

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА**  
**КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**



**“ТАСДИҚЛАЙМАН”**  
**ЎЗР ССВ “РИДВваКИАТМ” ДМ**  
**директори в.б. Сабилов У.Ю.**

*У*  
«27» март 2025 йил.

**«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИ**  
**БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

**«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**ТОШКЕНТ 2025**

## 1. Кириш қисми

### Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ(МКБ)-10/11 шифри (лар):

A56	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛИ ПАСТКИ БЎЛИМЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ	1B10	Хламидияли лимфогранулёма
A56.1	КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИ ВА БОШҚА СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ. ХЛАМИДИЙ ЭПИДИДИМИТИ, ОРХИТ	1B11	Жинсий йул билан юқадиган ярали бўлмаган хламидия инфекцияси
A56.2	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ, АНИҚЛАНМАГАН	1B1Y	Хламидиоз туфайли жинсий йул билан юқадиган бошқа аниқланган инфекциялар
A56.3	АНОРЕКТАЛ СОҲАНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ	1B1Z	Инфекции, передающиеся половым путем из-за хламидиоза, неуточненные
A56.4	ХЛАМИДИЙ ФАРИНГИТИ		
A56.8	БОШҚА ЖОЙЛАШГАН ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ		
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=309">https://mkb-10.com/index.php?pid=309</a>		<a href="https://icd11.ru/">https://icd11.ru/</a>

**Баённома ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси:** 2025 йил, кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:**  
**Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази**

**Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:**

1.	Сабилов У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
2.	Раджабова Ю.Н.	Шифокорларнинг узлуксиз малакасини ошириш маркази методисти, PhD	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
3.	Порсохонова Д.Ф.	ЖЙБЮИ ва РК муаммоларини ўрганиш лабораторияси мудири, т.ф.д.	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
4.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
5.	Рахматова М.С.	Директор ўринбосарининг илмий ишлар бўйича ёрдамчиси	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)

## Тақризчилар:

1. Батпенова Гулнар Рискелдиевна – тиббиёт фанлари доктори, профессор, “Остона тиббиёт университети” АЖ иммунология курси билан дерматовенерология кафедраси мудир, “Қозоғистон дерматовенерологлар ва дерматокосметологлар уюшмаси” президенти.
2. Мирсаидова Муниса Абдушукуровна – т.ф.д., к.и.х., Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ шифокорларининг узлуксиз малакасини ошириш маркази раҳбари.

## Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш бўйича директор ўринбосари, клиника Бош шифокори.
2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор ўринбосари

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

**Муҳокама баённомасидан кўчирма олинган сана ва рақам:** Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ 3-сонли 27.03.2025-сонли баённомасидан кўчирма

## Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент
ИФТ	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФА	Иммунофермент таҳлили
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
ИФР	Иммунофлуоресценция реакцияси
ХТИР	Хира трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси
ПГР	Пассив гемагглютинация реакцияси
ИХТ	Иммунохроматографик таҳлил
IgG IgM	IgG ва IgM ва иммуноглобулинлар
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
ОИТС	Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЭТ	Элементар танача

## Мундарижа

«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УЧУН МИЛЛИЙ ПРОТОКОЛИ.....	4
«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	27
«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ ПРОТОКОЛИ.....	33

## Протоколдан фойдаланувчилар:

1. Дерматовенерологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Эпидемиологлар;
6. Соғлиқни Сақлаш Ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
9. Ушбу патологияга ега беморлар, уларнинг оила аъзолари ва тарбиячилари.

Ушбу протокол хламидия инфекциясини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари хамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асосдир.

**Беморлар тоифаси:** Хламидиал инфекцияларга шубҳа қилинган ва ташхиси тасдиқланган беморлар текширувдан ўтказилади.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик 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 исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбарлар учун)

Далилларнинг исботланганлик 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 ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилиқ 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)

## Асосий қисми

### Кириш

Хламидия-бу эркакларда ҳам, аёлларда ҳам бўлиши мумкин бўлган кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекция. Касалликнинг кўзгатувчиси *Chlamydia trachomatis* бактериясидир. У терапияга мос келади ва антибиотиклар билан тўлиқ даволаниши мумкин.

Ўз вақтида даволаш билан хламидия одатда узоқ муддатли оқибатларга олиб келмайди. Бироқ, даволаниш бўлмаса, хламидия инфекцияси жиддий муаммоларга олиб келиши ва ОИВ инфекцияси ва бошқа жинсий йўл билан юқадиган касалликларни юқтириш ва юқтиришга ёрдам беради. Даволанмаган хламидия жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, шу жумладан тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, шунингдек, бепуштлик ва эктопик ҳомиладорлик хавфи ортади. Ҳомиладор аёлларда инфекция эрта туғилишга (эрта туғилиш) ёки кам вазнга олиб келиши мумкин.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

### Таърифи

Урогенитал хламидия инфекцияси - жинсий йўл билан юқадиган инфекция (ЖЙБЮИ) унинг кўзгатувчиси *Chlamydia trachomatis*. [1]

### Касалликнинг этиологияси ва патогенези

Урогенитал хламидия инфекциясининг кўзгатувчиси *Chlamydia trachomatis* ҳисобланади. *Chlamydia trachomatis* A, B, Ba, C серотиплари трахома патогенлари: D, E, F, G, H, I, J, K урогенитал хламидия, хламидиал конъюнктивит, фарингит ва проктит; L1, L2, L3 -венерик лимфогранулома. *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci* ва *Chlamydia pecorum* улар алоҳида *Chlamydophila* турига ажратилган. *Chlamydia trachomatis* ҳаракатсиз, коккоид, грам-манфий мажбурий хужайра ичидаги

