

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ХИРУРГИК СТОМАТОЛОГИЯ ФАКУЛЬТЕТИ ХИРУРГИК ФАНЛАР

ЙЎНАЛИШИ КАФЕДРАСИ

«Тасдиқлайман»

Хирургик стоматология
факультети декани профессор
Амануллаев Р. А.

«____» _____ 2015 г.

**Очиқ маъруза мавзуси: Аёллар жинсий аъзоларининг специфик
ва носпецифик яллигланиш касалликлари**

(стоматология факультети учун маъруза матни)

Тошкент – 2015

**Маъруза мавзуси: Аёллар жинсий аъзоларининг специфик ва носпецифик
яллигланиш касалликлари**

2 соат

Маъруза режаси:

1. Кириш.
2. Аёл организмидаги антибактериал химоя.
3. Инфекцияни юкиш йуллари.
4. Этиология ва патогенез.
5. Яллигланиш касалликлари классификацияси
6. Яллигланиш жараёни боскичлари.
7. Жинсий аъзолар пастки кисми яллигланиш касалликлари.
8. Жинсий аъзолар юкори кисми яллигланиш касалликлари.
9. Яллигланиш касалликларини даволаш принциплари.

Маъруза максади:

Талабаларни яллигланиш касалликларини этиологияси ва патогенези билан таништириш, яллигланиш касалликларини асосий текшириш ва даволаш усуллари хакида маълумот бериш.

Калит сузлар: яллигланиш касалликлари, специфик ва носпецифик этиологияли, TORCH- инфекция, вульвит, бартолинит, кольпит, цервицит, эндометрит, параметрии, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, текшириш усуллари, даволаш принциплари.

**АЕЛ ЖИНСИЙ ОРГАНЛАРИНИНГ НОСПЕЦИФИК ЭТИОЛОГИЯЛИ
ЯЛЛИГЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Ажонинг яллигланиш касалликлари гинекологик касалликлар орасида учраш сони буйича биринчи уринларда бирида туради. Уларнинг бу кадар куп учрашида аёл организмидаги анатомио-физиологик хусусиятлар алохида урин тутди. Уларга жинсий органларни ташки таъсирга якинлиги, хайз функциясига боглик булган хар ойдаги циклик

узгаришлар, ҳамда аборт ва тугрук вақтида куп еки кам микдордаги жинсий йулар тукумасининг травматизацияси киради. Бундан ташқари хомиладорлик вақтида организмнинг касал тугдирувчи ташки муҳитнинг турли таъсирларига қаршилигининг камайиши, тукумалар шикасти, оператив арашувлар, постгеморагик анемизация билан кушилиб келганда яллигланиш процессининг ривожланишига олиб келади. Организмнинг қаршилиқ кучини пасайтирувчи факторларига психик ва физик толиқиш, совук қотиш, грипп ва бошқалар ҳам киради. Носпецефик яллигланиш стрепто- ва стафилококклар, ичак таёкчаси, протей ва бошқа микроорганизмлар томонидан чақирилади. Сурункали процессларда яллигланиш учокларида куп холларда энтерококк ва ичак таёкчаси аниқланилади. Инфекциянинг тарқалиши каникуляр, гематоген ва лимфоген цуллари орқали содир бўлади. Купинча тарқалишни кушилиб келган йуллари кузатилади. Яллигланиш учогининг локализациясига қараб вульвит, цервицит, эндометрит, сальпингоофарит фарқланади.

Яллигланиш касалликларни уткир, уткир ости даражалари патогенезида кузгатувчи микроб муҳим роль уйнайди. Унинг қилиши билан яллигланиш учогини чегаралашга қаратилган организмнинг қаршилиқ реакциялари ишга тушади. Касалликларнинг сурункали босқичларида кузгатувчи узининг патогенетик аҳамиятини йукотади. Бу фактни даволаш чораларини танлашга ҳисобга олиш ута муҳим аҳамиятга эга. Процессни авж олиши купинча инфекцияга боғлиқ бўлмай носпецефик факторларнинг таъсири туфайли вужудга келади. Буларнинг ҳаммаси бош миёна пустлогиддаги туриб қолган учок кузгалувчанлигининг из реакцияларини кучайтиради. Клиник жиҳатдан бу ҳолат оддий яллигланиш процесси қуринишида кечади.

