

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ



**«Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари»
миллий клиник баённомаси**

ТОШКЕНТ 2023

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари
Ҳужжатнинг номи	«Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари» миллий клиник баённомаси
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг барча муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқилган сана	2023 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш - уч йилда камида бир мартаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутди, шунингдек, олти ойда кўпи билан бир мартаба маълум бир касалликларнинг диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитацияси масалалари бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар ва аввал тасдиқланган баённомаларга асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади
Мурожаат учун	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 ^А . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Кириш	9
Атамалар ва таърифлар.....	9
КЧАЯК ривожланиши хавф омиллари.....	10
ХКТ-10 бўйича кодланиши.....	7
Эпидемиологияси.....	8
Таснифи.....	8
Клиник кўриниши	8
Диагностикаси	10
Шикоятлар ва анамнез.....	10
Физикал текширув.....	10
Лаборатор диагностик текширувлар.....	10
Инструментал диагностик текширувлар.....	12
Дифференциал диагностикаси	14
Даволаш	15
Медикаментоз даво.....	15
Жарроҳлик даволаш.....	19
Аҳолининг турли гуруҳларида КЧАЯКнинг кечиши	19
Ҳомиладор аёлларда КЧАЯКнинг кечиши.....	19
БИВ қўлланилиши фонида КЧАЯКнинг кечиши.....	20
Пенициллинларга аллергияси бўлган аёлларда КЧАЯКнинг кечиши.....	20
ОИВ билан касалланган аёлларда КЧАЯКнинг кечиши.....	20
Профилактикаси	20
Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш	21
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	21
Иловалар	23
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i>	23
<i>КЧАЯКда ҳаракатлар алгоритми</i>	24
<i>КЧАЯКда антибактериал терапиянинг тавсия этилган схемалари</i>	29
<i>КЧАЯКни олиб бориш алгоритми</i>	28
<i>Бемор учун маълумот</i>	29
Фойдаланилган адабиётлар	30

ИШЧИ ГУРУҲ ТАРКИБИ:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

Надирханова Н.С., т.ф.д.	РИАГИАТМ директори
--------------------------	--------------------

Масъул ижрочилар:

Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Даулетова М.Ж., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Бабаханова А.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдуганиева М.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Батирова М.А.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Тоштемирова Ш.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Усмонов С.К.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси бош мутахассиси

Методологик ёрдам:

Ядгарова К.Т., т.ф.н.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи
-----------------------	---

Тақризчилар:

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Гафурова Ф.А.	ТХКМРМ, т.ф.д., Акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси доценти

РИАГИАТМ – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Ташқи эксперт баҳо (ЖССТнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси кўмагида):

Тинатин Гагуа, т.ф.д. – ЖССТ эксперти (Грузия)

Клиник баённома 2022 йил «26» май ойида Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 6-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённома амалдаги далилларга асосланган тавсиялар бўйича тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан бошқа қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан айнан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан бошқа қабул қилинаётган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётни барча элементларини қамраб олмайди, шунинг учун, шифокорлар беморнинг ҳолатини эътиборга олган ҳолда, ҳурмат билан мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини татбиқ қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Беморга маслаҳат бериш ва даволаш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва касб стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ёрдам кўрсатиш, даволаш тактикаларини умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳужжатлаштириш.

Клиник баённомани ишлаб чиқишдан мақсад: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари билан касалланган аёлларни олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари билан касалланган аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, оила шифокорлари, терапевтлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, клиник фармакологлар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

Қисқартмалар рўйхати:

БАҚК	–	бачадондан аномал қон кетишлар
ОИВ	–	одам иммунитет танқислиги вируси
БИК/БИБ	–	бачадон ичи контрацептиви/бачадон ичи воситаси
КЧАЯК	–	кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари
ЖЙОЎИ	–	жинсий йўл орқали ўтадиган инфекциялар
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
КОК	–	комбинацияланган орал контрацептивлар
КТ	–	компьютер томографияси
ХКТ-10	–	10-халқаро касалликлар таснифи
МРТ	–	магнит-резонанс томография
ПМГ	–	паст молекуляр гепарин
НЯҚДВ	–	ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар
ПЗР	–	полимераза занжир реакцияси
СРО	–	С-реактив оқсил
ЭЧТ	–	эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ВТЭА	–	венотромбоэмболик асоратлар
УТТ	–	ультратовуш текшируви
ОХГ	–	одам хорионик гонадотропини
ЭКУ	–	экстракорпорал уруғлантириш

Кириш

Атамалар ва таърифлар

- **Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари (КЧАЯК)** – эндометрит, параметрит, сальпингит, оофорит, тубоовариал абсцесс, пельвиоперитонит (чаноқ перитонити) ва уларнинг умумлашмасини ўз ичига олган яллиғланиш касаллигидир.
- **Сальпингит** – бачадон найлари яллиғланиши.
- **Оофорит** – тухумдонлар яллиғланиши.
- **Тубоовариал абсцесс** – тухумдонлар ва бачадон найларининг йирингли-яллиғланиш ҳосиласи.
- **Эндометрит** – бачадон шиллиқ қавати яллиғланиши.
- **Параметрит** - бачадон атрофи бириктирувчи тўқимасининг яллиғланиши.
- **Пельвиоперитонит/чаноқ перитонити** – кичик чаноқ висцерал ва париетал қорин пардасининг яллиғланиши.

КЧАЯК ривожланиши хавф омиллари

- кичик ёш (25 ёшгача);
- чекиш;
- жинсий хулқ-атвор билан боғлиқ омиллар:
 - кўп никоҳли муносабатларда ҳимояланмаган жинсий алоқада бўлиш;
 - ЖЙОЎИ симптомлари мавжуд бўлган шахс билан жинсий алоқада бўлиш;
 - жинсий ҳаётни эрта бошлаш (15 ёшгача);
 - жинсий шериклар сони кўп бўлиши.
- жинсий шерик ўзгариши;
- анамнезда (аёлда ёки унинг шеригида) КЧАЯК бўлиши;
- гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш;
- акушерлик ва гинекологик жарроҳлик амалиётлари, бачадон ичи диагностик аралашувлари, шу жумладан, ҳомиладорликни медикаментоз тўхтатиш, дилатация ва кюретаж, гистероскопия, гистеросальпингография, экстракорпорал уруғлантириш.
- оҳирги 3 ҳафта ичида бачадон ичи воситасини ўрнатиш.

ХКТ-10 бўйича кодланиши

N70.0	Ўткир сальпингит ва оофорит
N70.9	Аниқланмаган сальпингит ва оофорит
N71.0	Бачадон ўткир яллиғланиш касалликлари
N71.1	Бачадон сурункали яллиғланиш касалликлари
N71.9	Аниқланмаган бачадон яллиғланиш касаллиги
N73.0	Ўткир параметрит ва тос (чаноқ) целлюлити
N73.1	Сурункали параметрит ва тос (чаноқ) целлюлити
N73.2	Аниқланмаган параметрит ва тос (чаноқ) флегмонаси
N73.3	Аёлларда ўткир тос (чаноқ) перитонити
N73.4	Аёлларда ўткир тос (чаноқ) перитонити
N73.5	Аёлларда аниқланмаган тос (чаноқ) перитонити
N73.8	Аёллар тос (чаноқ) аъзоларининг бошқа аниқланган яллиғланиш касалликлари
N73.9	Аёллар тос (чаноқ) аъзолари аниқланмаган яллиғланиш касаллиги

Эпидемиологияси

ЖССТнинг маълумотларига кўра, ҳар йили дунёда КЧАЯКнинг 448 млн. (жами гинекологик касалликлари умумий сонининг 60% гача) қайд этилади. Касалланишнинг ҳаддан ташқари кўпайиши (4-12%) 17-28 ёшга тўғри келади, бу жинсий фаоллик ва контрацепциянинг барьер усулларидан кам фойдаланиш билан боғлиқ.

Таснифи

Касалликлар, жароҳатлар ва ўлим сабабларининг Женева халқаро таснифига кўра КЧАЯКнинг қуйидаги нозологик шакллари ажратилади:

- 614.0 – Ўткир сальпингит ва оофорит.
 - бачадон найи, тухумдон, тубоовариал абсцесслари;
 - оофорит;
 - пиосальпинкс;
 - сальпингит;
 - бачадон ортиқлари яллиғланиши.
- 614.3 – Ўткир параметрит ва тос (чаноқ) флегмонаси.
- 614.4 – Сурункали ёки аниқланмаган параметрит ва тос (чаноқ) флегмонаси.
- 614.5 – Ўткир ёки аниқланмаган перитонит.

В.И.Краснопольский ва ҳаммуаллифлар томонидан таклиф қилинган тасниф:

КЧАЯКнинг клиник шакллари:

- Асоратланмаган: ўткир сальпингит, метроэндометрит.
- Асоратланган: пиосальпинкс, пиовар, параметрит, тубоовариал абсцесс, тўғри ичак ва бачадон аро абсцесси, пельвиоперитонит, перитонит, сепсис.

Жойлашиши бўйича:

- бир томонлама;
- икки томонлама.

Клиник кечиши бўйича:

- Ўткир – яққол клиник симптоматика билан (30 кундан кам);
- сурункали – касалликнинг давомийлиги 30 кундан ортиқ ёки касалликнинг муддати аниқланмаган;
- субклиник;
- ташхисланмаган.

Клиник кўриниши

КЧАЯКнинг клиник кўриниши ҳам оғирлик даражаси ҳам симптомлар бўйича жуда фарқ қилади, баъзи аёлларда эса касаллик симптомларсиз кечади.