микрoоpганизмлардир. Хламидия морфологик ва биологик хусусиятлари билан фарқ қилувчи икки шаклда мавжуд. Жуда юқумли, спорага ўхшаш, хужайрадан ташқари шакл элементар танадир (ЭТ) ва вегетатив, кўпаяувчи, хужайра ичидаги шакл ретикуляр танадир (РТ). Юқумли жараённинг биринчи босқичи-мезбон хужайранинг плазмалеммасида этнинг адсорбцияси. Хламидиянинг хужайрага киритилиши эндоцитоз билан содир бўлади. Плазмалемма сайтининг адсорбцияланган ЭТ билан инвагинацияси ситоплазмада фагоцитик вакуола шаклланиши билан содир бўлади. Ушбу босқич 7-10 соат давом этади. Шундан сўнг, хужайра 6-8 соат ичида вегетатив шаклга айланади – ўсиш ва бўлинишга қодир ретикуляр тана. *Chlamydia* кўпайтириш киритмалари (Провачек органлари) шаклланишига олиб келади. Ривожланишнинг 18-24 соати давомида улар хужайра мембранасидан ҳосил бўлган ситоплазматик пуфакчада локализация қилинади. Киритишда 100 дан 500 гача хламидия бўлиши мумкин. Кейин, 36-42 соат ичида РТ пишиб етиш жараёни ўтиш (оралиқ) жисмлар ва этнинг кейинги авлодининг ривожланиши орқали содир бўлади. Хламидияни кўпайтиришнинг тўлиқ цикли 48-72 соатни ташкил қилади ва зарарланган хужайранинг йўқ қилиниши билан тугайди. Ноқулай шароитларда хламидия уйқу ҳолатида узок вақт хужайра ичидаги паразитизацияга қодир. Эпителия ва эндотелиал хужайра мембраналари билан ҳимояланган хламидиянинг уйқу ҳолати патогенга ноқулай шароитларда ҳаётийлигини сақлаб қолиш имконини беради. Макрооpганизм хужайралари бўлинганда, хламидия янги ҳосил бўлган хужайраларда фаол кўпайиш имкониятини сақлаб қолади. Эпителия хужайраларида патогенларнинг кўпайиши эпителия қатламининг яхлитлигини бузилишига, тўқималарнинг дескуамациясига ва лимфоид инфилтрациясига олиб келади. Хламидия цилиндрсимон эпителийга тропизмга эга ва сийдик йўллари, бачадон бўйни канали, бачадон найчалари, endometrium, тўғри ичак, орофаренкс ва кўз конъюнктивасининг шиллик қаватига, шунингдек лимфа ва қон томирлари эпителиётларига таъсир кўрсатишга қодир, лейкоцитлар, моноцитлар, макрофаглар. Вояга етган аёлларда микрoоpганизмлар қиннинг ўзгармаган кўп қатламли скуамоз эпителиясида кўпая олмайди, чунки улар унинг таркибидаги кислотали муҳитга жуда сезгир, шунинг учун бирламчи лезён одатда бачадон бўйни шиллик қаватидир. Болалик ва ўсмирлик даврида хламидия vulva ва қиннинг шиллик пардаларига зарар етказиши мумкин, бу қизларнинг репродуктив тизимининг анатомик ва физиологик хусусиятлари (физиологик ҳимоя механизмларининг номукамаллиги, сирт эпителиясининг оз сонли қатламлари) билан осонлашади., vaginal оқиндининг ишқорий реакцияси, яқин сервикал-vaginal секрецияларнинг ишқорий кислота-баз мувозанати). Хламидия инфекцияси бўлган аёлларда тухумдон саратони ривожланиш хавфи икки барабар кўпаяди. Хламидия, шунингдек, инсон папилломавируси билан ва бўлмасдан коинфекцияда бачадон бўйни саратони ривожланиш хавфини оширади. Хламидия хужайранинг нуқсонларни тузатиш ва митоздан эрта хужайра чиқишини бошлаш қобилиятини инҳибе қилади, бачадон бўйни метаплазиясини келтириб чиқаради, бу эса инсон папилломавируси коинфекцияси ва қатъиятлиги учун мақсадли хужайраларни ҳосил қилади [84, 85]. Катталар ва ўсмирларнинг инфекцияси хламидия инфекцияси бўлган бемор билан ҳар қандай

жинсий алоқада, болалар – интранатал йўл орқали ва жинсий алоқа орқали содир бўлади; истисно ҳолларда, ёш қизлар шахсий гигиена ва болаларни парвариш қилиш қоидаларини бузса, юқиши мумкин [36]. Вертикал узатиш йўли ҳам мумкин [44].

### Эпидемиология

Урогенитал хламидия инфекцияси кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекция ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти ҳар йили 131 миллион одам *Chlamydia trachomatis* билан касалланганлигини тахмин қилмоқда. Аҳолида хламидия инфекциясининг тарқалиши ёшга қараб ўзгаради, енг юқори касалланиш 25 ёшдан кичик одамларда кузатилади [41].

### Таснифи

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

**Хламидия инфекциясининг қуйидаги клиник турлари ажратилади:**

A56.0 - Сийдик-таносил йўллари пастки бўлимларининг хламидияли инфекциялари

A56.1 - Кичик чаноқ аъзолари ва бошқа сийдик-таносил аъзоларининг хламидия инфекциялари;

A56.2 - Сийдик-таносил йўлларининг хламидияли инфекцияси, аниқланмаган;

A56.3 - Аноректал соҳанинг хламидия инфекцияси;

A56.4 - Хламидийли фарингит;

A56.8 - Жинсий йўл билан юқадиган хламидияли инфекциялар, бошқа локализация.

A74.0 – Хламидияли конъюнктивит

A74.8 - Бошқа хламидияли инфекциялар.

A74.9 - Хламидия инфекцияси, бошқа жойда таснифланмаган.

