эса билса ҳам ҳимоя воситаларидан фойдаланмайдилар, натижада касалликни юқтириб олиш ҳеч гап эмас.

5. Антибиотикларни назоратсиз равишда кенг қўлланилиши. Бунинг оқибатида касаллик юқтириб олган шахсларда касаллик яширин кечиши, клиник аломатларсиз ўтиши мумкин, натижада бу шахслар ўзларининг беморлигини билмаган ҳолда бошқа инсонларга бу касалликни юқтирадилар, касалликнинг тарқалишига сабаб бўладилар.

6. Ўзини ўзи ўзбошимчалик билан даволаш. Бунинг оқибатида касаллик яширин шаклларига ўтиб кетади, ҳар хил асоратлар кузатилади, атрофидаги жинсий шерикларига юқтириш хавфи ортади.

7. Жинсий тарбиянинг самарасизлиги. Жинсий тарбия ўта нозик масала бўлганлиги сабабли уни қай тарзда олиб бориш, аудиториядаги ёшларнинг барчасига маъқул келадиган даражада аргументлар билан асослаш, жинсига қараб нимага кўпроқ эътибор қаратиш ва бошқа кўплаб томонларига мос келадиган суҳбат ёки маъруза ўтказиш ўта мушкул вазифадир ва ҳамманинг ҳам қўлидан келавермайди.

8. Урбанизация жараёни. Ҳозирги пайтда бутун дунёда ёшларнинг эрта балогатга етиши кузатишмоқда, натижада жинсий ҳаётни бошлаш вақти ҳам ёшариб бормоқда.

9. Ижтимоий омиллар. Наркомания, ичкиликка берилиш каби омиллар ёшлар орасида кенг тарқалган, шунингдек миграция жараёнлари ҳам маълум аҳамиятга эга.

Сўзакнинг бутун дунёда тарқалиши ҳамма регионларда бир хил эмас. Европа давлатларида сўзак хламидия инфекциясидан кейин иккинчи ўринда туради, 2014 йили Европанинг 27 давлатида 66413 сўзак билан касалланган беморлар қайд қилинган яъни рўйхатга олинган (Chan P.A., et al.,2016). АҚШда эса сўзак касаллиги Европага қараганда кўпроқ тарқалган. АҚШ касалликларни назорат ва профилактика қилиш маркази (CDC) маълумотларига кўра 2016 йили 468514 бемор рўйхатга олинган (интенсив кўрсаткич 100000 одамга 145 бемор), 2017 йили 555608 бемор қайд қилинган (интенсив кўрсаткич 100000 одамга 171,9 бемор).(Sexually Transmitted Diseases, 2019). Россия Федерациясида (РФ) охириги 10 йилликда сўзак билан касалланган беморлар сони камайиши кузатишган. РФда 2017 йили 26320 та сўзак билан оғриган бемор ҳисобга олинган, интенсив кўрсаткич11,1 бемор 100000 аҳолига, Москва шаҳрида эса интенсив кўрсаткич ундан ҳам паст 2,4 бемор 100000 аҳолига.(Гомберг М.А.,2020й.) АҚШ, Европа давлатлари ва РФ ҳамда Москва шаҳри орасидаги касалланиш даражасидаги катта фарқнинг сабаби, АҚШ ва Европа давлатларида хусусий клиникаларда даволанган беморлар ҳам тўлиқ ҳисоботга олинади ва статистик кўрсаткичларда қайд этилади. РФ ва Москвада эса фақат тери-таносил касалликлари клиникаларида даволанган беморларгина ҳисоботда туради ва статистик кўрсаткичлардан ўрин олади. ЖССТ маълумотларига кўра 2016 йили бутун дунёда 82 млн. сўзак билан янгидан касалланган 15 ёшдан 49 ёшгача бўлган бемор аниқланган, 2020 йили эса бу кўрсаткич 82,4 млн

беморни ташкил этган, ҳар 1000 аёлга 19 та, ҳар 1000 эркак кишига 23 бемор тўғри келган.

Айрим регионлар орасидаги касалланиш даражасининг бу қадар катта фарқ қилиши касалликни аниқлашда йўл қўйиладиган хатоликларга боғлиқ. Сўзак касаллигини аниқлаш ва қайд қилишдаги омилларни ўрганиш натижасида йўл қўйиладиган қуйидаги камчиликларни кўрсатиш мумкин.

1. Ҳозирги кунда сўзак касаллигини аниқлаш учун бактериоскопик ва бактериологик лаборатория усулларидагина фойдаланилади, ваҳоланки бу усулларнинг информация бериш даражаси анча пастдир. Грам усулида бўялганда (бактериоскопик) сезувчанлик (яъни гонококкларнинг аниқланиши) эркакларда 75-91%, аёлларда эса 32-36%ни ташкил қилади. Экмаларда (культурал диагностика) эса эркакларда 50-99%, аёлларда 32-90% ҳолларда аниқланади, бунда экмалар учун ишлатиладиган материалнинг сифати ҳам аҳамиятга эга. Шунинг учун ҳозирги даврда сўзак инфекциясини аниқлаш учун нуклеин кислоталарини амплификация қилиш усулларида, яъни занжирли полимераз реакцияси (ПЗР) ва НАСБА усулидан фойдаланишни кенг йўлга қўйиш талаб этилади. ПЗРда гонококкларнинг ДНКси аниқланади, НАСБАда эса РНКси аниқланади.
2. Беморларнинг жинсий контактда бўлган шерикларини текширишда йўл қўйиладиган камчиликлар. Йилдан йилга бундай шерикларини текшириш камайиб бормоқда, чунки беморлар ўзини ўзи даволаши, танишлари ва ўртоқларининг (врач бўлмаган) тавсияси бўйича даволаниши, бошқа мутахассислар томонидан даволаниши кўпайган. Живсий алоқада бўлганларни текширмаслик оқибатида касаллик резервуарлари сақланиб қолади, бу эса касалликнинг янада тарқалишига ва асоратлар келиб чиқишига сабаб бўлади.
3. Бошқа соҳа мутахассислари томонидан (акушер-гинекологлар, урологлар) сўзак касаллигини аниқлаш ва қайд қилишнинг яхши йўлга қўйилмаганлиги. Маълумки сийдик-таносил аъзоларида бирор касаллик пайдо бўлганда одамлар асосан урологларга ёки аёллар акушер-гинекологларга мурожаат қиладилар. Бу мутахассислар эса доимо ҳам сўзак ва бошқа таносил касалликларини аниқлашга йўналтирилган чуқур лаборатория текширувларини ўтказишмайди, натижада касаллик аниқланмай қолади ва уни бошқа одамларга

юқишига сабаб бўлади. Масалан Москва шаҳри бўйича 2017 йили қайд этилган 294 бемордан 256таси эркаклар (87,1%), фақат 38 таси аёллар (12,9%) бўлган. Маълумки аёлларда сўзак касаллиги жуда кўп ҳолларда яширин кечади, гинекологик асоратлар келиб чиққандан кейингина улар врачга (акушер-гинекологга) мурожаат қиладилар. Бу ерда эса сўзак касаллиги аниқланмай қолади. Аёллардаги кичик таз аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (салпингит, салпингоофарит, пелвеоперитонит, пиосалпинкс, менструация циклининг бузилиши, бепуштлик ва бошқалар) 60%-70% ҳолларда ЖАВЮК туфайли келиб чиқсада, бу касалликларга етарлича аҳамият берилмайди.

4. Аҳолини профилактик кўрувлар ўтказиш вақтида йўл қўйиладиган камчиликлар. Кўпинча профилактик кўрувлар юзаки ўтказилади, замонавий лаборатория текширув усулларидан кенг фойдаланилмайди.
5. Тери-таносил касалликлари диспансеридан бошқа тиббиёт муассасаларида аниқланган беморларнинг нисбатининг ортиб бориши. Масалан АҚШда 2008 йили сексуал-трасмиссив касалликлар клиникаларида сўзак билан оғриган барча беморлардан эркаклардан фақатгина 30%, аёллардан 15% аниқланган бўлса, 2017 йили бу кўрсаткич 11,5% ва 6,4% ни ташкил қилган. (Sexually Transmitted Diseases. Accessed June 19, 2019).

Бизнинг кузатувимиз йўналтирилган Андижон вилоятида 2012-2021 йиллар давомида 3099 нафар сўзак билан оғриган бемор рўйхатга олинган бўлиб, улардан 1942таси эркаклар, 1157таси аёллардир. Келтирилган рақамлардан кўриниб турибдики, бемор аёллар сони эркакларга нисбатан 1,8 баравар кам аниқланган. Бунга асосий сабаб аёлларда касалликнинг яширин шакллари кўп учрайди, шунингдек аёллар касаллиги туфайли кўпинча акушер-гинекологларга мурожаат қиладилар, бу мутахассислар томонидан касаллик кўпинча аниқланмай қолади. Аёллар орасида беморларнинг ёши бўйича энг кўп бемор 21-25 ёшлилар ўртасида аниқланган -513 бемор, ёки барча аёл беморларнинг 44,3%ти. Кейинги ўринда 26-29 ёшлилар (28.3%). 15-17 ёшлилар орасида беморлар аниқланмаган. Аниқланган бемор аёлларнинг ярминидан кўпини (679та бемор ёки 58,7%) қишлоқ аҳолиси ташкил қилади. Демак касалликнинг тарқалишида ижтимоий шароит, иқтисодий вазият, аҳолининг бандлик даражаси муҳим омиллардан бири ҳисобланади, чунки бу кўрсаткичлар бўйича шаҳар билан қишлоқ орасидаги тафовут хозиргача сақланиб қолгандир. Бемор аёллар

орасида сўровнома ўтказилганда уларнинг 147таси (12,7%) умуман таносил касаллиги ҳақида тасаввурга эга эмаслиги аниқланган, 312таси (27%) эса бу касалликлар ҳақида қисман (чала) маълумотга эга эканлиги аниқланган. Олинган бу маълумотлардан кўриниб турибдики, аҳоли орасида, айниқса аёллар орасида бу касалликлар ҳақида олиб бориладиган профилактик ҳамда тушинтирув ишлари самарасини ошириш талаб қилинади.

Сўзакнинг патогенези

Сўзакда патологик жараён кўпинча касаллик кўзгатувчиси дастлаб кирган соҳа билан чекланади. Гонококклар асосан цилиндрик эпителий билан қопланган шиллик қаватларни (уретра, баъадон бўйин қисми, тўғри ичакнинг пастки қисми, кўз шиллик қавати қабилар) зарарлайди. Кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган шиллик қаватлар ва тери жуда кам ҳолларда, маълум шароитларда (травматик шикастлардан кейин, гормонал силжишларда, табиий резистентлик пасайганда) зарарланади. Гонококклар шиллик қаватларга тушгандан кейин ўзларининг ворсинкалари (ипчалари) ва ташқи қобиғида жойлашган II-протейинли “эпишиш зонаси” ёрдамида эпителий хужайраларига маҳкам ёпишади, 24 соатдан кейин хужайралар ичида ва хужайралар аро бўшлиқларда уларни аниқлаш мумкин. Хужайраларнинг базал томонига қараб силжиши оқибатида гонококклар субэпителиал тўқимага етиб келадилар ва у ерда микроколониялар ҳосил қиладилар. Натижада эпителиал қават деструкцияга учрайди ва гонококклар учун юзаки лимфа ва қон томирларига ўтиши учун имконият туғилади. Хемотаксис туфайли гонококклар жойлашган соҳага нейтрофиллар, лимфоцитлар, плазматик хужайралар миграция қилади. Натижада касалланган соҳада ўз таркибида кўзгатувчини кўп миқдорда сакловчи эксудатив суюқлик пайдо бўлади ва у оқиб чиқа бошлайди (уретрадан ва бошқа касалланган соҳалардан), эпителий ости қаватида эса инфилтрат ҳосил бўлади. Инфилтрат гонококклар ҳалок бўлгандан кейин ҳам узок вақт сакланиб қолиши мумкин, айрим ҳолларда инфилтрат чандик тўқимаси билан алмашади ва у ерда стриктуралар (чандикли торайиш) ҳосил бўлади. Гонококкларнинг эпителий ости қаватига етиб бориши ва яллиғланиш реакцияси пайдо бўлгунгача бўлган вақт сўзакнинг инкубацион даврини ташкил қилади, у 1 кундан то 1 ойгача бўлиши

мумкин. Гонококклар фаол ҳаракатланиш қобилиятига эга эмас, аммо улар томонидан чақирилган яллиғланиш жараёни аста секин тарқалиб шиллик қаватнинг янги ва янги соҳаларини қамраб олади. Гонококкларнинг лимфоген тарқалиши эса аёлларда тезда аднексит келиб чиқишига сабаб бўлади. Лимфоген йўл билан гонококклар чов соҳасидаги лимфа тугунларига ҳам келиб тушиши мумкин. Аёлларда антиперисталтик қисқарув (мускулларнинг) натижасида гонококклар ретроград равишда, ёки сперматозоидларга ёпишган ҳолда бачадонга ва бачадон найчаларига тушадилар. Бу жараёнда ҳилпилловчи (цилиар, мерцающий эпителий) эпителийнинг ўз функциясини бажаришига унинг гонококкларнинг ташқи мембранасида жойлашган липополисахарид ва пептидогликан билан блокланиши йўл қўймайди. Гонококкларнинг бачадон ва унинг найчаларига киришига яна менструация пайтида шиллик қаватнинг шикастланиши ҳам ёрдам беради. Гонококкларнинг гематоган диссеминацияси ва ҳар хил аъзоларда метастазлар пайдо бўлиши (диссеминацияланган гонорей инфекцияси, ДГИ) жуда кам учрайди, ҳар хил муаллифлар бўйича 0,1-0,3% (J.L.L. Hirondelet et.al.,1981: S.E. Thompson 1981: D. Mills, G.F. Brooks 1984). ДГИ пайдо бўлиши ва кечиши сўзакнинг бирламчи ўчоғи ва яллиғланишнинг интенсивлигига боғлиқ эмас, балки организмнинг реактивлигига боғлиқ. Унинг энг кўп учрайдиган клиник шакли артрит ва тендосиновитдир.

Сўзақда иммунитет

Организмга гонококкларнинг тушиши ҳам гуморал, ҳам хужайравий иммун жавоб реакцияси билан кечади. Табиий резистентликнинг бир қатор кўрсаткичлари пасаяди: қон зардобининг бактерицид фаоллиги, лизоцимнинг фаоллиги, комплимент. Бемор даволангандан кейин бу кўрсаткичлар аста секин ўз меърига қайтади. Гонококклар организмга тушгач қон зардобидан антитаначалар пайдо бўлишини стимуляция қилади. Радиоиммун текшириш усулларида аниқландики, гонококкларга қарши антитаначалар қон зардобидан касалликнинг 5-7 кунда пайдо бўлади, титрининг энг юқори нуқтаси 14 кунга тўғри келади, кейин тезда титри пасаяди ва 6 ойдан кейин бутунлай йўқолади. Сўзақда хужайра иммунитетининг жавоб реакцияси лимфоцитларнинг гонококк антигенига специфик сенсбилизацияси билан намоён бўлади. Инфекция қанча узок вақт давом этса лимфоцитлар сенсбилизацияси ҳам ортиб бораверади ва бу

холат Т-лимфоцитлар миқдорига тескари пропорционалдир. Сўзакда гуморал ва хужайра иммунитети бўлганлиги холда орттирилган иммунитет кузатилмайди, яъни реинфекциянинг олдини оладиган иммунитет йўқ. Шунингдек туғма иммунитет ҳам кузатилмайди. Сўзакнинг контагиозлиги, яъни бемор билан жинсий алоқа қилгандан кейин юктириб олиш ҳавфи эркакларда ва аёлларда ҳар хил. Эркакларда бу кўрсаткич 20-35% бўлса, аёлларда эса 60-90%га тенг. Бу ҳар хил сабабларга боғлиқ, масалан контактда бўлган беморнинг касаллигининг шаклига, гигиена қондаларига амал қилишига, менструал цикл фазаларига, дезинфекцияловчи ва контрацептив моддалар қўллаганига, бактериал антагонизмга ва ҳ.к.

Аёлларда сўзакни аниқлашнинг ўзига хос жиҳатлари

Аёлларда сўзакни аниқлашда текшириш усулларини аниқ бажариш, касаллик ўчоқларидан (киндан, цервикал каналдан, уретрадан, вестибуляр безлардан, тўғри ичакдан, ҳалқумдан бодомча безларидан) суртма олишда тавсия қилинган қондаларга тўла амал қилиш катта аҳамиятга эга. Суртмадан (бактериоскопик текширув) ташқари экма (бактериологик текширув) ҳам олинса натижа янада яхши бўлади. Жуда кўп клиницистларнинг фикрича аёллардаги яширин ва сурункали сўзакни аниқлашда бактериологик текширувнинг аҳамияти юқори. Бунга сабаблардан бири антибиотикларни кенг қўллаш оқибатида гонококкларнинг атипик (шакли ўзгарган) турлари кўпайган, шунинг учун уларни бактериоскопик текширувда аниқлаш қийин. А.В. Chow ва ҳаммуаллифлари 20 нафар кичик таз альзоларининг ядланиши касалликлари билан оғриган беморларнинг бачадон бўйин қисмидан экма олиб текширганда, уларнинг 13тасидан гонококклар топилган. А.В. Частикова касаллик манбаи бўлган кўплаб аёлларни текширганда 39,7%тида фақат экмада гонококклар топилган, 6,6% тида эса суртмада топилган. Аёлларда сўзак яширин кечганда ва сурункали шаклларида албатта провокация қилиш (касалликни кўзатиш) ва текширувни бир неча маротаба ўтказиш зарур. Е.І. Chipperfield ва R.D. Catterall аёлларни бактериоскопик ва бактериологик текширганда 66% гонококк топилган, уларни иккинчи маротаба текширганда 20%, учинчи маротаба текширганда эса яна 10% беморда гонококклар топилган. Гинекологик клиникаларда

даволанаётган бемор аёлларнинг айримларида сўзак аниқланмай қолиб кетади. Касаллик манбаи сифатида қайд қилинган аёлларнинг 20% дан 35%гача анамнезида жинсий аъзоларининг яллиғланиш касалликлари туфайли гинекологларда даволангани аниқланган, аммо касаллик этиологияси аниқланмай қолган. Охириги йилларда акушер-гинекологлар томонидан касалликни аниқлаш ҳолатлари анча яхшилланган. Гонорея билан курашда акушер-гинекологлардан ташқари урологлар ҳам иштирок этишлари зарур. Аммо айрим урологик кабинетларда ва бўлимларда беморлар гонореяга умуман текширилмайди. Кузатишлар шуни кўрсатадики аёлларда ўткир сўзакда ва сурункали сўзак авж олганда кузатиладиган дизурик ҳолатлар бўйича беморлар дастлаб урологларга мурожаат қиладилар. Урологлар беморни гонореяга текширмасдан туриб маҳаллий даво ва умумий антибиотиклар буюрадилар. Кейинчалик бу аёллар касаллик манбаи сифатида венерологлар томонидан чақириладилар. Гонорея билан жинсий аъзолардаги бошқа яллиғланиш касалликларини фарқ қилиш қийинлиги сабабли клиницистлар қайси соҳалар зарарланганига қараб фарқ қилишни аниқламоқчи бўлишди. Маълум бўлишича гонококклар кўпинча колпит билан оғриган беморларда аниқланган, аднексит ва эндоцервицит билан оғриган беморларда эса камроқ топилган. Аммо шунга қарамай сўзак кўпгина аёлларда субъектив симптомларсиз кечади, айниқса охириги йилларда бундай кечадиган шакллари кўплаб учрайди. Масалан касаллик манбаи ҳисобланган аёлларда бундай клиник шакллари 94%ни ташкил қилади. Е.Н. Туранова бўйича 77,7% бемор аёлларда касаллик субъектив аломатларсиз кечади. А.Н. Голутвина аёлларда янги ўткир сўзакнинг торпид шакли кўпайганини қайд этади. А.В. Частикованинг аниқлашича аёллардаги сўзакнинг оғир шакли ҳисобланмиш юқорига кўтарилувчи сўзакда ҳам кўпчилик беморларда касаллик субъектив аломатларсиз ва яширин кечган. Аёлларда сўзакнинг яширин шаклларининг кўплиги сабабли улар асосан беморларга касаллик манбаи сифатида текширишда ва конфронтацияда диспансер шароитида аниқланадилар. Е.Н. Туранованинг кузатишича сўзакнинг ҳар хил шакллари билан оғриган 48,9% бемор аёллар касаллик манбаи сифатида текширувга жалб қилиниши оқибатида аниқланган, 30,6% бемор билан контактда бўлган шахс сифатида текширилганда аниқланган, 2,3% профилактик текширув пайтида аниқланган,

фақатгина 18,2% аёллар ўзлари шикоят билан муурожаат қилганлар. Аёллардаги сўзак касаллигини профилактик кўрувлар пайтида ҳам аниқланади. Аммо профилактик кўрувларда фақат бир мартаба бактериоскопик текширув ўтказилиши туфайли уни аниқлаш жуда паст даражада. Б.А. Теохарова маълумотича, касаллик манбаи ҳисобланган 15% аёллар даврий тиббий кўриқдан ўтиб турганлар, аммо уларда сўзак аниқланмай қолган. Торпид кечувчи янги сўзак сўзак кўпинча аниқланмай қолиши оқибатида касаллик сурункали шаклга ўтиб кетади. Натижада касаллик узоқ вақтдан кейин бирор асорат берганда ёки бошқа беморга касаллик манбаи бўлгандагина аниқланади. Шунинг учун аёлларда сурункали сўзак эркакларга нисбатан кўп учрайди. Е.Н. Туранова маълумотича аёлларда янги сўзак 34,2% беморда аниқланган, сурункали шакли эса 65,8% беморда аниқланган. Сўзакнинг юқорига кўтарилувчи шакллари ҳозирги вақтда илгаригидан анча кам учрайди-9%гача. Аммо бу шакллари янги сўзакда 6%гача учраса, сурункали сўзакда 28%гача учрайди. Жуда кўп кузатишлар шуни кўрсатадики сўзак касаллиги асосан ёш аёлларда учрайди. Е.Н. Туранова маълумотича кўра аёллар сўзаги билан касалланган беморларнинг 8,5%ти 16-20 ёшда, қолган 91,5%ти эса 21-40 ёшда учраган. А.П. Виторский аниқлашича 98% бемор аёлларнинг 15 ёшдан 49 ёшгача бўлган.

Бизнинг кузатувимизда бўлган 1157та сўзак билан оғриган аёлларнинг 513таси (44,3%) 21-25 ёшда, 327 таси (28,3%) 26-29 ёшда, 317таси (27,4%) 30-40 ёшда бўлган.

Кўплаб кузатишлар шуни кўрсатадики, сўзак билан асосан ёлғиз аёллар касалланадилар. Кўплаб адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра турмуш қурган ва эри билан яшаётган аёллар барча қайд қилинган беморларнинг 32%гачасини ташкил қилади, қолган 68% (ёки ундан ҳам ортиқ) беморлар ёлғиз аёллардир. Касаллик манбаи сифатида рўйхатга олинган беморларнинг эса фақат 9%га яқини турмушдаги (эри билан яшаётган) аёллардир. Бизнинг кузатувимиздаги беморларни ўрганиб чиқиш шуни кўрсатадики, 1157 бемор аёлдан фақат 271таси (23,5%) эри билан яшаётган никоҳдаги аёллар бўлган, 346 бемор (29,9%) умуман турмушга чиқмаган, қолган 540 бемор (46,6%) турмушдан ажраган ёки тул қолган. Сўзак касаллигининг авж олиши ва пасайиши мавсумийдир. Май-октябрь ойларида касаллик кўп учрайди, юни мавсумида эса касаллик бироз

пасаяди. Бу нарса ёз мавсумида одамларнинг сайрга чиқишлари, бирор жойга дам олишга боришлари, иқлимнинг яхши келишлиги, миграция жараёнининг кучайиши билан боғлиқ.

Сўзакнинг лаборатория диагностикаси

Сўзакнинг диагностикасида қўлланиладиган лаборатория текшириш усулларидан энг кенг тарқалгани бактериоскопик (суртма) ва бактериологик (экма) усулларидир. ПЗР ва NASBA текшириш усуллари алоҳида техник воситаларнинг мавжудлигини тақозо этади, серологик усул эса клиника шароитида қарийб қўлланилмайди. Бу усуллар орасида энг оддий, бажариш техник жиҳатидан осон бўлган ва молиявий чикими оз бўлгани бактериоскопик усулдир. Бактериоскопик диагностикада гонококкларнинг энг асосий белгилари диплокок шаклидалиги, грамманфий бўялиши, хужайралар ичида жойлашуви. Аммо ҳозирги даврда антибактериал препаратларнинг кенг қўлланилиши туфайли суртмадаги гонококкларнинг диплокок шакли ўзгариши, граммулбат штамплари пайдо бўлиши, хужайра ичида жойлашганлари тезда йўқолиши, микрококк ва макрококк ҳамда L-шакллари пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда гонококкларни аниқлаш учун бактериологик (экма) усулидан фойдаланилади. Гонококклар барча бўёқлар билан яхши бўялсада, бошқа микроорганизмлардан фарқлаш учун фақат Грам усулида бўяш аҳамиятлидир. Суртмалар учун материални тўғри олишнинг ва суртмаларни тўғри тайёрлаш аҳамияти каттадир. Аёлларда гонококкларга текшириш учун материал уретрадан, киннинг орқа гүмбазидан, бачадон бўйин қисмидан, бартолин безларидан, орқа пешовдан, ҳалқумдан олинади. Уретрадан ва бартолин безларидан материал Фольман қошиқчаси ёки сиртмоқ (петля) ёрдамида, цервикал каналдан эса кўн пинцети ёки сиртмоқ ёрдамида олинади. Тўғри ичакдан материал унинг ампуляр қисмини илик физиологик эритма билан ювиб олинади, ёки Фольман қошиқчаси ёрдамида шиллик кават деворини қириб олинади. Олинган материални предмет ойнасига бир текисда, юпка қилиб суртиб чиқиш керак. Агар материал нотекис суртилса Грам усулида яхши бўяб бўлмайди, агар қалин қилиб суртилса граммулбат бўялиб қолади. Текшириш учун материални қаердан ва қандай олинганлигининг аҳамияти ҳам каттадир. Материал бачадон бўйин қисмидан олинганда унинг олдинги осилиб турган қисмидан олинмайди, чунки у ерда бошқа флоралар кўп учрайди ва

гонококклар кам бўлади. Бачадон бўйнининг чуқур (орқа) қисмидан тиник сероз суюқлик ичида яққол кўришиб турган кулранг-сарғиш рангли йирингли массадан олинса унда гонококклар кўп учрайди. Ҳар бир текшириш нуқтасидан олинган материал 2та предмет ойнасига теккис қилиб сурилади, ҳавода қуритилади, оловда фиксация қилинади ва бири метилен кўки билан иккинчиси эса Грам усулида бўялади. Метилен кўки билан бўялган препарат дастлаб кўрилади ва диплококклар бўлса, Грам усулида бўялган препарат кўрилади.