Асосий симптомларга қуйидагилар киради:

- тос соҳасида оғриқлар: одатда икки томонлама кузатилади. Баъзан оғриқлар 2 ҳафтадан кўпроқ кузатилади. Бундан ташқари, ҳайз даврида ёки ҳайз тугаши билан кўп ўтмай оғриқ пайдо бўлиши ҳам муҳим омил ҳисобланади.
- диспареуния;
- дисменорея;

Ўткир цервицит, бактериал вагиноз ёки эндометрит билан биргаликда қиндан ёки бачадон бўйни каналидан шиллиқ ва йирингли ажралмалар келиши;

- менструаларо, посткоитал ва меноррагик бачадондан аномал қон кетишлар (КЧАЯКнинг $\frac{1}{3}$ ҳолатларида кузатилади);
- бачадон бўйни экскурсияси ҳамда бимануал қин орқали текшириш пайтида бачадон, бачадон ортиқларида оғриқ кузатилиши (енгил ва ўрта-оғир КЧАЯКда кузатилмайди).

Баъзи ҳолатларда кузатилиши мумкин:

- тана ҳарорати $>38^{\circ}\text{C}$ дан юқорига кўтарилиши ёки титраш;
- дизурия;
- кўнгил айнаши ва/ёки қайт қилиш.

Камдан-кам ҳолатларда аёлларда касаллик симптомларсиз ёки атипик белгилар, масалан, ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриқлар билан кечади, бу, кўпинча хламидия инфекцияси (қўзғатувчи *Chlamydia trachomatis*) натижасида юзага келадиган перигепатит (Фитц-Хью-Куртис синдроми) туфайли кузатилиши мумкин.

Фитц-Хью-Куртис синдроми КЧАЯКнинг 10% ҳолатларида учрайди ва ўнг қовурға ҳамда елка соҳасидаги оғриқлар кўринишида намоён бўлади. Пальпацияда кучли оғриқ кузатилгани сабабли, адашиб холецистит ташхиси қўйилиши мумкин. Аминотрансферазалар даражаси кўпинча нормада ёки бироз ошиши кузатилади.

M. genitalium инфекциясида (хламидия инфекцияси билан бир хил тарзда) гонококк инфекциясига қараганда, ўткир КЧАЯКнинг симптомлари ва белгилари камроқ ифодаланган бўлади.

КЧАЯКнинг диагностикасини яхшилаш учун қуйидаги объектив ва субъектив симптомлар ишлаб чиқилган, улар тахминий, қўшимча ва специфик мезонларга бўлинади.

Тахминий мезонлар	Қўшимча мезонлар	Специфик мезонлар
<ul style="list-style-type: none"> – қориннинг пастки қисмлари пальпация қилинганда оғриқ кузатилиши – бимануал қин орқали текшириш пайтида бачадон бўйни экскурсияси оғриқли бўлиши – бимануал қин орқали текшириш пайтида бачадон ортиқлари соҳаси пальпация қилинганда оғриқ кузатилиши 	<ul style="list-style-type: none"> – тана ҳарорати $>38^{\circ}\text{C}$ дан юқорига кўтарилиши – қин ажралмаларида лейкоцитлар сони кўп бўлиши – ЭЧТ кўтарилиши – СРО даражаси ошиши – бачадон бўйни канали ажралмаларида <i>N. gonorrhoeae</i> ёки <i>C. trachomatis</i> аниқланиши 	<ul style="list-style-type: none"> – эндометрий биопсиясида эндометритнинг патогистологик белгилари аниқланиши; – кичик чаноқ аъзолари УТТ ёки МРТда қалинлашган, суюқлик билан тўлган бачадон найлари, кичик чаноқда эркин суюқлик билан биргаликда тухумдонлар соҳасида ҳосила аниқланиши; – лапароскопияда кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш белгилари аниқланиши

КЧАЯКда атипик симптомлар кузатилган ҳолда (масалан, атипик соҳаларда оғриқлар) ёки антибактериал терапия бошлангандан кейин 72 соат ичида аёлнинг ҳолатида сезиларли даражада яхшиланиш бўлмаганида ҳамда даволаниш тугаганидан кейин оғриқлар ҳали ҳам босилмаганида, тубоовариал абсцессга гумон қилиш ёки муқобил ташхис қўйиш керак бўлади.

КЧАЯК носпецифик симптомлар билан ҳам кечиши мумкин.

Диагностикаси

КЧАЯКнинг узоқ муддатли асоратларини ва оқибатларини олдини олиш учун ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволаш керак. Инфекцияларнинг ёки уларнинг клиник кечишларининг ҳеч бири айнан КЧАЯК учун хос эмас. Шунинг учун КЧАЯК диагностикасини “олтин стандарти” мавжуд эмас.

Клиник ташхисни аниқ қўйиш – энг муҳим амалий тавсия ҳисобланади

Дастлабки ташхис аёлнинг шикоятлари, анамнезнинг маълумотлари, физикал текширув, лаборатор ва инструментал текширувлар асосида қўйилади.

5C	Тос соҳасида тушунарсиз оғриқларга, бачадон бўйни экскурсияси оғриқли бўлишига, бачадон ёки бачадон ортиқлари соҳасида оғриқларга бошқа аниқ сабаблар мавжуд бўлмаганда, клиник симптомларга асосланиб КЧАЯК ташхиси қўйилиши керак.
-----------	--

Шикоятлар ва анамнез

Анамнез йиғишда юқори хавф омилларга, айниқса, жинсий ҳаёт анамнезига, шериклар сонига, ҳимояланмаган жинсий алоқаларга, яқинда (охирги 2 ҳафта мобайнида) пайдо бўлган оғриқларга ва уларнинг хусусиятларига (кўпинча ўткир)) эътибор қаратиш лозим.

Физикал текширув

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда қўйидагилар тавсия этилади: ташқи жинсий аъзоларини текшириш, тери ва шиллиқ қаватлари ҳолатини баҳолаш, тана ҳарорати, ЮУС, НОС ўлчаш, қиндан келаётган ажралмаларни баҳолаш (миқдори, консистенцияси, ранги, ҳиди), қоринни пальпация қилиш, бимануал қин орқали текшириш.
-----------	--

Бачадон бўйни, бачадон, бачадон ортиқлари ҳаракатчанлиги ва оғриқларни баҳолаш ҳамда бачадон ортиқлари соҳасида аниқ чегарали ҳосила (тубоовариал абсцесс) мавжудлигини аниқлаш учун КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда бимануал қин орқали текширувини ўтказиш керак. Бироқ, ушбу симптомлар носпецификдир ҳамда ичак ва кичик чаноқ аъзолари бошқа касалликларида ҳам кузатилиши мумкин.

Қориннинг пастки қисмидаги оғриқларнинг бошқа потенциал сабабларини, шу жумладан, бачадондан ташқари ҳомиладорликни, тухумдонлар кистасини ва аппендицитни истисно қилиш **жуда муҳим**.

Акушер-гинеколог шифокорига дарҳол мурожаат қилишни талаб қиладиган асосий белгилар ва симптомлар қўйидагилардан иборат:

- қоринда кучли оғриқлар, шу жумладан, перитонеал симптомлар (қорин мушаклари ригидлиги, қорин пардасининг зарарланиш симптомлари) пайдо бўлганда;
- юқори тана ҳарорати;
- перорал оғриқ қолдирувчи дори-воситалар ёрдам бермаслиги.

Лаборатор диагностик текширувлар

Лаборатор диагностик текширувлар ўтказилиши КЧАЯКнинг эмпирик антибактериал терапияси бошланишини кечиктирмаслиги керак.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда қоннинг умумий (клиник) таҳлилини олиш тавсия этилади.
-----------	--

КЧАЯК билан касалланган аёлларда лейкоцитар формуланинг чапга силжиши (таёқчасимон ядроли лейкоцитлар сони кўпайиши) билан лейкоцитоз ҳамда ЭЧТ кўтарилишини аниқлаш мумкин.

Қоннинг умумий таҳлилида патологик ўзгаришлар аниқланмаган ҳолда, инфекция жараёни истисно қилиб бўлмайди ва бу кўпинча КЧАЯКнинг енгил ва ўрта-оғир шаклларида кузатилади.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда С-реактив оқсилнинг даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	---

СРО тизимли яллиғланишнинг информатив лаборатор маркери ҳисобланади. СРОнинг даражаси яллиғланиш жараёнининг оғирлигини акс эттиради, бироқ СРОнинг референс қийматлари аниқланганда КЧАЯКни истисно қилиб бўлмайди. СРО концентрациясининг ўзгариши ўтказилаётган терапиянинг самарадорлигини баҳолаш учун ишлатилиши мумкин. Прокальцитонин даражаси 0.33 нг/мл дан ошиши эса тубоовариал абсцесснинг маркери сифатида ишлатилиши мумкин (текширувнинг сезувчанлиги 62% ва спецификлиги 75% ни ташкил қилади).

❖ КЧАЯКнинг оғир кечишида ва ётқизилган беморлар учун қоннинг умумий (клиник) таҳлили, ЭЧТ, СРО каби лаборатор текширувларни ўтказиш жуда муҳим.