Организмдаги мавжуд яллигланиш учоги маркази нерв системаси ҳолатига таъсир қурсатади (гипоталамо-гипофизар бўлимга). Касалликларнинг сурункали кечишида чанок органларининг нерв системаси ҳам процессга тортилади. Ривожланаётган вегетатив-невростеник узгаришлар қорин бўшлиғидаги тугунларни шикастлаб чиқиш характерига эга. Сурункали яллигланиш процессига купинча гипотония ва прессор реакцияларга мойилиқ билан характерланувчи қон томир системасидаги бузилишлар эндошиб келади. Одатта, жинсий органлар қон таъминоти дефецити алоҳида урин туттади. Бундай ташқари сурункали яллигланиш процесси гипофизнинг, бўйрак усти безлари ва тухумдонларнинг гонадотроп функциясини пасайиши билан боровчи бузилишларга олиб келади.

Яллигланиш касалликлари бўлган аёллар жинсий органларидаги характерли бузилишлар:

1. **огриклар** – доимий симптомлардан бири. Жинсий органларни таъсирланиши натижасида пайдо бўладиган импульслар орқали миёна орқали таламик областга утқазилиб, бош миёна пуслогига етиб боради ва бу ерда огрик сезиш хусусиятига қайта ишланади. Яллигланиш процессларидаги огрик куп сонли факторларга (чандикли процесслар) ва огрик сезувчи рецепторларнинг физико-химиявий таъсирланишга (моддолар алмашинувининг бузилиши, интоксикация) боғлиқ. Улар қатор хусусиятларга эга:
 - яллигланиш процессининг чанок қорин пардасига утишида огрик метрозэндометритдагига қараганда интенсивроқ бўлади
 - яллигланиш процессининг уткир босқичида огрик уткирости ва сурункали босқичига қараганда интенсивроқ бўлади
 - огрикнинг интенсивлиги яллигланишни чақировчи кузгатувчининг хусусиятига боғлиқ
 - огриклар хайздан олдин ва хайз вақтида, совук қотганда, жисмоний зуриқишда купаяди
2. **хайз функциясининг бузилиши.** Бу бузилишлар гиперполименорея, метрорагия билан кечади. Ациклик қон кетишлар, факатгина жинсий

- аъзоларнинг яллигланиши натижасида келиб чикадиган тухумдон дисфункциясига эмас, балки усмаларга ҳам боғлиқ.
3. жинсий функция. Жинсий ҳаёт пайтидаги оғриқ бачадон ортикалари, боғловчи аппарат, чанок клетчаткаси ва корин парданинг яллигланиши билан боғлиқ. Жинсий алоқа пайтидаги қонли ажралмалар (контакти қон кетиш) саратонда ташқари бачадон бўйни полипида, кольпит, эндоцервицит бачадон бўйни эрозиясида кузатилади
 4. тугиш функцияси. Яллигланиш касалликларига иккиламчи бепуштлиқ характерли
 5. секретор функция. Киндан очил чикиндилярнинг ажраш сабаби бўлиб қупинча бачадон бўйни, бачадон, киндаги яллигланиш процесслари ҳисобланади. Шу билан бир қаторда бачадон бўйни ва танаси ракида ҳам очил ажралмалар келишини эсда тутиш керак; эстрогенитал касалликлар ҳам гиперсекрецияни чақиришлари мумкин

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВЛАР

Гинекологик беморларни махсус текширувдан илгари кушилиб келган касалликлари ҳамда жинсий органлардаги касалликлар билан боғлиқ бўлган ички органлардаги бузилишларни аниқлаш лозим.

Сийдик таносил системаси ҳолатини баҳолаш мақсадида текширувни ташқи жинсий органлардан синчиклаб бошлаш керак.

1. вульво, бартолин безлари йуллариинг чиқиш жойлари, скинел ва парауретрал йуллар, уретра, кинга кириш соҳасининг шиллик пардасида узғаришлар кузатилади
2. ташқи жинсий органлар қурилгандан сунг, кин ва бачадон бўйни қузғуларда текширилади
3. ректал текширув

Касаллик этиологиясини аниқлаш мақсадида пухта анамнез йиғиш, беморларни синчковлик билан текшириш, лозим бўлган бактериологик ва бактериоскопик текширувларни утқизиш керак.