### Касалликнинг клиник кўриниши

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

*Chlamydia trachomatis* билан моноинфекция аксарият ҳолларда енгил ёки асимптоматикдир. *Пастки генитоурия трактининг хламидиал инфекциялари*

Яллиғланиш жараёнининг ўткир курси бўлган аёлларда объектив аломатлар: сийдик йўлининг ташқи очилиши шиллиқ қаватининг гиперемияси ва шишиши, сийдик йўлларининг деворларининг инфилтрацияси, сийдик йўлидан мукопурулент ёки шиллиқ оқинди, шиллиқ қаватнинг шишиши ва гиперемияси. бачадон бўйни, бачадон бўйни шиллиқ қаватидан мукопурулент оқинди канал, бачадон бўйни шиллиқ қаватининг эрозияси; қизларда ўткир вагинитда: қин деворларининг шишиши ва гиперемияси, унинг камарлари, орқа vaginal камарда мукопурулент оқинди.

Яллиғланиш жараёнининг ўткир курси бўлган эркакларда объектив аломатлар: сийдик йўлининг ташқи очилишининг шиллиқ қаватининг гиперемияси ва шишиши, сийдик йўлларининг деворларининг инфилтрацияси, сийдик йўлидан мукопурулент ёки шиллиқ оқинди.

#### *Аноректал худуднинг хламидия инфекцияси*

Яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида объектив аломатлар: анус бурмалари терисининг гиперемияси, тўғри ичакдан мукопурулент оқинди.

#### *Хламидиал фарингит*

Яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида объектив аломатлар: гиперемия ва орофаренкс ва бодомсимон безлар шиллиқ қаватининг шишиши.

#### *Хламидиал конъюнктивит*

Яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида объектив аломатлар: таъсирланган кўзнинг конъюнктивасининг гиперемияси ва шишиши, таъсирланган кўзнинг бурчакларида кам мукопурулент оқинди.

#### *Тос аъзолари ва бошқа генитоурия органларининг хламидиал инфекциялари*

Аёлларда объектив аломатлар:

- вестибулит: genital трактдан енгил мукопурулент оқинди, вестибуляр безлар каналларининг ташқи тешикларининг гиперемияси, палпация пайтида каналларнинг оғриғи ва шишиши;

- катарал бартолинит: бартолин безининг оғзидан енгил мукопурулент оқинди, без оғзининг гиперемияси, палпация пайтида оғрик ва шиш;

- салпингоофорит: яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида-бачадон найчалари ва тухумдонларнинг катталашishi – палпация пайтида оғриқли, vaginal камарларнинг қисқариши, бачадон бўйни каналдан мукопурулент оқинди; касалликнинг сурункали даврида - енгил оғрик, бачадон найчаларининг қалинлашиши;

- эндометрит: яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида – оғриқли, юмшоқ мустаҳкамликдаги катталашган бачадон, бачадон бўйни каналдан мукопурулент оқинди; касалликнинг сурункали курсида – бачадоннинг зич мустаҳкамлиги ва ҳаракатчанлиги чекланган.

Яллиғланиш жараёнининг ўткир курси бўлган эркакларда объектив аломатлар:

- эпидидимоорхит: сийдик йўлидан мукопурулент оқинди, скротумнинг гиперемияси ва шишиши – палпация-катталашган, зич ва оғриқли мойк ва унинг қўшимчаси;

- уретрит билан боғлиқ простатит: палпация пайтида оғриқли, қалинлашган простата беши.

Иккала жинсда ҳам парауретрал безларнинг хламидиал шикастланиши мумкин, яллиғланиш жараёнининг ўткир жараёнида объектив аломатлар: сийдик йўлидан мукопурулент ажралма, парауретрал безларнинг чиқариш каналларида тарик донаси катталигидаги зич оғриқли шаклланишларнинг мавжудлиги.

#### *Бошқа локализациянинг жинсий йўл билан юқадиган хламидия инфекциялари*

Хламидиал пелвиоперитонитнинг ўзига хос белгилари йўқ ва кучли қорин оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, заифлик, ичак ҳаракатининг бузилиши, характерли кўриниш билан тавсифланади – facies hypocratica, тана ҳарорати, гипотензия, олигурия, юзаки палпацияда кучли қорин оғриғи, мушакларнинг кучланиши пастки қорин деворида ва peritoneal тирнаш хусусияти ижобий аломати.

Баъзи ҳолларда касалликнинг кечиши хламидиал этиологиянинг реактив артрити билан мураккаблашиши мумкин (тарқалиши хламидиал инфекциянинг 30 ҳолатига 40-100000 ҳолат) [56, 57, 67].

Тарқалган хламидия инфекцияси билан иккала жинсдаги беморларда пневмония, перихепатит ва перитонит (Фитз-Хю-Кертис синдроми) ривожланиши мумкин [36].

#### *Ҳомиладор аёлларда хламидия инфекцияси*

Хламидия инфекцияси ҳомиладорликнинг тугашига, абортга, фетопласентал етишмовчиликнинг ривожланишига, ҳомиланинг интраутерин инфекциясига, туғруқдан кейинги яллиғланиш касалликларига ва неонатал инфекцияларга олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг биринчи

триместрида энг характерли асоратлар ҳомиладорлик, ривожланмаган ҳомиладорлик ва ўз-ўзидан аборт қилиш билан таҳдид қилинади; иккинчи ва учинчи триместрларда токолитик терапия, қоида тариқасида, беқарор таъсир кўрсатадиган ҳомиладорликни тўхтатиш таҳдиди. Генитал хламидия билан касалланган аёлларнинг плаценталарида патоген иммун комплексларнинг шаклланиши билан иммун гомеостаз бузилади, шу жумладан IgM, IgG, IgA, бу С3 комплемент фракциясини патогенлик белгиси сифатида ўрнатади. Амниотик мембраналар инфекциясида полихидрамниоз, плацентанинг ўзига хос шикастланиши (плацентит), плацента етишмовчилиги, ҳомила гипотрофияси ва гипоксия ривожланиши мумкин. Интраутерин инфекцияси бўлган ҳомиладор аёлларнинг зографик текшируви куйидаги белгиларни аниқлайди: полихидрамниоз, сув етишмаслиги, амниотик суюқликдаги гиперекоик суспензия, плацентадаги ўзгаришлар. Жинсий органларнинг юқумли патологияси бўлган аёлларда ултратовуш плацентографияси куйидагиларни аниқлайди: плацентанинг қалинлашиши, плацента паренхимасининг хетерожен екогенлиги, плацентанинг ерта "қариши", интерстициал бўшлиқларнинг кенгайиши, субхориал бўшлиқнинг кенгайиши, базал пластинка контурининг қалинлашиши / икки баравар кўпайиши. Хламидия инфекцияси ва фетопласентал етишмовчилиги бўлган ҳомиладор аёллар учун унинг асосий намоён бўлиши интраплацентал қон оқимининг бузилишидир [47].