Суртмаларни Грам усулида бўяш техникаси қуйидагича:

Қуритилган ва оловда фиксация қилинган суртманинг устига ўлчами предмет ойнасидан кичикроқ бўлган фильтрловчи қоғоз қўйилади ва унинг устига 1%ли кристалсафсар эритмаси қуйилиб, 1 минут турилади. Кейин фильтр қоғози олиб ташланади, суртма сувда енгил ювилади ва унга Люголь эритмаси қуйилади ҳамда 0,5 -1 минут ушлаб турилади. Кейин Люголь эритмаси тўкиб ташланади ва суртма 96 градусли спиртга солиб рангсизлантирилади, спиртда суртма оч кулранг тусга киргунча туради. Кейинги босқичда суртма тезда оқин сувда ювилади ва суртманинг устига 1%ли нейтрал қизил эритмаси 2 минутга қуйилади. Кейин эса суртма яна ювилади, қуритилади ва микроскоп остида кўрилади.

Гонококкларни аниқлашда бактериологик (экма) текшириш усули катта аҳамиятга эга, бу усул бактериоскопик текширилганда гонококклар топилмаган барча ҳолларда қўлланилади. Аёлларни текширилганда экма усулида гонококклар бактериоскопик усулдагига нисбатан 2 баробар, айрим муаллифлар бўйича эса ҳатто 4-6 баробар кўп ҳолларда топилади. Бу усулда текширилганда ҳам материални ўз вақтида ва тўғри олиш катта аҳамиятга эга. Беморлар экма олишдан маълум вақт аввал (5-7 кун) антибиотиклар ва сульфаниламид дори моддаларини қабул қилмаган бўлиши керак, маҳаллий дезинфекцияловчи моддалардан фойдаланмаслик керак. Экма учун материал уретрадан зангламайдиган металдан қилинган сиртмоқ билан олинади, бачадон бўйин қисмидан эса сиртмоқ ёки узун пинцет билан олинади. Аввал базан бўйин қисмининг тирқоши стерил пахта тампон билан артиб тозаланади, цервикал суюқлигининг олинган биринчи порцияси ташлаб юборилади, кейин унинг ичкарасидан олинган материал Петри идишидаги озик модда юзасига теккис қилиб суртиб чиқилади. Экма учун тайёрланган озик моддаси янги тайёрланган, рН

кўрсаткичи 7,4 -7,5га тенг бўлиши ва намлиги етарли бўлиши керак. Гонококкларни ўстириш учун энг оддий ва яхши озик моддаси бу гўшт-пептон ағари ҳисобланади. Гўштни яхшиси қуённики ёки кичик бузоқники ҳисобланади, унга 1\3 қисми микдорда таркибидаги оқсил 1,5-3% бўлган асцит суюқлиги қўшилади. Асцит суюқлигисиз озик моддаларига эса 2мл казеин гидролизати қўшилади. Экма учун олинган материалларда кўп микдорда бошқа микрофлоралар борлиги гумон қилинганда (тўғри ичакдан ва ҳалқумдан олинганда) экилаётган озик моддага (гўшт пептон ағари) гонококкларга таъсир қилмайдиган, аммо бошқа грамманфий ва граммусбат флораларга таъсир қилувчи антибиотиклар қўшилади. Булардан полимиксин М 1млга 25ЕД дан ва ристомидин сульфат 1млга 20ЕДдан.

Гонококклар сунғий экмаларда 24 соатдан кейин ўсиб чиқадилар. 24 соатдан кейин экма юзасида шудрингни эслатувчи тиниқ, рангсиз ёки оқ сарғиш колониялар пайдо бўлади, колонияларнинг қирғоқлари текис, силлик, юзаси ялтироқ, текис бўлади. 48-72 соатдан кейин колониялар ўлчами катталашади, тўқ рангга киради, марказий қисми сарғиш жигарранг тусга киради. Ўсиб чиққан колониядан суртма тайёрлаб, микроскоп остида кўрилади ва грамманфий бўялган диплококклар аниқланади.

Сўзакни диагностикасида серологик усуллардан ҳисобланган Борде-Жангу реакцияси жуда кам қўлланилади. Аёлларда сурункали урогенитал сўзақда бу реакция 73,8% мусбат натижа берган (Скрипкин Ю.К., 1999).

Иммунофлюоресцент усули билан текширилганда гонококкларни аниқлаш анча осонлашади, айниқса бевосита (тўғридан тўғри) усулида. Бунинг учун спиртовка устида фиксация қилинган препарат аввал эозиннинг спиртдаги 1%ли эритмаси ва метилен кўки билан бўялади, кейин флюоресценцияловчи антизардоб билан ишланади. Бу усулда текширилганда гонококкларга хос шулаланиш кузатилади, бошқа микроорганизмлардан фарқлаш осонлашади.

Сўзакни диагностикасида қўлланиладиган лаборатория текшириш усулларида яна бири иммунофермент усулидир. Бу усулда текширилганда ИФА қўйиш учун ишлатиладиган коммерция йиғимларидаги (коммерческий набор) Gonozyme тести ёрдамида уретра ва бошқа соҳалардан олинган материаллардаги гонококкларнинг антигенлари (АГ) аниқланади. Ушбу тестнинг сезувчанлиги 95,2%,

хослиги (специфичность) 100%. Бундан ташқари ИФАнинг антитаначаларни (АТ) аниқлашга йўналтирилган текшириш усули ҳам мавжуд. Сўзак билан оғриган аёллар қон зардобини тешириш натижасида аниқландики, антитаначалар касалликнинг 6-22 кунларида энг кўп бўлади. Иммунофермент анализининг афзаллиги бемор организмда яшашга қодир бўлмаган гонококклар ва атипик штаммлари бўлса ҳам мусбат натижа беради, камчилиги эса антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаб бўлмайди. Охириги йилларда бузгунчи жинсий алоқа қилувчилар ниҳоятда кўпайиб кетиши кузатилмоқда. Patton M. (2014)14520 нафар гомосексуалист-эркакларни текширганда 7,9%тида орофарингеал сўзакни аниқлаган, И.И. Мавров кузатувларига кўра орогенитал секс билан шуғулланувчи аёлларнинг 45-95%тида орофарингеал сўзак мавжудлигини аниқлаган. Ҳозирги вақтда орофарингеал сўзакнинг асосий диагностик усули экма (бактериологик, культурал) усулидир, бактериологик усул қўлланилмайди. Текшириш учун материал стерил пахта тампон ёрдамида олинади, Фольман қошиқчаси ишлатишга рухсат этилмайди.

Орофарингеал сўзакнинг диагностикасида охириги вақтларда қўлланилаётган янги лаборатория текшириш усулларидан молекуляр биологик усуллар (МБУ) қўлланилади, булардан энг кўп қўлланиладигани полимераз занжирли реакция (ПЗР), лигаз занжирли реакция (ЛЗР) ва NASBAни кўрсатиш мумкин, бу усуллар оксилларнинг амплификациясини аниқлашга асосланган. ПЗР ва ЛЗРда гонококкларнинг биомаркерларидан ДНК аниқланади, NASBAда эса РНК аниқланади. Текшириш учун касаллик ўчоғидан оқиб чиқаётган ҳар қандай суюқлик махсус пробиркага олинади. Олинган намуналар гонококклар праймери тутувчи реакцион аралашмада амплификация қилинади. Олинган материални ПЗР аппарати микропланшети чуқурчасида (лунка) гибридизация қилиниши ва кўп мартаба клонлаб синтез қилиши оқибатида натижа олинади, у “топилди” ёки “топилмади” деган хабар беради. Бу усулнинг сезгирлиги 94,2% дан 98,6%гача, хослиги 99%дан юқори. ЛЗРнинг сезгирлиги 97,3%дан 98,5%гача, хослиги эса қарийб 100%.

Булардан ташқари яна қуйидаги янги замонавий усуллар ҳам қўлланилади:

-SDA (stand displacement amplification);

-TMA (transcription mediated amplification);

-NAAT (Nucleic acid amplification test);

Шуни айтиш керакки, бизнинг шароитимизда бу текшириш усулларини ўтказиш имконсиз бўлди, чунки бизнинг клиникамизда ПЗР аппарати мавжуд эмас, бошқа даволаш муассасаларида бу анализни ўтказиш молиявий муаммоларни келтириб чиқаради.

Кузатувимизда бўлган беморлар асосан 2 хил текширувдан ўтказилганлар: бактериоскопик ва бактериологик. Назоратимиздаги 1157 бемордан биринчи мартаба суртма олиб текширилганда фақат 338тасида (29,2%) гонококк топилган. Беморларни қайтадан комбинацияланган кўзгатиш (провокация) ўтказиб текширилганда яна 523 беморда (45,2%) гонококклар аниқланган, қолган 296 беморда (25,6%) эса фақат экмада аниқланган. Келтирилган натижалардан ҳам кўриниб турибдики, беморларни кўп мартаба кўзгатиш ўтказиб текшириш яхши натижаларга олиб келади. Гонококклар қуйидаги касаллик ўчоғларидан топилган: цервикал каналдан ва киннинг орқа гумбазидан 1143 беморда (98,8%), уретрадан 813 беморда (70,3%), ҳалқумдан ва бодомча безларидан 9 беморда (0,8%), тўғри ичакдан 17 беморда (1,5%). Олинган натижалардан кўриниб турибдики, бизнинг регионимиздаги аёлларда экстрагенитал сўзак шакллари кам учрайди, аммо бу ўша соҳалардан текшириш учун материал олиш шарт эмас деган маънони аниқлатмайди.

Сўзакнинг синфларга бўлиниши

Сўзакнинг 2 хил тури тафовут қилинади: янги сўзак ва сурункали сўзак. Касаллик бошланганидан 2 ойгача вақт ўтган бўлса янги сўзак ҳисобланади, 2 ойдан ортиқ вақт ўтган бўлса сурункали сўзак ҳисобланади. Янги сўзак ўз навбатида клиник манзарасига қараб 3 хил шаклга бўлинади: ўткир сўзак, ним ўткир сўзак ҳамда сўзакнинг торпид шакли. Торпид сўзакда клиник аломатлар жуда кам, аммо гонококклар топилади. Сурункали сўзакнинг авж олишини мумкинлигини ҳам эсдан чиқармаслик керак. Бундан ташқари диагноз қўйилганда сўзакнинг жойлашган соҳаси (локализацияси) ҳам кўрсатилади (масалан уретрит, эндоцервицит, бартолинит, аднексит ва ҳ.к.).

Сўзакнинг аёлларда кечишининг ўзига хос жиҳатлари

Сўзак организмнинг умумий инфекциян касаллиги бўлиб, маҳаллий кўпгина касаллик ўчоғлари билан намоён бўлади. Охирги йилларда аёлларда сўзакнинг кечиши ўзгаришларга учради: касалликнинг субъектив белгилари камайди, яллиғланиш жараёнининг сурункали ва симптомларсиз турлари кўпайди, шунинг учун уларда касаллик узоқ вақт аниқланмай қолиши кузатиламоқда. Беморларда уретрада, бачадон бўйин қисмида ва бошқа соҳаларда аниқ яллиғланиш жараёни борлигига қарамай, уларда субъектив аломатлар кузатилмайдиган ҳолатларда асимптом шакли деб юритилади. Яна гонококк ташувчанлик деб юритиладиган клиник шакли ҳам тафовут этилади, бунда субъектив хиссиётлар ҳам, объектив аломатлар ҳам йўқ, аммо суртмада (ёки экмада) гонококклар топилади. Ҳар хил муаллифларнинг маълумотларига кўра таносил касалликлари диспансерига ўзлари мурожаат қилган беморлар 10%дан 30%гачани ташкил қилади, касаллик бўйича ҳисобга олинган қолган беморлар фаол конфронтация туфайли аниқланганлар. Т. Guthe маълумотига кўра ЖССТ рўйхатга олган бемор аёллардан 55% беморларда касалликнинг асимптом шакли кузатилган. Р.Д. Овсянникова маълумотига кўра сўзак билан оғриган ҳомиладор аёллардан 70%тида касаллик субъектив аломатларсиз асимптом кечган. Касалликнинг дастлабки давриданоқ клиник манзараси жуда суёт кечувчи торпид шакли нисбатан (асимптомга нисбатан) камроқ учрасада, охирги пайтларда бу шакли ҳам кўпайиб бормоқда. Сўзакнинг торпид кечиши макроорганизмнинг реактивлигини пасайишига, тухумдоннинг функциясининг пасайишига ва микроорганизмнинг биологик хоссаларининг антибиотиклар ва сульфаниламид моддалари таъсирида ўзгаришига боғлиқ. Л.Д. Кунцевич ва муаллифлари аниқлашчи, торпид сўзак билан оғриган аёллардан топилган гонококк штамларининг оксил таркиби ўткир сўзак билан оғриган беморлардан топилган гонококк штамларидан фарқ қилган. Сўзак торпид кечганда аёллар ўзларининг касал эканлигини билмаган ҳолда жинсий ҳаётини давом эттирадилар ва ўз турмуш ўртоқлари ва бошқаларга касалликни юктирадилар. Шунинг учун акушер-гинекологик муассасаларда этиологияси номаълум яллиғланиш касалликлари билан даволанаётган аёлларнинг турмуш ўртоғи ёки бошқа жинсий алоқада бўлган шахсларни текшириш катта аҳамиятга эга. Г.Э. Шинский ва Г.Ф. Игнатова шундай аёллар билан жинсий алоқада бўлган 140 эркакни текширганда, улардан 4,3% тида бактериоскопик, 9,2%тида бактериологик текширувда гонококклар

топилган. Демак шу текширув орқали ўша аёллардаги яллиғланиш жараёни гонококклар томонидан чақирилгани аниқланган ва сўзакка қарши махсус даво ўтказилган. Сийдик таносил аъзоларининг пастки қисмидаги сўзак касаллиги ўз вақтида аниқланмаса, кеч аниқланса касаллик жараёни юқорига қараб тарқалади. Илгариги вақтларда юқорига тарқалувчи сўзак анча оғир кечган, кўпинча пельвеоперитонит келиб чиққан. Ҳозирги даврда бундай жараёнлар кам кузатилади, бўлса ҳам ўткир кечмайди. Янги ўткир сўзакда юқорига кўтарилувчи сўзак 6-9% учрайди, сурункали сўзакда эса 28-30% холларда учрайди. Сурункали юқорига кўтарилувчи сўзакда қарийб 45% касалликнинг бошланиши ва кечиши суст бўлади, 25% беморларда субъектив аломатлар кузатилмайди. Сўзакнинг аёлларда кечишининг ўзига хос жиҳатларидан иккинчиси касаллик кўпинча микста инфекция кўринишида бўлади. Охири йилларда сўзак моноинфекция сифатида қарийб кўринмайди, кўпинча трихомониаз, хламидияли инфекция, уреоплазма каби касалликлар билан бирга келиши кузатилади, бунинг оқибатида сўзакнинг инкубацион даври чўзилади. Бундай ҳамроҳ бўлиб келган микрофлоралар гонококкларга қарши антибактериал препаратларга кўпинча чидамли бўлади, натижада сўзакни даволагандан кейин сўзакдан кейинги яллиғланиш холатлари сақланиб қолади. Трихомониаз билан бирга келганда гонококклар трихомонадалар ичида ҳам жойлашадилар, гонококкларга қарши қўлланилган антибактериал препаратлар трихомонадаларга таъсир этмайди ва гонококклар уларнинг ичида сақланиб қолади ҳамда касалликнинг қайталанишига (рецидивига) сабаб бўлади. Охири йилларда сўзакнинг хламидияли инфекция билан бирга келиши кўп кузатилмоқда, натижада касалликнинг клиник манзараси ўзгармоқда, оқмаларнинг ҳам кўриниши ўзгармоқда, касалликнинг сурункали кечишига сабаб бўлмоқда. Уреоплазмалар билан бирга келганда касаллик узок вақт суст кечади, уреоплазмалар кўплаб антибиотикларга чидамли бўлганлиги сабабли сўзакдан кейинги яллиғланиш аломатлари узок вақт сақланиб қолади, баъзан қайталаниш кузатилади. Касалликнинг қайталаниши эпидемик хавфни кучайтиради. Касалликнинг қайталаниши кўпинча даволаш тугагандан 2 ҳафта ўтгач, кам холларда эса 1 ойдан кейин юзага чиқади. Аёлларда касалликнинг қайталаниши 40 ёшдан ўтган аёлларда кўп учрайди. Қайталанишга олиб келувчи омиллар жуда кўп бўлиши мумкин: гонококкларнинг антибиотикларга чидамлилиги, нораціонал даволаш, йўлдош касалликларнинг мавжудлиги, яллиғланишнинг кўп ўчоғлиги, микстаинфекция (полиинфекция), масалан хламидия, микоплазма,

трихомонада ва бошқа микроорганизмлар билан бирга келиши, дори моддаларининг организмга сўрилишининг бузилиши, антибиотиклар дозасининг етарли миқдорда буюрилмагани ва ҳ.к. Ҳозирги вақтда қайталанган инфекция клиник манзараси жихатидан суств кечади, кўпинча субъектив аломатларсиз, объектив манзараси ҳам билинар билинмас бўлади. Касалликни янгитдан юктириб олиш, яъни реинфекция доимий жинсий шериги бўлган беморларда 1,5 ой ичида юзага келади, бунда беморнинг жинсий шериги текширилмай қолиб кетган бўлади. Доимий жинсий шериги бўлмаган, тартибсый жинсий хаёт кечирувчи аёлларда эса даволаниб бўлгач реинфекция 2-3 ойдан кейин юзага келади. Аёлларда реинфекция кўп ўчоғли бўлади, уретра, бачадон бўйин қисми, тўғри ичак ва бошқалар зарарланади, касаллик ўткир ёки ним ўткир кечади. Клиник жихатдан яхши томонга ўзгарган бўлиб кўринсада, касаллик юқорига тарқалади ва сальпингит, периметрит, аднексит, периаднексит ва ҳоказолар кузатилади. Аёллар сўзагининг эркаклардаги касалликдан фарқи, дастлабки пайтданоқ 63% аёлларда касаллик кўп ўчоғли бўлади, яъни бирданига бир неча аъзолар (уретра, кин, цервикал канал, тўғри ичак) инфекция билан зарарланадилар. Уретрадаги, цервикал каналдаги, тўғри ичакдаги яллиғланиш жараёни умумий аломатларсиз суств кечади, касаллик бачадонга ва унинг найларига ўтганда эса умумий аҳволнинг ўзгариши, тана хароратининг кўтарилиши, қориннинг пастки қисмида оғрик, гемограммада ўзгаришлар кузатилади. Касалликнинг клиник манзарасидаги бундай фарқлар жинсий аъзоларнинг пастки қисми сўзаги (уретрит, парауретрит, бартолинит, вестибулит, цервицит, эндоцервицит, проктит) ва жинсий аъзоларнинг юқори қисми сўзаги (эндометрит, метроэндометрит, аднексит, пельвиоперитонит, перитонит) деб ажратишга имкон беради

Сўзакнинг юқинш йўллари

Касаллик асосан жинсий алоқа орқали юқади. Касаллик манбаи бўлиб эса ўзида касаллик борлигини билмайдиган, сўзакнинг аломатларсиз, яширин шакллари билан оғриган беморлар ҳисобланади. Аёллар жуда кам холларда ички кийимлар (бельёлар), ювиниш асбоблари (мочалкалар) орқали юктириб олиши мумкин катта, чунки гонококклар ҳўл (нам) шаронда 24 соатгача яшайдилар. Сурункали сўзак билан оғриётган бемор эркак билан алоқада бўлган инфантил аёлларда уретра зарарланади, туққан аёлларда эса бачадон бўйин қисми зарарланади, уретра, тўғри ичак ва катта вестибуляр безлар кейинчалик иккиламчи зарарланади. Тўғри ичак ва оғиз бўшлиғи (бодомча

безлари) инфекциянинг ягона ўчоги сифатида намоён бўлиши мумкин, бунда касаллик бузгунчи жинсий алоқа оқибатида юққан бўлади. Аёлларда касаллик асосан бачадон бўйин қисмида, уретрада, бартолин безларида касаллик (яллигланиш) чақиради. Бузгунчи жинсий алоқа қилиш оқибатида эса касаллик оғиз бўшғини, бодомча безларини, халқумни, тўғри ичакни зарарлайди. Аёлларда ва кичкина қизчаларда тўғри ичакнинг зарарланиши киндан оқиб чикқан суюқликнинг тўғри ичакка тушиши оқибатида ҳам бўлиши мумкин. Бундан ташқари сўзак ножинсий йўллар билан ҳам юқиши мумкин. Масалан катта ёшдаги беморлар гонококклар билан зарарланган кўллари билан кўзини ишқалаши оқибатида гонорейли конъюнктивит келиб чиқади. Янги туғилган чақалоқларда эса гонорейли конъюнктивит (гонобленнорейя) туғилиш пайтида онадан юқади (туғиш каналларидаги касаллик туфайли). Сўзак кичкина қизчаларга билвосита йўл билан, масалан бемор оналари билан бирга ётадиган қизчаларга чойшаблар (оналаридан оқиб чикқан суюқлик орқали), тунги туваклар, сочиклар орқали ҳам юқиши мумкин, чунки гонококклар ташқи муҳитда оз вақт бўлса ҳам яшаб турадилар. Каттароқ ёшдаги қизчаларга эса жинсий тажовуз туфайли юқиши мумкин.

Сўзакнинг инкубацион даври

Гонококклар организмга тушган вақтдан то касалликнинг клиник аломатлари пайдо бўлгунча ўтган яширин вақт инкубацион давр ҳисобланади. Сўзакда инкубацион давр 3 кундан 30 кунгача бўлиши мумкин, аммо кўпинча 3-7 кунни ташкил қилади. Аёллар кўпинча касалликни юктириб олган пайтини аниқ айта олмайдилар, чунки субъектив аломатлар кузатилмайди. Инкубацион даврнинг давомийлиги касалланган аъзоларда реактив ўзгаришларнинг тезлиги ва интенсивлигига боғлиқ, бу ўзгаришлар эса организмнинг умумий ва маҳаллий қаршилик кўрсатиш қобилиятига боғлиқ.

Гонококклар сийдик-таносил аъзоларнинг шиллиқ қаватига тушгач яллигланиш жараёнини чақиради. Инфекция кўшни аъзоларга (бачадонга, тухумдонга, фаллопий найчаларига) шиллиқ парда орқали, бевосита (*per continuitatem*) ёки лимфа томирлари орқали тарқалиши мумкин. Сийдик-таносил аъзоларида қон томирлари кучли ривожланганлиги сабабли гонококклар қонга ўтиши мумкин, бунга менструация ва жинсий зўриқиш ҳам ёрдам беради. Аммо қоннинг бактерицит хусусияти ва антитаначалар

ҳосил бўлиши туфайли гонококклар қонда тезда ҳалок бўладилар. Бунинг натижасида ажралиб чиққан гонотоксин қатор умумий аломатларни (бош оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, бўғимларда оғрик, анемия ва ҳ.к.) келтириб чиқариши мумкин.

Аёлларни текширишнинг ўзига хос жиҳатлари

Сўзак билан оғриган аёлларга тўғри диагноз қўйиш учун текширишнинг ягона схемасига риоя қилиш талаб этилади. Анамнез йиғилганда яллиғланиш жараёни жинсий алоқадан қанча вақт ўтгандан кейин бошланганлигига аҳамият берилади. Беморда оқмалар, қориннинг пастки қисмидаги оғриқнинг қачон пайдо бўлганлигига (менструациядан кейин ёки аввал, туғишдан ёки абортдан олдин ёки кейин) аҳамият берилади. Тана ҳароратининг кўтарилиши, ациклик қон кетишлар, бепуштлиқ ҳақида сўралади. Кейин эса сийдик-таъосил аъзоларида илгари яллиғланиш касалликлари кузатишгани ёки йўқлиги суриштирилади.

Объектив текшириш қоринни кўздан кечириш ва пальпация қилишдан бошланади, кейин вульва ва қинга кириш соҳаси шиллик пардаси кўздан кечирилади. Эрозия ёки тошмалар борми ёки йўқми, лимфа тугунлари катталашгани, консистенцияси қанақа, пальпацияда оғриқлими текширилади. Уретрани кўздан кечирганда унинг лабларида шиш ва гиперемия борлиги ёки йўқлиги, парауретрал йўллар мавжудми текширилади. Уретрани пальпацияси қин орқали қов суяги томонига йўналтирилган ҳолда амалга оширилади, уретра деворида инфильтрация борлигини аниқланади. Кейин эса уретранинг лабларини стерил пахта билан артиб тозаланади, уни махсус қошиқча (ушная ложечка) билан массаж қилинади, бу қошиқчани уретра ичига 1-1,5 смгача киргизиб суртма олинади. Олинган материални 2 та предмет ойнасига юпка қилиб суртилади ва у ойналарни "U" ҳарфи билан маркировка қилинади. Катта вестибуляр безларни текшириш учун кўрсаткич бармоқ қизлик пардаси ортига киргизилади, бош бармоқ эса безнинг чиқарув жойига қўйилади ва иккала бармоқ орасида пайпаслаб кўрилади, массаж қилинади, оғриқ, зичлашиш, гиперемия борлиги текширилади, оқиб чиққан материални иккита предмет ойнасига суртма тайёрлаб, "V" ҳарфи билан маркировка қилинади.

Қинни қин ойнаси ёрдамида кўздан кечирилади, гиперемия, эрозиялар борлиги, уларнинг сони, оқманнинг ранги ҳисобга олинади. Трихомонадаларга текшириш учун махсус қошиқча ёрдамида материал олинади ва алоҳида

предмет ойнасига суртма тайёрланади. Кандидозга текшириш учун эса киннинг деворидан сидириб материал олинади ва уни ҳам алоҳида ойнага суртма қилинади. Кейин бачадон бўйин қисми текширилади, унинг шакли, гиперемия, эрозиялар борлиги, оқманинг характери қандайлиги аниқланади. Стерил пахта билан унинг усти артиб тозаланади, узун гинекологик пинцетни канал ичига 0,5-1 смгача киргизилиб, унинг деворидан шиллик материал олинади ва предмет ойнасига юпка қилиб суртилади ва "С" ҳарфи билан маркировка қилинади ("U", "V" ва "С" ҳарфлари билан маркировка қилинган суртмалар ҳаммаси 2 та предмет ойнасида). Бимануал текшириш орқали бачадон танасининг қандай жойлашгани, унинг ўлчами, консистенцияси, оғриқ борлиги аниқланади. Кейин эса бачадоннинг ортиқларининг (придатки) катталиги, шакли, консистенцияси, оғриқ борлиги, чандиқлар (спайка) борлиги текширилади. Тўғри ичакни текширишда унинг бурмаларида шиш мавжудлиги, гиперемия борлиги, ажралма борлиги аниқланади. Тўғри ичакдан анализга материал олиш учун унга 3-6 см ичкарига иккита катетер киргизилади, биринчисидан 50-100мл илик сув юборилади, иккинчисидан оқиб чиққан суюқлик стаканга йиғилади, унинг тағига чўккан йиринг ипларидан олиб алоҳида предмет ойнасига суртилади ва "R" ҳарфи билан маркировка қилинади.