❖ Умуман олганда, кичик чаноқ аъзолари касалликларида ушбу текширувлар паст сезувчанлик ва спецификликка эга, бироқ касалликнинг оғирлик даражасини (масалан, қорин бўшлиғи тубоовариал абсцесси) баҳолаш, шунингдек, даволашни назорат қилиш учун муҳим ҳисобланади.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда қоннинг рН ҳолатини ва калий гидроксиди билан аминли тестни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда одам иммунитет танқислиги 1/2 вирусига М, G (IgM, IgG) синфларининг антитаначалар даражаси ва р24 антигени (одам папиллома вируси 1/2 + Agp24), оқиш трепонемага (<i>Treponema pallidum</i>) антитаначалар даражаси (RPR сифатли ва ярим миқдорий текширув), гепатит В вирусининг (<i>Hepatitis B virus</i>) юзаки антигенига (HBsAg) антитаначалар даражаси ёки гепатит В вируси (<i>Hepatitis B virus</i>) антигени (HBsAg), гепатит С вирусига (<i>Hepatitis C virus</i>) М ва G (anti-HCV IgG ва anti-HCV IgM) синфларининг умумий антитаначалар даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	--

ОИВ инфекцияси фонида КЧАЯКнинг кечиши янада оғирроқ бўлиши мумкин ва тубоовариал абсцесснинг шаклланиши хавфи ортади.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда ЖЙОЎИга (<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i>) ПЗР усули ёрдамида жинсий аъзолар шиллиқ ажралмаларининг молекуляр-биологик текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

ЖЙОЎИнинг йўқлиги КЧАЯКни истисно қилмайди. Жинсий аъзолар шиллиқ ажралмаларида ПЗР усули ёрдамида (биологик материални бачадон бўйни каналдан зонд-щетка ёрдамида стерил лаборатор контейнерга олиш керак) ЖЙОЎИ (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*) қўзғатувчиларининг ДНКсини аниқлаш диагностиканинг афзал усули ҳисобланади.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда анаэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга қин суртмаларининг микроскопик текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

ЖЙОЎИ қўзғатувчиларининг ДНКсини жойида аниқлаш имкони бўлмаганда, Грам усули бўйича бўялган қин суртмаларининг микроскопияси қўлланилиши мумкин.

Биологик материал бачадон бўйни каналидан ёки жарроҳлик амалиёти пайтида (перитонеал суюқлик, абсцесс, бачадон найлари, эндометрий ва бошқ. намунаси) пахтали тампон ёрдамида буюм ойнасига олиниши керак.

Суртмада лейкоцитлар сони ошишини (1 эпителиал ҳужайрага камида 1 лейкоцит ёки юқори катталаштиришда кўриш майдонида лейкоцитлар сони 15 тадан кўп бўлиши) аниқлаш мумкин, бироқ бу носпецификдир. КЧАЯКнинг енгил кечиши ва инфекция жараённинг сурункалашишида лейкоцитлар сони нормал қийматларда ҳам бўлиши мумкин. Суртмада лейкоцитлар сони кўп бўлиши бактериал вагиноз ва трихомониаз касалликлари бирга келишини кўрсатиши мумкин.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга қин суртмаларининг микробиологик (культурал) текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Биологик материални олишда қўйидаги қоидаларга риоя қилиш керак: биологик материални бачадон бўйни каналидан олиш керак (ташиш муҳитли стерил пробиркага пахта (дакронли) тампон ёрдамида); жарроҳлик амалиёти пайтида олинган биоматериал (перитонеал суюқлик, абсцесс, бачадон найлари, эндометрий ва бошқ. намунаси) ташиш муҳитли стерил пробиркага пахта (дакронли) тампон ёки стерил (тўқималар ва суюқликлар учун) лаборатор контейнерга шприц ёрдамида олиниши керак.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган, жинсий ҳаёт кечирувчи, аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун қондаги одам хорионик гонадотропини (бета-ОХГ) даражасини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун қондаги одам хорионик гонадотропини (бета-ОХГ) даражасини аниқлаш керак. Қондаги бета-ОХГ даражасини шошилиш равишда аниқлаш имконияти бўлмаса, сийдикда ҳомиладорликни аниқловчи тестни ҳам қўллаш мумкин.

Лаборатор диагностик текширувларнинг манфий натижалари КЧАЯКни истисно қилмайди

Инструментал диагностик текширувлар

КЧАЯКнинг визуал инструментал ва инвазив диагностик текширув усуллари, қоида тариқасида, диагностик ноаниқлик ва/ёки касалликнинг оғир шакллари ва асоратларига (масалан, тубоовариал абсцесс) гумон қилинганда ўтказилади.

Лаборатор диагностик текширувларга қараганда, қўйидаги текширувлар КЧАЯКнинг аниқроқ диагностик усулларига киради:

- доплерография ва трансвагинал УТТ (КЧАЯКнинг асоратланмаган шаклларида ахборот бериш даражаси паст, бироқ тубоовариал абсцесс, гидросальпинксга гумон қилинганда катта аҳамиятга эга), КТ, МРТ, МСКТ;
- гистероскопия, лапароскопия;
- эндометрий биопсияси, биоптатнинг гистологик ва иммуногистокимёвий текшируви.

Инструментал диагностик текширувлар КЧАЯКнинг давоси бошланишини кечиктирмаслиги керак.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш (имкон қадар трансвагинал) текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Сонографик текширувларнинг натижалари кўпинча шифокорнинг малакасига боғлиқ бўлади. КЧАЯКнинг асоратланмаган шаклларида ўзгаришлар аниқланмаслиги ҳам мумкин. УТТда қалинлашган, суюқлик билан тўлган бачадон найларини, “тишли ғилдирак” симптомини (бачадон найининг кўндаланг кесмасида тишли ғилдирак кўриниши) аниқлаш мумкин. Эндометритда УТТда эндометрий бўшлиғида суюқликни ёки газни, эндометрийдда бир ҳил бўлмаган қалинлашишни ва ноаниқ чегараларни аниқлаш мумкин, бироқ ушбу натижалар носпецифик ва бир-бирига зид. Тубоовариал абсцессда бачадон ортиқларида одатда ички эхони ёки бир нечта суюқлик сатҳи билан мураккаб қалин деворли кўп камерали кистасимон ҳосилани кўриш мумкин.

УТТда ўзгаришлар аниқланмаслиги КЧАЯКни истисно қилмайди

5C	Даволаш тактикасини танлаш ҳамда бошқа генитал ва экстрагенитал касалликлар билан дифференциал ташхис ўтказиш учун аввал ўтказилган жарроҳлик амалиётлардан кейин кенг кўламли битишмалар ҳосил бўлган, шунингдек, КЧАЯКнинг тарқоқ шакллари ва оғир кечиши билан касалланган аёлларда магнит-резонанс томографиясини (МРТ) ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда КТ ёки МРТ ўтказилиши бўйича далиллар чекланган, бироқ касалликнинг атипик ва оғир кечувчи шакллари билан касалланган аёлларда муқобил ташхисларни истисно қилиш учун ушбу инструментал текширувлар катта аҳамиятга эга. КТ ёки МРТ инструментал текширувлари ўтказилишига муҳтож бўлган аёллар учинчи даражали тиббиёт муассасаларида тегишли тор мутахассислар томонидан кўрилиши керак.

5C	КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда ҳамда ўтказилаётган консерватив даво самарасиз бўлганда ва/ёки бошқа кичик чаноқ аъзолари касалликлари билан дифференциал ташхис ўтказиш учун лапароскопияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Лапароскопия амалиёти КЧАЯКнинг диагностикаси ва уни даволашда муҳим аҳамиятга эга, бироқ КЧАЯКга гумон қилинган аёлларда мунтазам равишда ўтказилиши мақсадга номувофиқ. Баъзи ҳолатларда КЧАЯКнинг клиник кўриниши бир қатор бошқа касалликлар билан бир ҳил бўлади. Лапароскопия ёрдамида бачадондан ташқари ҳомиладорлик, ўткир аппендицит, дивертикулит, бачадон найлари карциномаси, тухумдон саратони, эндометриознинг инфилтратив шакллари ва бошқ. касалликлар билан дифференциал ташхис ўтказилади.

Лапароскопия амалиёти баъзи ҳолатларда визуал диагностик текширувларнинг ахборот бериш даражаси етарли бўлмаганида КЧАЯКнинг диагностикасида муҳим ўринни эгалаши мумкин. Улар қўйидагича:

- КЧАЯКнинг амбулатор шароитда даволаниши самарасиз бўлган ва симптомларнинг бошқа сабабларини излаш зарурати келиб чиққанда;
- КЧАЯКни стационар шароитда даволашдан кейин тахминан 72 соат ўтгач, аёлнинг ҳолати яққол яхшиланмаган ёки ёмонлашиб бораётганида, бу КЧАЯК ташхиси нотўғри қўйилганлидан далолат бериши мумкин.

Лапароскопия амалиёти КЧАЯК диагностикасининг “олтин стандарти” деб ҳисобланиши учун етарли даражада сезгирликка эга эмас. Лапароскопия амалиётининг спецификлиги юқори,

бирок унинг сезгирлиги 50% ни ташкил қилади, чунки ушбу аралашув алоҳида эндометритни ёки бачадон найлари ичи енгил яллиғланишини аниқлай олмайди.