### *Янги туғилган чақалоқларда*

Chlamydia инфекцияси Ҳомиладор аёлларда хламидиал урогенитал инфекция мавжуд бўлганда, кўп ҳолларда хламидия туғруқ пайтида янги туғилган чақалоқларга юқади, 3,2% да интранатал инфекция мавжуд. Чақалоқларда Chlamydia инфекция кўпинча конъюнктивит (33,4%), нафас олиш йўллари инфекцияси (22,2%), сийдик йўллари инфекцияси (22,2%), вулвитис (11,1%) билан намоён бўлади, камроқ тез-тез чладимиа орофаренкс, назофаренкс ва тўғри ичак изоляция қилинган [45]. Манифест шакллардан ташқари (конъюнктивит, пневмония, генитоурия тизимининг инфекцияси) шиш ва геморрагик синдромлар, узоқ муддатли гипербилирубинемия ва тана вазнининг кечиктирилган тикланиши шаклида ўзига хос бўлмаган кўринишлар пайдо бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда интраутерин инфекция ўзини умумий шакл, сариклик синдроми, хомилалик гепатит ва интраутерин ўсишнинг кечикиши сифатида намоён қилиши мумкин [46].

### **Шикоят ва анамнез:**

#### *Сийдик-таносил йўлининг пастки қисмидаги хламидия инфекциялари*

70-95% аёлларда касалликнинг субъектив асимптоматик кечиши қайд этилади. Яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида куйидаги субъектив симптомлар бўлиши мумкин: уретра ва/ёки жинсий йўллардан шиллиқ-йирингли ажралмалар, ҳайзлараро қонли ажралмалар, жинсий алоқа пайтида оғриқ (диспареуния), қориннинг пастки қисмида ноқулайлик ёки оғриқ, қичишиш, ачишиш, сийиш пайтида оғриқ (дизурия).

50% эркакларда касалликнинг субъектив асимптоматик кечиши қайд этилади. Яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида куйидаги субъектив симптомлар бўлиши мумкин: сийдик чиқариш каналидан шиллиқ-йирингли оз миқдорда ажралма келиши; қичишиш, ачишиш, сийиш пайтида оғриқ (дизурия); сийдик чиқариш канали соҳасида безовталиқ, қичишиш, ачишиш; жинсий алоқа пайтида оғриқ (диспареуния); тез-тез сийиш ва сийдик чиқаришга шошилиш чакриқлар (яллиғланиш жараёни проксимал тарқалганда); тўғри ичакка тарқаладиган ораликдаги оғриқлар. Хламидия инфекциясининг субъектив симптомлари болалиқ даврида катта ёшли одамлардагига ўхшаш бўлади. Қиз болаларда касаллик клиник кечилишининг ўзига хос хусусияти кўпроқ субъектив белгилар ва вулва ва қин шиллиқ қаватларининг шикастланишидир. Қизларда вагинитнинг ўткир кечишида куйидаги субъектив белгилар бўлиши мумкин: қичишиш, ачишиш, вулва ва қин соҳасида оғриқ, жинсий йўллардан шиллиқ-йирингли ажралмалар.

#### *Аноректал соҳанинг хламидия инфекцияси*

Иккала жинсдаги одамларда, одатда, касалликнинг субъектив асимптоматик кечиши қайд этилади. Яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида қуйидаги субъектив симптомлар бўлиши мумкин: тўғри ичакнинг маҳаллий зарарланишида - қичишиш, аноректал соҳада ачишиш, тўғри ичакдан сариқ ёки қизғиш рангли озгина ажралма; жараён анал тешигидан юқорида жойлашганда - оғриқли тенезмлар, дефекация пайтида оғриқ, тўғри ичакдан шиллиқ-йирингли ажралмалар, кўпинча қон аралаш, иккиламчи ич қотиши.

#### *Хламидий фарингити*

Иккала жинсдаги одамларда, одатда, касалликнинг субъектив асимптоматик кечиши қайд этилади. Яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида қуйидаги субъектив белгилар бўлиши мумкин: оғиз-ҳалқумда куруклик ҳисси; ютинганда кучаядиган оғриқ.

#### *Хламидияли конъюнктивит*

Субъектив белгилар: зарарланган кўзнинг биров оғриши, конъюнктиванинг қуриши ва қизариши, ёруғликдан қўрқиш, зарарланган кўз бурчакларида кам миқдорда шиллиқ-йирингли ажралма бўлиши.

#### *Чаноқ ва бошқа сийдик-таносил аъзоларининг хламидия инфекциялари*

Аёлларда субъектив симптомлар:

- вестибулит: жинсий йўллардан озгина шиллиқ-йирингли ажралмалар, вулва соҳасидаги оғриқ ва шиш;
- катарал бартолинит: бартолиний беши оғзидан озгина шиллиқ-йирингли ажралма, без соҳасида оғриқ ва шиш;
- сальпингофорит: яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида - қориннинг пастки қисмида тўлғоқсимон оғриқ, жинсий йўллардан шиллиқ-йирингли ажралмалар; касалликнинг сурункали кечишида субъектив белгилар камроқ ифодаланган, ҳайз циклининг бузилиши қайд этилади;
- эндометрит: яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида - қориннинг пастки қисмида оғриқ, одатда, тортувчи характерда, жинсий йўллардан шиллиқ-йирингли ажралмалар; касалликнинг сурункали кечишида субъектив белгилар камроқ намоён бўлади, кўпинча ҳайздан кейинги ва ҳайзлараро кам миқдорда қонли ажралмалар кузатилади.