Жинсий органларнинг пастки бўлмаларида носпецифик яллигланиш касалликларнинг сабаби бўлиб кандидалар, кин гарднерелласи, криптококklar, трихомонадлар, хламидиялар, вируслар ҳисобланди.

ВУЛЬВИТ

Репродуктив ешдаги аёлларда вульвит қупинча кольпит, цервицит, эндометрит оқибатида киндан ажралувчи чикиндиляр таркибидаги патоген микроорганизмлар ташқи жинсий органларни инфекциялаши натижасида юзага келади. Иккиламчи процесс қупинча вульвовагинит характерига эга. Бирок бирламчи вульвит ҳам бўлади. Унинг ривожланишида бичилиш, ташқи жинсий органлар гигиенасига риоя қилмаслик, химик термик, механик таъсирлар, эндокрин касалликлар, периналь соҳадаги яллигланиш касалликлари сабаб бўлади.

Вульвит уткир фазада ташқи жинсий органларнинг гиперемияси, шиши, сероз йирингли ва йирингли қоплам бўлиши билан характерланади.

Субъектив шикоятлари: оғриқ, ачишиш, умумий ҳолсизлик. Сурункали босқичида гиперемия, шиш, эксудация камаяди, қичишиш пасаяди, лекин вақти-вақти билан тақорланиб туради.

Давоси: коки ут дамламасида ванночкалар, антибактериал мазъли препаратлар, ёндош касалликларни даволаш.

КОЛЬПИТ

Кольпитни аник турдаги бактериялар еки уларнинг 2-3 хил кузгатувчидан таркиб топган асоциациялари чакириши мумкин.

Бактериал кольпит купинча цервицит, бачадон буйни псевдоэрозияси, баъзан уретрит ва вульвит билан кечиши кузатилади.

Уткир боскичда бактериал кольпит гиперемия, шиллик каватининг шиши, эксудация, сероз-йирингли, йирингли ажралмалар билан характерланади.

Яллигланиш процессининг уткир ости боскичда гиперемия, шиш, эксудация камаяди. Касалликнинг уткир боскичда кольпоскопия килинганда гиперемия ва шишдан ташкари нуктасимон кон куйилишлар топилади. Сурункали боскичда гиперемия ва шиш йуколади ҳамда бор узгаришлар факат кольпоскопияда аникланилади.

Уткир кольпитда беморлар огрик, кичишиш, ачишиш, баъзан пешоб вактидаги огрикка шикоят киладилар. Касалликнинг сурункали боскичда огрик хисси камайиб, сероз, айрим холларда эса йирингли ажралмаларнинг жинсий йуллардан келиши асосий симптом булиб қолади.

Кольпитнинг давоси комплекси булиб, уз ичига куйидагиларни олади:

1. яллигланишаг карши этиотроп моддаларнинг кулланилиши
2. ёндошиб келган касалликлар, нейроэндокрин, алмашинув ва бошқа функцияларнинг бузилишини даволаш
3. мутлак тузалгунча жинсий алокадан возкичиш, алокадошини текшириш ва даволаш

Комплекс терапияда кин ва вульванинг санацияси мухим ахамиятга эга. Ташки жинсий органларни перманганат калий, коки ут дамламаси билан 3 махал ювиш тавсия этилади. Кольпитнинг уткир боскичда, йирингли ажралмалар булганда кин ичини коки ут дамламаси еки дезинфекцияловчи эритмалар билан спринцевание килиш лозим. Спринцеванияларни 3-4 кундан ортик килинмайди, чунки улар, гликоген сакловчи, кин шиллик кавати эпителиясининг десквамациясини чакиради. Узок муддат давом этган спринцеваниялар кин кислот мухитини ва нормал флорасини тикланишига тускинлик килади.

Антибактериал препаратладан хлорфилипт еки унинг 2% егли эритмаси тавсия килинади. Таркибида витаминни бор облепиха еги, галаскорбин махалли ишлатилади. Кольпитнинг сурункали боскичда эстрогенларни махалли ишлатиш максадга мувофикдир: эстродиол дипропионатнинг 0,1% микдордаги пастеризация килинган наматак егида эритилиб ишлатилади. Купгина патоген ва шартли – патоген микробларнинг антагонисти булган сутачитки бактериялари билан кинни санациялаш ижобий натижа берган.