Бактериоскопик текшириш натижасида гонококкларни аниқлаш доим ҳам мусбат натижа бермаслиги туфайли, бактериологик, яъни экма усулидан фойдаланиш зарурати туғилади, агар экмада ҳам аниқланмаса, касалликни қўзғатиш (провокация қилиш) усули қўлланилади. Ҳозирги вақтда қуйидаги қўзғатиш усулларида фойдаланилади: химиявий, биологик, термик, физиологик, комбинацияланган. Химиявий усулда қўзғатишда уретра каналининг 1-2 см ичкарига 1-2%ли кумуш нитрат эритмаси суртилади, цервикал каналга 1-1,5 см ичкарига 2-5%ли кумуш нитрат эритмаси суртилади, тўғри ичакнинг 4 см ичкарига 1-3%ли Люголниг глицериндаги эритмаси юборилади. Биологик усулда қўзғатишда гоновакцина 1 млрд. микроб танаси дозасида мушак ичига юборилади, ёки 200 минимал пироген дозадаги (МПД) пирогенал билан бир вақтда қўлланилади. Термик усулдаги қўзғатиш учун қаторасига 3 кун 30, 40, 50 минут давомида диатермия ўтказилади, ёки 3 кун 15-20 минутдан индуктотермия қўйилади. Анализ учун материал ҳар куни иситишдан 1 соат ўтгач олинади. Физиологик қўзғатиш менструация ҳисобланади, энг кўп кон кетган куни анализга материал олинади. Комбинацияланган қўзғатиш энг афзал усул ҳисобланади,

бир куннинг ўзида ҳам химиявий, биологик ва термик қўзғатиш ўтказилади, суртма учун материал барча ўчоғлардан 24, 48, 72 соатдан кейин олинади, экма учун эса 72 соатдан кейин олинади. Гонококклар топилгандан кейингина сўзак диагнози қўйилади.

АЁЛЛАР СЎЗАГИНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ

Сийдик-таносил аъзоларининг пастки қисми сўзаги

Вульванинг яллиғланиши

Аёлларда вульвит уретрадан ва бачадон бўйин қисмидан оқиб чиқаётган ажралманинг таъсир қилиши оқибатида иккиламчи ривожланади. Ташқи жинсий аъзолар юзаси кўп қаватли ясси эпителий билан қопланганлиги сабабли (гонококклар бундай эпителийни шикастлай олмайди ва ривожлана олмайдилар) бирламчи сўзак вульвити учрамайди. Жуда кам ҳолларда ҳомиладор ва инфантил аёлларда, шунингдек климакс давридаги аёлларда бирламчи сўзак вульвити учраши мумкин, чунки бундай аёлларда эпителий худди қизалоқлардаги каби юпкалашган ва ғовак бўлади.

Гистологияси: тўқималарда ўчоғли дегенерация ва эпителийнинг десквамацияси, кўпинча эрозиялар кузатилади. Нейтрофил лейкоцитлар ва эозинофиллардан иборат периваскуляр ва перигландуляр инфилтратлар. Сурункали даврида бириктирувчи тўқима ҳосил бўлади, эпителий метаплазияга учрайди.

Клиник манзараси: Янги ўткир сўзақда ташқи жинсий аъзолар юзаси гиперемиёга учраган ва шишган, клитор остидаги уретра яқинидаги бурмалар (крипталар) қизарган ва йирингли ажралма билан қопланган. Катта ва кичик уятли лаблар устида йирингли массалар қотиб қолганлиги оқибатида қалоклар билан қопланган, уларнинг остида эрозиялар ва яралар бўлиши мумкин. Кичик уятли лаблар шишган ва бир бири билан ёпишиб қолган бўлади. Иккиламчи пиоген инфекция қўшилса регионар лимфа тугунлари катталашади. Вульвада эрозия ёки яра бўлса албатта оқ спирохета бор ёки йўқлигига тпекширув ўтказилади. Беморлар қичишишга, ачишишга, оғриққа, оралик соҳа ва соннинг ички қисмини безовта қилаётган ажралмага шикоят қиладилар. Агар жараён (сўзак) сурункали бўлса, юқорида баён қилинган аломатлар жуда оз ривожланган бўлади. Биз таҳлил қилаётган 1157 нафар беморлардан 436 тасида янги ўткир сўзак аниқланган бўлиб, улардан фақат

283 тасида вульвит аломатлари аниқланди, қолган беморларда ажралмалар унча кўп бўлмаганлиги сабабли уларда вульвит аломатлари кузатилмади.

Вестибулит

Вестибулит кўпинча вульвит билан бир вақтда ҳампадор, инфантил ёки климакс давридаги аёлларда ривожланади. Қин дахлизининг шиллик қавати кўп қаватли ясси нозик эпителий билан қопланган, ўзида кўнгина кристаллар (бурмалар), лакуналар ва безлар тутади, улар эса цилиндрик эпителий билан қопланган. Сўзак жараёнининг ўткир даврида дахлизининг шиллик қавати шишган, гиперемияга учраган, сал тегса осон қонаб кетади, шилимшиқ йирингли ажралма билан қопланган. Мацерацияга учраши туфайли эрозиялар ҳосил бўлади, ажралмадан гонококклар топилади. Сурункали ҳолларда клиник манзараси кучсиз ривожланган бўлади, лакуналар ва безлардаги ўзгаришлар устивор бўлади ва бу ўзгаришлар гиперемияли нукталар кўринишида намоён бўлади. Гистологик текширилганда майда хужайрали инфилтратлар периваскуляр ва перигландуляр жойлашганини кўриш мумкин. Беморлар қичишишга, ачишишга шикоят қиладилар.

Кузатувимиздаги беморлардан 463 нафарида унча ривожланмаган вестибулит аломатлари қайд қилинди.

Уретранинг яллиғланиши

Уретрит сўзак билан оғриган аёлларнинг 71-96% тида учрайди. Аёлларда уретра қисқа (3,5-4 см) ва кенг бўлади. Уретранинг безлари унинг олдинги қисмида, латерал жойлашган бўлади, уретранинг орқа қисмида фақат 15% аёллардагина безлар учраши мумкин. Найсмон ва ациноз безлар узунлиги 20ммгача, чуқурлиги 4ммгача бўлади. Уретритда асосан ундаги безлар зарарланади. Касалликнинг давомийлиги безларнинг қай даражада тарқалганлиги ва чуқурлигига боғлиқ бўлади.

Гистологияси: уретрага ва унинг безларига тушган гонококклар перигландуляр ва перилакунар инфилтратлар кўринишидаги ўчоғли ўзгаришларни келтириб чиқаради. Агар безларнинг чиқарув йўллари беркилиб қолса, кичик псевдоабсцесслар ҳосил бўлади. Эпителийдан ташқари субэпителиал тўқима ҳам зарарланади, жараён ўткир бўлса эпителийнинг говаклашуви, дегенерацияси ва десквамация кузатилади.

Клиник манзараси: Ўткир сўзак уретритида касалликнинг дастлабки даврида фақат 20-30% беморлар сийишнинг бошланиш вақтида оғриққа ва ачишишга шикоят қиладилар. Касаллик жараёни узоқроқ давом этганда сийдик пуфагининг бўйин қисми зарарланади ва беморлар тез-тез сийишга ва сийишнинг охириги қисмида оғриққа шикоят қиладилар. Сурункали уретритда эса беморларнинг шикояти қарийб бўлмайди.

Касаллик юққандан кейин кўп ўтмай уретранинг лаблари гиперемияга учрайди, шишади ва валикка ўхшаб кўтарилиб туради, уретра ўзи инфилтрацияга учраган, пальпация қилинганда оғриқ кузатилади. Қин томондан уретрани босиб кўрилса, ундан сарғиш рангли ажралма оқиб чиқади, ундан гонококклар топилади. Кўп миқдорда оқиб чиқаётган ажралма дахлизни мацерацияга учратади. Яллиғланиш жараёни сийдик пуфагининг ички сфинктерига тарқалса, бемор тез-тез оз миқдорда сияди, сийишнинг охирида оғриқ бўлади. Ўткир уретритда беморларнинг умумий аҳволи ўзгармайди, тана ҳарорати кўтарилмайди.

Ним ўткир уретрит кўпроқ учрайди, унинг клиник манзараси кучсизроқ ривожланган. Ажралмалар анча кам, шикоятлар жуда кам учрайди. Аёллар ўзининг беморлигини сезмасдан жинсий ҳаётни давом эттирадилар ва бошқаларга касаллик манбаи бўлиб қоладилар.

Сурункали уретритда қин томондан пальпация қилинса, уретра девори зичлашган бўлади, ажралма кузатилмайди, яллиғланиш инфилтрати склерозга учраши оқибатида уретранинг олдинги ва ёнбош деворлари зичлашган. Орқа девори инфилтрацияга учрамаган, зичлашмаган, чунки у ерда безлар қарийб йўқ. Уретранинг безлари зарарланиши туфайли фолликулитлар ҳосил бўлиши мумкин, улар очилиб кетганда (ёрилганда) эса реинфекция чақириши мумкин. Сурункали уретрит диагностикасига уретроскопия яхши ёрдам беради. Уретроскопияда юмшоқ инфилтрат аниқланади, уретранинг шиллик қавати ғовак, гиперемияга учраган, шишган, қон томирлари қарийб кўринмайди, бурмалари дағал, бир текисда эмас. Қаттиқ инфилтрат аёлларда кам учрайди, унда шиллик қават оқимтир тусда, қон томирлари кўринмайди, безларнинг ичи тўлган, улардан йиринг ажралиб туради. Ўткир жараёнда уретроскопия маъ қилинади.

Биз ўрганган янги ўткир сўзак билан оғриган 436 бемордан 429 нафариди (98,4%) ўткир сўзак уретрити аниқланди (уретрадан олинган материалда лаборатория текширувида гонококклар топилди). Бу

беморларнинг барчасида уретранинг лабларида гиперемия ва шиш, пальпацияда оғриқ кузатилди. Дизурик аломатлар фақатгина 217 беморда кузатилди. 721 нафар сурункали сўзак билан оғриган беморларнинг барчасида уретрадан олинган материалда гонококклар топилган бўлсада, уларда яллиғланиш аломатлари унча ривожланмаганлиги қайд этилди, фақат пальпацияда уретра деворининг бироз зичлашганлиги аниқланди.

Парауретрит

Парауретрал йўллар уретрага кириш жойининг пастки яримайланасида жойлашган, уларни скенев безчалари деб ҳам аталади (улар без эмас, секрет ишлаб чиқармайди). Бу йўлларнинг ташқи қисми кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган, канал ичи ўзгарувчи (ўтувчи) эпителий билан, туби эса цилиндрик эпителий билан қопланган. Уларнинг узунлиги 1 смдан то 2,5 смгача бўлади. Сўзакда бу йўллар 3%дан 15%гача холларда зарарланади.

Клиник манзараси: Янги сўзакда парауретрал йўлларнинг оғзи гиперемияга учраган, шишган, пальпацияда тугунчага ўхшаб қўлга урилади, оғрикли. Унга қин томонидан босиб кўрилса, унинг оғиз қисмида йиринг кўзга ташланади, оғзи йиринг ёки қипиқланаётган эпителий билан тўсилиб қолса, ёлғон абсцесс ҳосил бўлади. Вақти-вақти билан унинг оғзи очилиб турса, доимий инфекция ўчоғи бўлиб қолади, касаллик рецидив беради. Касаллик ўткир кечганда беморлар уретра соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар, сурункали кечганда шикоятлар йўқ.

Катта вестибуляр безларнинг яллиғланиши (бартолинит)

Катта вестибуляр безларнинг чиқарув жойи қиннинг дахлизига, пастки учдан бир қисмига кичик уятли лаблар билан кизлик пардаси орасига очилади. Бу безлар кўпинча иккиламчи, касаллик юққандан кейин 2-3 ҳафта ўтгач зарарланади. Айрим муаллифларнинг келтирган маълумотларига кўра бартолинит 30% дан то 51% гача беморларда кузатилади. Катта вестибуляр безларнинг гонококкли зарарланишининг 6 та клиник шакли тафовут қилинади.

1. Юзаки каналикулит уретра ёки бачадон бўйин қисмидан оқиб чиқаётган йирингнинг келиб тушиши оқибатида юзага келади. Безнинг чиқарув жойининг оғиз қисми яллиғланади, бу қин дахлизининг шиллик қавати юзасида қизил нуқта шаклида кўтарилиб туради. Шунини унутмаслик керакки, бундай қизил доғ трихомоназда ҳам кузатилиши мумкин.

2. Каналикулит: гонококклар безнинг чиқарув найи қисмига тушади ва яллиғланиш жараёнини чақиради, бу кўпинча икки томонлама бўлади. Перигландуляр майда хужайрали инфилтрат туфайли безнинг найи қалинлашади ва пальпацияда тарик донидан нўхат донигача катталикдаги тугунча сифатида қўлга урилади, пальпацияда оғриқ бўлади. Босиб кўрилганда унинг оғиз қисмидан йиринг ажралиб чиқади. Безнинг чиқарув соҳасида оғзи шиллиқ қаватнинг яллиғланиш оқибатида шишганлиги туфайли ёки перигландуляр инфилтрат ҳисобига беркилиб қолади, натижада йиринг чиқиб кетолмайди, унинг ўлчами чўзилиб катталашади ва безда ёлгон абсцесс ҳосил бўлади.

3. Ёлгон абсцессда пальпация қилинганда оғрикли, ҳаракатчан (пальпацияда силжиши кузатилади, остидаг тўқима билан ёпишмаган), ичида флюктуация килувчи суюқлик тутувчи, ўсмага ўхшаш элемент аниқланади. Бу ҳосил бўлган элемент катта уятли лабларнинг пастки учдан бир қисмида жойлашади, шакли юмалоқ, эластик консистенцияли, ўлчами гилосдан то товук тухумигача катталикда, оғрикли, кўпинча икки томонлама, шу соҳа териси гиперемияга учраган. Ичидаги суюқлик тиниқ серозли ёки клейсимон, шилликсимон бўлиши мумкин. Беморлар жинсий аъзолари соҳасидаги оғриққа шикоят қиладилар, тана ҳарорати субфебрил, умумий аҳволи ўзгармаган. Кўпинча ёлгон абсцесс ўз-ўзидан ёрилади, ичидаги йирингли суюқлик чиқиб кетади, оғриқ ва субфебрил ҳарорат йўқолади. Аммо маълум вақт ўтгач касаллик яна қайталади, ичида йиринг йиғилади, тери қизаради ва оғриқ пайдо бўлади.

4. Ҳақиқий абсцесс гонококкга иккиламчи йиринг чакирувчи инфекция (стафилококклар ёки стрептококклар) қўшилганда келиб чиқади. Бунда безнинг паренхимаси, капсуласи, атрофидаги бириктирувчи тўқима парчланади. Регионар лимфа нугунлари катталашган, оғрикли. Без устидаги тери гиперемияланган, без остидаги тўқималарга бирикиб кетган. Пальпацияда кучли оғриқ кузатилади, ҳаракатсиз, чегаралари нозаник. Беморнинг умумий аҳволи бузилади (оғирлашади), ҳарорат 38-39С гача кўтарилади, юра олмайди. Абсцесс ёрилиб, йиринг ташқарига чиқиб кетгач, беморнинг аҳволи яхшиланади.

5. Без чиқарув найининг кистаси. Безнинг чиқарув найи оғиз қисми тўсилиб қолганида унинг ичи сарғиш тусли ёпишқоқ суюқлик билан тўлади. Ҳосил

бўлган ўсмасимон элементнинг шакли думалоқ, оғриқсиз, зич эластик консистенцияли, флюктуация кузатилади, ўлчами гилосдан тухумгача.

6.Нодоз шаклида каналкулитдан кейинги яллиғланиш инфилтрати ўрнида бириктирувчи тўқима ривожланади. Пальпацияда чиқарув найн соҳасида каттик оғриқсиз тугунча аниқланади.

Кузатувимиздаги 1157 бемордан фақат 472 нафарида бартолинит аниқланди, бу 41% ни ташкил этади. Беморларнинг 238 нафарида юзаки каналкулит, 169 нафарида каналкулит, 65 нафарида ёлгон абсцесс аниқланди.

Вагинит

Катта ёшдаги аёлларда киннинг девори кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган бўлиб, унинг юзаки қавати қичикланиб туради, бу эпителий хужайралари кўп миқдорда гликоген сақлайди, мухити кислотали бўлади. Бундай шароит микроблар ривожланиши учун (шу жумладан гонококклар учун ҳам) ноқулай ҳисобланади. Сўзак вагинити ҳомиладор аёлларда, аёлларнинг менструация пайтида, ёш қизчаларда учрайди, чунки қизчалардаги эпителий гликоген сақламайди. Кўпинча сўзак трихомонадали инфекция ва кандидоз билан бирга келади.

Гистологияси: эпителий қавати лейкоцитлар билан тўлган, эпителий ости қаватида майда хужайрали инфилтрат, қон томирлари кенгайган. Гранулез вагинитда сўргичлар ва субэпителиал тўқима соҳасида лимфоид инфилтрат тугунчалар ҳосил қилади, уларнинг юзасидаги эпителий юпқалашган ёки тушиб кетган.

Клиник манзараси: Сўзак вагинити бошқа этиологияли вагинитлардан фарқ қилмайди. Қин ойнаси ёрдамида кўрилганда киннинг деворлари гиперемияга учраган, баъзан цианоз кузатилади. Пальпация қилиб кўрилганда баъзан донаторлик кузатилади, бу сўргич қаватнинг яллиғланиш инфилтрацияси оқибатидир. Қиннинг орқа гүмбаз соҳасида йирингли ажралма тўпланган бўлади. Беморлар киндаги оғриққа, ачишишга, қичишишга, оқмаларга шикоят қиладилар. Сурункали жараёнда клиник манзараси унча ривожланмаган бўлади.

Кузатувимиздаги беморлардан фақат 266 тасида вагинит қайд этилди.

Бачадон бўйин қисмининг яллиғланиши (эндоцервицит)

Ўткир сўзакда цервикал канал 85-89% холларда зарарланади, сурункали сўзакда эса 94-98% зарарланади.

Гистологияси: эпителий хужайралари дегенерацияга учраган, цилиндрик эпителий кўп қаватлига айланган (метаплазия), пролиферация кузатилади. Стромада диффуз ёки ўчоғли майда хужайрали инфилтрат бўлиб, унда плазматик ва думалоқ хужайралар устивордир. Қон томирлари кенгайган. Инфилтрат хужайралари фибробластик ўзгаришга учрайди, баъзан гиалинли ўзгариш кузатилади. Цервикал каналдаги безлардаги ўзгариш интра- ва перигландуляр бўлиб, базал мембранани яхлитлигини бузилишига олиб келади. Кўпинча безларда микроабсцесслар кузатилади, баъзан кисталар ва эмпиемалар ҳосил бўлади.

Клиник манзараси: Янги сўзакда бачадон бўйинининг қин қисми шишган ва гиперемияга учраган. Цервикал каналдан шилимшиқ-йирингли ажралма лента каби оқиб чиқиб туради. Цервикал канал оғиз қисми лабларида ёрқин қизил тусли эрозия кўзга ташланади. Сурункали жараёнда шиш унча кучли эмас, фолликуляр характердаги эрозия, баъзан цервикал безларнинг кистаси кузатилади. Агар жараёнга мушак қавати тўқимаси жалб қилинса, унда бўйин қисми гипертрофияга учраган бўлади, ажралмалар оз микдорда. Беморлар фақат оқмаларга шикоят қиладилар, умумий ахvoli ўзгармайди. Сийдик-таъосил аъзоларининг пастки қисми сўзагининг барча турларида диагноз уларнинг клиник манзараси ва ажралмалардан гонококклар топилишига асосан қўйилади.

1157 беморнинг барчасида эндоцервицит аниқланди (олинган материалда гонококклар топилди). Бу беморларнинг 274 нафарида эндоцервицитнинг клиник манзараси ўткир, 162 нафарида ним ўткир, 309 нафарида сурункали ва 412 нафарида асимптом эканлиги аниқланди.

Юқорига кўтарилувчи сўзак

Юқорига кўтарилувчи сўзак аёллар сўзагининг анча жиддий намоён бўлиши ҳисобланади, бу жараён касаллик юктириб олинганч биринчи ёки иккинчи менструациядан кейин, шунингдек туққандан ёки абортдан кейин ривожланади. Клиник кечини бўйича юқорига кўтарилувчи сўзак бачадон ва унинг ҳосилаларининг бошқа септик этиологияли яллиғланишидан унча фарк

қилмайди, аммо сўзак жараёнига хос баъзи аломатлари борлигини айтиб ўтиш керак, дифференциал диагноз пайтида уларни ҳисобга олиш зарур. Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг қанчалик кўп ёки кам учраши ҳақида муаллифларнинг маълумотлари орасида катта фарқ мавжуд, 3,5% дан 71% гача деган маълумотлар бор. Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг касаллик юққандан кейин қанча вақт ўтгач юзага келиши ҳақида ҳам маълумотлар орасида катта фарқ бор, ўртача олганда янги сўзакда 6-9% беморларда, сурункали сўзакда 28-30% беморларда кузатилади. Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг тарқалганлиги ҳақидаги маълумотлар орасидаги катта фарқнинг сабаби беморлар касалликини қачон юқтириб олганлигини кўпинча аниқ билмайдилар, касаллик доимо ўз вақтида эрта аниқланмайди, беморлар кеч мурожаат қиладилар. А.В. Частикова берган маълумотларга кўра юқорига кўтарилувчи сўзак 29,1% беморларда бепуштлиқ бўйича мурожаат қилганда аниқланган, улар ҳеч нарсага шикоят қилмаганлар, менструал функцияси бузилишига шикоят қилиб келганларнинг 2,9% тида янги сўзак туфайли, 7%тида эса сурункали сўзак туфайли юқорига кўтарилувчи жараён аниқланган. Жуда кўп муаллифлар охириги йилларда юқорига кўтарилувчи сўзакнинг торпид шакли кўп учрашини қайд қилганлар. Е.Н. Туранова маълумотига кўра 30,7-32,6% беморларда янги ўткир, 42,1-43,3% беморларда ним ўткир, 24-27,2% беморларда торпид юқорига кўтарилувчи сўзак аниқланган. Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг кечишидаги ўзгаришлар кўп жиҳатдан трихомониаз, кандидоз, вирусли касалликлар ва бошқа яллиғланиш чақирувчи касалликлар билан бирга келишига боғлиқ.

Клиник манзараси: Беморларнинг энг кўп учрайдиган шикояти қориннинг пастки қисмидаги оғриқдир, бу оғриқнинг характери яллиғланиш жараёнининг жойлашувига ва касалликнинг қай даражада ривожланганлигига қараб ҳар хил бўлади. 37,4% беморларда ҳарорат кўтарилади, кўпинча бу сальпингоофорит ва пельвеоперитонит учун ҳосдир. Кўнгил айнаш ва қайт қилиш нисбатан кам учрайди. Дизурик ўзгаришлар-тез-тез сийин, сийганда ачишиш ва оғриқ охириги вақтларда камайиб бормокда-11%гача беморларда кузатилади. Юқорига кўтарилувчи сўзакда ҳеч қандай клиник аломатлар кузатилмаса 54,6-65,8% беморларда гонококклар бир неча нуқтадан (уретра, цервикал канал ва х.к.) топилади, 25-45,4% беморларда эса фақат битта нуқтадан топилади. Илгариги вақтларда юқорига кўтарилувчи сўзакда сўзакнинг асосий белгиси ҳисобланган оқманнинг характери ўзгаради, суяқ ва шилимшиқ-йирингли бўлади деб

хисобланар эди. Ҳозирги пайтда 44,5% беморларда қонли (қон аралашган), 40% беморларда йирингли лойқа, 15,4% беморларда шилимшиқ суюқ ажралма (оқма) кузатилади. Бачадонда ва унинг ҳосилаларида (ортиқларида) сўзак жараёни кўпинча илгари бирор гинекологик касаллик билан (яллиғланиш касалликлари, бачадон бўйин қисми эрозияси, бачадондан қон кетишлар ва х.к.) даволанганларда учрайди (61,5%) ва уларда касаллик биринчи маротаба касалланганларга нисбатан оғирроқ кечади. Юқорига кўтарилувчи сўзакда яллиғланиш жараёни энг кўп бачадон ҳосилаларида (найларида ва тухумдонда) учрайди, 90% гача холларда икки томонлама бўлади. Гонококлар бачадон найлари шиллик қаватида кўп холларда йирингли ҳамда катарал яллиғланиш чақиради ва пиосальпинкс ҳосил бўлишига олиб келади, 89% катарал-сероз яллиғланиш кузатилса, 11% ярали-йирингли яллиғланиш кузатилади ва бу пиосальпинкс, тубоовариал абсцесслар ҳосил бўлишига олиб келади. Ҳозирги вақтда юқорига кўтарилувчи сўзакнинг клиник кечишини аниқ белгилаб бўлмайди, жараён ҳеч қандай аломатларсиз (симптомларсиз) кечиши мумкин, бу беморлар бошқа беморлар учун касаллик манбаи сифатида текширилганда аниқланади. Аммо оз бўлсада касалликнинг ўткир ва кучли кечиши каби холлар ҳам учрайди. Бунда беморларда қоринда, айниқса унинг пастки қисмида кучли оғриқ пайдо бўлади, ҳарорат кўтарилади, кўнгил айниши, қайт қилиш кузатилади, кўпинча пельвеоперитонит (96,7% гача) ривожланади. 14,5% беморларда қондаги лейкоцитлар миқдори меъёрда қолгани ҳолда СОЭ кўтарилади, 71,4% беморларда лейкоцитоз ва СОЭ юқори, 14,1% беморларда қонда ҳеч қандай ўзгариш йўқ. Тана ҳарорати 75,% беморларда 37,5Сдан ортиқ, улардан 45% тида эса 38С дан юқори, 14,3% беморларда субфебрил, 10,4% тида эса меъёрда бўлади.

Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг клиник кечишидаги кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар ҳозирги вақтда сўзакнинг бошқа касалликлар билан қўшилиб микста инфекция шаклида (80% холларда) кечишининг натижаси деб қараш мумкин. Ҳозирги вақтда гонококларнинг соф культураси фақат 28% холларда учрайди ҳолос, 45,4% бошқа икки хил микроорганизм билан, 18,1% учта микроорганизм билан, қолган холларда 4 ва ундан ортиқ микроорганизмлар билан бирга келади. Юқорига кўтарилувчи сўзак беморларда антибиотикотерапия буюрилгандан сўнг тезда 2-3 кун ичида қондаги лейкоцитлар миқдори меъёрига келади, умумий ахволи яхшиланади, пельвеоперитонит билан оғриганларда қорин пардасининг таъсирланиш

симптомлари йўқолади. Шу билан бир вақтда бу беморларда СОЭ янада кўтариллади ва даволашнинг охирида ҳам меъёрга тушмайди.

Юқорига кўтарилувчи сўзак диагнози клиник аломатлари, анамнездаги маълумотлар ва албатта ажралиб чиқаётган материалдан тайёрланган суртмада ёки экмада гонококклар топилиши асосида қўйилади.