Яллиғланиш жараёнининг ўткир кечишида эркақлардаги субъектив симптомлар:

- эпидидимоорхит: сийдик чиқариш каналидан шиллиқ-йирингли ажралмалар, дизурия, диспаруния, мойк ортиғи ва чов соҳасида оғриқ, кўпинча бир томонлама; тўғри ичак соҳасига, қориннинг пастки қисмига, ёрғоқ соҳасига тарқаладиган ораликдаги оғриқ; оғриқ уруғ тизимчасига, чов каналига, бел соҳасига, думғазага тарқалиши мумкин;
- уретрит билан бирга кечувчи простатит: оралик ва қориннинг пастки қисмида оғриқ, тўғри ичак соҳасига тарқалиши, дизурия.

Иккала жинсдаги одамларда ҳам парауретрал безларнинг хламидиал зарарланиши мумкин, бунда субъектив белгилар қуйидагилардир: қичишиш, ачишиш, сийиш пайтида оғриқ (дизурия); сийдик чиқариш каналидан шиллиқ-йирингли ажралмалар; жинсий алоқа пайтида оғриқ (диспареуния); уретранинг ташқи тешиги соҳасидаги оғриқ.

### **Жисмоний текширув:**

Ташқи жинсий аъзоларнинг тери қопламлари ва кўринадиган шиллиқ қаватлари кўздан кечирилади; уретранинг ташқи тешиги шиллиқ қаватининг ҳолати, уретрадан эркин ажралмаларнинг мавжудлиги ва уларнинг табиати баҳоланади, уретра, шунингдек, минтақавий лимфа тугунлари пальпация қилинади.

Жинсий фаол аёлларда вестибуляр безлар соҳасини пайпаслаш билан қин даҳлизи кўздан кечирилади, қин кўзгулари ёрдамида қин деворлари ва гумбазлари шиллик қаватлари ва бачадон бўйнининг кўринадиган қисми кўздан кечирилади; қиннинг орқа ва орқа-ён гумбазларида ажралмаларни, бачадон бўйни каналидан ажралмаларни баҳолаш; бимануал қин-қорин текшируви.

Эркакларда ёрғоқ аъзоларини пайпаслаш, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш (кўрсатмалар бўйича) ўтказилади.

Хламидия инфекциясининг экстрагенитал шакллари ташхислаш мақсадида аноректал соҳа, оғиз-ҳалқум шиллик қаватлари ва конъюнктива кўздан кечирилади.

## Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Хламидия инфекцияси ташхиси кўзгатувчини аниқлашга қаратилган асбоб-ускуналар ва лаборатория тадқиқотлари билан тасдиқланган клиник ва эпидемик маълумотлар тўпламига асосланади [1].

## Лаборатория текширувлари

<b>В</b> <b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Умумий қон таҳлили</li><li>• Захмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)</li><li>• Chlamydia трахоматис ва бошқа ЖЙБЮИларни микроскопик ёки ПЗР орқали аниқлаш</li></ul>
<b>С</b> <b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Умумий сийдик таҳлили</li><li>• Нажаснинг умумий таҳлили</li><li>• ОИВ инфекциясини текшириш</li><li>• Биокимёвий тадқиқотлар</li><li>• Захмни тасдиқловчи тестлар (учтадан иккитаси: ИХА, РПГА-микдорий, ИФА (Ig M ва антитаналар йиғиндиси).</li><li>• Chlamydia трахоматис диагностикаси ва бошқалар. ЖЙБЮИ бошқа усуллар (културал, ИФА, ПЗР ва б.)</li><li>• Простата бези секретини микроскопик текшириш</li><li>• Простата безининг бармоқ билан текширилиши</li><li>• НVC ёки НVB текшируви</li><li>• Иммуногистокимёвий текширув</li><li>• Қондаги D витамини миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш.</li><li>• Томпсоннинг икки стаканли синови</li></ul>
<b>В</b> <b>2</b>	<p>Chlamydia трахоматис ДНК ва/ёки РНКнинг ўзига хос фрагментларини аниқлашга қаратилган молекуляр-биологик усуллар билан лаборатория тадқиқотлари натижалари асосида хламидияли инфекция ташхисини верификация қилиш тавсия этилади: оғиз-ҳалқум шиллик қаватидан суртмаларни трахоматис (Chlamydia trachomatis) хламидиясига ва/ёки тўғри ичак шиллик қаватидан ажралмани трахоматис (Chlamydia trachomatis) хламидиясига ва/ёки аёллар жинсий аъзолари шиллик қаватидан ажралмани трахоматис (Chlamydia trachomatis) хламидиясига ва/ёки уретрадан ажралмани трахоматис (Chlamydia trachomatis) хламидиясига ва/ёки спермани трахоматис (Chlamydia trachomatis) хламидиясига ва/ёки простата</p>

секретини трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) хламидиясига ва/ёки конъюнктивадан ажралмани трахоматис (*Chlamydia*)

Фикрлар:

Кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликларига шубҳа туғилганда, бачадон бўйни канали қириндиси ва жарроҳлик материалидан *Chlamydia trachomatis* нинг ўзига хос ДНК ва/ёки РНК фрагментларини аниқлаш учун текширув ўтказиш шарт.

Молекуляр-биологик усулларнинг сезгирлиги 98-100%, спецификлиги 100%. Сийдикни хламидия трахоматис (Чламидиа трахоматис) га молекуляр-биологик текшириш асосан уретритнинг яққол клиник кўринишларида қўлланилади.