Кизлардаги глист инвазияси билан боглик булган кольпитларни даволашда гигиеник талабларга риоя килиш, диетани кайта куриб чиқиш – яъни уткир таъсирловчи овкатларни истемол килмаслик, углеводлар микдорини камайитириш, мева ва сабзавотларни куп истемол килиш лозим. Соматик ёндошиб келган касалликларни моддалар алмашинови бузилишларини даволаш, организм каршилиқ кучини ошириш лозим. Киндан куп микдорида ажралмалар келганда эластик ингичка най оркали бирор дезинфекцияловчи эритма билан ювиш керак.

Коки ут шалфей дамламаларидан 3-5 кун давомида утировчи ванночкалар килиш максадга мувофик.

Маълум синф антибиотикларига сезувчанлиги бор микроорганизмлар чакирувчи, рецидив берувчи вульвовагинитларни махалли антибиотиклар куллаш билан

даволанилади. Антибиотиклар чанглатиш ва сугориш йулли билан куланилади. Антибиотикларни кин каламчалари сифатида кунига бир марта ишлатилади. TORCH инфекция тушунчаси ўз ичига қуйидагиларни олади:

Т – токсоплазма

О – сифилис, гонорея, хламидияз, токсоплазмоз, трихомониаз, парагрипп

С – кизилча

Н – герпес

Урогенитал хламидиоз

Chlamidia trachomatis чакирувчи касалликдир. Хламидиялар мустакил АТФ синтез қилиш ва сунъий озика мухитларда кўпайиш хусусиятига эга эмас. Улар ўз ҳаёт циклини хўжайин организми ҳисобига амалга ошириб, унда бачадон ичи паразити сифатида яшайдилар.

Юқиш йўллари:

- 1). Жинсий алоқа – эркакдан аёлга 40 % ни, аёлдан эркак кишига 32% ни ташкил қилади.
- 2). Маиший йўл – оилавий хламидиоз.
- 3). Йўлдош орқали ҳомилага .

Инфекцияни кириш дарвозаси:

Жинсий йўллари пастки қисмлари, кўпроқ бачадон бўйни. Хламидиялар бачадон бўйни шиллик қавати цилиндрик эпителийсига яққол тропизмга эга бўлиб, шу ерда бирламчи ўчокни шакллантиради. Улар кинни кўп қаватли ясси эпителийсида кўпайиш хусусиятига эга бўлиб, уни кислотали мухитида юқори сезувчанликни намоён қилади. кин сакламаси ва уни эпителий тўқимаси реакциясини ўзгариши (масалан: гормонал фон ўзгариши) хламидияларни кин шиллик қаватида киришига олиб келади. Шунинг учун хламидияли вагинитлар кўпроқ аёлларда менопауза даврида ёки кизларда препубертат даврида кузатилади.

Микробиология:

Хламидиялар – Gr⁺, хужайра девори ташки ва ички мембранадан иборатдир.

Хламидиялар бир қатор антигенлик хусусиятига эга бўлиб, уларга липосахарид ва оксиллар жавобгардир. кўзгатувчи барча оксилнинг 60% ни ташки мембрана оксили ташкил қилади, шунинг учун ташки мембрана антиген хусусиятларни асосий манбаи ҳисобланади. Хламидиялар секинлашган ривожланиш циклига эгадир, натижада 2 хил хужайра шакли – ретикуляр ва элементар таначалар ҳосил бўлади. Элементар таначалар хужайра ичига қиради, лекин уларга кўп дори препаратлари таъсир қилмайди, улар кўпаймайдилар.