Эндометрит, эндомиометрит

Бачадон бўшлиғига менструация даврида ёки туғиш ва абортдан кейинок гонококкларнинг тушиши эндометрийнинг базал қаватини зарарлайди. Касаллик қўзғатувчисининг вирулентлиги ҳамда аёл организмнинг иммунологик реактивлигига қараб, эндометрийнинг зарарланиши ҳар хил даражада бўлиши мумкин, бу эса касаллик кечишининг давомийлигини, ажралиб чиқаётган оқмаларнинг характерини (сероз, конли, конли-йирингли, йирингли), бошқа соҳаларга (миометрийга, бачадон найларига, кичик таз соҳасига) тарқалиши ёки тарқалмаслигини белгилайди.

Гистологияси: айрим соҳаларда эпителий қаватининг десквамацияси, эпителий ости қаватида гонококкларнинг йиғилиши, анча миқдорда лейкоцитлар инфильтрация кузатилади. Инфильтратлар периваскуляр ва перигландуляр жойлашган. Шиш ва инфильтрат шу соҳадаги безларнинг босилишига олиб келади, натижада безларнинг эпителийси дистрофияга учрайди. Инфильтрат дастлаб нейтрофил лейкоцитлардан иборат, кейинчалик уларга лимфоцитлар, моноцитлар, гистиоцитлар қўшилади, яллигланишнинг ўтқир фазасида плазматик хужайралар кузатилмайди. Менструацияда функционал қават тушиб кетиши оқибатида гонококклар базал қават ичига кирадилар, у ерда тезда кўпаядилар, лейкоцитлар инфильтрация юзага келади, кўп миқдорда плазматик хужайралар пайдо бўлади. Сурункали эндометритда яллигланиш инфильтрати асосан плазматик хужайралардан ва лимфоид элементлардан иборат. Қон томирларининг склеротик ўзгариши, строманинг ўчоғли фибрози, баъзан базал қаватнинг ўчоғли гиперплазияси кузатилади. Санаб ўтилган ўзгаришларнинг ривожланиш даражаси касалликнинг давомийлигига ва оғирлигига боғлиқ.

Янги сўзакда чекланган эндометрит кам учрайди (3%гача), сурункали жараёнда эса яллигланиш бачадонга тарқалади ва 7,1% беморларда чекланган шаклда, 16,5% холларда бошқа нукталарнинг зарарланиши билан бирга кечади.

Клиник манзараси: Сўзак эндометритида беморларнинг шикоятлари бир хил эмас. 60% гача беморларда инфекциянинг бачадонга тушиши бирор бир симптомларсиз кечади. Касалликнинг ўткир даврида фақат 40% беморларда қориннинг пастки қисмида оғриқ кузатилади. Тугмаган аёлларда бу оғриқ вақти-вақти билан тўлғоксимон бўлиши мумкин. Тана ҳарорати жуда кам ҳолларда 37-38С гача кўтарилади. 30% дан 100% гача беморларда менструациянинг бузилиши кузатилади. Айрим беморларда умумий аҳволнинг ўзгариши, бош оғриғи, уйқунинг бузилиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик беморларда эса лейкоцитлар миқдорининг меърадалиги ҳолида СОЭнинг ортиши кузатилади. Касаллик бошлангандан кейин бир неча кун ўтгач бачадондан ажралма чиқиши кузатилади, у цервикал каналдан ажралаётган оқмага қўшилиб, уни суюлтиради (бачадондан чиқаётган ажралма суюқроқ бўлади). Кўпинча бу ажралма бироз қонли тус (сукровичний) олади. Гинекологик бимануал текширилганда катталашган, оғрикли ва юмшоқ консистенцияли бачадон қўлга урилади. Навбатдаги менструация чўзилиб кетади, баъзан овуляция кунларида (менструация циклининг 12-14 кунларида) қон кетиши кузатилади, бу оғриқ билан кечади. Эндометритнинг оғир шаклларида, жараёнга тухумдонлар ҳам қўшилганда қон кетиши бутун цикл даврида давом этади, менструация кунларида эса кучаяди. Демак сўзак эндометритнинг характерли аломати у ёки бу даражадаги циклик қон кетишидир, агар бир вақтнинг ўзида бачадон ҳосилалари ҳам зарарланса, менструал цикл доим бузилади ва ациклик қон кетиши кузатилади. Сурункали сўзак эндометритида шикоятлар унчалик кучли эмас, қориннинг пастки қисмидаги оғриқ фақат жисмоний зўриқиш ва жинсий алоқа пайтида кузатилади. Менструация кучли кечади (кўп қон кетиши), йирингли ажралма кўпаяди, у тиниклашади. Тана ҳарорати меъра, кам ҳолларда субфебрил. Гинекологик текширилганда бачадон бироз катталашган, аммо унинг консистенцияси каттиклашган.

Ўткир эндометритда касаллик аломатлари юқоридаги каби бўлади, аммо унинг давомийлиги узоқ чўзилади. Сурункали эндометритда менструациянинг ҳар хил бузилишлари, ҳомилдорликнинг ривожланиши ва сақланишидаги, туғиш жараёнида ва ундан кейинги даврдаги бузилишлар кузатилади. Кўпгина аёлларда эндометритда қориннинг пастки қисмида оғирлик, бел ва думгаза соҳасида оғриқлар кузатилади. Сўзак эндометритнинг оқибати ҳавфсиз, фақат баъзи ҳолларда гипоменструал синдром ривожланади, у аменорея даражасигача бўлиши мумкин.

Сўзак жараёни бачадоннинг ичи билан чегараланиб қолмайди, эртами ёки кечми у бачадон найларига ҳам ўтади. Бачадон найлари зарарланиши билан касаллик жараёни бирдан кучаяди ва оғир кечади.

Бизнинг кузатувимиздаги беморлардан 128 нафарида эндометрит аниқланди, бу 11% ни ташкил этади. Беморлар асосан қориннинг пастки қисмидаги сушт оғриққа, менструациянинг бузилишига шикоят қилдилар.

Сальпингит ва сальпингоофорит

Юқорига кўтарилувчи сўзакнинг характерли аломатларидан унинг тезда бачадон ичидан бачадон найларига, тухумдонга ва қорин пардасига тарқалишидир. Бу аъзоларнинг яллиғланиши аломатлари шу даражада бир бирларига яқин ва ўхшашки, уларни ажратиш қийин, шунинг учун сальпингит ва оофорит донмо ажратилмасдан бирга кўрилади. Ўткир сўзакда бачадон найлари ва тухумдоннинг бир вақтда зарарланиши 25% холларда, сурункали сўзакда эса 50% холларда кузатилади.

Гистологияси: сўзакда найларнинг зарарланиши доимо икки томонлама бўлиб, ўзгаришлар хилма хил бўлади, яъни шиллик қаватнинг юзаки зарарланишидан то қопсимон бўйлиқлар ҳосил қилувчи найнинг барча қаватларининг чуқур ўзгаришигача. Ўткир сўзак сальпингитининг дастлабки босқичида шиллик қават шишиган, гиперемияга учраган, қалинлашган. Эпителий ва унинг остида лейкоцитларнинг тўпланиши кузатилади. Найнинг бурмаларида (стромада) лейкоцитлар, плазматик хужайралар ва лимфоцитлардан иборат инфилтрат кузатилади. Найнинг янада чуқурроқ зарарланишида эса яллиғланиш инфилтрати мушак қаватга ва сероз пардага тарқалади, инфилтратнинг периваскуляр жойлашуви кузатилади. Кейин эса найнинг ҳар хил қисмларида эпителий ярага айланади ва кўчади, натижада бурмалар бир бирларига ёпишадилар. Най ичида экссудат суюқлиги пайдо бўлади. Фимбриялар шишади, ёпишқоқ жараён натижасида найнинг ампуляр қисми беркилади, фимбриялар ичига тортилади, ичига қайрилади ва ёпишиб қолади. Йирингли сальпингит касалликнинг оғир тури ҳисобланади. Бунда най қалинлашади, унинг деворлари зичлашади. Йирингли экссудатнинг кўп чиқиши оқибатида найнинг шиллик қавати ярага айланади ва емирилади. Найнинг ампуляр ва истмик қисмлари беркилиб қолиши оқибатида най берк бўйлиққа айланади. Унинг ичида йирингли экссудат йиғилади, унинг ўлчами узунлиги 15-20 смгача катталашади, пиосальпинксга айланади. Вақт ўтиши билан гонококклар ҳалок бўлади, лейкоцитлар

парчаланеди ва сўрилиб кетади, пиосальпинкс гидросальпинксга айланади. Сурункали сальпингит учун шунингдек найнинг мускул қаватида дистрофик ва атрофик ўзгаришлар, инфилтрат ривожланиб, бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши характерлидир.

Сўзак оофорити сальпингитдан кейин келиб чиқади, дастлаб яллигланиш жараёни яқин соҳада жойлашган қорин пардасида кузатилади (periophoritis), кейин тухумдонга ўтади. Инфекциянинг кириш жойи кўпинча фолликул бўлади (овуляция даврида), ёки баъзан сариқ тана ҳисобланади. Йиринглаган фолликул ёлгон абсцесс ҳосил қилади, яллигланиш жараёни фолликулдан ташқарига тарқалиб тухумдоннинг паренхимасини зарарласа ҳақиқий абсцесс ривожланади. Йирингли жараён кучайиб борса ўзида кўп миқдорда фибрин тутувчи трансудат ёпишмалар ҳосил қилади, найнинг ва тухумдоннинг бошқа қўшни аъзолар билан ёпишиб кетишига олиб келади. Оофоритнинг сурункали босқичида қон томирларининг склерози, тухумдон стромасида фиброз тўқима ривожланиши, оқши парданинг қалинлашуви, лимфоид инфилтратлар, қон қўйилишига мойиллик кузатилади. Қон томирларининг склерози тухумдондаги трофик ўзгаришларга, эндокрин фаолиятининг бузилишига, фолликулаларнинг атрезиясига олиб келади.

Сўзак сальпингити кўпинча найнинг шиллик қаватининг зарарланиши билан чекланади, ўзидан кейин найда кучли ўзгаришлар қолдирмайди. Айрим беморларда даволаниш чоралари ўтказилганига қарамасдан бутунлай соғайиш кузатилмайди, майда бўшлиқлар ҳосил бўлади ва уларнинг ичида йиринг қолиб кетади. У ерларда гонококлар ривожланиб касаллик яна қайтадан ривожланиши мумкин (рецидив). Кўпгина муаллифлар барча сальпингитларни ўрганиб, гонококк этиологияли сальпингит уларнинг 15-42% тини ташкил қилишини этироф этганлар.

Клиник манзараси: Сўзак сальпингити (сальпингоофорити) клиник манзараси маҳаллий яллигланиш реакциясининг қай даражада ривожланганлигига боғлиқ. Сўзак эндосальпингити билинар билинмас клиник манзара билан кечади, беморларнинг умумий ахvoli ўзгармайди, қориннинг пастки қисмида бироз оғрик кузатилади. Катарал сальпингитда ҳам клиник манзараси унча кучли ривожланмаган, беморларнинг умумий ахvoli унча бузилмаган, тана ҳарорати субфебрил (37-37,5С), бу температура 2-5 кун мобайнида сақланиб туради ҳолос. Беморлар қориннинг пастки қисмидаги санчикка шикоят қиладилар. Қон тахлилида СОЭнинг

юқорилигини (25-30мм соат) кўриш мумкин. Гинекологик бимануал текширувда бачадон ҳосилаларининг икки томонлама катталашганини, оғриқлигини кўриш мумкин. Сўзак сальпингоофорити кўпинча клиникаси жиҳатидан унча билинмасдан кечади ва уни беморлар бепуштлик ёки менструациянинг бузилиши туфайли врачларга мурожаат қилганда аниқланади, баъзан эса касаллик (яллигланиш) авж олганда, кучайиб кетганда аниқланади. Айрим беморларда йирингли сальпингоофорит ривожланганда беморнинг умумий ахволи оғирлашади, тана ҳарорати 39С гача кўтарилади, қонда лейкоцитоз, СОЭнинг 40-60мм соатгача ортиши кузатилади. Икки қўллар ёрдамида гинекологик текширилганда бачадон ҳосилаларининг икки томонлама қалинлашгани, шишгани, пальпацияда кучли оғриқ аниқланади. Қориннинг пастки қисмидаги оғриқ тутиб-тутиб (схватка) пайдо бўлади, совуқ қотиш ва қалтираш кузатилади. Пиосальпинкс ҳосил бўлса беморнинг умумий ахволи янада оғирлашади, оғриқ кучаяди, қориннинг юқори қисмларига ҳам

кўтарилади, кўнгил айнаши, қайт қилиш, метеоризм, қабзият пайдо бўлади. Оғриқ умуртқа поғонасига, думғаса соҳасига берилади, сийганда ачишиш, тез тез сийиш кузатилади. Яллигланиш жараёни тухумдонга ўтса, менструация бузилади, яллигланиш гиперемияси туфайли фолликулалар тезда етилади ва менструация цикли қисқаради. Сарик тананинг зарарланиши туфайли менструациялар оралиғида кўп қон кетиши кузатилади. Йирингли сальпингоофорит ва пиосальпинксда бу ҳолатлар бир неча ойгача давом этади, баъзан касаллик кучаяди, баъзан пасаяди ва сурункали турига ўтиб кетади. Ўткир сальпингоофорит билан оғриган беморларнинг 20%гида касаллик сурункалига турига ўтади. Бунда беморлар қориннинг пастки қисмидаги доимий санчикка, метеоризмга, қабзиятга, жинсий майлнинг пасайишига, жинсий алоқа пайтида оғриққа ва оз миқдорда қон келишига шикоят қиладилар. Оғриқ умуртқа поғонасига, думғаса соҳасига беради, умумий интоксикация аломатлари (уйқунинг бузилиши, бош оғриши) пайдо бўлади. Тухумдоннинг зарарланиши оқибатида менструация функцияси бузилади. Икки қўл билан гинекологик текширилганда бачадон ҳосиласи зич консистенцияли, оғриқли, ҳаракати чекланганлиги аниқланади. Сўзак сальпингоофоритнинг ўзидан кейин қолдирадиган асоратларига метеоризм, қабзият, сийдик чиқариш йўлларидаги патологиялар, марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар (уйқусизлик, асабийлашиш, туңдлик), бачадондан ташқаридаги ҳомиялдорлик, бепуштлик кабилар киради.

Кузатувимиздаги беморлардан фақат 16 нафарда сальпингоофарит қайд этилди, бу 1,4%ни ташкил қилади. Беморларда менструация фаолиятининг бузилиши, қориннинг пастки қисмида оғриқ, айрим кунлари кечки пайтда ҳарорат кўтарилишига шикоятлар бўлди. Сальпингоофарит диагнози гинеколог консултацияси, УЗИ текшируви, лаборатория таҳлилари асосида қўйилди.

Перитонит

Гинекология амалиётида кичик таз соҳасидаги қорин пардасининг яллиғланиши, яъни пельвиоперитонит (маҳаллий перитонит шаклларида бири) тафовут қилинади. Гонококклар қорин бўшлиғига каналикуляр йўл билан бачадон найларидан йиринг оқиши оқибатида, ёки бир бирларига ёпишиб кетган (спайкалар) аъзолар деворининг ёрилиши туфайли, кам ҳолларда эса пиосальпинкс ёрилганда тушади. Жуда кам ҳолларда инфекция лимфоген йўл билан ўтиши мумкин. Гонококкли диффуз перитонит кам учрайди ва асосан соғайиш билан якунланади.

Гистологияси: қорин пардасининг сўзакка хос яллиғланишида дастлаб эксудатив жараён, кейин эса пролифератив жараён устивор бўлади. Ўткир даврнинг дастлабки вақтида эксудатив жараён кучли бўлади, дуглас бўшлиғининг орқа ярмида таркибида кўп миқдорда фибрин тутувчи эксудат йиғилади, кейин эса эксудат сўрилади, фибрин туфайли у ердаги ички жинсий аъзолар, ичаклар, чарви (сальник) бир бирлари билан ёпишиб кетади, сумкалар ҳосил қилади, зичлашади. Фибрин ҳосил бўлишида эса гонококк токсини асоаий аҳамиятга эга. Шундай қилиб пельвиоперитонит келиб чиқади, сероз ёки сероз-йирингли суюқликлар дуглас бўшлиғида ҳосил бўлган бўшлиқлар (ҳалталар) ичида йиғилади. Адабиётларда келтирилишича 40% ҳолларда сероз ёки сероз фибриноз суюқлик йиғилади, фақат 15% ҳоллардагина йирингли суюқлик йиғилади.

Клиник манзараси: Касаллик кўпинча менструациядан, абортдан ёки туғишдан кейин ривожланади. Сўзак пельвиоперитонити учун кўкқисдан бошланиш хосдир: қорин соҳасида (барча соҳаларида) кучли оғриқ пайдо бўлади, бемор ҳаракатланганда бу оғриқ янада кучаяди, кўнгил айниши, қайт қилиш, газ ва ахлатнинг чиқиши тўхтайдди. Тана ҳарорати 40С ва ундан юқори кўтарилади ва бу температура бир неча кун мобайнида юқори ҳолида сақланиб қолади. Иштаҳа йўқ, тил юзаси қарахт билан қопланган, қуруқшаган. Қорин пальпация қилинганда барча соҳасида кучли оғриқ

сезади, аммо қориннинг пастки қисмида оғриқ янада кучли, қорин мушакларининг таранглашуви кузатилади, Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Икки қўл билан гинекологик текшириб кўрилганда қин гумбазларининг кучли оғриги туфайли аниқ пальпация қилиш имконияти йўқ. Шу билан бир вақтда беморнинг умумий ахволи қониқарли, юрак фаолияти бузилмаган, пульс бир текисда, тўлалиги яхши. Беморлардаги бундай ҳолат 5-7 кун, жуда кам ҳолларда ундан кўпроқ вақт давом этади, кейин эса яхши томонга ўзгариш кузатилади: тана ҳарорати секин аста пасаяди, тил нам ҳолатга келади, қориндаги оғриқ пасаяди, фақат қориннинг пастки қисмида бироз сақланиб қолади, дефекациядаги оғриқ пасаяди. 2-3 ҳафтадан кейин касаллик ним ўткир фазага ўтади. 89% беморларда қондаги лейкоцитлар миқдори ўзгаришсиз қолади, фақат 11% беморларда лейкоцитоз кузатилади, СОЭ эса юқори 40-70мм соат, қон тахлилидаги бундай кўрсаткични сўзак жараёнини бошқа жараёнлардан дифференциация қилиш учун фойдаланиш мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, ҳозирга қадар пельвиоперитонит билан оғриган беморларни даволашнинг ягона тактикаси йўқ. Беморлар асосан консерватив усулда даволансада, баъзан лапароскопияга, кам ҳолларда эса лапаротомияга эҳтиёж туғилади. Пельвиоперитонит ўз вақтида ва тўғри даволанса кўпинча касаллик оқибати яхши, аммо жуда кам ҳолларда диффуз перитонитга ўтиб кетиши кузатилади.

Сўзак диффуз перитонитнинг клиник манзараси: касаллик кўқкисдан бошланади, аммо ўткир қорин симптомлари қорин пардасининг бошқа септик яллиғланишларига нисбатан кучсиз ривожланган. Перитонеал аломатлар 2-3 кун (7 кундан ортиқ эмас) давомида сақланиб турадилар ва кейин тезда пасаяди. Тана ҳарорати жуда юқори бўлмайди. Касаллик авжига чиққан маҳалда юрак етишмовчилиги, қон босимининг пасайиши, ичаклар парези кузатилади. Касалликдан ўлиш ҳолатлари 15-20% ни ташкил қилади. Жарроҳлик амалиёти перитонитнинг маҳаллий (метеоризм, қорин мускуллари таранглигининг ортиши) ва умумий (қайт қилишнинг кучайиши, ичаклар парези, пульснинг тана температурасига мос бўлмаган тезлашиши) аломатлари кучайганда амалга оширилади. Нисбатан енгил ҳолларда консерватив даво ўтказилади (бу илмий қарашни кўпчилик инкор қилади ва албатта жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак деб ҳисоблайди).

Оқибати: ўз вақтида ва тўғри йўналтирилган даволаш чоралари ўтказилса беморлар ҳаёти учун ҳавф туғдирмайди. Беморлар реабилитациясини тезлаштириш учун стационардан кейин ҳам амбулатория шароитида даволаш

давом эттирилади (умумий қувватни оширувчи, чандикларни (спайкаларни) сўрдирувчи, оғрикни қолдирувчи, бузилган менструация циклини тўғрилаш учун ва ҳ.к.).

Бизнинг кузатувимизда бундай беморлар учрамади.

Экстрагенитал сўзак

Тўғри ичак сўзаги

Сўзак проктити аёлларда ҳам, эркакларда ҳам учрайди. Аёлларда сўзак проктити асосан сезилмасдан кечади, сўзак билан оғриган аёлларнинг 30-47% тида кузатилади (айрим муаллифлар ҳатто 63% гача деб ҳисоблайдилар), сўзак билан оғриган ҳомиладор аёлларда эса 23-28% ҳолларда кузатилади (Туранова Е.Н. 1980; Klein E., Fischer J. et.al. 1977; Kinghorn G., Roshid S. 1979). Касаллик диагностикасида гонококкларга текшириш учун материални қаердан ва қандай олиниши катта аҳамиятга эга. Анал усулда материал олинганда тампон ёрдамида анал каналнинг 2-3 см ичкарасидан олинади, ректал усулда олинганда ректоскоп ёрдамида олинади. Аёлларда сўзак проктити сийдик таносил аъзоларининг бошқа нуқталари касаллиги билан бир вақтда учрайди ва у ерлардан чиққан ажралманинг тўғри ичакка оқиб тушиши оқибатида ривожланади. Аммо охириги вақтларда тўғри ичакнинг фақат ўзи зарарланиши ҳоллари кўпайиб бормоқда, бу бузғунчи жинсий алоқа қилиш оқибатида келиб чиқади. Касаллик жараёни тўғри ичакнинг пастки қисмида, ташқи сфинктердан 3-4 см ичкарида ривожланади. 30-50% беморларда шикоят кузатилмайди. Агар сфинктер соҳасида ёриқ бўлса, тўғри ичак шиллиқ қаватида эрозия бўлса, беморлар ачишишга, орқа пешов соҳасида кичишишга, оз миқдорда ажралмага шикоят қиладилар. Агар яллиғланиш жараёни тўғри ичакнинг юқорироқ қисмида жойлашган бўлса, беморларда тенезм, дефекация актида оғрик, баъзан ҳарорат кўтарилиши кузатилади. Объектив текширилганда анус атрофидаги терида гиперемия, бурмаларнинг шиши, ёриқлар, йирингли ажралма кўзга ташланади. Ректал ойна ёки ректоскоп билан текшириб кўрилганда ўткир сўзакда осон қонаб кетувчи, ўчоғли гиперемияга учраган шиллиқ қават, йирингли ажралма, баъзан эса эрозиялар кўзга ташланади. Сурункали сўзакда яллиғланиш жараёни кучсиз ривожланган, шиллиқ қават атрофияга учраган, либеркюн безлари (ёки унинг эпителияси) емирилган, кам ҳолларда полипоз ўсмалар кузатилади. Сўзак проктити диагнози суртмаларда гонококклар топилганда қўйилади.

Кузатувимиздаги барча беморларда тўғри ичакдан материал олиб текширилган, уларнинг 36 нафарида (3,1%) гонококклар топилган. Бу беморларнинг барчасида тўғри ичакдаги касаллик асимптом кечган.

Сўзак цистити

Сийдик пуфагининг сўзак билан зарарланиши кўпинча сфинктер соҳаси билангина чегараланади, кам холларда жараён учбурчак соҳасига тарқалади, сийдик пуфаги танаси ҳеч қачон жараёнга тортилмайди. Кўпинча сўзак цистити аралаш этиологияли бўлади, стрептококклар, ичак таёкчаси каби микроорганизмлар билан бирга келади. Беморлар тез-тез сийишга, сийишнинг охириги қисмида пайдо бўладиган оғриққа, ачишишга, сийдикда йиринг борлигига шикоят қиладилар. Сийдик пуфагининг бўйин қисми зарарланганда терминал гематурия кузатилади. Тана ҳарорати кўтарилмайди, сийдикнинг реакцияси кислотали бўлади. Цистоскопик манзараси бошқа циститлардан фарқ қилмайди. Сўзак цистити сийдикда гонококклар топилгандан кейин қўйилади.

Бизнинг кузатувимиздаги беморлардан 18 нафарида (1,56%) цистит аниқланди. Беморлар асосан дизурик характердаги шикоятлар билан мурожаат қилганлар.

Орофарингеал сўзак

Орофарингеал сўзакнинг қанчалик кўп учраши беморлар контингентига боғлиқ бўлади, чунки касаллик бузғунчи жинсий алоқа орқали юқади. Энг кўп зарарланадиган соҳа ҳалқум, бодомча безлари ҳисобланади, стоматит, гингивит, ларингит кам учрайди. Орофарингеал сўзак 70-80% беморларда асимптом кечади, баъзан носпецифик фарингит кўринишида кечиши мумкин, айрим холларда бодомча безлари ва лимфа тугунлари катталашади. Juhlin J. (1980) маълумотларига кўра 10% беморларда томоқда оғриқ, овознинг хириллаши, ютинганда ёқимсиз хис кузатилиши мумкин.

Назоратимиздаги беморларда қайд этилмади.

Сўзак стоматити

Патологик жараён лабнинг шиллик қаватида, милкларда, тилнинг пастки юзасида, оғиз тубида жойлашади. Оғиз шиллик пардаси гиперемияга учраган, шишган ва оғрикли, айрим соҳаларда кул ранг тусли караш билан

копланган, ундан бадбўй хидли эксудат чикиб туради, унинг остидаги шиллик қаватда эрозия кўзга ташланади. Касаллик кечиши суёт бўлади. Янги туғилган чакалоқларда ҳам стоматит кузатилиши мумкин, чунки онасида сўзак бўлса, туғиш пайтида (суюкликларнинг оғизга тушиши туфайли) чакалоққа юқади. Чакалоқларда туғилгандан кўп ўтмай оғиз шиллик пардасида эпителиал қаватда сарғиш ранг ҳосил бўлади, кейин осон қонаб кетувчи эрозиялар ҳосил бўлади ва улардан йирингли ажралма чикиб туради. Жараён юмшоқ танглайда, оғизнинг гумбаз соҳасида, тилнинг устки қисмида жойлашади.

Кўзининг сўзаги

Янги туғилган чакалоқларда гонококлар кўзга туғилиш жараёнида бемор онасидан тушади, катта ёшли одамларда эса шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида келиб чиқади. Инкубацион даври 3-4 кун. Касаллик кечишида 3та давр тафовут қилинади: инфильтрация, йиринг оқиши ва папилляр гипертрофия. Туғилгандан 2 ёки 3 кун ўтгач конъюнктиванинг гиперемияси, шиши, қовоқларнинг зичланиши, шиши, ёруғликдан чўчиш кузатилади. Конъюнктива яллиғланган, шиш ва инфильтрация туфайли қалинлашган, юзаси ялтироқ ва силлиқ, тегиб кетилса жуда осон қонайди, баъзан юзасида фибрин пленкалари мавжуд. 3-4 кундан кейин йиринг чиқиши кучаяди, қовоқларнинг шиши пасаяди, конъюнктива юзаси сўрғичлар гипертрофияси туфайли нотекис (ғадир будир), йиринг қовоқларни бир бирига ёпиштириб қўяди, кўзни очиш қийинлашади, йиринг юзга ҳам оқиб тушиши мумкин. Бу давр 2-3 ҳафта давом этади, кейин учинчи давр папилляр гипертрофия даври бошланади, бу даврда йиринг яқиши камаяди, йирингнинг консистенцияси суюқлашади, шиш ва гиперемия ҳам камаяди.