Лаборатория тадқиқотларининг ишончли натижаларини олиш учун бир қатор талабларга риоя қилиш зарур, уларга қуйидагилар киради:

- уретрадан клиник материални охириги сийишдан кейин камида 3 соат ўтгач, кўп миқдорда уретрал ажралмалар бўлганда - сийишдан кейин 15-20 дақиқа ўтгач олиш;
- бачадон бўйни канали ва қиндан ҳайз кўришдан олдин ёки ҳайз тугагандан кейин 2 кун ўтгач клиник материал олиш;
- интровагинал ультратовуш текшируви ва кольпоскопия ўтказилгандан кейин 24-48 соатдан кам бўлмаган вақтда сервикал канал ва қиндан клиник материал олиш;
- текширув арафасида ва уни ўтказиш кунида қинни пуркашни истисно қилиш;
- текширув ўтказилган кунда жинсий аъзоларнинг гигиеник муолажаларини интим гигиена воситаларидан фойдаланган ҳолда истисно этиш;
- текширув кунидан 3-5 кун олдин таркибида ёғ бўлган вагинал дори воситаларини (шамлар, кремлар, вагинал таблеткалар) қўллашни истисно қилиш;
- сийдикнинг биринчи порциясини йиғишдан камида 2 соат олдин қовуқни бўшатиш;
- *Chlamydia trachomatis*га нисбатан фаол препаратлар билан терапия тугаганидан кейин камида бир ой ўтгач, NASBA усули билан - *Chlamydia trachomatis*га нисбатан фаол препаратлар билан терапия тугаганидан кейин камида 2 ҳафта ўтгач, реал вақт режимида ПЗР ва ПЗР усуллари билан текшириш учун клиник материал олиш;
- клиник намуналарни лабораторияга етказиб бериш шартларига риоя қилиш.

### Инструментал тадқиқотлар:

[https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm\\_source=chatgpt.com](https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm_source=chatgpt.com)

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

С  
5

Кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари ва хламидия инфекциясининг асоратли кечишини истисно қилиш зарур бўлганда, беморни кичик чаноқ аъзоларининг ультратовуш текшируви (комплекс) ўтказиш учун юбориш тавсия этилган [42-44, 68].

С  
5

Хламидияли уретритнинг асоратланган ёки сурункали кечишида, айниқса шиллик қаватдаги ўзгаришларни визуал баҳолаш зарур бўлса, уретроскопия ёрдам бериши мумкин.

С  
5

Кольпоскопия хламидияли инфекциянинг асоратли кечиши ёки йўлдош патологияларга шубҳа қилинганда бачадон бўйни ҳолатини баҳолашда қўл келади.

**С**  
**5** Ректороманоскопия шикастланишларни визуал баҳолаш, тўғри ва сигмасимон ичак шиллиқ қаватининг ҳолатини баҳолаш имконини беради.

### **Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар**

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

**С**  
**5** Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш жараёнига жалб қилинганда, ҳомиладор аёллар ва лактация давридаги аёлларни, хламидия инфекцияси билан оғриган беморларни кузатишда акушер-гинеколог маслаҳати тавсия этилган [15].

**С**  
**5** Репродуктив тизим томонидан юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ташхислаш мақсадида, эпидидимоорхит, уретрит билан бирга келадиган простатитнинг узок давом этиши ва илгари ўтказилган терапиянинг самарасизлиги билан уролог-шифокор маслаҳати тавсия этилади [15].

**С**  
**5** Қўшимча текширув ҳажми ва хусусиятини аниқлаштириш мақсадида шифокор-офтальмолог, шифокор-оториноларинголог, шифокор-проктолог, шифокор-ревматолог, терапевт, болаларда эса шифокор-неонатолог, шифокор-педиатр маслаҳати тавсия этилган [67].

**С**  
**5** Сурункали, қайталанувчи хламидиозларни ташхислаш учун иммунолог маслаҳати тавсия этилган. Маслаҳатнинг мақсади: Иммун жавобни тузатиш учун иммуномодуляторлар ёки бошқа ёрдамчи воситаларни тайинлаш.

**С**  
**5** Хламидиознинг сурункали ва асоратланган шаклини ташхислаш учун инфекционист маслаҳати тавсия этилади. Инфекциянинг бўғимларга (реактив артрит) ёки бошқа аъзоларга тарқалиши. Консултациянинг мақсади: Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш. Тизимли антибактериал ва иммуномодуловчи терапияни танлаш.

### **Дифференциал ташхис:**

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com)

Хламидия инфекцияси бактериал вагиноз, кин трихомонадаси, гонококк инфекцияси, вагинал кандидоз, ёт жисм, гениталий микоплазма инфекцияси, уреоплазма инфекцияси ва шу кабилар билан фарқланади.

Қиёсий ташхис қўйиш учун юқорида кўрсатилган барча клиник, эпидемиологик ва лаборатория ташхис мезонларини ҳисобга олиш керак.

**Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, парҳез терапияси, оғриқсизлантириш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар**

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

### **Амбулатория ва стационар даражадаги хламидия инфекциясини даволаш тактикаси:**

Хламидияли инфекцияни даволаш *Chlamydia trachomatis* қўзғатувчисини йўқотиш, асоратларнинг олдини олиш ва зарарланган органлар функцияларини тиклашга қаратилган. Самарадорлиги исботланган антибактериал препаратлар қўлланилади. Носпецифик терапия усуллари касаллик белгиларини бартараф этиш, шикастланган тўқималарни тиклаш ва инфекция тарқалишининг олдини олиш учун қўлланилади.

- Даволашнинг уч тури фарқланади:
- ўзига хос;
- профилактик;
- синов (эжжувантибус).

### **Махсус даволаш**

ПЗР усули ёки бошқа тестлар ёрдамида қўзғатувчини аниқлаш орқали клиник ва лаборатория ташхиси қўйилган тасдиқланган хламидия инфекциясида ўтказилади.