5C	Сурункали эндометритга ва бачадон ичи синехияларига (УТТ маълумотларига кўра) гумон қилинган аёлларда ҳамда бепуштликда, эмбрионни кўчиришнинг 2 ёки ундан ортиқ муваффақиятсиз уринишларида, ҳомиладорликни кўтара олмасликда, бачадондан аномал қон кетишларида ва бошқ. ҳолатларда имкон қадар гистероскопия назорати остида биопсия материалининг гистологик текширувини ва эндометрий биопсиясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

5C	КЧАЯКнинг асоратланган, тарқоқ шаклларида, септик ҳолатларда пневмонияни истисно қилиш мақсадида кўрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва/ёки МСКТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Урогенитал сил ривожланиши хавфи гуруҳига кирувчи аёллар (сил инфекцияси билан яқин мулоқотда бўладиган, илгари ўтказган ёки мурожаат қилиш пайтида фаол бўлган, ҳар қандай локализацияли сил касаллиги, қайталанишга мойил ва стандарт терапияга чидамли бўлган сийдик-таносил йўлларидаги сурункали инфекциялари, турғун дизурия, сийдик қопининг ҳажми аста-секин камайиши, стерил пиурия, гематурия) шифокор-фтизиатр кўригидан ўтишлари керак.

Дифференциал диагностикаси

Тос соҳасидаги оғриқларда муқобил ташхислар ва текширув усуллари*		
Ташхис	Клиник белгилар	Текширув усули
Аппендицит	<ul style="list-style-type: none"> – киндик атрофида ёки қориннинг пастки ўнг квадрантида оғриқ – қайт қилиш/анорексия – перитонеал симптомлар 	– УТТ ёки КТ
Тос соҳасидаги оғриқларда муқобил ташхислар ва текширув усуллари*		
Бачадондан ташқари ҳомиладорлик	<ul style="list-style-type: none"> – артериал гипотония ёки анемия – ҳайз кўриш кечикиши – мусбат ҳомиладорлик тести – бир томонлама тос соҳасида оғриқ 	– трансвагинал УТТ
Эндометриоз	<ul style="list-style-type: none"> – дисменорея – менструаларо қон кетишлар – диспареуния 	– гистологик тасдиқлаш ва биопсия ва лапароскопия амалиёти – якуний текширувлар
Тухумдон кистаси ёрилиши ёки буралиб қолиши	<ul style="list-style-type: none"> – бирданига бошланиши – бир томонлама тос соҳасида оғриқ – перитонеал симптомлар 	– трансвагинал УТТ
Сийдик чиқарув канали тош касаллиги	<ul style="list-style-type: none"> – дизурия – юқори тана ҳарорати – кўнгил айнаши/қайт қилиш – гематурия – тос соҳасида ёки белда, тананинг ён қисмида оғриқ 	<ul style="list-style-type: none"> – КТ – рентгенография – УТТ – сийдик таҳлили

Сийдик чиқариш йўллари Инфекциялари	– тез-тез ҳожатга бориш – дизурия ёки гематурия – бир ёки икки томонлама тос соҳасида ёки белда оғриқ	– қоннинг умумий таҳлили – сийдик экмасининг бактериологик текшируви
<p>▪ КЧАЯКни тавсия қилинган даволашдан кейин 72 соат ўтгач аёлнинг клиник ҳолати яхшиланмаганда ёки атипик симптомлар кузатилаётганда муқобил ташхислар кўриб чиқилиши зарур.</p>		

Даволаш

Ўткир КЧАЯКни даволашнинг терапевтик мақсадлари микробиологик ва клиник соғайиш каби қисқа муддатли оқибатлар ҳамда бепуштлик, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, қайталанувчи инфекция ва сурункали тос соҳасида оғриқ каби узоқ муддатли оқибатларнинг олдини олишни ўз ичига олади.

Медикаментоз даво

КЧАЯКни даволаш учун микробларга ва яллиғланишга қарши, инфузион-трансфузион, антикоагулянт терапиялар қўлланилади.

КЧАЯКни даволашни кечиктириш бепуштлик, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, сурункали тос соҳасида оғриқ каби узоқ муддатли оқибатлар ривожланиши хавфини оширади. Шу ва аниқ диагностик мезонлар йўқлиги туфайли, минимал клиник белгилар кузатилганда ёки КЧАЯКга гумон қилинганда эмпирик даволашни бошлаш тавсия этилади.

2В	Ўткир КЧАЯКнинг тахминий ташхиси қўйилган заҳоти эмпирик даволашни бошлаш жуда муҳим, чунки асоратларнинг олдини олиш тегишли микробларга қарши терапияни эрта (<72 соат) бошлаш билан белгиланади.
-----------	---

Шифохонага ётқизилган кундан бошлаб 2-3 кунга КЧАЯКни даволашда кечикиш бепуштлик ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланиши хавфини 3 баробарга оширади

2С	Асоратлар ривожланиши бўйича юқори хавфсиз КЧАЯКнинг енгил ва ўрта-оғир шакллари амбулатор шароитларда даволаш мумкин.
-----------	--

2С	Стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар: антибактериал дори-воситаларни парентерал юбориш зарурати келиб чиққанда; ҳомиладорлик; амбулатор шароитда даволаш самарасиз бўлганда; тубоовариал ёки кичик чаноқ абсцесси; кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик ҳолатлар (ўткир қорин синдроми); КЧАЯКнинг оғир (тарқоқ) шаклларида (тана ҳарорати >38°C дан юқorigа кўтарилиши, кўнгил айниши, қайт қилиш); тушунарсиз диагностик ҳолат.
-----------	--

КЧАЯКни даволашда антибактериал дори-воситаларни тайинлаш муҳим ўринни эгаллайди.

Антибактериал препаратлар қўлланилишининг клиник амалиётга жорий этилиши ўткир КЧАЯК кечилишининг прогнозини яхшилади, ўлим ҳолатлари деярли бартараф этилди.

2С	КЧАЯК билан касалланган барча аёлларга стационарга ётқизиш пайтида эмпирик антибактериал терапия таклиф қилиниши керак.
-----------	---

КЧАЯКда антибактериал терапиянинг тартиблари бўйича тавсиялар турли мамлакатларда фарқ қилади, бироқ даволашнинг асосий тамойиллари умум қабул қилинган.

Яллиғланиш жараёни тарқалиши, аёлнинг ҳолати, дори-воситанинг фармакокинетикаси ва фармакодинамикаси маълумотлари ҳамда аниқланган қўзғатувчини ҳисобга олган ҳолда антибактериал дори-воситаларнинг дозалаш тартиблари ва юбориш усули белгиланади.

КЧАЯКда антибактериал терапиянинг давомийлиги 10-14 кунни ташкил қилади. Яллиғланиш жараёни сурункалашиши, шунингдек, касаллик қайталаниши ва асоратлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида қўзғатувчиларнинг тўлиқ эрадикациясига эришиш учун 10-14 кун давомида антибактериал терапия ўтказилиши зарур.

Терапиянинг турли схемаларининг узоқ муддатли самарадорлиги бўйича статистик аҳамиятга эга бўлган маълумотлар деярли мавжуд эмас. КЧАЯКга қарши ўтказилаётган консерватив даво самарасиз бўлганда, аёлни олиб бориш тактикаси шифокорлар консилиумининг қарорига кўра белгиланади.

КЧАЯКни даволаш схемалари эҳтимол тутилган патогенларнинг (гонококклар, хламидиялар, генитал микоплазмалар, грамм-манфий ичак микрофлораси, грамм-мусбат аэроблар, анаэроблар ва бошқ.) кенг спектрини қамраб олиши керак.

Ўткир КЧАЯКни даволаш учун қўлланиладиган барча схемалари *N. gonorrhoeae* ва *C. trachomatis* инфекциялари етарли даражада бартараф этилишини таъминлаши керак, ҳатто ушбу микроорганизмлар эндоцервикал скрининг текширувида аниқланмаган бўлса ҳам, ушбу икки қўзғатувчи одатда учрайди ва бачадон найларининг бевосита (*N. gonorrhoeae*) ёки организмнинг иммун жавоби орқали билвосита (*C. trachomatis*) шикастланишига олиб келишга мойил.

2С	КЧАЯК билан касалланган аёлларда кейинчалик даволашни коррекциялаш ва муқобил схемаларнинг дори-воситаларига ўтиш (даво самарасиз бўлганда) учун культурал текширувни олдиндан ўтказиш билан эҳтимол тутилган патогенларнинг кенг спектрини қамраб олган ҳолда антибактериал дори-воситалар билан терапияни эмпирик равишда бошлаш тавсия этилади.
-----------	--

2С	КЧАЯКнинг енгил ва ўрта-оғир шакллари билан касалланган аёлларда даволашнинг амбулатор ёки стационар босқичида перорал антибактериал терапияни қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

2С	КЧАЯКнинг оғир (тарқоқ) шакллари билан касалланган аёлларда стационар шароитда антибактериал дори-воситаларни парентерал юбориш билан даволашни бошлаш ва клиник яхшиланишдан кейин 24-48 соат ўтгач перорал антибактериал дори-воситаларга ўтган ҳолда даволашни давом эттириш тавсия этилади.
-----------	---

2С	КЧАЯКнинг парентерал антибактериал терапияси клиник яхшиланишдан кейин 24 соат ўтгач тўхтатилиши мумкин, кейинчалик антибактериал дори-воситалар оғиз орқали қабул қилинади.
-----------	--

КЧАЯКда эмпирик антибактериал терапиянинг схемалари

Амбулатор шароитда	Стационар шароитда
<ul style="list-style-type: none"> – цефтриаксон 500 мг дан (тана вазни <150 кг) ёки 1 г дан (тана вазни >150 кг) кунига бир маҳал м/о + – доксициклин 100 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун ± – метронидазол 500 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун 	<ul style="list-style-type: none"> – цефтриаксон 2 г дан ҳар 6 соатда в/и + – доксициклин 100 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун + – метронидазол 500 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун <p>Антибактериал терапия клиник ҳолат яхшилангандан сўнг 24-48 соатгача давом этилади.</p> <p>Кейинчалик амбулатор даволашга ўтказилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> – доксициклин 100 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун + – метронидазол 500 мг дан кунига 2 маҳал 14 кун

Касалликнинг кечишида ижобий динамика бошланишидан далолат берувчи клиник ва лаборатор кўрсаткичларда ўзгаришлар пайдо бўлмаганда ва/ёки ўтказилаётган терапияга қўзғатувчининг резистентлиги мавжуд бўлганда, даволаш бошланганидан кейин 48-72 соат ўтгач, культурал текширувнинг натижаларига кўра антибактериал терапияни коррекциялаш керак.