Гонобленнореянинг оғир асорати кўз мугуз қаватининг зарарланиши ҳисобланади, бунда мугуз қават емирилади, унда яра пайдо бўлади, оғир кечганда эса мугуз қават тешилиб кетади.

Биз таҳлил қилаётган йиллар давомида 6 нафар чакалоқда гонобленнорея аниқланди (туғилиш жараёнида оналаридан юққан). Барчасида касаллик ўтқир кечган, йўриқномага асосан даволангач, барчасида соғайиш қайд этилган.

Гонококкли сепсис ёки диссеминацияланган гонококкли инфекция

Бемор организмнинг инфекцияга қарши курашиши пасайганда, гонококкларнинг вирулентлиги ўта юқори бўлганда, кўпинча касаллик сурункали ва тортид кечганда касаллик қўзғатувчиси қон оқимиға тушади ва бошқа аъзоларға метастазлар бериб, сепсис чақирғиши мумкин. Бундай асоратлар кўпинча аёлларда учрайди. Касалликни клиник манзарасидан келиб чиққан ҳолда артрит-дерматит синдроми деб ҳам аталади. Касаллик асосан юқори ҳарорат, полиартрит ва теридаги тошмалар билан намоён бўлади. Тана ҳарорати анча юқори бўлади, кун давомида ҳароратлар орасида катта тафовут кузатилади, яъни ремиттирловчи ҳарорат кузатилади, юқори ҳарорат совуқ қотиши, қалтираш, умумий ахволнинг бузилиши каби аломатлар билан бирга узоқ вақт сақланиб туради. Умумий аломатлардан тилнинг қараш билан қопланиши, нафас олишнинг юзакилиги ва тез-тезлиги, тери кўз шиллик пардасининг сарғишлиги кабилар кузатилади. Теридаги тошмалар атрофи эритема билан ўралган папулалардан иборат бўлиб, улар юзасида геморагик компонент кузатилади ва пустилуға айланишга мойиллик кузатилади. Пустилулар ўлчами майда, оғрикли бўлади. Булардан ташқари уртикар ва везикулопустулез элементлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Полиартрит асосан кўл ва оёқларнинг йирик бўғимларини зарарлайди, майда бўғимлар нисбатан кам зарарланади. Беморларни асосан касалликка учраган бўғимлар соҳасидаги оғрик безовта қилади, шиш ва гиперемия унча кучли ривожланган эмас. Жуда кам ҳолларда ярали эндокардит юзага келиши мумкин. Қондаги ўзгаришлар асосан эритроцитлар ва гемоглобиннинг камайиши, лейкоцитоз, лейко формуланинг чап томонга силжишидан иборат. Гонококкли сепсис диагнози касалликнинг клиник манзараси ва албатта қонда гонококклар топилиши натижасида қўйилади.

Бўғимларнинг яллиғланиши

Сўзак артрити периартикуляр тўқимаға гонококклар тушиши оқибатида келиб чиқади, бунда бўғимларнинг шикастланиши (травма) каби юқишни осонлаштирувчи омилларнинг ҳам аҳамияти бор. Сўзак артрити ўткир ёки сурункали кечиши мумкин. Касалликнинг икки хил шакли тафовут килинади:

- инфекцион- метастатик
- токсико-аллергик.

Сўзак артритининг ўзига хос жиҳати тендосиновит ривожланиши ҳисобланади, тендосиновит бошқа артритларда қарийб кузатилмайди. Дастлаб бир неча бўғимларда (85% олигоартрит учрайди) ёки битта бўғимда (моноартрит 15% учрайди) шиш пайдо бўлади, бир неча кун ўтгач эса бу ўзгаришлар фақат битта бўғимда ёки оз сонли бўғимларда (асосан 1 ёки 2-3 та йирик бўғимларда) қолади, бошқаларида эса регрессга учрайди. Синовиал пардалардаги жараённинг кечишига қараб қуйидаги турлари фаркланади:

-серозли синовит (периартикуляр тўқиманинг зарарланмайди)

-сероз-фибриноз синовит

-йирингли синовит (периартикуляр шиш билан)

-флегмонозли синовит (периартикуляр тўқиманинг устивор зарарланиши билан)

Сўзак артритининг асосий аломатлари қуйидагилардир:

-ўткир бошланиши

-юқори ҳарорат (гектик ҳарорат)

-қалтираб-титраш

-суяклар бирлашган соҳаларда, бўғимлар соҳасида шиш ва қизариш

-бўғимларда ва пайлар бириккан жойларда кучли оғриқ (артралгия)

-мушаклар атрофияси

-зарарланган соҳаларда ҳаракатнинг чекланиши, фиброз тўқима ўсиб кетиши натижасида ҳаракатсизлик (тугоподвижность) келиб чиқиши

-терида зарарланган бўғимлар атрофида, оёқ-қўлларнинг дистал қисмларида, елкада тошмалар пайдо бўлиши (пустулалар, папулалар, пуфаклар)

Касаллик кўпинча ўткир бошланади, тана ҳарорати юқори кўтарилади, умумий аҳвол бузилади, бўғимларга мушаклар ёки пайлар бирикадиган жойларда кучли оғриқ кузатилади. Шунини таъкидлаш зарурки, оғриқ фаол ҳаракатда жуда кучли бўлади, пассив ҳаракатда эса оғриқ қарийб кузатилмайди ёки унчалик кучли бўлмайди, тез фурсатда мушаклар атрофияси ва остеопороз ривожланади. Аёлларда яллиғланиш жараёни кўпинча билан, тирсак, тирсак-кафт бўғимларида кузатилади. Касалликнинг

метастатик шаклларида битта, максимум 2 та бўғим зарарланади, яллиғланиш бўғимда суюқлик йиғилишига олиб келади, бу суюқликда гонококкларни топиш мумкин, токсико-аллергик шаклида эса 2тадан ортиқ бўғим зарарланади, бўғимларда йирингли суюқлик йиғилмайди. Агар жараёнга иккиламчи инфекция қўшилса, артритнинг кечиши оғирлашади. Сўзак артрити узок вақт (бир неча ойлар ёки йиллар давомида) кечади, вақти вақти билан авж олиб, ремиссияга учраб туради. Сўзак артритининг сурункали шаклининг клиник манзараси ревматоидли артрит ёки Бехтерев касаллигини эслатади. Кўпинча “ясси сўзак товони” ахиллобурсит билан биргаликда шаклланади, иккиламчи ясси товонлик ривожланади. Асоратлари: анкилозлар, контрактулар, остеомиелит, флегмона. Сўзак артрити диагнози касалликнинг клиник манзараси (периапартуляар аппаратнинг зарарланиши, ахиллоденция, оёқ катта бармоғининг товон суякларига бириккан фалангасига товон томондан босилганда кузатиладиган оғриқ- “сўзак товони” симптоми) ва куйидаги лаборатория текширувлари натижасида гонококкларнинг топилиши асосида қўйилади:

- қоннинг умумий ва биохимик анализи
- суртмалар микроскопияси
- ПЗР
- бўғим суюқлигини олиш ва гонококкларга текшириш
- бактериологик текширув учун эзма

Перигепатит ёки Фитц-Хью-Куртис синдроми

Сўзак перигепатити сўзакнинг жуда кам учрайдиган асоратларидан бири бўлиб, асосан ёш аёлларда кузатилади, уларда сўзак касаллиги асимптом кечганда ёки сурункали кечганда учрайди. Бунда гонококклар таз соҳасидан перитонеал юза бўйлаб тарқалиши туфайли, ёки бактеримия тарқалиши оқибатида келиб чиқади. Касаллик қўққисдан бошланади, ўнг қобирга ости соҳасида кучли оғриқ пайдо бўлади, бу оғриқ ўнг курак соҳасига иррадиация қилади. Оғриқ чуқур нафас олганда, ҳаракатланганда кучаяди, беморларда тана ҳарорати кўтарилади, бош оғриги, кўнгил айнаши, умумий аҳволнинг бузилиши кузатилади. Холецистит, пневмония ёки

плеврит аломатлари кузатилиши мумкин. Беморлар соғайгандан кейин жигар юзаси билан диафрагма ва қорин олдинги девори орасида чандиқлар қолади.

Мушакларнинг зарарланиши

Инфекциянинг зарарланган бўғимлардан ёки пайларнинг ғилофидан мушакларга ўтиши оқибатида миозит келиб чиқади. Клиник жиҳатдан мушакларда бироз шиш, пальпацияда ва ҳаракат қилинганда оғрик кузатилади, бироз тана ҳарорати кўтарилади, кейинчалик зарарланган соҳада инфилтрат ривожланади. Қасаллик оқибати яхши, мушакнинг функцияси тикланади.

Сўзакнинг аёлларнинг фарзанд кўриш функциясига таъсири

Сўзак аёлларда бепушлик келиб чиқишининг асосий сабабчиларидан биридир. Аввалги даврларда оиладаги бепушликни 30-50% ҳолларда сабабчиси сўзак деб ҳисобланар эди. Айниқса иккиламчи бепушлик ривожланишида сўзакнинг роли катта, чунки абортдан (ёки туғишдан) кейин гонококлар жинсий аъзоларнинг пастки қисмидан юқорига кўтарилиб, бачадонни ва унинг найларини зарарлайди, натижада бачадон найлари чандиқли битиб (облитерация) кетади. Юқорига кўтарилувчи сўзакдан кейин эса тургун бепушлик келиб чиқади. Сўзакни даволашга янги химиотерапевтик дори моддалари ишлатила бошлагач, бепушлик камайса керак деган фикр бор эди. Аммо клиницистларнинг кузатувлари буни тасдиқламади, сўзак оқибатида юзага келган ички (юқори) жинсий аъзоларнинг сурункали яллиғланиш жараёни ҳозирги даврда ҳам бепушликнинг асосий сабаби бўлиб қолмоқда. Кўплаб муаллифларнинг таъкидлашича антибактериал препаратларнинг самарадорлиги юқори бўлгани билан барибир сўзак даволаш мушкул бўлган тургун бепушликнинг энг кўп сабабчиси бўлиб қолмоқда. Айрим муаллифлар ҳозирги даврда сўзакдан кейинги бепуштликни унча кўп эмас деб қарайдилар. Масалан Р.К. Паа (1978) сўзак билан оғриган 86 та бемор аёлдан 6 тасида бирламчи ва иккиламчи бепуштлик аниқлаган. Е.Н. Туранова ва А.В. Чистякова 2-4 йил аввал юқорига кўтарилувчи сўзакдан даволанган аёлларни текшириб, улардан 45,7-55,8 % ида бепуштлик аниқлашган. Уларнинг кўпчилигида (87,5%) иккиламчи бепуштлик бўлган, фақат 12,5% ида бирламчи бепушлик аниқланган. Иккиламчи бепушлик аниқланган беморлардан 63,9%тида абортдан кейин, 33,1%тида туғишдан кейин, 3%тида бачадондан

ташқаридаги ҳомиладорлик туфайли ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейин келиб чиққан. Сурункали сўзакдан кейин бепуштлиқ 57,7% аёлларда ривожланган, янги сўзакдан кейин эса қарийб 50% аёлларда ривожланган. Янги сўзакдан кейин бепушлиқнинг бу қадар кўп ривожланишига сабаб бачадон найларининг торайиши, чандиқларнинг пайдо бўлишидир. Сурункали сўзакда эса ривожланган бепушлиқ кўпинча аввал аниқланади, кейин эса унга сабаб бўлган касаллик, яъни сўзак аниқланади. Сийдиктаносил аъзоларининг пастки қисмининг сўзаги (первицит ва эндоцервицит) бепуштлиқ ривожланишида катта аҳамиятга эга эмас, кўпгина муаллифларга кўра бу 3,1%дан 14%гачани ташкил этади, булар ҳам асосан бачадон бўйин қисмининг деструктив ўзгаришларга учраши (йиртилиш, эктропион, фолликуляр-папилляр эрозиялар) оқибатида келиб чиқади. Сўзак туфайли келиб чиққан эндометрит ҳам бепуштлиқка сабаб бўлиши мумкин. Бунда ўткир кечадиган эндометритнинг аҳамияти йўқ, чунки касаллик даволангандан 3 ёки 4 ой ўтгач ҳомиладорлик ривожланиши мумкин, чунки бу даврда бачадон шиллиқ қавати меъёрий ҳолатга келиб тикланади. Сурункали эндометритда эса касаллик узоқ вақт давом этганлиги туфайли эндометрийда чуқур ўзгаришлар юзага келади, бачадон шиллиқ қавати старли даражада меъёрга келмайди ва децидуал функциясини бажара олмайди. Батъан ҳомиладорлик келиб чиқади, аммо 1 ойдан кейин ҳомила тушиб кетади. Бунга сабаб бачадон шиллиқ қавати айрим участкаларда зарарланганлигидир, сақланиб қолган меъёрдаги шиллиқ қаватга урулган тухум хужайраси ёпишади, аммо эндометрийдаги бошқа соҳаларнинг чуқур ўзгариши ҳисобига у тушиб кетади.

Аёллар бепушлигининг энг кўп сабабчиси сўзак туфайли келиб чиққан салпингитдир, чунки бунда бачадон найлари облитерацияга учрайди (чандиқли торайиш, битиб кетиш). Sweet маълумотларига кўра ўткир гонококкли салпингитдан кейин 21-30% аёлларда бепушлиқ ривожланади. Кўпгина муаллифларнинг кузатуви шуни аниқладики, даволаб, найларнинг ўтказувчанлиги тиклангандан кейин ҳам кўпгина аёлларда бепушлиқ сақланиб қолади. Бунга сабаб бепуштлиқ фақатгина анатомик ўзгаришлар оқибатигина бўлиб қолмасдан балки функционал ўзгаришлар ҳам натижаси ҳамдир. Бунда найларни қоплаб турган кнпрккли (хилпилловчи) эпителий ва перистальтика ҳолати, шунингдек тухум хужайрасининг силжишида (ҳаракатланишида) муҳим вазифа бажарувчи бурмаларнинг ҳолати катта аҳамиятга эга. Касаллик

(чандиқлар, яллиғланиш жараёни ва ҳ.к.) оқибатида найни қоплаб турган ҳилпилловчи эпителий миқдори камайиб кетади, бу эса тухумнинг транспорт қилинишини издан чиқаради. Бундан ташқари тухумдонлардаги яллиғланиш оқибатида фолликуляр аппарат зарарланади ва гормонлар ишлаб чиқарилиши бузилади, бу ҳолат ўз навбатида бачадон найларининг функциясига таъсир қилади. Гипофолликулинемия туфайли найларнинг қўзғалувчанлиги пасаяди, унинг перистальтикаси кучсизланади. Яллиғланиш жараёни оқибатида кичик тосда келиб чиққан чандиқли ўзгаришлар ҳам бепушлик ривожланишида маълум рол ўйнайди. Бунда чандиқлар оқибатида бачадон ва унинг найлари силжиши кузатилади, тухумдон ва найларнинг ўзаро мутаносиблиги бузилади. Кўпгина муаллифларнинг кузатиши шунини кўрсатдики, юқорига кўтарилувчи сўзакдан кейин келиб чиққан бепушликнинг 80% сабабчиси найларнинг ўтказувчанлиги бузилиши оқибатида келиб чиққан. Бачадондан ташқаридаги (найлардаги) хомиладорликнинг ривожланишида сўзакнинг ўрни ҳақида ҳамма муаллифлар ҳам бир хил фикрда эмаслар, айримлар унинг аҳамияти катта десалар, бошқалари унча аҳамиятга эга эмас деб ҳисоблайдилар.

Бизнинг кузатувимиздан ўтган беморларнинг фақат 49 нафариди насл қолдириш функциясини текширишга муваффақ бўлди. Бу текширув акушер-гинекологлар ёрдамида олиб борилди. Текширилган беморларнинг кўпчилиги (36 таси) касаллик аниқланишидаш олдин ўзлари ҳар хил шикоятлар билан акушер гинекологларга мурожаат қилганлар. Ушбу беморлар қўшимча равишда ультратовушли текширув ва гистеросальпингография усулларида текширувдан ўтказилди. Узоқ муддатли кузатувлар (2 йилдан 7 йилгача) натижасида улардан 3 аёлда (6,1%) бепушлик ривожлангани аниқланди. Қолган беморларда насл қолдириш функциясини текшириш имконияти бўлмади.

Туғиншдан олдинги даврдаги (хомиладорлик давридаги) сўзак

Хомиладорлар орасида сўзакни аниқлаш 0,5% дан 7,5%гача ташкил этади. Хомиладорларда сўзакни аниқлаш кўрсаткичи кўпгина омилларга боғлиқ. Хомиладорларни текшириш усули катта аҳамиятга эга, албатта барча нуқталардан (киндан, бачадон бўйин қисмидан, уретрадан, тўғри ичакдан, бартолин безларидан материал олиш зарур.

Неча маротаба текшириш ҳам катта аҳамият касб этади, бир маротаба текшириш самарасиздир, кўп марта (2-5 марта) текширилганда 7,5% гача сўзак аниқланади, ундан 4,2%ти ўткир сўзак 9,2%ти эса сурункали сўзак ҳисобига тўғри келади. Лаборатория текшириш усулининг иккаласини (бактериоскопик ва бактериологик) ҳам бир вақтда қўлланилиши янада яхши натижа беради. Айниқса сурункали сўзакда бактериологик усул яхши натижалар беради. Хомиладор аёлларни сўзакка 2 маротаба, хомиладорликнинг бирламчи даврида ва иккиламчи даврида текшириш йўлга қўйилган. Агар бошқа кўрсатмалар бўлса (сийдик-таносил аъзоларида яллиғланиш кузатилса, сийиш жараёни бузилса, эрида урологик касалликлар аниқланса) хомиладорларни кўп маротаба текшириш зарур бўлади. Агар клиник манзараси ва анамнези туфайли сўзакка гумон қилинсаю, аммо бир неча маротаба текширилишига қарамай гонококклар топилмаса, унда бу хомиладор аёлга профилактик даво ўтказилади. Хомиладорларга касалликни кўзғатувчилар ишлатиб (провокация қилиб) текшириш тавсия қилинмайди, чунки асоратлар кузатилиши мумкин. Фақатгина уретрани кучсиз провокация қилишга (1%ли кумуш нитрат эритмаси ёки 2-3%ли проторгол эритмаси суртиш) рухсат этилади, бошқа нуқталар эса провокация қилинмайди. Кузатишлар шуни кўсатадики, хомиладорлиги бор сўзак беморларда гонококклар доим ҳам топилавермайди. Уларнинг кўпчилиги касаллик манбаи бўлганлиги учун (61,7%) ёки бемор билан алоқада бўлганлиги учун даволанадилар. Сўзакнинг кечиши қачон касалликни юқтириб олганлигига, хомиладорликдан аввал юққан бўлса, кўпгина беморларда у клиник манзараси ривожланмаган ҳолда сурункали кечади, бачадон бўйин қисмидан окмалар жуда оз миқдорда бўлади. Хомиладор бўлгач эса 25-30% беморларда касаллик авж олади. Агар касаллик хомиладорлик ривожлангандан кейин юққан бўлса, қарийб доимо клиник манзараси кучли ривожланади, барча касалланган ўчоғларда кучли яллиғланиш ривожланади, айниқса бачадон бўйин қисмидаги яллиғланиш кучли бўлади, йирингли ажралма кўп миқдорда, кучли эритема ва эрозиялар кузатилади. Айниқса хомиладорликнинг иккинчи ярмида касаллик юкса яллиғланиш ўткир кечади, окмалар жуда кўп бўлади. Хомиладорлик пайтида юққан сўзак жинсий аъзоларнинг фақат пастки қисмини зарарлайди, юқорига кўтарилувчи сўзак кузатилмайди, фақат

хомиладорликнинг дастлабки 3 ойида юкса жуда кам холларда юқорига кўтарилувчи сўзак кузатилиши мумкин. Хомиладорликнинг 4 ойидан бошлаб гонококкларнинг жинсий аъзонинг ичкариги қисмига кириши мумкин бўлмай қолади. Бунга сабаб париетал децидуал қобиқ капсулар қобиқ билан бирлашиб кетади ва хомила бачадон бўйинининг ички қисмининг тўсиб қўяди. Бундан ташқари цервикал каналнинг шиллик қаватининг яллиғланиш оқибатида кескин шиши ҳам гонококкларнинг юқорига киришига тўскилик қилади. Хомиладорлик даврида сўзак кўп ўчоғли сифатида кечади, битта ўчоғнинг чекланган зарарланиши асосан сурункали сўзакда ва торпид кечувчи сўзакда кузатилади. Энг кўп зарарланадиган сохалар бачадоннинг бўйин қисми ва уретра ҳисобланади. Янги сўзакда цервицит 70,2% беморда аниқланади, уретрит эса 67,3% беморда. Янги сўзакда буни кўпинча бактериоскопик текширув натижасида аниқлаш мумкин бўлса, сурункали сўзакда кўпинча фақат культурал диагностикада аниқланади. Сўзак туфайли келиб чиққан проктит 19-21% холларда аниқланади, бунда проктит диагнози фақат лаборатория текширувида гонококклар аниқлангач қўйилади, чунки клиник аломатлар проктитда кузатилмайди. Хомиладорларнинг учдан бир қисмида катта вестибуляр безларда ҳар хил патологик ўзгаришлар кузатилади. Янги сўзакда бу безлардан 24% холларда гонококклар топилади, сурункали сўзакда эса 16% холларда топилади. Бартолинит асосан субъектив аломатларсиз кечади. Ҳақиқий бирламчи гонококкли вульвит ва вагинит инфекция хомиладорлик пайтида тушганда бўлади. Бактериоскопик усулда текширилганда сўзак билан касалланган хомиладор аёлларнинг 16%ида, бактериологик текширувда эса 72% ида аниқланади. Бу беморларда катарал кольпит устивор бўлиб, шиллик қаватининг гиперемияси ва шиши, орқа гүмбазда шиллиқли ва йирингли суякнинг йиғилиши ва шиллик қаватининг ўзига хос дондорлиги билан кечади. Агар бу беморларда бир вақтнинг ўзида трихомониаз ва кандидоз кузатилса, гонококкли кольпит клиникасини тўсади. Хомиладор аёлларда сўзак 46% холларда трихомониаз билан, 24,3% холларда кандидоз билан, 11% холларда трихомониаз ва кандидоз билан бирга келади. Ҳозирги даврда гонококкли вагинит объектив холда кучли яллиғланиш ва оқмалар билан кечсада, асосан субъектив аломатларсиз кечмоқда, жуда кам холларда беморлар қиладилар. Хомиладорларда сўзакнинг топик диагнози иккита кўрсаткич асосида

кўйилади: гонококкларнинг аниқланиши ва яққол яллиғланиш аломатлари. Баъзи ҳолларда яллиғланиш кўпгина ўчоғларда кузатилсада, гонококклар фақат битта ўчоғдан топилиши мумкин. Бундай ҳолатларда бошқа ўчоғлардаги яллиғланиш ҳам гонококк этиологияли деб қаралади ва касаллик тарихида қайд этилади. Айрим ҳолатларда баъзи ўчоғларда яллиғланиш аломатлари кузатилмасда, у жойдан гонококклар топилади, яъни касаллик яширин кечади, бунда ҳам диагнозда ўша соҳа патологияси қайд этилади. Сўзак билан оғриган хомиладор аёлларнинг айримларида (5,4%гача), оқмалар кўп миқдорда ажралаётган беморларда ўткир учли кондилломалар кузатилади. Кондилломалар катта ва кичик уятли лабларда, вулва соҳасида, уретранинг ташки тешиги атрофида жойлашади. Кондилломалар филтрланувчи вируслар томонидан чақирилади, бу микста инфекциядан далолатдир (кўпинча трихомонназ, кандидоз ҳам бирга келади). Ўткир учли кондилломаларни электрокоагуляция қилинади ёки хирургик усулда олиб ташланади. Жуда кўп муаллифларнинг қайд қилишича сўзак оқибатида 6,5%-10% ҳолларда хомиланинг тушиб кетиши кузатилса, 6,3%-12% ҳолларда вақтидан эрта туғиш кузатилади. Хомиланинг тушиб кетиши асосан янги сўзакда кузатилади, бунга сабаб кўп ўчоғли ўткир яллиғланиш жараёни ва гонококкли интоксикация ҳисобланади. Сурункали сўзакда эса хомиланинг тушиб кетиши ва хомилани вақтида эрта туғиш кузатилади. Янги сўзакда ўз вақтида диагноз қўйиб, эрта даволашни бошлаш туфайли хомилани сақлаб қолиш эҳтимоли юқори. Аммо сурункали сўзакда даволашни ўтказилгани билан хомилани сақлаб қолиш эҳтимоли паст, чунки специфик эндометрит туфайли юзага келган ўзгаришлар хомиланинг имплантациясига путур етказиши, шунинг учун сурункали сўзакда хомиланинг тушиб кетиши ва эрта туғилиши кўп учрайди.

Бизнинг кузатувимиздаги 1157 нафар беморлардан 23 тасида хомиладорлик мавжуд эди, уларнинг 15 тасида хомиладорликнинг бирламчи даври, 8 тасида эса иккиламчи даври эди. Барча беморлар аёллар консултациясида текширувдан ўтиш жараёнида аниқланганлар. Уларнинг барчасида касаллик яширин тарзда кечиши кузатилди, субъектив аломатлар йўқ, яллиғланиш жараёни торпид сўзак даражасида бўлган. Бу беморларни даволаш жараёнида ва ундан кейинги даврда бола ташлаш ёки эрта бола туғилиши кузатилмади.