### **Профилактик даволаш**

Хламидия инфекцияси билан касалланган беморлар билан мулоқотда бўлган шахсларда эпидемик кўрсатмалар бўйича ўтказилади. Профилактик даволашнинг мақсади инфекция тарқалишининг олдини олишдир. Профилактик терапия ўтказиш тўғрисидаги қарор шифокор томонидан индивидуал равишда қабул қилинади.

- Мажбурий профилактик даволанишга қуйидагилар жалб этилади:
- Оила аъзолари (ота-оналар, болалар, эр-хотинлар, бошқа қариндошлар), шунингдек, жинсий ёки яқин маиший алоқалар мавжуд бўлганда бирга яшовчи шахслар.
- Хламидия инфекцияси ҳолатлари қайд этилган ёки янги беморлар аниқланган жамоалар (гуруҳлар, бўлинмалар, ўқув юртлари) аъзолари.

синовли даволаш

### **Синовли даволаш(exjuvantibus)**

Клиник маълумотларга кўра шифокор хламидия инфекциясига шубҳа қилган, аммо ташхис лаборатория усуллари билан тасдиқланмаган ҳолларда ўтказилади. Терапия ижобий таъсир кўрсатганда, ҳолат яқуний рўйхатга олинади.

### **Даволаш тамойиллари**

- Терапия тамойиллари танланган антибиотикдан қатъи назар, шифокор томонидан бажарилиши керак:
- Реинфекциянинг олдини олиш учун барча жинсий шериклар ва алоқада бўлган шахсларни бир вақтнинг ўзида даволаш.
- Даволаш даврида жинсий алоқани истисно қилиш.
- Шифокор тавсиясига кўра антибактериал терапия курсига риоя қилиш.
- Даволаш тугаганидан кейин 4 ҳафта ўтгач, назорат текширувини ўтказиш.
- Этиотроп терапия билан бир вақтда асоратларни (чанок яллиғланиш касалликлари, эпидидимит, конъюнктивит) даволаш.

После завершения лечения рекомендуется информировать пациента о необходимости соблюдения правил личной гигиены, использования барьерных методов контрацепции и регулярного обследования для предотвращения рецидивов и новых случаев инфекции.

### **Дори-дармонлар билан даволаш.**

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник протоколга киритилиши харажатларни қоплашга асос бўлмайди.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>  
[https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK\\_2017\\_022.pdf](https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf)  
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com)

## Жадвал-1

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли билан): далиллар даражасини киритиш керак:

Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Доксициклин	таблеткалар 100 мг дан кунига 2 марта ичиш учун 7-14 кун	В <a href="https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia">https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>
Миноциклин	таблеткалар 100 мг дан кунига 2 марта ичиш учун 7-14 кун	В <a href="https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia">https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia</a>
Офлоксацин	таблеткалар 400 мг дан кунига 2 марта ичиш учун 7-21 кун	В <a href="https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf">https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf</a>
Левифлоксацин	таблеткалар 500 мг дан кунига 1 марта. 7 кун. Катталар томонидан м/о ёки в/и юборилганда бир марталик доза 20-40 мг ни ташкил қилади.	В <a href="http://apicr.minzdrav.gov.ru">apicr.minzdrav.gov.ru</a>
Азитромицин	500 мг таблеткалар оғиз орқали кунига 1 марта 7 кун давомида	В <a href="http://apicr.minzdrav.gov.ru">apicr.minzdrav.gov.ru</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>
Джозамицин	500 мг таблеткалар ичиш учун кунига 3 марта 7-21 кун	В <a href="http://apicr.minzdrav.gov.ru">apicr.minzdrav.gov.ru</a>
Амоксициллин	500 мг таблеткалар оғиз орқали кунига 3 маҳал 7 кун давомида	В <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>
Эритромицин	500 мг таблеткалар оғиз орқали кунига 3 маҳал 7 кун давомида	В <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>

**Изоҳ:** Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор мукобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.

Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади. Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

## Жадвал -2

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражасини киритиш керак:

Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
рекомбинант ИФН альфа-2б ректал шамчалар	Катталарда: кунига 2 марта 500 000 ИУ дан 10 кун  Болаларда: 3 000 000 ИУ дан кунига 2 марта 10 марта кунлар  Ҳомиладор аёлларда: томонидан 10 кун давомида кунига 2 марта 1 000 000 ИУ	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Инозин пранобекс	ичишга, овқатдан кейин, 10 кун давомида кунига 3-4 марта 500 мг	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Меглумина акридонатетат	24 соатлик интервал билан 3 та инъекция, кейин эса яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблетка (250 мг) биринчи икки кун ичида кунига бир марта, кейин 2-4 ҳафта давомида ҳар куни 1 таблетка (125 мг). Ёки овқатдан кейин 0,125 г (1 таблетка) ремиссия даврида, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>

	кунида, фақат 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	
Азоксимер бромид	Ичиш учун, овқатдан кейин, 6 мг кунига 2 марта ёки 12 мг кунига 1 марта, 10 кун давомида.	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суюлтириш 1 мл;</li> <li>• вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инексион эритмасида эритиш.</li> </ul> Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади. Иммуниетет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта. Даволаш курси 15-30 кун;	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Урсодезоксихол кислотаси	Ичишга. Тана вазни 34 кг дан кам бўлган болалар ва катталарга урсодезоксихол кислотани суспензия шаклида қўллаш тавсия этилади.  Урсодезоксихол кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг/кг ни ташкил этади	С <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>
Эссенсиал фосфолипидлар	в/и аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади.  Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади  Ичишга. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш тавсия этилади.	С <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>
Антраль	суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга	С <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a>