Ретикуляр таначалар кўпайиш хусусиятига эга бўлиб, метаболик активдир. Хужайра ичида ретикуляр таначалар фаол кўпайишни бошлайди, 24 соатдан кейин хальберштедтер – Провацек таначасини ҳосил қилади, улар яна элементар таначага айланадилар. Шундан кейин кўпайиш тўхтади ва элементар таначалар хўжайин хужайрасини бузиб, уни тарқ этади. Хламидиялар учун ноқулай шароитда ушбу ривожланиш цикли секинлашиши ёки умуман тўхташи мумкин, бу ҳолатда кузгатувчини альфа шакллари – абберант ретикуляр таначалар ҳосил бўлиб, инфекцияни сурункали, латент кечишига, яъни уни персистенциясига олиб келади. Бу шакллар минимал миқдорда хламидияли антигенлар ишлаб чиқарадилар (бу эса лаборатор диагностикани қийинлаштиради), лекин шу билан бирга махсус оксил – хужайра стресс жавоби оксили ишлаб чиқаришни давом этадилар. Уни функцияси – оксилни йиғиш ва транспорт қилиш, АТФ – аза ли активликни бошқариш. Хужайра стресс шароитида (инфекция, ҳароратни ошиши) бу оксил бошқа оксиллар билан боғланиб, уларни дематурациясини олдини олади.

Хламидияларни антителали агрессиясига жавобан хўжайин организми, уни макрофаглари ва Т – лимфоцитлари интерлейкинлар ва интерферон ишлаб чиқаришни

бошлайдилар, жинсий йўллар эпителийси ва перитонеал хужайралар эса фибринли экссудат ишлаб чиқарадилар.

Интерферон хламидияларни репродуктив ривожланиш циклини блоклаб, трептофан аминокислотаси захирасини камайтиради, у бўлмаса эса хламидия ривожлана олмайди. Инфекцияни барча активланиш цикллари аста – секин эпителий бутунлигини бузади, чандикли ва склеротик жараёнларни келтириб чиқаради (масалан: най эпителийсида бу уни активлигини бузади ва най бепуштлигига олиб келади). Хламидияларни персистирловчи шакллари нафакат эпителий хужайраларида балки моноцитларда ҳам бўлиши мумкин. Моноцитлар, тўкималарга чўкиб, тўкима макрофагларига айланадилар ва бир неча ойлаб хаёт фаолиятини саклайдилар (масалан: бўғимларда, томирларда). Бунда хламидияларни антиген стимуляциясига жавобан хўжайин организмда иммун реакция ҳосил бўлади, бу эса фиброз, грануммалар ривожланишига, натижада органни функционал активлигини пасайишига ёки умуман йўқолишига олиб келади.

Клиник манзара: ҳар доим ҳам яққол ифодаланмайди. 75% ҳолларда хламидиоз суст, латент шаклда кечади. Инкубацион даври 10-30 кунни ташкил қилади. Беморларда кичишиш, сийдик чиқарув каналида ва кинни пастки қисмида ачишиш, дизурик бузилишлар, дискомфорт ҳолати, қоринни пастки соҳасида ноаниқ оғриқлар. Бу белгилар кўпроқ алкоғол ичгандан кейин, совуқ қотганда айниқса билинади. Суюқ шиллик, ёки шиллик – йирингли характердаги ажралмалар ойлаб давом этиши мумкин. Ажралмалар гонорейга нисбатан қамроқ бўлади. Бачадон бўйни шиллик қавати эпителий хужайраларида хламидиялар бир неча ойлаб ёки йиллаб сакланиб қолиши мумкин. Хламидияларни узок вақт давомида бачадон бўйни эпителийсида бўлиши 15-40% аёлларда уни турли даражадаги дисплазиясига олиб келади.

Хламидияли инфекцияни оқибатлари.

1). Хламидияли эндометрит – тос соҳасида оғриқлар, тана ҳароратини ошиши, цервикал каналдан йирингсимон ажралмалар.

2). Сальпингит – бирламчи найлар эпителийси зарарланади. Кейин яллигланиш жараёни сероз ва мушак қаватларига тарқалади. Бачадон найлари шиллик қаватини зарарланиши, гиперемия шиш, секрецияни қучайишига, тубоовариал ҳосилалар ривожланишига олиб келади. Натижада бачадон найларини тўлиқ ёки қисман ўтказувчанлигини бузилиши қелиб қиқади, бу эса эктопик ҳомиладорлик ёки бепуштлиққа олиб келади.

3). Жинсий ривожланишни бузилиши, ювенил қон қетиш.

4) Инфекцияни лимфоген йўл билан диафрагма ости соҳасига тарқалиши билан қезвчи пельвиоперитонит (Фитц-Хью-Куртис синдроми). Бунда экссудат ва қизғар соҳасида лентасимон спайкалар қиқланади.