Туғишдан ва абортдан кейинги даврлардаги сўзак

Туғишдан ва абортдан кейин учрайдиган сўзакнинг қанчалик кўп ёки оз учраши, унинг клиникаси адабиётларда етарли даражада ёритилган эмас. Сўзак билан оғриган аёллар ёки илгари бу касалликка чалинганларда хомилдорлик кам учрайди, шунинг учун янги туққан аёлларда сўзак учрамайди деб ҳисоблайдиганлар учраб турар эди. Аммо пуэрперал даврда учрайдиган сўзак кўпгина асоратларга олиб келиши кўп кузатилади. Бу даврда сўзакни аниқлашга кўпгина омиллар таъсир қилади. Сўзакка текширилаётган туққан аёлларнинг контингенти (қандайлиги) катта аҳамиятга эга, бу даврдаги сўзак сўзакнинг профилактикасида аёллар консултациясининг аҳамияти каттадир. Агар бу ерда ишлар яхши йўлга қўйилган бўлса, барча кўрсатмаларга (инструкцияларга) амал қилинса, туғишдан кейинги сўзак учрамаслиги керак эди. Аммо ҳозирги кунда ҳам бундай сўзак ва чақалоқларда гонобленнорея учраб туради. Янги туққан аёлларда сўзакни аниқлаш нисбатан осон, чунки узардаги ажралма (лохия) гонokokклар ривожланиши учун яхши муҳитдир. Туғишдан кейинги 3 ёки 4 кун лохиядан гонokokкларнинг тоза культурасини ажратиш олиш мумкин, аммо кейин бошқа кўпгина микроблар кўшилади, шунинг учун туғишдан кейинги сўзак доимо полимикробли инфекция бўлади. Туғишдан кейинги биринчи кунлари сўзакка текширилганда текшириш учун материал уретрадан, тўғри ичакдан ва киндан олинади. 5-7 кун ўтгач эса бачадон бўйин қисмидан олиб текшириш керак. Абортдан кейин ҳам материал уретрадан, тўғри ичакдан ва цервикал каналдан олинади. Айрим ҳолларда чақалоқда юзага келган гонобленнорея туққан аёлни текширишга сабаб бўлади. Баъзи муаллифларнинг ахборот беришича, туғишдан кейинги сўзакда юқорига кўтарилувчи клиник варианты 13-30% аёлларда учрайди, абортдан кейин эса юқорига кўтарилувчи сўзак 32-35% ҳолларда учрайди. Кўпгина аёлларда туғишдан кейинги давр меърада кечадди, аммо кинда кўп миқдорда кўнгир тусли йирингли суюқлик (лохия) йиғилади. Туғишдан кейинги даврдаги сўзакнинг клиник манзараси ҳозирги даврда яширин, абортив шаклда кечиши кўпроқ учрайди. Беморларда субъектив ҳиссиётлар кузатилмайди, касаллик ўчоғларида яллиғланиш аломатлари ҳам унча ривожланган эмас. Кўпинча касаллик туғишдан кейин 3-4 hafta ўтгач ривожланади, яъни туғруқхонадан

чикиб кетгандан кейин, шунинг учун бу беморлар аёллар консультациясида текширилади. Бачадон хомиладан янги бўшаганига қарамасдан касаллик жараёнига тортилмайди, чунки кўп миқдорда оқиб чиқаётган лохиялар гонококкларни ювиб олиб чиқади. Бундай яширин ёки торпид холда кечаётган сўзак аниқланмай қолиши мумкин ва у узоқ муддатдан кейин бачадон найлари зарарланишига олиб келиши мумкин. Агар касалликка тез фурсатда иккиламчи инфекциялар қўшилса, унда яллиғланиш аломатлари кучаяди, беморларда субъектив аломатлар (оғриқ) пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилиши мумкин, яллиғланиш жараёни юқорига қараб кўтарилади ва иккиламчи септик холат ривожланиши мумкин. Туғишдан кейинги сўзакнинг олдини олиш учун туғруқхонага тушган куйидаги контингентдаги хомиладор аёлларни албатта гонококкларга текширилади: 1) жинсий аъзоларида яллиғланиш аломатлари бўлганлар. 2) кўнғир тусли йирингли ажралма (лохия) кузатилса. 3) сабаби аниқланмаган тана ҳароратининг кўтарилишида. 4) ёлғиз ва никоҳсиз аёллар. Абортдан кейинги сўзакнинг олдини олиш учун бу аёлларнинг барчасини обдан чуқур текшириш зарур.

Кузатувимиздаги 1157 бемордан 14 тасида туғишдан кейинги, 3 тасида абортдан кейинги сўзак аниқланган. Беморлардан 2 таси чақалоқда гонобленнорея ривожланганлиги туфайли аниқланган, қолганларда эса жинсий аъзолардан ажралма чиқиши кучайганлиги, сийишда оғриқ, ачишиш пайдо бўлганлиги туфайли аёллар консультациясига мурожаат қилганлар. Беморлардан 12 тасида уретрадан ва цервикал каналдан олинган суртмада ва экмада гонококклар топилган, 2 тасида эса фақат экмада топилган. Бирорта ҳам беморда юқорига кўтарилувчи сўзак кузатилмаган.

Қизалоқлар сўзаги

Кичик ёшдаги қизалоқларга сўзак ножинсий йўл билан, бемор оналаридан ёки болага қаровчи бошқа яқинларидан чойшаблар, шахсий гигиена анжомлари, тунги туваклар орқали юқиши мумкин. Каттароқ ёшдаги қизчаларга жинсий тажовуз оқибатида юқади.

Гистологияси: Қизалоқларда сийдик таносил аъзоларининг кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган соҳалари зарарланади. Ўткир сўзакда қиннинг ўчоғли зарарланиши кузатилади, бурмаларнинг юқори қисмидаги эпителий қуриган, эпителий қавати лимфоцитлар

инфилтрат билан диффуз равишда тўлдирилган. Зарарланиш цервикал каналга кириш соҳасигача бўлади, ичкарига ўтмайди. Уретранинг олдинги учдан бир қисмида гиперемия, лимфоид ва эозинофиллар аралашган лейкоцитар хужайралардан иборат инфилтрация эпителий ва субэпителиал тўқимада кузатилади. 50% беморларда тўғри ичак ҳам зарарланади, ташқи сфинктер ва ичакнинг 3-4 смгача ичкаридаги шиллиқ қават яллиғланишга учрайди. Сурункали сўзакда қинда эпителийнинг кучли пролиферацияси, шиллиқ ости қаватида гистиоцитар инфилтрация кузатилади. Уретранинг шиллиқ ости қаватида оз миқдорда гистиоцитар инфилтрат кўзга ташланади.

Клиникаси: инкубацион даври 3 кунгача бўлади. Қизалоклардаги сўзак ҳам кўп ўчоғли бўлади: 100% қин ва қин дахлизи, 85% уретра, 50-82% тўғри ичак, жуда кам холларда (3%гача) бартолий безлари зарарланади. Бачадон ва унинг ҳосилалари зарарланмайди.

Ўткир вульвовагинитда катта ва кичик уятли лаблар, қин дахлизи шиллиқ пардаси гиперемияга учраган, шишган, юзаси қиндан оқиб чиқаётган йирингли шиллиқ ажралма билан қопланган, клитор ва қизлик пардасида шиш. Катта уятли лаблар устида, чот оралигида, сонларнинг ички юзасида йирингли масса қалок ҳосил қилиб қотиб қолган. Йирингли ажралма қиннинг орқа гумбаз соҳасида йиғилади ва вульвага оқиб чиқади. Уретранинг олдинги учдан бир қисми зарарланади, уретра лаблари шишган, гиперемияга учраган. Кўпинча ҳеч қандай шикоят бўлмайди, кам холларда сийганда ачишиш ва оғриқ бўлиши мумкин. Бартолинит 6 ёшгача бўлган қизалокларда қарийб бўлмайди. Тўғри ичак ташқи сфинктер ва ундан 3 см ичкарида зарарланади. Ташқи сфинктер бурмалари шишган, гиперемияга учраган, баъзан у ерда йиринг билан қопланган ёриқлар пайдо бўлади. Беморлар кичишишга, тенезмга ва дефекацияда оғриққа шикоят қиладилар. Қизалокларда сўзакнинг сурункали кечиши кам учрайди-6% гача бўлади. Бундай холда касаллик авж олганда, жинсий аъзолардан ажралма пайдо бўлганда ёки диспансер текшируви пайтида аниқланади. Касаллик сурункали кечганда қиннинг дахлизи шиллиқ пардасида ўчоғли гиперемия кузатилади, у ерда ва вульвада ўткир учли кондиломалар ривожланиши мумкин. Вагиноскопияда қиннинг гумбаз соҳасида гиперемия ва шиш кузатилади. Касалликка диагноз қўйиш анамнез, касалликнинг клиник манзараси ва лаборатория

текшируви натижалари асосида қўйилади. Қизалокларда янги сўзак клиникаси ёрқин намоён бўлганлиги сабабли ажралмадан гонококкларни топиш осондир. Сурункали ва тортид кечганда аниқлаш қийинлашади, лаборатория анализига материал олиш учун касалликни қўзғатиш (провокация) чоралари қўрилади. Асосан химиявий қўзғатиш усули қўлланилади: қинга резина катетер орқали 2% ли кумуш нитрат эритмаси ёки Люголнинг глицериндаги 1%ли эритмаси юборилади, уретрага Люголнинг глицериндаги эритмаси пипетка ёрдамида томизилади, тўғри ичакка эса 2 мл Люгол эритмаси юборилади. 3 ёшдан катта қизчаларга яна қўшимча равишда 150-200 млн. мик. таначаси миқдорида гоновакцина мушак ичига юборилади. 24, 48, 72 соатдан кейин текшириш учун суртма олинади, 72 соатдан кейин эса зкма олинади. Сўзак диагнози фақат лаборатория текширувида гонококклар топилгандан кейингина қўйилади.

СЎЗАКНИ ДАВОЛАШ

Сўзакни даволашга оид қисқача маълумотлар:

Қадимги даврлардан то 19-аср бошларигача қадар ўтган вақтда сўзакни бальзам инстиляцияси ҳамда уретра ва бошқа касалланган аскаларни уретрасини иссиқ скипидар билан ювиб даволаганлар. 19-асрда уретрани ювиш учун (инстиляция учун) кумуш нитрат эритмаси қўлланила бошлаган, кейинчалик эса унинг ўрнини проторгол эритмаси эгаллаган. 1935 йили немис олими Герхард Домагкол томонидан сульфаниламид дори моддаларининг кашф этилиши сўзакни даволашда жуда катта олдинга силжиш бўлди. Германия, АҚШ ва Буюк Британияда олиб борилган кўплаб илмий текширишлар шунни кўрсатдики, сульфаниламид дори моддалари ёрдамида сўзак билан оғриган беморларнинг 90% тигача тўла даволаш мумкин экан. Аммо 1944 йилга келиб гонококкларнинг кўпгина штаммлари сульфаниламид дори моддаларига чидамли (резистент) бўлиб қолгани аниқланди, 40-йилларнинг охирига келиб эса гонококкларнинг сульфаниламидларга чидамли (резистент) штаммлари 90% ни ташкил қилди. Бу пайтга келиб пенициллин антиботиғи кашф қилинган эди. 1943 йилдан бошлаб сўзакни даволашда пенициллиндан фойдалана бошладилар. Дастлабки даврларда пенициллиннинг гонококкларни ҳалок қилувчи кон зардобидаги энг кам миқдори (МПК-минимальная подавляющая концентрация) 0,05мг/л дан кам бўлган ва бу концентрацияда 95%

беморлар тўла мусаффо даволаниши кузатилган. Аста секин пенициллиннинг гонококкларга таъсир қилувчи МПК ўса бошлади ва 1972 йилга келиб у 7 мартаба ўсиб кетди. 1976 йилга келиб эса биринчи марта гонококкларнинг пенициллинга чидамли штамлари пайдо бўлди (МПК 8 мг/л дан юқори). 1983 йилга келиб бундай штамлар қарийб барча мамлакатларда жуда кенг тарқалганлиги сабабли сўзакни даволашда пеницилдиндан фойдаланиш тўхтатилди. Демак 40 йилда (1943-1983) гонококклар пенициллинга чидамликка эга бўлганлар, бу асосан хромосом чидамлик эди. Ўтган асрнинг 40-йиллари охирида тетрациклин антибиотиги кашф этилганда дастлабки даврларда бу антибиотик пенициллинга нисбатан аллергияси бор бўлган сўзак билан оғриган беморларни даволашда қўлланилган. Кейинчалик эса тетрациклинга нисбатан чидамлик тезда пайдо бўлди (плазмид чидамлик). 1980 йиллар ўрталарига келиб сўзакни даволашдаги асосий препарат фторхинолонлар ҳисоблана бошлади (ципрофлоксацин ва офлоксацин). Ципрофлоксацинни хомилдорлар ва болаларга бериш мумкин бўлмасда унинг бир неча афзалликлари бор эди:

-бир мартаба қабул қилиш

-салбий таъсирларнинг минималлиги

-барча анатомик соҳаларда (шу билан бирга оғиз бўшлиғи, ҳалқум ва тўғри ичақда) самарадорлигининг юқорилиги.

Аммо 90-йиллар бошига келиб гонококкларнинг фторхинолонларга сезувчанлиги пасайиб кетди.

Спектиномицин 1960-йиллар бошида сўзакни даволаш учун махсус чиқарилган антибиотикдир. Бу аминоциклитолли антибиотик бўлиб, тузилиши бўйича аминогликозид гуруҳидаги антибиотикларга яқиндир. Дастлабки даврларда пенициллинга чидамли (резистент) бўлган сўзакни даволашда ишлатила бошлаган. Ҳозирги кунда гонококкларнинг спектиномицинга чидамлик даражаси ҳар хил регионларда ҳар хилдир. Масалан Россия Федерациясининг кўпгина регионларида спектиномицинга резистент бўлган гонококклар штамми 1% ни ташкил қилади, Марказий Осиё региониди ҳам кўрсаткич шунга яқин, аммо Жанубий-Шарқий Осиё давлатларида гонококкларнинг спектиномицинга резистент штамлари 8,2% ни ташкил қилади (ВОЗ, 2017г. 7июль). Умуман олганда айрим регионларда гонококкларнинг антибиотикларга чидамли штамларининг тарқалиши ҳар хил бўлиши

мумкин, шунингдек орадан ўтган вақтга ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Масалан Россиянинг Екатеринбург шаҳри ва Свердлов вилоятида гонококкларнинг пенициллинга чидамли штамmlари 95,4% ни, тетрациклинга чидамли штамmlари 98% ни, ципрофлоксацинга чидамлилари 85% ни, цефтриаксонга чидамлилари 46% ни ташкил этади (Кобенко Э.Г., 2005). Бутун Россия Федерацияси бўйича эса пенициллинга чидамлилари 46,8%, ципрофлоксацинга чидамлилари 33,1%, тетрациклинга чидамлилари 51,9%, азитромицинга чидамлилари 6,5% ни ташкил қилган, цефтриаксонга эса чидамлилари аниқланмаган (Кубанов А.А. и др., 2016г.) Осиё қитъасининг кўпгина давлатларида (Индонезия, Малайзия, Монголия, Таиланд ва бошқа) сўзакни даволашда асосан канамицин ва гентамицин қўлланилади, чунки бу препаратлар бошқа антибиотикларга нисбатан арзондир. Цефалоспоринлар биринчи мартаба 1948 йили италиялик олим Джузеппе Бротзу томонидан кашф қилинган. Замоनावий цефалоспоринлар табиий цефалоспоринларнинг молекуласини прототипидир. Цефалоспоринларнинг учинчи авлоди (цефтриаксон ва цефиксим) грамманфий бактерияларга қарши юқори самарали воситалардир. Цефтриаксоннинг афзаллиги унинг бир мартаба инъекцияси кифоя- ярим чиқариш даври узокдир, бундан ташқари биологик тўқималарда тенг тарқалади. Шунинг учун 1980 йилдан бошлаб сўзакни даволашда ҳам қўлланила бошланди. 1983 йили оғиз орқали бериш мумкин бўлган цефиксим пайдо бўлди ва кенг қўлланила бошлади. Бу антибиотиклар ўша вақтларда ҳам қўлланиб келинаётган тетрациклин, фторхинолон, спектиномицин каби антибиотиклар билан бир вақтда қўлланилди. 2007 йилга келиб гонококкларнинг ципрофлоксацинга чидамли штамmlари шу даражада кенг ёйилдики, натижада уни сўзакни даволашда умуман ишлатилмайдиган бўлди. Цефалоспоринларнинг учинчи авлоди вакиллари минимал даражадаги концентрацияда ҳам гонококкларга қарши яхши самара берарди, шунинг учун АҚШнинг касалликларни ҳисобга олиш маркази (CDC) томонидан бу препаратлар сўзакни даволашда биринчи қатор асосий воситалар сифатида тан олинди. Аммо рег oral қабул қилувчи цефалоспоринларни (цефиксим) пала партиш равишда контролсиз кўп қўлланилиши оқибатида аста секин бу препаратларга нисбатан ҳам гонококкларда чидамлилик ривожлана бошлади. Айниқса бундай ҳолат Жанубий-Шарқий Осиёда кенг тарқалди. Шундан кейин сўзакни

даволашда биринчи қатор асосий восита сифатида инфекцияда вена ичига юбориладиган цефтриаксон қолди. Осиё-Тинч океан регионида гонококкларнинг цефтриаксонга чидамли штамлари пайдо бўла бошлади (бу ҳолат 2011 йили Японияда биринчи мартаба қайд этилди). Ҳозирги кунда Хитойда ва Японияда сўзакни даволашда цефтриаксон дозаси икки мартаба ошириб юборилади. Буюк Британия ва АҚШда эса иккита препарат бирданига буюрилади: цефтриаксон 0,5+азитромицин 1,0гр.

ЖССТнинг 77 мамлакатдан олган маълумотларига кўра ҳозирги кунларда ҳам гонококкларнинг антибиотикларга чидамлилиги ортиб бормоқда. Ушбу ташкилот ходими доктор Теодора Ви таъбирича, сўзакни даволаш учун ҳар доим янги антибиотиклар қўлланилганда, бактериялар бу препаратларга адаптация ҳосил қилади ва уларда бу дориларга чидамлилик келиб чиқади. ЖССТ глобал программаси маълумотига кўра 2009 йилдан 2014 йилгача бўлган давр ичида 97% мамлакатларда ципрофлоксацинга нисбатан чидамлилик, 81% мамлакатларда азитромицинга нисбатан чидамлилик, 66% мамлакатларда цефиксимга ва цефтриаксонга нисбатан чидамлилик аниқланган. Ҳозирги кунда сўзакни даволашда илгари қўлланилмаган янги антимиқроб препаратларни излаш ишлари кенг олиб борилмоқда. Сўзакни даволаш учун махсус ишлаб чиқарилаётган макролид гуруҳига мансуб янги антибиотик солитромицин клиник текширувларнинг 3 фазасини ўтказилган ва унинг кенг антибиотикларга чидамли бўлган гонококкларнинг штамларига қарши фаол эканлиги аниқланган. Золифладациннинг клиник синовларининг 2 фазаси ўтди, геподитациннинг ҳам клиник синовларининг 2 фазаси ўтди. Янги карбонем гуруҳига мансуб бўлган антимиқроб препарати эртапенемнинг гонококкларнинг барча штамларига қарши ўта фаоллиги аниқланди. Тетрациклин ҳосиласи бўлмиш тигоциклин антибиотиги тетрациклинга чидамли бўлган гонококкларнинг штамларига фаол таъсир қилиши аниқланди. ЖССТ глобал ҳамкорлик директори доктор Маника Баласегарам бу препаратларни ишлаб чиқаришни тезлаштириш ва барча аҳоли қатламлари учун имконият доирасида бўлишини (арзонлигини) таъминлаш зарурлигини айтди.

Сўзакни даволашни оптималлаштириш йўлида абсолют инновацион йўналишларда ҳам изланишлар олиб борилмоқда. Масалан:

- бактерияларда оксиллар синтезини ингибиция қилувчи (тўсувчи, тўхтатувчи) плевромутилинилар устидаги изланишлар
- топоизомеразларни янги ингибиторлари устидаги изланишлар
- ёғ кислоталарининг синтезини тўхтатувчи FabI ингибитори устидаги изланишлар
- эффлюкс помпаларини шакллантирувчи оксиллар синтезини ингибиторлари устидаги изланишлар
- бактериал хужайра ташқи мембранасини синтезини парчаловчи LpxC ингибиторлар устидаги изланишлар.

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, сўзакни даволаш кўпчилик ўйлагандек осон иш эмас, сўзакни жинсий аъзоларнинг резандаси (насморк) деювчилар адашадилар. Ҳозирги кунларда ҳам Дания, Франция, Буюк Британия, Япония каби ривожланган давлатлардан келаётган маълумотларга кўра гонококкларнинг цефтриаксонга чидамли штаммлари ортиб бормоқда. Олимларнинг фикрича бунга асосий сабаб орофарингеал сўзакдир, чунки аниқланган бундай штаммлар асосан орофарингеал сўзакка чалинган беморлардан топилмоқда. Оғиз бўшлиғи ва ҳалқумда кўп миқдорда ҳар хил микроорганизмлар мавжудлиги туфайли гонококклар улар билан генларининг таркибий қисмини айирбошлаш натижасида янги чидамли штаммларини ҳосил қилади деган гипотеза мавжуд. Бундан ташқари антибиотикларга чидамли штаммларнинг пайдо бўлишига қуйидагилар ҳам сабаб бўлади:

- антибактериал препаратларининг аҳолини кенг қатлами учун чекланмаган миқдорда ҳарид қилиш имконияти мавжудлиги
- антибактериал препаратларини нотўғри танлови, кераксиз ҳолатларда ҳам қўлланилиши
- айрим фирмалар ишлаб чиқарган антибиотикларнинг сифатининг пастлиги.

Гонококклар томонидан чақирилган инфекция аёлларнинг репродуктив соғлиғи, оналар ва болаларнинг соғлиғи борасида жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин:

- ОИВ/ОИТС инфекциясининг осонгина юқишини 5 карра ортиб кетиши
- бепуштлиқ ва унинг ижтимоий, руҳий ва маданий оқибатлари
- аёлларда яллиғланиш оқибатида қориннинг пастки соҳасида ўткир ва сурункали оғрикларнинг пайдо бўлиши

- бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик ва оналар ўлими
- хомиладорликнинг биринчи учлигидаги бола ташлашлар
- оғир неонатал кўз инфекцияси, унинг кўрликка олиб келиши.

Сўзак билан касалланиш даражаси, унинг қайси нуқталарни зарарлаши, касалликни чақирган гонококклар штамmlарининг антибиотикларга сезувчанлиги ва чидамлилиги ҳар хил давлатларда (хаттоки регионларда) ҳар хил бўлганлиги сабабли давлатларнинг ўзлари учун қабул қилган даволаш йўриқномалари (инструкция) ёки схемалари мавжуд. Масалан Россия Федерациясида қуйидагича даволаш йўриқномаси қабул қилинган.

Асоратга учрамаган сўзакни даволаш:

- 400мг цефиксим оғиз орқали бир марта берилади
- 500мг цефтриаксон мушак орасига бир мартаба юборилади

-спектиномицин 2,0г мушак орасига бир мартаба

-400мг офлоксацин оғиз орқали бир мартаба берилади

Альтернатив даволаш схемаси:

-азитромицин 1,0 оғиз орқали бир мартаба

Ҳомиладорларни даволаш:

Цефтриаксон 500мг. мушак орасига бир мартаба ёки цефиксим 400мг оғиз орқали бир мартаба.

Агар катта ёшдаги одамларда гонококклар кўзни зарарлаган бўлса (сўзак офтальмити), цефтриаксон 500мг.дан мушак орасига кунига бир мартабадан 3 кун давомида юборилади.

Агар сўзак халқумни ёки тўғри ичакни зарарлаган бўлса, 90% холларда

Цефтриаксон берилади ёки азитромицин 1,0г+офлоксацин 400мг комбинацияда оғиз орқали берилади.

Асоратланган (эндометрит, метроэндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, пельвеоперитонит) сўзакни даволаш:

-Цефтриаксон 1,0 дан вена ичига ёки мушак орасига кунига бир махалдан 14 кун давомида

-спектиномицин 2,0г. дан ҳар 12 соатда мушак орасига 14 кун давомида

-цефотаксим 1.0г. дан ҳар 8 соатда мушак орасига 14 кун давомида

Юқорида санаб ўтилган антибиотиклар берилганда 48 соатдан сўнг касалликнинг клиник аломатлари йўқолган бўлса, унда даволашни цефиксимни 400мгдан кунига 2 маҳалдан оғиз орқали 14 кун мобайнида бериб давом эттириш мумкин.

Гонобленореяни даволаш

Янги туғилган чақалоқларга ҳар кг вазнга 25- 50мг дан миқдордаги дозада (125мгдан ортмаслиги керак) цефтриаксон вена ичига кунига бир маҳалдан 3 кун давомида юборилади, ёки спектиномицин 1кг вазнга 40мгдан мушак орасига 1 мартаба юборилади.

Агар чақалоқларда артрит, сепсис, менингит каби асоратлар кузатилса, юқорида кўрсатилган дозадаги цефтриаксон 1 ҳафта давомида юборилади, менингитда эса 10 кун давомида юборилади. Альтернатив схема бўйича эса цефотаксим 1кг. вазнга 25мгдан кунига 2 маҳалдан вена ичига 7-10 кун мобайнида юборилади.

Янги туғилган чақалоқларда гонобленореянинг профилактикаси учун туғилиши биланок кўзга кумуш нитратнинг сувдаги 1%ли эритмаси томизилади, ёки 0,5%ли эритромицин мази суртилади. Сўзак билан оғриётган ҳомиладор аёлдан туғилган чақалоқда профилактик даво ўтказилади, 1кг вазнга 25-50мг ҳисобида (125мгдан ортмаслиги керак) цефтриаксон вена ичига бир мартаба юборилади.

Кўпгина ривожланган давлатларда (АҚШ, Буюк Британия, Франция, Япония ва х.к.) бир вақтнинг ўзида иккита антибиотиклар билан микробга қарши терапия йўлга қўйилган бўлиб, бунда асосан цефтриаксон 500мг. вена ичига+азитромицин 1-2г.р.о.с берилади (янги ўткир сўзақда). Бу усулда даволашнинг самараси юқори ҳамда цефалоспоринларга резистентлик ривожланишининг олдини олади.

Ўзбекистон Республикасида сўзакни даволаш ЎРССВ 2017 йил 23 октябрдаги №633 буйруғи билан тасдиқланган йўриқнома асосида олиб борилади. Беморга сўзак диагнози қўйиб даволаш учун қуйидаги кўрсатмалар асос бўлади:

-Зарарланган ўчоқдан олинган материални бактериоскопик текширилганда гонококкларнинг топилиши ва уларнинг идентификация қилиниши

-зарарланган ўчоқдан олинган материалдан экмада гонококк культураси олиниши ёки амплификацион тестда (ПЦР ёки NASBA) мусбат натижа бериши

-жинсий контактда бўлган шеригида гонококкли инфекция тасдиқланган бўлса, эпидемиологик кўрсатма бўйича.

Беморларни стационарда даволаш учун қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:

Болаларда, ҳомиладорларда сўзак аниқланса, сўзак асоратли (эндометрит, метроэндометрит, сальпингит, сальпингоофарит, пельвеоперитонит, гонококкли инфекциянинг диссеминациясида).

Стационарда даволашни давом эттириш муддати клиник манзарасининг характери ва яллиғланиш жараёнининг оғирлик даражасига қараб белгиланади.