Хламидия ёки гонорея инфекцияси билан касалланган барча аёлларда, жинсий шериги даволанганидан қатъи назар, 3 ойдан кейин қайта текширилиши керак.

2С	КЧАЯК билан касалланган аёлларга микробиологик (культурал) текширув натижаларида тасдиқланган замбуруғ инфекциясини даволаш учун тизимли таъсирга эга бўлган замбуруғларга қарши дори-воситаларни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

Специфик хавф омиллари (цитостатикларни қабул қилиш фонида ривожланган нейтропения, қон ишлаб чиқариш ўзак ҳужайралари трансплантацияси, жигар ва бошқ. аъзолар трансплантацияси) мавжуд бўлмаган аёлларда антибактериал дори-воситаларни қабул қилиш фонида инвазив микоз ривожланиши хавфи паст бўлади, шунинг учун замбуруғларга қарши дори-воситаларни мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди.

2С	КЧАЯК билан касалланган аёлларга оғриқсизлантириш, иситмани тушириш ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатиш мақсадида қўллаш учун қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда ностероид яллиғланишга қарши дори-воситаларни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

2С	КЧАЯКнинг тарқоқ шакллари ва оғир кечиши (тана ҳарорати >38°C дан юқорига кўтарилиши, тубоовариал абсцесс, чаноқ перитонити) билан касалланган аёлларда комплекс (инфузион, трансфузион, антикоагулянт) терапияни ўтказиш тавсия этилади. Бошқа қўллаб-қувватловчи чораларга қусишга қарши, оғриқ қолдирувчи ва иситмани
-----------	--

туширувчи дори-воситалар киради.

Инфузион терапияни (кристаллоидлар, электролит алмашинувини коррекция қилувчи, плазмани ўрнини босувчи ва оқсил дори-воситилари) 1.5-2.5 л/кунлик ҳажмда инфузиялар кўринишида ўтказиш керак. Терапиянинг давомийлиги (ўртача 4-7 кунни ташкил қилади) ҳар бир бемор учун алоҳида белгиланади.

Веноз тромбоемболик асоратларнинг (ВТЭА) профилактикаси паст молекуляр гепаринларни юбориш билан ўтказилади.

Симптоматик терапия сифатида анемияга қарши дори-воситалар қўлланилади.

2В

Қайта зарарланишнинг олдини олиш учун ЖЙОЎИга текширувлардан ўтиш ва шерик(лар)ни даволаш тавсия этилади.

КЧАЯК билан касалланган аёлларнинг жинсий шериги(лари) ЖЙОЎИга текширувларнинг натижаларидан қатъи назар, аёлда симптомлар пайдо бўлишдан бошлаб 60 кун ичида жинсий алоқада бўлган бўлса текширувлардан ўтишлари ва даволанишлари керак.

2С

Даволаш тугамагунга ва симптомлар йўқолмагунга қадар аёллар ва уларнинг шериги(лари) жинсий алоқада бўлмасликлари тавсия этилади.

2С

КЧАЯК билан касалланган аёлларга аниқ ва тўғри ёзма маълумотлар билан мустаҳкамланган, уларнинг ҳолати ҳақида батафсил тушунтириш берилиши керак, айниқса ўзлари ва уларнинг шериги(лари) саломатлиги учун узоқ муддатли оқибатларга эътибор бериш керак.

Беморларга маълумот беришда қуйидагилар эътиборга олиниши керак:

- қандай даволаш ўтказилиши ва унинг юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирлари ҳақида тушунтириш;
- даволангандан сўнг одатда фертилик сақланиб қолиши, бироқ келажакда бепуштлиқ, тос соҳасида сурункали оғриқлар ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланиши хавфи ҳам мавжудлиги;
- КЧАЯК билан такроран касалланиш бепуштлиқ ривожланиши хавфи ошиши билан боғлиқ бўлиши;
- қанчалик эрта даволаш бошланганда, келажакда фертилик билан боғлиқ муаммолар хавфи шунчалик паст бўлиши;
- контрацепциянинг барьер усулларида фойдаланиш КЧАЯК ривожланиши хавфини сезиларли даражада камайтириши;
- қайта зарарланишнинг олдини олиш учун жинсий шерик(лар)ни инфекцияга текшириш зарурлиги.

КЧАЯКнинг потенциал асоратлари қуйидагилар киради:

- Фитц-Хью-Кертис синдроми (перигепатит);
- тубоовариал абсцесс;
- бачадондан ташқари ҳомиладорлик;
- тос соҳасида сурункали оғриқлар;
- бачадон найларидан келиб чиққан бепуштлиқ;
- қайталанувчи КЧАЯК.

Беморларга қуйидаги масалалар бўйича маслаҳат берилади:

- ўтказилаётган даволаш фонида симптомлар ёмонлашиши кузатилганда шошилиш тиббий ёрдамга мурожаат қилиш;

- 3 кун ичида клиник яхшиланиш кузатилмаган ҳолда, қайта текширувдан ўтиш учун шифокорга мурожаат қилиш;
- даволаш тугамагунга ва симптомлар бутунлай йўқолмагунга қадар аёллар ва уларнинг шериги(лари) жинсий алоқада бўлмаслик;
- симптомлар яхшиланса ёки бутунлай йўқолса ҳам, шифокорнинг кўрсатмалари бўйича барча даволаш чораларига риоя қилиш;
- қўшимча дам олиш ва оғриқни қолдирувчи дори-воситаларни (масалан, ацетаминофен, ибупрофен) қабул қилиш.

2C	КЧАЯКнинг ўрта-оғир ва оғир шаклларида даволашни бошлангандан кейин 72 соат ичида клиник яхшиланиш кузатилмаслиги қўшимча текширувлардан ўтиш, парентерал антибактериал терапияни бошлаш ва/ёки жарроҳлик аралашувни ўтказиш зарурлигидан далолат беради.
-----------	---

Жарроҳлик даволаш

Жарроҳлик даволаш учун асосий кўрсатмалар қуйидагича:

- йирингли тубоовариал ҳосила мавжудлиги;
- ўтказилаётган консерватив даво самарасиз бўлиши.

2C	КЧАЯКнинг асоратланган шаклларида жарроҳлик даволашни ўтказиш тавсия этилади. Жарроҳлик аралашувининг оператив йўли, ҳажми ва ўтказиш сони жараён тарқалганлиги ва аёлнинг ҳолатига боғлиқ.
-----------	---

Жарроҳлик даволашнинг тамойили репродуктив ёшдаги аёлларда тухумдон тўқималарини иложи борича максимал даражада сақлаб қолган ҳолда, деструкция ўчоғини олиб ташлашга қаратилган жарроҳлик аралашувини белгиланган муддатда ва адекват ҳажмда ўтказишдан иборат.

Жарроҳлик аралашувининг оператив йўлини танлаш яллиғланиш жараёни тарқалганлигига, ёндош гинекологик ва соматик касалликлар мавжудлигиша, шунингдек, жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун шарт-шароитлар ва имкониятлар мавжудлигига боғлиқ. Лапароскопия амалиёти камроқ инвазив усул ҳисобланади.

Жарроҳлик аралашувининг ҳажми ва оператив йўлини танлаш масаласи аёлдан ихтиёрий розилик олингандан кейин шифокор консилиуми томонидан ҳал қилинади.

2C	КЧАЯКнинг асоратланган шаклларида адекват жарроҳлик аралашувни ўтказиш учун шарт-шароитлар ва имкониятлар мавжуд бўлмаганда дренажловчи паллиатив жарроҳлик амалиётларни (қиннинг орқа гумбазини дренажлаш, кольпотомия) ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Дренажловчи паллиатив жарроҳлик амалиётлари ультратовуш текшируви назорати остида ўтказилади. Баъзи ҳолларда, ушбу аралашувлар, шарт-шароитлар мавжуд бўлмаганлиги ёки қарши кўрсатмалар мавжудлиги сабабли маълум бир клиник вазиятда ўтказиш имкони бўлмаган асосий жарроҳлик даволашнинг тайёргарлик босқичи ҳисобланади.

Аҳолининг турли гуруҳларида КЧАЯКнинг кечиши

Ҳомиладор аёлларда КЧАЯКнинг кечиши

КЧАЯК билан касалланган ҳомиладор аёллар оналар касалланиши ва муддатдан олдин туғиш бўйича юқори хавф остида бўлишади ҳамда антибиотикларни парентерал юбориш учун улар

стационарга ётқизилиши зарур. Антибактериал терапиянинг схемаларида доксициклин ва фторхинолонлар қўлланилмаслиги лозим.