Хламидиоз ва ҳомиладорлик.

Ҳомиладорлик тўхтатилиш ҳавфи қор аёллар – 32%.

Ўз-ўзидан бола ташлаш – 11 – 13%.

Вақтидан илгари туғруқлар ва сувларни ўз вақтида қетмаслиги - 27%.

Ўлиқ бола туғилишлар - 5,5%.

Асоратлари:

- 1). Туғруқ фаолияти анатомиялари
- 2). Хорионамнионит
- 3). Туғруқдан кейинги эндоцитрит
- 4). Йўлдош қолдикларини ушланиб қолиши
- 5). Бачадон субқинволюцияси
- 6). Узок давом этувчи иситма
- 7). Йўлдош етишмовчилиги
- 8). Инфекцияни ҳомилага йўлдош орқали ўтиши, 88,2% ҳолларда.

Хламидиоз ва чакалоқлар.

Чакалоқларда хламидияни инфекция қуйидаги клиник шаклларга эга : хонила ичи сепсиси, менингоэнцефалит, хонила ичи пневмония, респиратор дистресс – синдром, гастроэнтеропатия, конъюнктивит.

Микроорганизмлар хонилага гематоген, лимфоген, маҳаллий таъсир қилади.

Гематоген йўл: инфекцион агентлар йўлдошга кириб олади, лекин бу этапда улар парчаланиши мумкин ёки кириш дарвозаларини ҳосил қилиши мумкин:

Плацентит, йўлдошдаги микроабсел. Бундан сўнг улар трофобластик тўсикни ўтиб, жигар йўли орқали жигар ва бошқа органларни зарарлаб хонилага қиради.

Лимфоген йўл: цервикал каналдаги ёки бачадон ортикаларидаги микроорганизмлар, хонилага лимфатик каналлар орқали таъсир қилиши мумкин, шунинг учун улар йўлдош ва хонилага тушиши мумкин.

Маҳаллий йўл: одатда цервикал канал кин ва хонила тухуми ўртасида чегара ҳисобланади. Нормида у стерил.

Диагностика:

Хламидияларни лаборатор диагностика усуллари 2 гуруҳга бўлиш мумкин:

1). Биологик муҳитларда қўзғатувчини ўзини ёки уни антигенларини топилиши.

2). Бемор кон зардобиди хламидияларга қарши антителаларни топилиши.

1- гуруҳга қуйидагилар қиради:

1). қўзғатувчини организмдан ажратишни культурал усули. Бунинг учун товуқ эмбрионлари ишлатилади. Бу усул сезувчанлиги 41-95%. Ушбу усул қийинлиги ва узок вақт давом этганлиги (3-7 кун) учун кам қўлланилади.

2). Тўғри иммунофлюоресценция усули (60-90%)

3). Иммунофлюоресцент анализ усули (60-90%)

4). Полимераз занжир реакцияси усули (95%)

2- гуруҳга қуйидагилар қиради:

1). Серологик диагностика ва А,М,G иммуноглобулинлар титрини аниқлаш.

а) титр мусбат ҳисобланади 1:16-1:32 ва юқори бўлганда.

б) шубҳали ва суст мусбат натижалар сурункали жараёнлар, микст – инфекция учун характерлидир.

в) Хламидияга қарши даво ўтказилгандан кейин, контрол текширув 21 кундан кейин, сўнгра эса 1,5-2 ойдан кейин ўтказиш тавсия этилади.

г) Чакалоқларда хламидияларга қарши антителоларни топилмаслиги уларди хламидияли инфекция йўқлигидан далолат бермайди.

ВОЗ экспертлар группасига биноан қуйидагилар хламидияли инфекция текширувидан ўтказилиши лозим:

1. Сийдик – жинсий тизимида яллигланиш касалликлари мавжуд аёллар.

2. Акушерлик патологияси бор бўлган аёллар

3. Эркақларни ногонококкли уретрит билан зарарланишига манба бўлиб хизмат қилган шахслар.

4. Пала – партиш жинсий ҳаёт кечирувчи шахслар.

5. Реактив артрити бор беморлар.

6. Персистирловчи истма ҳолатлари диагностика қилинмаган шахслар.

7. Бирламчи атипик пневмонияли беморлар.