Сўзакни даволашнинг умумий принциплари

Беморларни бошқа ЖАВЮК (захм, хламидиоз, трихомониаз ва х.к.) борлигини аниқлаш мақсадида клиник ва лаборатория текширувидан ўтказиш, агар бундай касалликлар аниқланса, уларни ҳам бир вақтнинг ўзида даволаш. Беморларни комплекс даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

-этиотроп даволаш

-патогенетик даволаш

-симптоматик даволаш

-беморларни жинси, ёши, касалликнинг клиник шакли, жараённинг оғирлиги, асоратлари мавжудлиги кабиларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал даволаш

-беморларнинг реабилитация тавсияларига амал қилиши

-жинсий алоқада бўлган шерикларини бир вақтнинг ўзида даволаш

Сийдик-таносил аъзоларининг қуйи қисмининг асоратланмаган янги сўзагида этиотроп даволаш кифоя қилади. Асоратланган янги сўзакни ва юқорига кўтарилувчи сўзакни даволашда этиотроп дорилардан ташқари иммунотерапия, умумий қувватни оширувчи дорилар, яллиғланишга қарши дорилар ҳам қўлланилади, ўткир яллиғланиш жараёни бартараф бўлгач эса физиотерапевтик ва маҳаллий даволаш тайинланади. Бактерияга қарши дори воситаларини танлашда уларга сезувчанликни, қарши кўрсатма бор ёки йўқлигини, бошқа дори воситалари билан ўзаро таъсирини ҳисобга олиш зарур.

Сийдик-таносил аззоларининг қуйи қисмининг асоратланмаган янги сўзagini (икки ойгача бўлган) даволашда тавсия қилинган асосий схема:

- цефтриаксон 1г.дан мушак орасига ҳар 12 соатда, курсга 4г.
- цефотоксим 1г.дан мушак орасига ҳар 12 соатда, курсга 3г.
- доксциклин 100мг.дан оғиз орқали, курсга 1,0г

Альтернатив схема:

- офлоксацин 400мгдан ҳар 12 соатда оғиз орқали, курсга 4г.
- азитромицин 2,0г оғиз орқали бир мартаба
- цефуросим 750мг.дан мушак орасига ҳар 12 соатда курсга 3г.

Агар бемордан ажратиб олинган гонококклар штамлари пенициллинга сезувчанлигини сақлаб қолган бўлса, ёки шу региондаги штамларнинг чидамчилиги 5%дан кам бўлса, пенициллин қўллаш мумкин: Бензипенициллиннинг натрийли тузи биринчи инъекция 600000 ТБ мушак орасига, кейинги инъекциялар 400000 ТБ ҳар 4 соатда, курс учун 5000000 ТБ.

Асоратланган сўзакни даволаш

(икки ойдан ортиқ бўлган сурункали сўзак)

Даволаш стационарда ўтказилади.

Асосий схема:

- цефтриаксон 1,0г. Мушак орасига ёки вена ичига ҳар 12 соатда, курс учун 10г.
- цефотоксим 1,0г. Мушак орасига ҳар 12 соатда, курс учун 10г.
- доксциклин 100мг.оғиз орқали, курс учун 2,0г.

Альтернатив схемалар:

- канамицин 1г. мушак орасига ҳар 12 соатда, курс учун 12 г.
- рокситромицин 150мг оғиз орқали ҳар 12 соатда, курс учун 3,0г.
- азитромицин 500мг оғиз орқали кунига 1 маҳалдан, курс учун 3г.

Пенициллинга сезувчанлиги сақланиб қолган гонококклар штамлари аниқланса, пенициллин буюриш мумкин. Бензипенициллин натрийли тузи биринчи инъекция 600000 ТБ мушак орасига, кейингилари 400000 ТБдан ҳар 4 соатда мушак орасига, курс учун 12-15млн ТБ.

Қўзнинг гонококкли инфекцияси

Асосий схема:

- цефтриаксон 1,0г м/о ёки в/и ҳар 12 соатда, курс учун 10г.
- цефотоксим 1,0г м/о ҳар 12 соатда, курс учун 10г.
- доксциклин 100мг оғиз орқали кунига 1 маҳал, курс учун 2,0г.

Альтернатив схемалар:

- канамицин 1млн. ТБ м/о ҳар 12 соатда, курсга 12..
- рокситромицин 150мг оғиз орқали, ҳар 12 соатда, курсга 3г.
- азитромицин 500мг оғиз орқали,курсга 3г.

Чақалоқлардаги гонобленнорея

Асосий схемалар:

- цефтриаксон 1кг. вазнга 25-50мг.дан (125мгданортмаслиги керак) мушак орасига ҳар 12 соатда, курс учун 2г.
- цефотаксим 25мг/кг мушак орасига ҳар 12 соатда, курсга 2г.
- бензинпенициллин натрийли тузи 100000 ТБдан ҳар 4 соатда, курс учун бмлн.ТБ.

Чақалоқларда гонококкли офтальмиянинг профилактикаси

- 0,5-1%ли эритромициннинг малҳами бир марта суртилади.
- пенициллиннинг натрийли тузи 1:10 суюлтирилган эритмаси яллиғланиш белгилари йўқолгунга қадар томизилади.
- сульфацил натрийнинг 30%ли эритмаси туғилгандан сўнг дарҳол кўзга томизилади, 2 соатдан кейинмуолажа қайтарилади. Қиз бола чақалоқларда бир вақтнинг ўзида жинсий аъзолар шу эритма билан артилади.

Ҳомиладорларни даволаш

Ҳомиладорларни даволашда антибиотиклардан пенициллинлар, макролидлар (эритромицин), спектиномицин, цефалоспоринлар (цефтриаксон) қўлланилади. Тетрациклинлар, фторхинолонлар, аминогликозидлар қўлланилмайди. Ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида даволаш таъхисга мос равишда олиб борилади.

Асосий схемалар:

- цефтриаксон 1,0г м/о ёки в/и ҳар 12 соатда, курсга 10г.
- цефотаксим 1,0г м/о ҳар 12 соатда, курсга 10г.
- пенициллин биринчи инъекция 600000 ТБ, кейингилари 400000ТБдан ҳар 3 соатда, курсга 12-15млн.ТБ.

Альтернатив схемалар:

- эритромицин 500000 ТБ суткасига 4 маҳал,курс учун 14-16млн.ТБ.
- рокситромицин 150мг оғиз орқали ҳар 12 соатда, курсга 3г.

Болаларда сўзакни даволаш

Тана оғирлиги 45кгдан юқори бўлганлар катталар схемаси бўйича даволанадилар. Вазни 45 кг.дан кам бўлган болаларга тавсия қилинадиган даволаш схемалари.

Асосий схемалар:

-цефтриаксон 125мг м/о ҳар 12 соатда, курсга 3г.

-пенициллин 100000ТБ дан ҳар 4 соатда, курсга 10-12млн.ТБ.

Альтернатив схемалар:

-амоксициллин 250мг оғиз оркали ҳар 6 соатда, курсга 5,0г.

-азитромицин 1кг оғирликка 30мгдан, курсга 3-5 кун.

Иммунотерапия

Иммунотерапия сўзакни даволашда ёрдамчи усуллардан бири бўлиб, инфекцияга қарши қурашда организмнинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширишга қаратилгандир. Иммунотерапияни специфик ва носпецифик турларга ажратиш мумкин.

Специфик иммунотерапия гоновакцина ёрдамида ўтказилади. Гонококларга қарши вакцина янги торпид сўзақда, сурункали сўзақда, антибиотикотерапия самара бермаган ҳолларда қўлланилади. Амбулатория шароитида даволанганда вакцинотерапия антибиотикотерапия билан бир вақтда ўтказилади, стационарда даволанганда аввал вакцинотерапия ўтказилади, кейин антибиотиклар буюрилади, бу рационал ҳасобланади. Вакцина мушак орасига (думба соҳасида) юборилади. Гоновакцина юборилганда умумий реакция (умумий холсизлик, бош оғриши, лоҳаслик), маҳаллий реакция (инъекция соҳасида оғрик, кизариш), ўчоғли реакция (ажралмаларнинг кучайиши, зарарланган аъзоларда оғрик, сийдикнинг лойқаланиши), температура реакцияси (хароратнинг қўтарилиши) кузатилади. Торпид ва сурункали сўзақда гоновакцинанинг бошланғич дозаси 300-400млн. микроб таначасига тенг, асоратланган сўзақда (ўткир эмас) 200-250млн. микроб таначасига тенг. Гоновакцина кун оша ёки 2 кун оша қилинади, ҳар сафар дозани 150-300млн. микроб таначасига ошириб борилади, аммо бир марталик доза 2млд. Микроб таначасидан ортмаслиги керак, курс учун 6-8 инъекция буюрилади. Аёлларда торпид ва сурункали сўзак бўлса, бачадон бўйин қисми шиллик қавати ва уретра шиллик қавати остига ўчоғли (ёки маҳаллий) вакцинация қўллаш мумкин, бунда кичик дозалардан бошланади: 50млн. микроб таначасидан бошлаб, ҳар сафарги инъекцияда 150-200млн. микроб таначаси миқдорида орттириб борилади. Бу усулда вакцинация ўтказилганда 20-30 минутдан кейин кучли умумий ва температура реакцияси юзага келади. Бу усулни фақат стационар шароитида қўлланилади,

хомиладорларда, менструация пайтида, ўткир яллиғланиш борлигида қўллаш мумкин эмас.

Болаларда вакцинанинг дастлабки дозаси 50-100млн. микроб таначасидан ортмаслиги керак, энг юқори дозаси эса 500млн. микроб таначаси, 3 ёшгача бўлган болаларга гоновакцина қилиш мумкин эмас. Вакциноterapiaга қарши кўрсатмалар: фаол сил касаллиги, юрак-кон томир тизимининг органик зарарланиши, буйрак ва жигарнинг оғир ҳасталиклари, кучли ривожланган камқонлик, ўта озиб кетиш, аллергиялик касалликлар, менструация.

Носпецифик иммуноterapia кўпинча пирогенал ёрдамида амалга оширилади. Кўрсатмалар: янги торпид сўзак, сурункали сўзак, аднексит. Қарши кўрсатмалар: хомиладорлик, ўткир иситмали касалликлар, гипертония, фаол сил, менструация. Қандли диабетда ва 60 ёшдан ортган беморларда эҳтиёткорлик билан кичик дозаларда бошланади ва реакция натижасига қараб дозаси орттирилади.

Пирогенал аёлларда 2,5-5,0мкг. дан бошланади, мушак орасига 1-2 кун оша юборилади, ҳар сафар дозаси 2,5-5,0мкг. дан ошириб борилади, максимал дозаси 100мкг.дан ортмаслиги керак. Тана ҳароратини 1 градусга орттиришга эришиш керак, агар реакция кучли бўлса (бош оғриги, юқори ҳарорат, титраб қалтираш, кўнгил айнаши, белда оғрик) инъекциялар оралигини 1 ёки 2 кунга узайтириш керак, ёки охириги дозани қайтариш керак. Пирогенал гоновакцина билан бирга ҳам қўлланилади. Бунда унинг дастлабки дозаси 2,5-5,0мкг., гоновакцинаники 200-300млн. микроб таначаси. Кейинги ҳар инъекцияда пирогенал 5,0 мкг.га, гоновакцина 150-300 млн. микроб таначасига орттириб борилади, пирогеналнинг максимал дозаси 100 мкг., гоновакцинаники 1,2млд. микроб таначаси. Иккала препарат битта шприцда юборилади.

Продигиозанга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар пирогенал каби. Продигиозанга дастлабки дозани 15мкг.дан бошланади, препарат 4-5 кунда бир мушак орасига юборилади, ҳар сафар дозаси 10-15 мкг.дан орттириб борилади (умумий, ўчоғли, маҳаллий реакцияга қараб), бир марталик максимал дозаси 75мкг.

Аутогемотерапияга кўрсатма: зарарланган аъзода кучли оғрик, юқори ҳарорат ва умумий аҳволнинг оғирлашувини чақирадиган сўзакнинг асоратлари. Беморнинг аҳволи яхшилангач эса бошқа фаол иммуноterapiaга ўтилади.

Левамизол 150мг дан кунига 1 маҳал 3 кун давомида оғиз орқали қабул қилинади, кейин 4 кун танаффус қилинади сўнгра яна 3 кун қабул қилинади, курс учун цикл 4 марта такрорланади. Левамизол сўзак билан қайта касалланганда, торпид ва сурункали сўзакда, сўзакнинг асоратларида қўлланилади.

Калий оротат 0,5г.дан суткасига 4 маҳалдан 20-30 кун давомида берилади.

Метилурацил 0,5г.дан кунига 2 маҳал, курс учун 10-14 кун.

Миелонид 6мг.дан болдирнинг орқа томонининг марказий соҳасига тери остига кун оша юборилади, курс учун 18мг.

Глицирам 0,05г.дан кунига 3 маҳал, 10 кун давомида берилади.

Тактивиннинг 0,01%ли эритмаси тери остига 0,5мл.дан кун оша юборилади, курс учун 7-8 инъекция.

Тимактин сўзакнинг асоратларида тил остига 0,1г.дан 3 кунда бир берилади, курс учун 0,5г.

Лазер нури билан нурлантирилган беморнинг ўз конини реинфузияси. Нурлантириш 4-5 минут давомида ЛГ-75 лазери ёрдамида ўтказилади, тўлқин узунлиги 633нм., куввати 25мВт. Муолажа 3-4 кун оралатиб 2-3 маротаба ўтказилади.

Биоген стимуляторлар ва ферментлар

Касаллик ўчоғидаги инфилтратларнинг сўрилишини тезлатиш мақсадида биоген стимуляторлар ва ферментлар қўлланилади: алоэ экстракти, ФиБС, пеллоидодистиллат, ойнасимон тана, трипсин, химотрипсин каби препаратлар одатдаги терапевтик дозаларда қўлланилади.

Алоэ экстракти 1,0мл.дан тери остига, ҳар куни, курс учун 15-30 инъекция. ФиБС 1,мл.дан тери остига ҳар куни, курсга 15-20 инъекция. Пеллоидодистиллат тери остига 1,0мл.дан ҳар куни курсга 15-20 инъекция. Ойнасимон тана 2,0мл.дан тери остига ҳар куни, курсга 15-20 инъекция. Трипсин ва химотрипсин 5-10мг.дан кунига 1-2 маҳалдан, курс учун 6 тадан 15 тагача инъекция. Плазмол 1-2мл.дан ҳар куни ёки кун оша, курсга 10 инъекция. Спленин 2,0мл.дан мушак орасига ҳар куни 10 кун мобайнида. Плацента экстракти 1-2мл.дан ҳар куни ёки кун оша, курс учун 15-20 инъекция.

Аёллар сўзаги ва унинг асоратларини маҳаллий даволаш

Маҳаллий даво антибиотикотерапия ўтказилгандан кейин амалга оширилади. Ўткир уретритда канал чуқур ювилгандан кейин 1-2%ли протаргол эритмаси ёки 3% ли колларгол эритмаси ёки 0,5%ли кумуш нитрат эритмаси билан 3 кунда бир марта инстиляция қилинади. Нем ўткир уретритда кумуш нитратнинг 0,5-1%ли, протарголнинг 3-5%ли эритмаси қўлланилади. Сурункали уретритда уретра массаж қилинади, кейин 3 кунда бир марта тоза ихтиол суртилади ёки 1% Люголь эритмаси суртилади.

Ўткир сўзак вульвитда ромашка билан (1 ош қошиқ 2стакан сувга) ёки перманганат калийнинг 1:8000 эритмаси билан ўтирувчи ванна қилинади, ваннанинг ҳарорати 38 градус, давомийлиги 10-15 минут.

Нимўткир сўзак вульвитда протарголнинг глицериндаги 10% эритмаси суртилади.

Ўткир сўзак бартолинитида кунига 1-2 маҳалдан ўтирувчи ванна ромашка ёки перманганат калий эритмаси билан (юкорида кўрсатилгани каби). Маҳаллий аутогемотерапия (1-3мл қон бездан юкорирокка ва пастроққа), 2 кундан ўтказиб курсга 2-4 мартаба қилинади. Нимўткир сўзак бартолинитида псевдоабсцессни 2см ўлчамда кесиб, безнинг ичи йирингдан тозаланади, йод суртилади, ок стрептоцид сепилади, турунда қўйиб тампонада қилинади.

Сурункали сўзак бартолинитида маҳаллий аутогемотерапия, стационар шаронтида маҳаллий гоновакцина.

Пельвеоперитонитда қорин соҳасига 30-60 минутга муз қўйилади, 3 соат танаффусдан кейин яна қайтарилади (Щеткин-Блюмберг симптоми йўқолгунча).

Нимўткир сўзак эндометрити, сальпингоофоритида 48 соат мобайнида вазелин билан иситувчи компресс қўйилади. Сурункали эндометрит, сальпингоофоритда қориннинг пастки қисмига грелка, натрий хлорининг иссиқ изотонит эритмаси билан (100мл) микроклизма.

Ўткир сўзак проктитида протарголнинг 50 мл 1%ли эритмаси билан кун оша микроклизма, кунига 2-3 маҳалдан белладонна шами қўйилади. Ёриқлар ва экскорациялар бўлса, 3-5%ли кумуш нитрат эритмаси суртилади. Нимўткир проктитда 3%ли протаргол эритмаси билан микроклизма.

Сурункали протитда сут кислотасининг 2%ли эритмаси билан 24 соатта тампонада қилинади.

Ўткир сўзак эндоцервицитида протаргол ёки колларголнинг 3%ли эритмаси билан қин ваннаси, қин шарикларини (протаргол 1,5, қанд 4,0, сут шакари 3,0, какао мойи 1,0) қўйиш. Ним ўткир эндоцервицитда водород пероксиди билан қин ваннаси, кейин қинни қуритиб протарголнинг глицериндаги 10%ли эритмасини 24 соатта қўйиш. 3%ли колларгол ваннаси билан алмаштириб туриш. Цервикал каналнинг 1,5см ичкарасига Люголни глицериндаги 1%ли эритмасини ёки кумуш нитратнинг 2-3%ли эритмасини суртиш (3-4 кунда бир марта).

Сурункали эндоцервицитда ҳар 3-4 кунда бир марта кумуш нитратнинг 2%ли эритмаси билан ванна қилиш.

Қизалоқлардаги сўзакни маҳаллий даволаш. Ўткир вульвовагинитда 10-15 минутдан ўтирувчи иссиқ ванналар ромашка билан. Сурункали вульвовагинитда ингичка резина катетер ёрдамида калий перманганатнинг эритмаси (1:8000) билан ювилади, кейин шу катетер орқали протаргол эритмаси (1-2%ли) ёки кумуш нитрат эритмаси (0,25-1,0%ли) жўнатилади.

Сурункали протитда 2-3%ли протаргол эритмаси 30-40мл миклориди клизма қилинади.

Ўткир уретритда вульвовагинит каби, нимўткир уретритда 0,5-1%ли протаргол ёки 1-2%ли колларгол эритмасини пипетка билан 3-4 томчидан уретрага томизиш. Сурункали уретритда 2%ли протаргол ёки 0,25-0,5%ли кумуш нитрат эритмасини 3-4 томчидан томизиш.

Сўзакни даволаш ва олдини олиш бўйича охириги йўриқнома 2017 йили қабул қилинганлигини, бизнинг назоратимизда бўлган қўпгина беморлар ундан олдинги даврда даволанганлигини ҳисобга олган ҳолда айтиш жоизки, назоратимиздаги беморлардан қўпчилиги аввалги йилларда қабул қилинган йўриқномалар асосида даволанганлар.

Бизнинг кузатувимиздаги 1157 беморларнинг даволаниши оқибатларини ўрганиш натижасида қуйидагилар маълум бўлди. Бензилпенициллиннинг натрийли тузи билан 327 бемор даволанган, улардан 113 тасида ўткир, 214 тасида сурункали сўзак диагнози аниқланган. Янги ўткир сўзак аниқланган беморларга пенициллин курс учун 6 млн.ТБ да буюрилган, сурункали беморларга эса иммунотерапиядан кейин 12 млн.ТБ да буюрилган. Янги ўткир сўзак

билан даволанган беморлардан 104 нафарда даволанишдан кейинги соғайганлик мезонини аниқлаш давомида (контрол текширувларда) уларнинг соғайганлиги аниқланган (гонококklar суртмада ва экмада топилмаган), бу 92% ни ташкил қилади. 9 нафар беморда эса қайта текшириш давомида гонококklar топилган, яъни улар соғаймаган, бу 8% ни ташкил қилади. Бу беморлардан олинган ажралмалар экмада гонококklarнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлангандан кейин қайтадан даволаниш ўтказилган, бунинг учун уларга таривид (офлоксацин) препарати оғиз орқали 400мг.дан ҳар 12 соатда, курс учун 4г. микдорида буюрилган. Даволанишдан кейинги контрол текширишлар уларнинг соғайганлигини кўрсатган (гонококklar суртмада ва экмада топилмаган). 214 нафар сурункали сўзакка чалинган беморлардан 181 нафарда даволангандан кейинги текширувларда суртмада ҳам, экмада ҳам гонококklar топилмаган, яъни улар соғайган (84,6%). Беморларнинг 33 нафарда қайта текширилганда гонококklar топилган, яъни даволаш самарасиз бўлган (15,4%). Бу беморларда ҳам гонококklarнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангач, қайтадан иммунотерапия ўтказилган ва 21 беморга цефтриаксон 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 10г. буюрилган, 12 табеморга эса спектиномицин 2,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 6,0г. буюрилган. Қайта даволангандан сўнг барча беморларда контрол текширувда гонококklar топилмаган.

Цефтриаксон антибиотиғи 381 нафар беморни даволашда қўлланилган. Бу беморлардан 133 нафарда янги ўткир сўзак, 248 нафарда сурункали сўзак аниқланган. Ўткир сўзак билан оғриган беморларга цефтриаксон 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 4,0г. микдорида буюрилган. Беморлардан 131 нафарда даволангандан кейинги текширувларда гонококklar топилмаган, улар соғайганлар (98,5%), 2 нафар беморда қайта текширувда гонококklar топилган (1,2%), уларга спектиномицин 2,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 6,0г. буюрилган. Бу беморлар даволанишдан сўнг текширилганда гонококklar топилмаган. 248 нафар сурункали сўзак билан оғриган беморларга иммунотерапиядан кейин цефтриаксон 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 10г. буюрилган. 248 нафар бемордан 241 нафарда даволашдан кейинги текширувларда гонококklar топилмаган (97,2%), 7 нафар беморда даволаш самара бермаган. Бу беморларга қайтадан иммунотерапия ўтказилгач, азитромицин кунига 1 маҳал 500мг.дан,

курс учун 3г. буюрилди. Даволангандан сўнг текширилганда гонококклар топилмади, яъни улар соғайган.

Спектиномицин 96 нафар беморда қўлланилган, улардан 43 нафарда янги ўткир сўзак, 53 нафарда сурункали сўзак аниқланган. Ўткир сўзак билан оғриган 43 нафар беморнинг барчасида контрол текширувда гонококклар топилмаган (100%), 53 нафар сурункали беморнинг 52 нафарда даволангандан сўнг гонококклар топилмаган (98,1%), 1нафарда самара кузатилмаган (1,9%). Бу беморга қайтадан ўтказилган иммунотерапиядан сўнг цефтриаксон 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 10г. миқдорда буюрилди ва беморда соғайиш қайд қилинди.

Цефотоксим антибиотигини 208 нафар беморда қўлланилган, улардан 62 нафари ўткир сўзак билан, 146 нафари сурункали сўзак билан касалланган. Янги ўткир сўзакда беморларга цефотоксим 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 3,0г. буюрилди. 60 нафар беморда соғайиш кузатилди (текширувларда гонококклар топилмади, бу 96,8% ни ташкил қилади). 2 нафар беморда қайта текширувда гонококклар топилган, бу беморларга таривид 400мг.дан ҳар 12 соатда, курс учун 4,0г. буюрилди ва уларда соғайиш кузатилди. 146 нафар сурункали сўзак билан оғриган беморлардан 137 нафарда даволашдан кейинги текширувда гонококклар топилмаган, бу 93,8% ни ташкил қилади. 9 нафар беморда қайта текширишда гонококклар топилганлиги сабабли уларга янгитдан иммунотерапия ўтказилган ва канамицин 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 12г. буюрилган, натижада бу беморларда ҳам тўла даволанганлик текширувларда тасдиқланган.

Доксициклин 57 нафар беморда қўлланилган, улардан 22 нафарда ўткир, 35 нафарда сурункали сўзак қайд этилган. Ўткир сўзак билан оғриган беморларга доксициклин 100мг.дан, курс учун 1,0г. буюрилди. 22 нафар бемордан 19 нафарда даволангандан кейинги контрол текширувда гонококклар топилмади (86,3%). 3 нафар беморда (13,7%) текширувларда қайтадан гонококклар топилганлиги сабабли уларга цефтриаксон (1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 4,0г.) билан қайта даволаш курси ўтказилди ва соғайиш қайд этилди. 35 нафар сурункали сўзак билан оғриган беморларга иммунотерапиядан кейин доксициклин 100мг.дан, курс учун 2,0г буюрилди. Бу беморларнинг 29 нафарда қайта текширилганда гонококклар топилмади, яъни соғайиш кузатилди (82,86%), 6 нафарда эса соғайиш кузатилмади, шунинг учун уларга

қайта ўтказилган иммунотерапиядан сўнг цефтриаксон 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 10г. миқдорда буюрилди, натижада беморларда соғайиш қайд этилди (гонококклар топилмади).

Канамицин антибиотига 88 нафар беморда қўлланилди, улардан 63 нафарда ўткир сўзак, 25 нафарда сурункали сўзак диагнози қайд этилган. 63 нафар ўткир сўзак билан оғриган беморлардан 60 нафарда (95,2%) даволангандан кейинги текширишда гонококклар топилмаган, 3 нафарда (4,8%) гонококклар топилган, бу беморларга қайтадан даво учун азитромицин 2,0г берилган, қайта текширишда гонококклар топилмаган. 25 нафар сурункали сўзак билан оғриган беморларга канамицин 1,0г.дан ҳар 12 соатда, курс учун 12г. буюрилган. Беморларнинг 23 нафарда соғайиш қайд этилган (текширувда гонококклар топилмаган, бу 92%ни ташкил этади), 2 нафарда самара кузатилмаган, уларга азитромицин 500мг.дан, курс учун 3г буюрилди ва беморларда соғайиш кузатилди.

Биз таҳлил қилаётган давр мобайнида 6 нафар сўзак офтальмияси билан касалланган чақалоқлар қайд этилган (туғилиш жараёнида оналаридан касаллик юктириб олинган). Ушбу беморларга қуйидагича даво ўтказилган: 4 нафар чақалоқка бензинпенициллиннинг натрийли тузи 100000 ТБ.дан ҳар 4 соатда, курс учун 6млн. ТБ буюрилган, бир вақтнинг ўзида кўзига пенициллиннинг 1:10 нисбатдаги эритмаси томизилган. 2 нафар чақалоқка эса цефтриаксон 125мг.дан ҳар 12 соатда, курс учун 2,0г буюрилган. Даволашдан кейинги контрол текширувлар чақалоқлар тўла соғайганлигини кўрсатди.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, даволашдан самара кузатилмаган ҳолатларнинг барчасида гонококкларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланиб, олинган натижаларга асосан қайси антибиотикларга сезувчанлик юқори бўлса, ўша антибиотик тайинланган.

Сурункали сўзак билан оғриган беморларга антибактериал терапиядан ташқари албатта иммунотерапия (аутогемотерапия, пирогенал, гоновакцина), умумий қувватни оширувчи даво чоралари (алоз, витаминотерапия, микроэлементлар, темир препаратлари ва ҳ.к.) ҳам бирга олиб борилганини эътироф этиш керак.