2B	КЧАЯК билан касалланган ҳомиладор аёллар учун антибактериал терапиянинг маълум бир тартибини тавсия этиш учун клиник тадқиқотларнинг маълумотлари етарли эмас ва гонорея, хламидиоз ва анаэроб инфекцияларга қарши самарали дори-воситалар билан эмпирик терапияни бошлашни кўриб чиқиш керак: III авлод цефалоспоринлар + макролидлар + метронидазол.
-----------	--

БИВ қўлланилиши фонида КЧАЯКнинг кечиши

- БИВ киритилган вақтдан бошлаб ва кейинги 20 кун мобайнида КЧАЯК ривожланиши бўйича юқори хавфга эга эмас.
- КЧАЯК тегишли антибиотиклар билан даволаниши керак.
- Антибактериал терапия бошлангандан кейин 48-72 соат ичида клиник яшиланиш кузатилганда, БИВни олиб ташлаш зарур эмас.
- Контрацепция усулларидадан фойдаланишни тўхтатишни истаган аёлларнинг хоҳишига кўра, БИВ олиб ташланиши мумкин. Бундай ҳолатларда антибактериал терапия бошлангандан кейин БИВ олиб ташланади.
- БИВ олиб ташлангандан кейин аёлга контрацепциянинг бошқа усулларидадан, шу жумладан, шошилиш контрацепция усули мақбул бўлса, фойдаланишни таклиф қилиш керак.
- Таркибида левоноргестрелни сақловчи БИВдан фойдаланувчи аёлларни даволаш бўйича натижалар ҳозирча номаълум, чунки ҳозирги кунга ўтказилган тадқиқотлар таркибида фақат мис сақловчи ва ногормонал БИВ бўйича ўтказилган.

Пенициллинларга аллергияси бўлган аёлларда КЧАЯКнинг кечиши

Пенициллинлар ва I авлод цефалоспоринларнинг ўртасидаги ўзаро реактивлиги юқори туради, бироқ II ва III авлод цефалоспоринлари бўйича паст аҳамиятга эга. Цефалоспоринлар қўлланилиши хавфли бўлганда, антибактериал терапия клиндамицин ёки гентамицин дори-воситалари билан ўтказилади.

ОИВ билан касалланган аёлларда КЧАЯКнинг кечиши

ОИВ-инфекцияси мавжуд КЧАЯК билан касалланган аёлларда ОИВ-инфекциясига чалинмаган аёлларда кузатиладиган симптомлар каби аломатлар учрайди. Бироқ, ОИВ-инфекцияси мавжуд КЧАЯК билан касалланган аёлларда тубоовариал абсцесслар ривожланиши хавфи юқори бўлади ва уларда стрептококклар ва микоплазмалар кўпроқ аниқланади.

2B	ОИВ-инфекцияси мавжуд КЧАЯК билан касалланган аёлларни даволаш ОИВ-инфекциясига чалинмаган аёлларни даволаш схемалари каби ўтказилади. ОИВ-инфекцияси билан касалланган аёллар учун даволаш тавсияларини ўзгартириш талаб қилинмайди.
-----------	---

Профилактикаси

2B	КЧАЯКнинг профилактикаси доирасида қуйидагилар тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none">▪ 25 ёшгача бўлган фаол жинсий ҳаёт кечирувчи ва ЖЙОЎИни юқтириш бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи барча аёллар хламидиоз ва гонорея инфекцияларига ҳар йили скрининг текширувлардан ўтишлари керак;▪ ЖЙОЎИни юқтириш хавфини камайтириш учун контрацепциянинг барьер усулларидадан фойдаланиш керак.
-----------	--

КЧАЯК ва бактериал вагиноз билан боғлиқ анаэроб бактериялар ўртасида боғлиқлик қайд этилган, бироқ бактериал вагинозга скрининг текшириш ва уни даволаш КЧАЯК билан касалланиш даражасини камайтиришда тутган ўрни ноаниқлигича қолмоқда.

M. genitalium инфекциясига аёлларни скрининг текшириш КЧАЯК камайиши билан боғлиқлиги/боғлиқмаслиги ҳам маълум эмас.

Қуйидаги ҳолатларда антибиотиклар билан КЧАЯКнинг профилактикаси ўтказилади:

- анамнезда КЧАЯКни ўтказган ёки гистеросальпингография амалиёти ўтказилиши режалаштирилаётган УТТда бачадон найлари кенгайиши аниқланган аёлларда;
- ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи триместрларида ҳомиладорликни тўхтатиш.

Қуйидаги ҳолатларда антибиотиклар қўлланилмайди:

- кольпоскопияда;
- эндометрий биопсиясида;
- БИВни киритишда;
- бачадон бўйни электрожарроҳлик эксцизиясида;
- эндометрий абляциясида.

ЖЙОЎИга скрининг текширувларни ўтказиш бўйича тавсиялар	
Бактериал вагиноз	Симптомлари кузатилмаган аёлларда мунтазам равишда скрининг текширувларни ўтказиш тавсия этилмайди. Фақат симптомлари мавжуд бўлган аёлларда ўтказилади.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	25 ёшгача бўлган фаол жинсий ҳаёт кечирувчи ва ЖЙОЎИни юқтириш бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи барча аёлларда ҳар йили скрининг текшируви ўтказилади (хавф омилларига қаранг).
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	25 ёшгача бўлган фаол жинсий ҳаёт кечирувчи ва ЖЙОЎИни юқтириш бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи барча аёлларда ҳар йили скрининг текшируви ўтказилади (хавф омилларига қаранг).

Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

Шифохонага ётиш учун кўрсатмалар:

- антибактериал дори-воситаларни парентерал юбориш зарурати келиб чиққанда;
- КЧАЯКнинг асоратланган шаклларида (оғир ҳолат, тана ҳарорати >38°C дан юқорига кўтарилиши, кўнгил айнаиши, қайт қилиш); шунингдек, тизимли яллиғланиш реакцияси билан кечувчи КЧАЯКнинг ҳар қандай шакллари;
- амбулатор шароитда даволаш самарасиз бўлганда;
- амбулатор шароитда даволаш имкони бўлмаганда;
- ҳомиладорлик;
- ўткир жарроҳлик патологияни истисно қилиш имкони бўлмаганда (аппендицит, бачадондан ташқари ҳомиладорлик ва бошқ.).

Шифохонадан чиқариш учун кўрсатма: аёлнинг клиник ҳолати яхшиланиши ва соғайиш.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Ташқи жинсий аъзолар кўздан кечирилди ва физикал текширув ўтказилди (тери ва шиллиқ қаватлари ҳолатини баҳолаш, тана ҳарорати, ЮУС, НОС, юзаки қорин пальпациясини ўтказиш, бачадон бўйнини кўзгуларда текшириш, бимануал қин орқали текшириш)	Ҳа/Йўқ

2.	Қоннинг умумий (клиник) таҳлили ўтказилди	Ҳа/Йўқ
3.	Қон зардобида С-реактив оқсилнинг даражаси текширилди	Ҳа/Йўқ
4.	Қин суртмаларининг микроскопик текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
5.	ЖЙОЎИ қўзғатувчиларига жинсий аъзолар шиллиқ ажралмаларининг молекуляр-биологик текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
6.	Аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга қин суртмаларининг микробиологик (культурал) текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
7.	Тубоовариал абсцессга гумон қилинган ва/ёки ҳайз даври бузилиши кузатилган аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун қондаги ёки сийдикдаги одам хорионик гонадотропини даражаси аниқланди	Ҳа/Йўқ
8.	Антибактериал терапия ўтказилди	Ҳа/Йўқ
9.	Йирингли тубоовариал ҳосила мавжудлиги ва/ёки ўтказилаётган консерватив даво самарасиз бўлганда жарроҳлик даволаш ўтказилди	Ҳа/Йўқ

Иловалар

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2-илова

КЧАЯКда ҳаракатлар алгоритми



КЧАЯКда антибактериал терапиянинг тавсия этилган схемалари

Антибактериал терапиянинг схемасини танлашда қуйидагиларни инобатга олиш керак:

- фойдалана олиш имкони мавжудлиги;
- дори-воситанинг нархи;
- бемор учун мақбуллиги;
- ножўя таъсирлар ва қўллаш учун қарши кўрсатмалар.

Амбулатор шароитда даволаш учун тавсия қилинган схемалар – ДИД-А		
	ХПН	Дозалаш тартиби
1-схема	Цефтриаксон ёки бошқа парентерал цефалоспоринлар	бир мартаба 1.0 г дан м/о
	Доксициклин	+ 14 кун 100 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	± 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
2-схема	Офлоксацин	14 кун 400 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	+ 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали (офлоксацин левофлоксацин билан ўзгартирилиши мумкин 500 мг дан кунига 1 маҳал)
3-схема	Левифлоксацин	14 кун 500 мг дан кунига 1 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	+ 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
4-схема	Моксифлоксацин	14 кун 400 мг дан кунига 1 маҳал оғиз орқали

Амбулатор шароитда даволаш учун муқобил схемалар – ДИД-В		
	ХПН	Дозалаш тартиби
1-схема	Цефтриаксон	бир мартаба 1.0 г дан м/о
	Азитромицин	+ 1.0 г перорал таблеткаси кейинги иккинчи дозаси 1 ҳафтадан кейин қабул қилинади (7 кун оралиғида жами 2 доза)
	Метронидазол	± 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
2-схема	Офлоксацин	14 кун 400 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	+ 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали (офлоксацин левофлоксацин билан ўзгартирилиши мумкин 500 мг дан кунига 1 маҳал)
3-схема	Левифлоксацин	14 кун 500 мг дан кунига 1 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	+ 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
4-схема	Моксифлоксацин	14 кун 400 мг дан кунига 1 маҳал оғиз орқали
	Метронидазол	+ 14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
Стационар шароитда даволаш учун тавсия қилинган схемалар – ДИД-А		