8. Ҳайз цикли орасида кон кетиш ҳоллари мавжуд бўлган ёш, сексуал фаол аёллар.

9. Хониладорлигини сунъий йўл билан тўхтатиш олдидан аёллар текширувдан ўтишлари лозим.

10. ВМС қўйиш, алмаштириш ёки олиб ташлашдан олдин аёллар текширувдан ўтишлари керак.

11. Жинсий аъзоларида яллигланиш касалликлари бор бўлган аёллар.

12. Узок вақт қўз яллигланиши мавжуд бўлган беморлар, конъюнктивали чакалоқлар.

13. Бошка ППП касалликлари мавжуд бўлган барча шахслар.
14. Хламидия билан инфицирланган шахсларни сексуал.
15. Хомиладор аёллар.

Даволаш.

1. Умумий ва маҳаллий давони биргаликда олиб бориш.
2. Диста алкогольни чеклаш, соғлом ҳаёт тарзини олиб бориш.
3. Чекишни таъкиклаш, физик зўриқишларни камайтириш, стресс ҳолатларига тушмаслик.
4. Тўлик тузалиб кетгунча жинсий ҳаётда яшамаслик ва жинсий партнерини ҳам параллел даволашни олиб бориш.
5. Хайз тугагандан кейин даволаш курсини бошлаш.

Даволаш схемаси.

1. 1-10 кунгача 1, Абактал 0,4 (1 кун 1 таб.х1 маҳал; 9 кун 0,5 таб х 2 маҳал овкатдан кейин).
2. Тимоген (м/о 1 мл кун ора №10)
3. Леворин ёки нистатин (500.000 ЕД.2 таб х 2 маҳал)
4. Поливитаминлар (1 таб 1 маҳал).
11 кундан – 20 кунгача.
1. Докциклин 3 капсула 0,1 дан 1 маҳал овкатдан кейин.
2. Тимоген 1 мл кун ора
3. Леворин 2 таб 2 маҳал.
4. Поливитаминлар 1 таблеткадан 1 маҳал.

2. 1 - 5 кун.

1. эритромицин стеарат 0,25 1 маҳал овкатдан кейин, колган 4 кун давомида 1 таблеткадан 3 маҳал.
2. Докциклин 1 капсуладан 3 маҳал.
3. Доксон 0,5 таблеткадан 1 маҳал.
4. Поливитаминлар 1 таблеткадан 1 маҳал
6-7 кун
1. Абактал 0,4 ½ таблеткадан 2 маҳал.
2. Доксон 0,5 таблеткадан 1 маҳал.
3. Леворин 1 таблеткадан 3 маҳал
4. Поливитаминлар 1 таблеткадан 1 маҳал.

ТАВСИЯ КИЛИНГАН АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Гинекологияда экстремал ҳолатда курсатиладиган ёрдам. С-Петербург, 1992
2. Савельева Г.М. Акушерлик ва гинекология буйича бошқарув.-М., 1996
3. Гинекологик эндокринология буйича клиник лекциялар. И.Б Манухин, Л.Г. Тумилович, М.Ю. Геворкян. Москва 2003
4. Эндокрин гинекология буйича бошқарув. Е.М. Вихляева редакцияси остида. Москва 2002

- 5.Акушерлик ва гинекология Савельева Г.М ва Сичинава Л.Г Тахрири
остида.М.ГЭОТАР Медитцина 1998
- 6.Акушерлик ва гинекологиянинг касалхонагача булган этапидаги ҳолати-
Айламазян Санктпетербург 2000 йил
- 7.Контрацепция асослари. Хэтчер Р.А ва бошқалар Демографик маълумотлар
программаси 2002
8. Контрацепция буйича бошқарув.Хэтчер Р.А Халқорӣ рус нашри
9. Практик гинекологиянинг справочниги. В.Л.Венокуров,
В.И.Грицюк,М.И.Карелин.С-Петербург 2001
- 10.Гинекология ва акушерлик буйича танланган лекциялар. Стрижаков А.Н
Давидов А.И Ростов на Дону 2000
- 11.Но оператив гинекология.Сметник В.П Тумилович Л.Г, М. 2002.
- 12.Оператив гинекология атласи М.1996
- 13.Но оператив гинекология.Безношенко Г.Б. М.2001
- 14.Практик гинекология.Кулакова В.М. 2001