Сўзакни даволашда физиотерапевтик усулларнинг қўлланилиши

Сўзакни даволаш жараёнида куйидаги физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш мумкин: компресс, маҳаллий ванналар, микроклизмалар, парафин, озокерит, электрофорез, индуктотермия, УВЧ электр майдони, ультратовуш, микротўлқинли терапия, фонофорез, диадинамик синусоидал тоқлар, электроимпульс терапия, дарсонвализация.

Маҳаллий иссиқ ўтказувчи муолажалар: ванналар, микроклизмалар, иситувчи компресс қўлланиш усули. Иссиқ клизмалар ва ванналар 50С гача иссиқликда кунига 2 ёки 3 маҳалдан қўлланилади, ўтирувчи ванналар учун калий перманганатнинг 1:8000 нисбатдаги эритмасидан фойдаланилади, иситувчи компресс учун вазелин мойидан фойдаланилади. Кўрсатмалар: ванналар, иссиқ микроклизмалар аёлларда парауретритда ўткир жараён пасайгач, перманганат калий билан ўтирувчи ванналар бартолинитда, парауретритда, вульвитда. Вазелин мойи билан қўйиладиган иситадиган компресс юқорига кўтарилувчи сўзакда ўткир фазаси тугагач, қориннинг пастки қисмига 48 соатга қўйилади.

Парафин ва озокерит терапиясини қўллаш усули. Парафинотерапия салфетка-аппликацион усулда ёки қаватланиш усулида қўлланилади, унинг давомийлиги 30 минутдан 1 соатгача, курс учун 10-16 та муолажа. Озокеритотерапия салфетка-аппликацион усулда қўлланилади, муолажанинг давомийлиги 40- 60 минут, курс учун 12-20 муолажа. Парафинотерапия аёлларда юқорига кўтарилувчи сўзакнинг ўткир фазаси ўтгач қўйилади. Озокеритотерапия сўзакнинг ўткир фазасида (экссудатив фазада) бартолинитда қўлланилади, сурункали ва ним ўткир жараёнда қўлланилмайди (пролифератив боскич).

УВЧ электр майдонини қўллаш усули. Ҳар куни 10 минутдан қўйилади, дастлабки 5 муолажа ягши самара беради, юқорига кўтарилувчи сўзакда ўткир аломатлар бартараф бўлгач қўлланилади.

Индуктотермияни қўллаш усули. Аёлларда оралик (промежность) соҳасига ёки қин ичига цилиндрик индуктор ёрдамида қўйилади. Муолажанинг давомийлиги 15-20 минут, курс учун 8 тадан 10 тагача муолажа буюрилади. Артритларда муолажа вақти 30 минутгача, курсга 10-15 та. Кўрсатма: юқорига кўтарилувчи сурункали

сўзак, сурункали эндометрит, сурункали сальпингит, артрит. Қарши кўрсатма: ўткир яллиғланиш жараёни, ўсмалар борлиги ёки юорлигига гумон, кон кетишга мойиллик, юқори ҳарорат, геморрой.

Электрофорез усулини қўллаш. Аёлларда вагинал-тери юзаси усули қўлланилади. Электрофорез учун препаратлардан йод (калий йодид, йодбромли сув), продигиозан, ронидаз, лидаза, гидрокортизон, дикани, антибиотиклар қўллаш мумкин. Муолажанинг давомийлиги 10 минутдан 30 минутгача, ҳар куни қўйилади, курс учун 10-15 та. Кўрсатма: юқорига кўтарилувчи сурункали сўзакнинг авж олган даври, стриктура, артрит. Қарши кўрсатма: ўткир яллиғланиш жараёни, токни индивидуал қабул қилолмаслик, ўсмаларга гумон бўлса.

Ультратовушни қўллаш усули. Лабил усулда, тўхтовсиз режимда, контакт йўли билан ёки ректал нурберувчи орқали, муолажанинг давомийлиги 3-10 минут ҳар куни ёки кун оша, курс учун 10 ёки 12 муолажа. Кўрсатма: сурункали уретрит, проктит. Қарши кўрсатма: ўткир яллиғланиш жараёни.

Фонофорез усулини қўллаш. Ультратовушли фонофорез оралиқ соҳасига доимий лабил режимда 5 минутдан 15 минутгача кун оша, курс учун 15-20 муолажа буюрилади. Дори моддаларидан гидрокортизон, фторокорт, целестодерм мазларидан фойдаланилади. Кўрсатма: сурункали уретрит, цервицит. Қарши кўрсатма: ўткир яллиғланиш жараёни, ўсмаларга гумон.

Микротўлқинли терапия усулини қўллаш. Ректал нурберувчи ёрдамида қўйилади. Муолажанинг давомийлиги 8-15 минут, ҳар куни ёки кун оша, курс учун 10-15 та муолажа. Кўрсатма: сурункали сальпингит ва сальпингоофарит. Қарши кўрсатма: коннинг системали касалликлари, ўсмалар, ўткир яллиғланиш жараёни.

Диадинамик тоқлар усулини қўллаш. Ректал нурберувчи ёрдамида фойдаланилади, муолажанинг давомийлиги 10-15 минут, кун оша буюрилади, курс учун 10-15 та муолажа. Кўрсатма: сурункали сальпингит ва сальпингоофарит. Қарши кўрсатма: коннинг системали касалликлари, ўсмалар, ўткир яллиғланиш жараёни.

Электроимпульс усулини қўллаш. Оралиқ соҳасига кун оша 10-20 минутдан, курс учун 15 тагача муолажа қўйилади. Кўрсатма: сурункали эндометрит, сальпингит. Қарши кўрсатма: ўсмалар, ўткир яллиғланиш жараёни, геморрой, индивидуал қабул қилолмаслик.

Дарсонвализация усулини қўллаш. Оралиқ соҳасига ёки ректал нурберувчи билан ҳар кун ёки кун оша таъсирлантириш 5 минутдан бошланади, ҳар сафар 2 минутдан ошириб борилади ва 15 минутгача отказилади, курс учун 12тадан 15 тагача муолажа. Кўрсатма: сурункали эндометрит, сальпингит. Қарши кўрсатма: ўсмалар, ўткир яллиғланиш жараёни, индивидуал қабул қилолмаслик.

Аёлларда сўзакдан соғайганлик мезонини аниқлаш

Сўзакдан соғайганликни клиник ва бактериологик текширувлар ёрдамида аниқланади. Аёлларда соғайганликни даволаш тугагандан сўнг 7-10 кун ўтгач бошлаш лозим. Уретра, цервикал канал ва бошқа зарарланган ўчоқлардан суртма олиб текширилгандан сўнг комбинацияли провокация (касалликни кўзгатиш) ўтказилади, бунинг учун кимёвий ва биологик провокация тайинланади. Кейин эса 24, 48, 72, 96 соатдан сўнг бактериоскопик текширув ўтказилади, 48, 72, 96 соатдан сўнг эса бактериологик текширув ўтказилади. Агар гонококклар топилмаса, ундан кейинги ҳайз кўриш пайтида ва у тугаши билан ўтказилади. Кейин яна провокация қилинади, 24, 48, 72, 96 соатдан кейин текширилади. Гонококклар топилмаса, кейинги ҳайз кўришдан кейин (2-ҳайз кўриш пайти) яна худди юқоридаги каби текширув ўтказилади, натижалар ижобий бўлса, бемор назоратдан чиқарилади. Юқорига кўтарилувчи сўзак билан оғриган аёлларни ва ҳомилдорлик пайтида сўзак билан оғриган аёлларни 3 та ҳайз кўриш цикли давомида кузатилади.

Қизчаларда сўзакдан соғайганлик мезонини аниқлаш

Барча мактабгача ёшдаги, мактабгача болалар муассасаларига борадиган қизчалар сўзакка қарши даволаш тугагач, 10 кун мобайнида стационарда қоладилар, бу вақт ичида уларга 2 мартаба комбинацияланган провокация ўтказилади, кейин эса 24, 48, 72, 96 соатдан сўнг бактериологик ва 72, 96 соатдан сўнг 2 марта бактериологик (экиш) текшируви ўтказилади, ижобий натижа олинса, уларга болалар муассасаларига боришга рухсат берилади. Шубҳа бўлган ҳолларда кузатув муддатини 1,5 ойга (4 марталик провокация билан текшириш) узайтириш керак.

Сўзакнинг профилактикаси

Сўзакнинг профилактикасида бир неча ўзига хос жиҳатларни кўрсатиб ўтиш зарур. Аввало сўзакнинг юқиш йўлларини аниқ билиш даркор. Маълумки сўзак асосан жинсий алоқа орқали юқади, юқиш эҳтимоли 50% дан юқори. Шунингдек чакалоқларга туғилиш жараёнида туғилиш каналларидан ўтаётганда онасидан асосан кўзга юқиши мумкин. Маиший контакт орқали юқиши эҳтимоли жуда кам, чунки:

-гонококклар организмдан ташқарида жуда тезда халок бўладилар
-касаллик юқиши учун организмга етарли миқдорда гонококклар тушиши зарур. Маиший контаклар организмга етарли миқдорда гонококклар тушишини таъминлай олмайди, шунинг учун унитазларда ўтириш оқибатида, бассейнда чўмилиш, хаммомда ювиниш, идишлар, сочиклар орқали юқиши қарийиб мумкин эмас.

Сўзакнинг профилактикаси аввало алоҳида - алоҳида шахсларга йўналтирилган бўлиши мумкин, кейин эса жамият миқёсидаги тадбирлардан иборат бўлади. Алоҳида шахсга нисбатан йўналтирилган профилактик тадбирлар бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин.

Бунда бирламчи профилактика инсонга сўзакни юктириб олмаслигини кафолатлайдиган тадбирлардан иборат. Бунинг учун:

- 1.Энг аввало бегона шахслар билан, никоҳдан ташқари жинсий алоқага йўл қўймаслик керак. Ҳеч бўлмаганда тестдан ўтган, соғломлиги аниқ бўлган бир шахс билан алоқада бўлиш даркор, жинсий шерикни алмаштирмаслик керак.
2. Барьер (тўсик) усулидаги профилактика. Доимо презервативдан фойдаланиш зарур, бу сизни сўзакдан 100% химоя қилади. Латекс презервативларидан доимо ва тўғри фойдаланиш сўзакнинг тарқалишини олдини олади. Агар латексга аллергия бўлса, пластик (полиуретанли) презервативлардан фойдаланиш мумкин.
3. Фақат битта жинсий шерик билан алоқада бўлиш керак ва доимо сўзакка ва бошқа ЖАВЮК га тестдан ўтиб туриш зарур. Сиз ҳам, шеригингиз ҳам бошқа шахслар билан жинсий алоқа қилмаслиги керак.
4. Агар бегона шахс билан жинсий алоқа қилган бўлсангиз, дарҳол сўзак ва бошқа ЖАВЮКга тест топширинг, ҳаттоки сизда ҳеч қандай касаллик аломатлари бўлмаса ҳам. Агар сизда сийғанда ачишиш пайдо бўлса, жинсий аъзолардан ажралма пайдо бўлса, оғрик пайдо бўлса ёки тошмалар пайдо бўлса, дарҳол врачга мурожаат қилинг.

5. Ҳеч қачон спиртли ичимликлар ва наркотиклар қабул қилманг. Агар сиз спиртли ичимликлар ёки наркотиклар қабул қилсангиз хушёрликни йўқотасиз, ўзингизга ва қилаётган ишингизга танкидий баҳо беролмайсиз ва касаллик юктириб олиш ҳавфи ошади.

6. Сексуал фаол ёшдаги (40 ёшдан паст) аёллар бирор мартаба сўзакка ёки бошқа ЖАВЮКга чалинга бўлсалар, улар ҳар йили тестдан ўтишлари шарт.

Булардан ташқари жинсий алоқадан кейин жинсий аъзоларни совун билан ювиш, дезинфекцияловчи моддаларни (мирамицин, хлоргексидин, интим спрей ва ҳ.к.) инстиляция қилиш ҳам маълум даражада касаллик юқишини камайтиради. Яхшилаб совун билан ювингандан кейин жинсий аъзолар ва соннинг ички юзаси 10%ли бетадин эритмаси билан артилади. Бетадиннинг суюлтирилган 5%ли эритмасини уретрага юбориш мумкин, бундан кейин 2 соатгача сийиш мумкин эмас. Аёллар жинсий аъзосига (яъни қинга) бетадин свечасини (шамини) қўядилар. Бетадиндан ташқари хлоргексидин (гибитан, мирамисцин) ҳам қўллаш мумкин. Бу тадбирларнинг барчаси жинсий алоқадан кейин 4 соат ичида амалга оширилиши керак. Аммо бу тадбирларнинг бирортаси касаллик юқишидан 100% кафолатлай олмайди. Жинсий алоқанинг эртаси кун ичида касалланишнинг олдини олиш учун имконият бор. Бунинг учун венеролог врачна учрашиш даркор ва сўзакка қарши бир курс даво олиш тавсия этилади. Бундан ташқари шахсий ва интим гигиена қоидаларига риоя қилиш талаб этилади. Агар имкони бўлса, жинсий алоқада бўлган шахсни венеролог кўрувига (текширувига) олиб борган маъқул.

Шахсга йўналтирилган иккиламчи профилактика шундан иборатки, бирламчи профилактик тадбирларга амал қилмаслик оқибатида агар жинсий алоқада бўлган шеригида касаллик аниқланса, у билан контактда бўлган шахсда касаллик аниқланмаса ҳам профилактик даво ўтказилади. Сўзак касаллигининг клиник манзараси намоён бўлган беморлар билан охириги 14 кун давомида жинсий алоқада бўлган шахслар албатта тиббий кўриқдан ўтказилдилар ва агар уларда касаллик аниқланмаса, ўткир сўзакни даволаш схемаларидан бири бўйича бир курс профилактик даво оладилар. Агар бирор беморда асимптом (клиник аломатларисиз) сўзак касаллиги аниқланса, бу бемор билан охириги 90 кун ичида жинсий алоқада бўлган шахслар текширилади, агар уларда касаллик аниқланмаса, бир курс

профилактик даво оладилар (янги ўткир сўзакни даволаш схемаларидан бири бўйича). Агар сўзак билан оғриган беморда хламидия инфекцияси бўйича диагностик текширув имконияти бўлмаса, сўзакка қарши асосий даводан ташқари бир курс хламидияга қарши даво ўтказилади: азитромицин 1,0г. оғиз орқали бир марта ёки доксициклин 100мг дан ҳар 12 соатда, 10 кун давомнда.

Касаллик манбаи аниқланмаган сўзак билан оғриган беморларни диспансер кузатувиغا олиш имкони бўлмаса (яшаш ва ишлаш жойи аниқ бўлмаган шахслар, ахлоқсиз турмуш тарзи олиб борувчи беморлар), уларга заҳмга қарши превентив даво ўтказилади. Касаллик манбаи аниқ бўлмаса, аммо яшаш ва ишлаш жойи маълум бўлган сўзак билан оғриган беморларга превентив даво ўтказилмайди, аммо сўзакка қарши даволаш тугагач, 3 ой мобайнида клиник ва серологик назоратда турадилар.

Чақалоқларнинг гонококкли офтальмиясининг профилактикаси учун чақалоқлар туғилиши билан уларнинг кўзига 0,5-1%ли эритромицин малҳами бир мартаба суртилади, ёки пенициллиннинг натрийли тузи 1:10 нисбатдаги эритмаси томизилади, ёки 30%ли сульфацил натрий эритмаси томизилади ва 2 соатдан кейин иккинчи марта томизилади. Қиз бола чақалоқларда эса шу эритма билан жинсий аъзолари артилади.

Сўзаkning жамият миқёсидаги профилактикасида соғлиқни сақлаш ташкилотларининг аҳамияти катта. Уларнинг олдида қуйидаги вазифалар туради:

- Аҳолини сексуал масалалар бўйича ҳар томонлама билими савиясини ошириш
- ЖАВЮК ҳақида маълумотларга эга бўлишини таъминлаш
- Ҳавфсиз секс тушунчаси бўйича консультациялар ўтказиш, презервативлардан фойдаланишни пропаганда қилиш
- Аҳолининг маълум қатламларига (ўсмирлар, секс-индустрияси билан шуғулланувчилар, наркоманлар) қаратилган тадбирлар ишлаб чиқиш
- Аҳоли орасида санитария, тиббий маданиятни ошириш тадбирлари
- Асимптом касаллик ташувчиларда инфекцияни батамом бартараф этиш.

Бунинг учун илмий асосланган тадбирлар ишлаб чиқиш ва уларни амалиётга тадбиқ этиш, ЖАВЮК юқишини олдини оладиган ҳаракат моделларини ишлаб чиқиш талаб этилади. Бунинг учун

аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, уларга ЖАВЮК ҳақида оммабоп маълумотлар бериш, бу касалликларнинг оқибатлари ҳақида тушунтириш ўтказиш, ҳавфсиз секс ахлоқий тушунчасини шакллантириш зарур.

Профилактик тадбирларнинг бошқа шаклларида яна бири босма равишда чиқариладиган санитария бюллетенлари, эслатмалар, буклетлар чиқариш ва уларни аҳоли орасида тарқатишдан иборат. Ёшлардан иборат бўлган ўқув муассасаларида, иш жойларида маърузалар, учрашувлар, савол ва жавоб кечалари, викториналар, доира столлари ташкил қилиш каби тадбирлар ўтказиш керак бўлади. Булардан ташқари видеороликлар тайёрлаш, ижтимоий сайтларда чиқиш қилиш, маълумотлар базасини жойлаш талаб этилади. Бу тадбирларни ўтказиш фақатгина тиббиёт ходимларининггина иши эмас, бунда кенг жамоатчилик, айниқса ёшлар ташкилотлари вакиллари, ўқув юртлари ўқитувчилари, журналистлар фаол иштирок этишлари керак. Тиббиёт ходимлари эса уларга керакли информация, маълумотлар етказиб берувчи вазифасини ўтайдилар. Иккиламчи профилактика эса, беморлардан бошқа инсонларга касаллик юқишини олдини олиш учун қаратилган тадбирлардан иборат бўлади. Бунинг учун улар орасида маърузалар ташкил қилиш, улар билан суҳбатлар ўтказиш, ЖАВЮК ҳақида тушунтириш олиб бориш, бошқа инсонларга юктириши оқибатларини эслатиш (жиноий жавобгарлик), уларнинг ҳуқуқини ўзгартиришга эришишга қаратилган бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Адаскевич В.П. Заболевания, передаваемые половым путем, Витебск, 1996, с. 280.
2. Аковбян В.А., Прохоренков В.И. Болезни, передаваемые половым путем: уроки прошлого и взгляд в будущее. «Вестник дерматологии и венерологии», 1995, №3, с.16-19.
3. Арифов С.С. Терн ва таносил касалликлари. 2010, 372 б.
4. Бадоев И.Н., Ильина Е.Н. «Молекулярные механизмы формирования лекарственной устойчивости *Neisseria gonorrhoeae*, история и взгляд в будущее. «Молекулярная генетика, микробиология и вирусология». 2015г.
5. Беднова В.Н., Бакалова Л.А. Лечение фторхинолонами (таривид, ципробай, абактал) инфекций урогенитального тракта. «Вестник дерматологии и венерологии», 1993, №3, с.77-78.
6. Васильев М.М., Газарян И.Ю., Наволоцкая Т.И. и др. Клинико-лабораторная оценка азитромицина (сумамеда) при гонококковой инфекции. «Вестник дерматологии и венерологии», 1995, №6, с.14-17.
7. Васильев М.М., Дмитриев Г.А., Газарян И.Ю., Джабраилов А.М. Современные аспекты терапии гонококковой инфекции. «Вестник дерматологии и венерологии», 1996, №3, с.27-32.
8. ВОЗ: Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, на 2016-2021гг. на пути к ликвидации ИППП. Июнь 2016. Доклад секретариата. А69/33.
9. ВОЗ: Рост устойчивости гонококков к антибиотикам, новые лекарственные средства. 7 июль, 2017г. Доклад секретариата.
10. ВОЗ: Гонорея с множественной лекарственной устойчивостью. 11 ноябрь 2021г. Доклад секретариата.
11. Громыко А.И. Эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы. «ЗППП», 1996, №6, с.22-25.
12. М., Савичева В., Соколовский Е., Балларда Р., Унемо М. Руководство по лабораторной диагностике инфекций урогенитального тракта. 2012г.
13. Кира Е.Ф. Пути повышения эффективности диагностики и лечения сексуально-трансмиссивных заболеваний в гинекологической практике. «ЗППП», 1996, №2, с.33-38.
14. "Классик таносил ва терининг бқумли касалликлари бўлган беморларни олиб бориш бўйича йўриқнома". ЎзР. ССВ. Буйруғи №633, 2017й. 23 октябрь.

15. Кубанова А.А., Рахматуллина М.Р., Соломка В.С., Плахова К.И. и др. Антибиотикорезистентность *Neisseria gonorrhoeae* в Российской Федерации, современные тенденции. «Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия», 2016.
16. Потекаев Н.Н., Кисина В.И., Гушин А.Е., Новожилова О.А. и др. Современные проблемы по организации выявления и регистрации гонококковой инфекции в Москве. «Клиническая дерматология и венерология», 2019, т.18, №6, с.668-674.
17. Рахматуллина М.Р., Соколовский Е.В., Фриго Н.В. «Федеральные клинические рекомендации по ведению больных гонококковой инфекцией. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. 2013г.
18. Уфимцева М.А., Ворошилина Е.С., Комаров А.А., Гурковская Е.П. и др. Современные мировые тенденции в эпидемиологии гонококковой инфекции. Обзор литературы. «Клиническая медицина», 2021г.
19. Шипицына Е.В., Максимова А.А., Гушин А.Е. и др. Качество лабораторной диагностики гонококковой инфекции. «Журнал акушерства и женских болезней», 2008, 57(3), с.60-66.
20. Цеслюк М.В., Гушин А.Е., Савочкина Ю.А. и др. Сравнение методов лабораторной диагностики гонореи с применением «расширенного золотого стандарта». «Клиническая лабораторная диагностика», 2008, №7, с.48-53.
21. Ayala J.C. et.al. Gonococcal clinical strains bearing a common *gdh R* single nucleotide polymorphism that results in enhanced expression of the virulence gene *Ic+P* frequently possess a *mtrR* promoter mutation that decreases antibiotic susceptibility. *mBio* 2022. PMID 35258329.
22. Bradbury B.J. Pucci M.J. Recent advances in bacterial topoisomerase inhibitors. *Curr. Opin. Pharmacol.* 2008;8:574-581.
23. Chan P.A., Robinette A., Montgomery M. et.al. Extragenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: a review of the literature. *Infect. Dis. Obstet Gynecol.* 2016 (6):L-17.
24. Moran J.S., Levine W.C. Drugs of Choice for the Treatment of Uncomplicated Gonococcal infections// *Clinical Infectious Diseases*. 1995 №20 (Suppl.1).P.47-65.
25. R. Are pleuromutilin antibiotics finally fit for human use? *Ann.* №4. *Acad.Sci.* 2011,1241:71-81.
26. Patton M. Extragenital chlamidia, gonorrhoea common in MSM, but often missed. *Clin. Infect. Dis.* 2014.-vol.58, №11.-P.1564-1570.

27. Persy L., Langley K., Harrison E. et.al. Extragenital gonorrhoea testing in heterosexual. // *Sex.Trans.infect.* 2015.vol.91.-P.24-25.

28. Raisman J.C. et.al. Evolutionary paths to macrolide resistance in a *Neisseria* commensal converge on ribosomal genes through short sequence duplications. *PLOS One.*2022,PMID 35025928.

29. Trebach J.D., Chleauk C.P., Page K.R. et.al. *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* among women reporting extragenital exposures// *Sex. Trans. Dis.* 2015-vol 42, №5.-P.233-239.

30. Unemo M. et.al. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* and treatment of Gonorrhoea. *Methods Mol. Biol.* 2019.

Электрон адабиётлар

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/ru>

<https://doi.org/10.1155/2016/5758387>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379221>

<https://doi.org/10.1007/978-3-642-14663-3;6>

<https://www.gejlibraey.com/>

<https://www.southern Nevada healthdistrict.org>

<https://www.cyberleninka.ru>

<https://www.solnov.ru>

<https://oxford-med.com.ua>

WHO. Guidelines for the Treatment of Neisseria gonorrhoeae//Geneva; World Health Organization,2016

<https://www.rkvd1ufa.ru>

<https://www.12rkvd.ru>

<https://www.11gdp.by>

<https://www.msth.by>

<https://www.who.int/ru/news/item/07-07-2017>

<https://www.sechenov.ru/press>

<https://www.uromedhelp>

<https://www.krasota I medicina.ru>

<https://www.medbooking.com>

<https://www.msmanuals.com>

МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	3
Сўзак касаллигининг этиологияси.....	4
Сўзак касаллигининг эпидемиологияси.....	5
Сўзак касаллигининг патогенези.....	10
Сўзак касаллигида иммунитет.....	11
Аёлларда сўзакни аниқлашнинг ўзига хос жиҳатлари.....	12
Сўзакнинг лаборатория диагностикаси.....	15
Сўзакнинг синфларга бўлиниши.....	19
Сўзакнинг аёлларда кечишининг ўзига хос жиҳатлари.....	20
Сўзакнинг юқиб йўллари.....	22
Сўзакнинг инкубацион даври.....	23
Аёлларни текширишнинг ўзига хос жиҳатлари.....	24
АЁЛЛАР СЎЗАГИНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ	
Вульванинг яллиғланиши.....	26
Вестибулит.....	27
Уретранинг яллиғланиши.....	27
Парауретрит.....	29
Катта вестibuляр безларнинг яллиғланиши (бартолинит).....	29
Вагинит.....	31
Бачадон бўйин қисмининг яллиғланиши (эндоцервицит).....	32
Юқорига кўтарилувчи сўзак.....	32
Эндометрит, эндомиометрит.....	35
Сальпингит ва сальпингоофорит.....	37
Перитонит.....	40

ЭКСТРАГЕНИТАЛ СЎЗАК

Тўғри ичак сўзаги.....	42
Сўзак цистити.....	43
Орофарингеал сўзак.....	43
Сўзак стоматити.....	43
Кўзнинг сўзаги.....	44
Гонококки сенсис.....	45
Бўғимларнинг яллиғланиши.....	45
Перигепатит ёки Фитц-Хью-Куртис синдроми.....	47
Мушакларнинг зарарланиши.....	48
Сўзакнинг аёлларнинг фарзанд кўриш функциясига таъсири.....	48
Туғишдан олдинги даврдаги (хомиладорлик давридаги) сўзак.....	50
Туғишдан ва абортдан кейинги даврлардаги сўзак.....	54
Қизалоқлар сўзаги.....	55
СЎЗАКНИ ДАВОЛАШ	
Сўзакни даволашга оид қисқача маълумотлар.....	57
Альтернатив даволаш схемаси.....	62
Гонобленореяни даволаш.....	63
Сўзакни даволашнинг умумий принциплари.....	64
Асосий схема.....	65
Хомиладорларни даволаш.....	66
Иммунотерапия.....	67
Аёллар сўзаги ва унинг асоратларини маҳаллий даволаш.....	70
Физиотерапевтик усулларнинг қўлланилиши.....	75
Аёлларда сўзакдан соғайганлик мезонини аниқлаш.....	77