	ХПН	Дозалаш тартиби
1-схема	Цефотетан ёки	ҳар 12 соатда 2.0 г дан в/и
	Цефокситин ёки	ҳар 6 соатда 2.0 г дан в/и
	Цефтриаксон	ҳар 12 соатда 1.0 г дан в/и ёки м/о
	+	
	Доксициклин	14 кун 100 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали ёки в/и
	±	
	Метронидазол	14 кун 500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
2-схема	Клиндамицин	ҳар 8 соатда 900 мг дан в/и
	+	
	Гентамицин	2 мг/кг в/и ёки м/о ҳар 8 соатда 1.5 мг/кг кейинги ушлаб турувчи дозаси билан (3-5 мг/кг кунига 1 маҳал мумкин)
	Ўтиш билан:	
	Доксициклин	ҳар 12 соатда 100 мг дан оғиз орқали
	+	
	Клиндамицин	ҳар 6 соатда 450 мг дан оғиз орқали
	±	
	Метронидазол	500 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали

Стационар шароитда даволаш учун учун муқобил схемалар – ДИД-В

	ХПН	Дозалаш тартиби
1-схема	Ампициллин/Сулбюактам	ҳар 6-8 соатда 3.0 г дан в/и
	+	
	Доксициклин	100 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали
2-схема	Офлоксацин	14 кун 400 мг дан кунига 2 маҳал в/и
	+	
	Метронидазол	14 кун ҳар 8 соатда 500 мг дан в/и
3-схема	Азитромицин	1 ҳафта давомида монотерапия кўринишида (бир ёки икки доза учун 500 мг дан в/и кейин 5-6 кун давомида 250 мг дан кунига 1 маҳал)
	ёки	
	Метронидазол	14 кун ҳар 8 соатда 500 мг дан в/и 12-кунлик даволаш курси билан
4-схема	Ципрофлоксацин	14 кун 200 мг дан кунига 2 маҳал в/и
	+	
	Доксициклин	14 кун 100 мг дан кунига 2 маҳал оғиз орқали ёки в/и
	+	
	Метронидазол	14 кун ҳар 8 соатда 500 мг дан в/и

Цефалоспоринлардан қайси бири даволашнинг оптимал танлови эканлиги номаълум. Цефокситин анаэробларга, цефтриаксон эса *N. gonorrhoeae* ва КЧАЯК билан боғлиқ бўлган аэроб ва анаэроб бактерияларга яхши таъсир қилади. Доксициклин ва метронидазол комбинациясини цефтриаксонсиз қўллаш тавсия этилмайди, чунки ушбу даволаш тартибининг самарадорлигини тасдиқловчи далиллар чекланган. Тадқиқотларда доксициклин ва метронидазол комбинацияси

билан даволашнинг самарасизлиги кўрсатилган, цефтриаксон қўшилиши эса КЧАЯКни даволаш натижаларини яхшилаши қайд этилган.

Хламидиоз билан биргаликда КЧАЯКни даволашда юқори самарадорлиги туфайли биринчи танлов дори-воситаси сифатида доксициклиндан фойдаланиш афзалроқ. Доксициклинни в/и юбориш кўпинча оғриқни келтириб чиқаради, шунинг учун иложи борича оғиз орқали қабул қилиш лозим.

КЧАЯКнинг энгил ва ўрта-оғир, шу жумладан, гонорея этиологияли шаклларида эмпирик даволаш учун фторхинолонларни мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди, чунки уларга резистентлик тез ривожланади. Гонорея инфекцияси кенг тарқалган ҳудудларда, шунингдек, КЧАЯКнинг этиологик омили сифатида *Mycoplasma genitalium* микроорганизми аниқланган беморларда биринчи танлов дори-воситаси сифатида фторхинолонларни қўллаш масаласи кўриб чиқилиши мумкин. Шунингдек, 18 ёшгача бўлган беморларда фторхинолонлар қўлланилмайди.

Анаэробларнинг спектри бўйича III авлод цефалоспоринлар қўлланилиши бўйича маълумотлар чекланган, шунинг учун КЧАЯКни даволашда нитроимидазолларни (метронидазол, орнидазол, тинидазол) қўшишни ҳисобга олиш муҳим. Ўткир КЧАЯК билан касалланган аёлларда анаэроб патогенларга қарши даволаниш ўтказилмаслиги асоратлар ривожланишига олиб келиши мумкин.

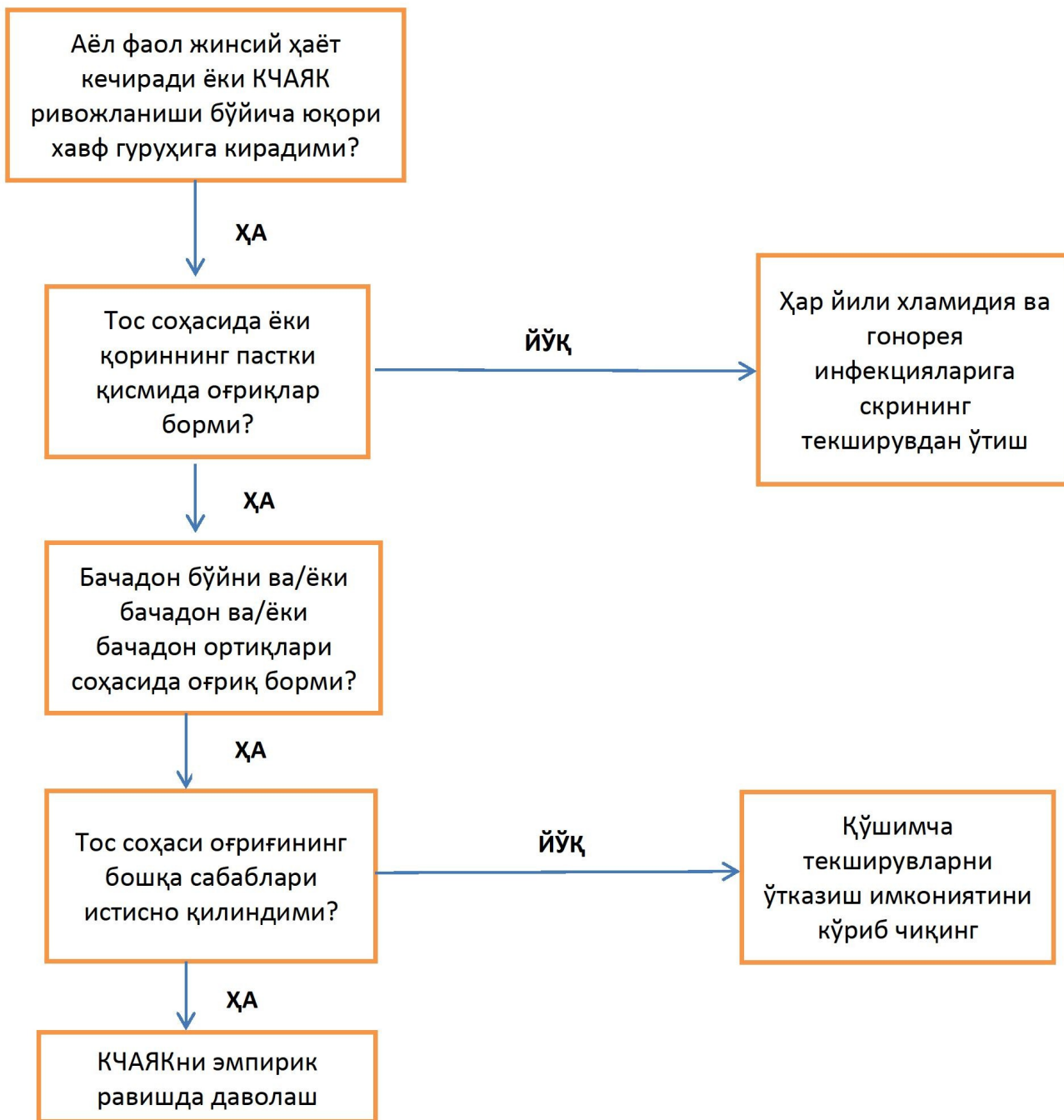
Метронидазол анаэроб флорага таъсир кўрсатиш учун КЧАЯКнинг даволаш схемаларига киритилган. КЧАЯКнинг оғир шакллари билан касалланган аёлларда анаэроблар нисбатан муҳим аҳамиятга эга. КЧАЯКнинг энгил ва ўрта-оғир шакллари билан касалланган ҳамда метронидазолни кўтара олмаган аёллар, уни қабул қилишни тўхтатишлари мумкин. Даволашдан 12 соат олдин, даволаш пайтида ва метронидазол билан даволашдан кейинги 24-48 соат мобайнида спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик лозим.

Моксифлоксацин *Mycoplasma genitalium* микроорганизмига нисбатан яхши микробиологик фаолликка эга.

Ампициллин-сульбактам, клиндамициндан фарқли ўлароқ, микроб резистентликнинг селектив бостирилишини чақирмайди. Ушбу дори-восита *N. gonorrhoeae* ва анаэробларга нисбатан яхши таъсир қилади.

Тавсия этилган даволаш схемаларининг бирортаси бошқалардан устун эканлиги бўйича аниқ далиллар мавжуд эмас. Шунинг учун, тавсия этилган дори-воситаларнинг бирига аллергия реакция кузатилган беморларни уриндош схемалар бўйича даволаш керак.

КЧАЯКни олиб бориш алгоритми



Бемор учун маълумот

Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари (КЧАЯК) – бу аёлларнинг репродуктив тракти юқори қисми аъзоларининг яллиғланиш касалликлари гуруҳи. КЧАЯК бачадон бўшлиғи, тухумдонлар ёки бачадон найларига қин ва бачадон бўйнидан инфекция тушиши натижасида ривожланади.

КЧАЯКнинг қўзғатувчиларига гонококклар, хламидиялар, ҳамда иммунитет пасайишида шартли-патоген микроблар киради. Аралаш инфекциялар ва антибактериал дори-воситалар назоратсиз такрорий қўлланилишининг юқори салмоғи, антибиотикларга қаршилик ривожланишига кўмаклашади, бу, ўз ўрнида, ушбу касалликларни даволашда қийинчиликлар туғдиради. Ушбу касаллик ўз вақтида аниқланмаса ва даволанмаса, бепуштлиқ, ҳомиладорликни кўтара олмаслик, битишмалар ҳосил бўлиши, тос соҳасида сурункали оғриқлар, бачадондан ташқари ҳомиладорлик каби КЧАЯКнинг узоқ муддатли асоратлари ривожланишига олиб келиши мумкин.

КЧАЯКнинг хавф омилларига қуйидагилар киради: кичик ёш (25 ёшгача), жинсий шерикларни тез-тез ўзгартириш, аёлда ёки унинг шеригида ЖЙОЎИ бўлиши, аввал акушерлик ва гинекологик жарроҳлик амалиётларни, бачадон ичи диагностик муолажаларни ўтказиш, оҳирги 3 ҳафта ичида бачадон ичи воситасини ўрнатиш.

КЧАЯКнинг асосий симптомларига қуйидагилар киради: қиндан йирингли ажралмалар келиши, ациклик бачадондан аномал қон кетишлар, қориннинг пастки қисмида оғриқлар, иситма ва титраш, сийганда оғриқ бўлиши, кўнгил айниши ва қайт қилиш, жинсий алоқа оғриқ чақириси. Сизда ушбу симптомлардан биттаси кузатилиши сиз КЧАЯК билан касал бўлгансиз деган эмас. Булар аппендицит ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик каби бошқа жиддий патологик ҳолатларнинг белгиси ҳам бўлиши мумкин. Агар сизда юқорида санаб ўтилган симптомлар мавжуд бўлса, гинеколог шифокорига мурожаат қилишингиз ва текширувдан ўтишингиз керак (қин ва бачадон бўйни суртмалари, қон таҳлиллари, ультратовуш текшируви ва баъзи ҳолларда МРТ, эндометрий биопсияси, лапароскопия).

Асосий даволаш антибактериал дори-воситалардан иборат. Шифокорнинг кўрсатмалари бўйича барча даволаш чораларига риоя қилиш ва тайинланган терапияни охиригача ўтказиш зарур. Зарур бўлганда аёл шифохонага ётқизилади ва жарроҳлик амалиёти ўтказилади.

ЖЙОЎИ билан касалланган аёлларнинг жинсий шериклари, симптомлар кузатилмаганда ҳам даволанишлари керак. ЖЙОЎИ юқтиришни олдини олиш учун презервативлардан фойдаланиш ва жинсий шерикларнинг сонини чеклаш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Воспалительные болезни женских тазовых органов. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Москва, 2021 г.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted diseases treatment guidelines (2015).
3. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease (2017). Jonathan Ross¹, Secondo Guaschino, Marco Cusini and Jorgen Jensen.
4. The British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). Pelvic inflammatory disease. Guideline. 2019.
5. Национальное руководство гинекология. под руководством Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б.2017.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Руководство. Москва. Медпресс. 2001. С.288.
7. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. Kirsty Munro, Asma Gharaibeh, Sangeetha Nagabushanam, Cameron Martin. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Review. 2018. P 11-19.
8. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections – Management and treatment of specific syndromes – Pelvic Inflammatory Disease (PID). 2016.
9. De Carvalho NS, Palú G, Witkin SS Mycoplasma genitalium, a stealth female reproductive tract. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2019 Sep 14. doi: 10.1007/s10096-019-03707-8.
10. Tamarelle J, Thiébaud ACM, de Barbeyrac B, Bébéar C, Ravel J, Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2019 Jan;25(1):35-47.
11. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Ricardo F Savaris, Daniele G Fuhrich, Rui V Duarte, Sebastian Franik, Jonathan D C Ross. Sex Transm Infect. 2019 Feb; 95(1): 21–27.
12. Kapustian V, Namazov A, Yaakov O, Volodarsky M, Anteby EY, Gemer O. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. Arch Gynecol Obstet. 2018 May;297(5):1201-1204.
13. www.mkb-10.com интернет манбаси.
14. Ha MM, Belcher HME, Butz AM, Perin J, Matson PA, Trent M Partner Notification, Treatment, and Subsequent Condom Use After Pelvic Inflammatory Disease: Implications for Dyadic Intervention with Urban Youth. Clin Pediatr (Phila) 2019 Oct;58(11-12):1271-1276.
15. Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, Franik S, Ross JDC. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease: an abridged version of a Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Sex Transm Infect. 2019;95(1):21-27. doi:10.1136/sextrans-2018-053693.
16. Australian Sexual Health Alliance (ASHA). Australian management guideline. Pelvic inflammatory disease. 2018.
17. Erenel H, Yilmaz N, Oncul M, Acikgoz AS, Karatas S, Ayhan I, Aslan B, Tuten A. Usefulness of Serum Procalcitonin Levels in Predicting Tubo-Ovarian Abscess in Patients with Acute Pelvic

- Inflammatory Disease. *Gynecol Obstet Invest.* 2017;82(3):262-266. doi: 10.1159/000449161. Epub 2016 Sep 3. PMID: 27592364.
18. Pelvic Inflammatory Disease Management Guidelines.2017. The New Zealand Sexual Health Society.
 19. Munson E, Bykowski H, Munson KL, et al. Clinical laboratory assessment of *Mycoplasma genitalium* transcription-mediated amplification using primary female urogenital specimens. *J Clin Microbiol* 2016; 54:432–8.;
 20. Tan L. Clinical and diagnostic challenge of antimicrobial resistance in *Mycoplasma genitalium*. *MLO Med Lab Obs* 2017; 2017:8–12.].
 21. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, Carroll KC, Chapin KC, Gilligan PH, Gonzalez MD, Jerris RC, Kehl SC, Patel R, Pritt BS, Richter SS, Robinson-Dunn B, Schwartzman JD, Snyder JW, Telford S 3rd, Theel ES, Thomson RB Jr, Weinstein MP, Yao JD. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. *Clin Infect Dis.* 2018 Aug 31;67(6):e1-e94. doi: 10.1093/cid/ciy381. PMID: 29955859; PMCID: PMC7108105.].
 22. Patel MD, Young SW, Dahiya N. Ultrasound of Pelvic Pain in the Nonpregnant Woman. *Radiol Clin North Am.* 2019 May;57(3):601-616.
 23. Clinical Effectiveness Group. UK national guideline for the management of pelvic inflammatory disease 2011. London (UK): British Association for Sexual Health and HIV; 2011 Jun. 18 p. [39 references].
 24. Xiao G., Xiao X. Sepsis-Induced Lung Injury: The Mechanism and Treatment //Severe Trauma and Sepsis. – Springer, Singapore, 2019. – С. 253-275.
 25. Kulchavenya E., Naber K. G., Johansen T. E. B. Urogenital tuberculosis //Extrapulmonary Tuberculosis. – Springer, Cham, 2019. – С. 141-153.
 26. Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M., Wright BJ, Ansaloni L. et all. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). *World J Emerg Surg.* 2016 Jul 15; 11:33. doi: 10.1186/s13017-016-0089-y. e Collection 2016.
 27. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи: Российские клинические рекомендации/ Под ред. С.В.Яковлева, Н.И.Брико, С.В.Сидоренко, Д.Н.Проценко. – М.: Издательство «Перо», 2018. – 156с.
 28. Mathur M, Scoutt LM. Nongynecologic Causes of Pelvic Pain: Ultrasound First. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Dec;46(4):733-753.
 29. Curry A, Williams T, Penny ML Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician.* 2019 Sep 15;100(6):357-364.
 30. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Евразийские клинические рекомендации/под ред. С.В.Яковлева, С.В.Сидоренко, В.В.Рафальского, Т.В.Спичак. М.: Издательство «Пре100 Принт», 2016 0-144с.
 31. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/ Под ред. Л.С.Страчунского, Ю.Б.Белоусова, С.Н.Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – 464с.
 32. Магнитотерапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. - Москва. 2015, 47 с.

33. Лазерная терапия в лечебно-реабилитационных и профилактических программах: клинические рекомендации. - Москва. 2015, 68 с.
34. Клинические рекомендации, основанные на доказательствах «Физическая и реабилитационная медицина» Г.Н. Пономаренко, Д.В. Ковлен, Санкт-Петербург, 2018, 38 с.
35. Almeida CC, Maldaner da Silva VZM, Cipriano Junior G, Liebano RE, Quagliotti Durigan JL. Transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential current demonstrate similar effects in relieving acute and chronic pain: a systematic review with meta-analysis. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2018 Sep-Oct;22(5):347-354.
36. Duarte R, Fuhrich D, Ross JD. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Int J Antimicrob Agents*. 2015 Sep;46(3):272-7. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26126798.