	<p>катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - қабул қилиш учун 200 мг дан</p> <p>4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан</p>	<p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">6/?utm_source=chatgpt.com</a></p>
Оксиматрин	<p>в/и 600 мг дан кунига бир марта</p> <p>в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади</p> <p>ичишга, кунига уч марта 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин). Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).</p>	<p>С</p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a></p>
Глутатион	<p>Glutation в/и, в/и секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки кунига 1200 мг дан инфузия йўли билан.</p> <p>Ичишга. 250 мг/сут, тил остида аста-секин сўрилади.</p> <p>Қабул қилиш курси йилига 2-3 марта такрорланиши мумкин бўлган 2-3 ойлик цикллардан иборат.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</a></p>
Диклофенак	<p>таблеткалар 25 мг, 50 мг-ичиш учун кунига 2-3 марта;</p> <p>таблеткалар, капсулалар 100 мг-ичиш учун кунига 1 марта;</p> <p>ампулалар 3мл 25мг/мл-м/о кунига 1-2 марта.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com">https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</a></p>
Ибупрофен	<p>таблеткалар 200 мг-ичиш учун кунига 3-4 марта;</p> <p>таблеткалар 400 мг-ичиш учун кунига 2-3 марта.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com">https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</a></p>

Парацетамол	таблеткалар 500мг- кунига 2-3 марта ичилади.	С <a href="https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com">https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</a>
Цианокобаламин (Витамин В12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Рибофлавин моноклеотид (Витамин В2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чукур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг миқдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>

Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун енг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг. Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортиқ бўлинган дозаларда	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун  Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси $\geq 20$ ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун  Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш $\geq 30$ нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	С <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com</a>
Алой экстракти	Тери остига Ҳар куни 1 мл дан (суткалик максимал дозаси 3-4 мл), 5 ёшгача бўлган болаларга - 0,2-0,3 мл, 5 ёшдан катталарга - 0,5 мл. Курс 30-50 инъекция, такрорий даволаш курслари икки-	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/aloes_extract_fluid_33026?ysclid=m7agglmfyj591225458">https://www.vidal.ru/drugs/aloes_extract_fluid_33026?ysclid=m7agglmfyj591225458</a>

	уч ойлик танаффусдан сўнг ўтказилади.	
Шишасимон тана	Ҳар куни 2 мл дан тери остига юборилади. Даволаш курсини бир ой ёки ундан кейин такрорлаш тавсия этилади. Даволаш курсининг давомийлиги индивидуал равишда белгиланади.	С <a href="https://www.vidal.ru/drugs/lucentis_18798?ysclid=m7agh6jzp296429366">https://www.vidal.ru/drugs/lucentis_18798?ysclid=m7agh6jzp296429366</a>

**Изоҳ:** Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.

Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади. Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

#### **Физиотерапевтик даволаш усуллари:**

Хламидия инфекциясида физиотерапия яллиғланиш жараёнларини камайтириш, маҳаллий қон айланишини ошириш, иммун тизимини мустаҳкамлаш ва тўқималарнинг тикланишини тезлаштириш учун қўлланилади. У антибактериал терапияга қўшимча бўлиб, даволаш самарадорлигини ошириш ва асоратлар хавфини камайтиришга қаратилган.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379708/>

C5	ПИЛН Озонотерапия
----	----------------------

**Тиббий муассасага ётқизиш учун кўрсатмалар:** кундузги ва кеча-кундуз ишлайдиган стационар:

- илгари ўтказилган даволашнинг самарасизлиги;
- руҳий, неврологик ёки бошқа касалликларга чалинган беморлар, бунда бемор унга ғамхўрлик қилувчи шахс бўлмаганда барча зарур кўрсатмаларни мустақил равишда тўлиқ бажара олмайди;
- Тарқалган хламидияли инфекция: Хламидияли пневмония, перигепатит ёки перитонит каби ҳолатлар интенсив терапия ўтказиш учун ихтисослаштирилган шифохоналарга ётқизишни талаб қилади.
- Хламидиознинг асоратланган шакллари: Хламидий инфекцияси натижасида келиб чиққан кичик чанок аъзоларининг ўрта ва оғир даражадаги яллиғланиш касалликлари стационар даволаниш учун кўрсатма

Қолган ҳолларда, асоратлар бўлмаганда, хламидия инфекциясини даволаш амбулатория шароитида шифокор назорати остида амалга оширилади. Беморнинг аҳволини баҳолаш ва оптимал даволаш тактикасини аниқлаш учун ўз вақтида мутахассисга мурожаат қилиш муҳим.

#### **Кўчириб олиш учун кўрсатмалар:**

- клиник яхшиланиш: Ажралмалар, оғрик ёки нокулайлик каби касаллик белгиларининг йўқлиги.
- лаборатория кўрсаткичларининг меъёрлашуви: Chlamydia трахоматис мавжудлиги учун ўтказилган тестларнинг манфий натижалари, кўзғатувчининг эрадикатсиясини тасдиқлайди.

- барқарор умумий ҳолат: Тизимли асоратлар ёки ёндош инфекциялар белгиларининг йўқлиги.
- антибиотикотерапия курсини тугатиш: Бемор шифокор назорати остида белгиланган даволаш курсини тўлиқ ўтиши керак.
- беморнинг хабардорлиги: Бемор такрорий инфекциянинг олдини олиш чоралари ва жинсий шерикларни текширишнинг аҳамияти ҳақида хабардор бўлиши керак.

### **Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:**

Хламидия инфекциясининг даволаниш мезонлари қуйидагилардир:

Ажралмалар, оғриқ ёки ноқулайлик каби касаллик белгиларининг йўқлиги.

Касалхонадан чиқарилгандан сўнг соғайишни тасдиқлаш ва инфекциянинг мумкин бўлган қайталанишини истисно қилиш учун 3-4 ҳафтадан кейин назорат текшируви ўтказиш тавсия этилади.

Шунингдек, юзага келиши мумкин бўлган асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш учун беморни кузатишни таъминлаш муҳимдир. [42,52,59,65]

**«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

## ТАШКЕНТ – 2025

### 1. Кириш қисми

#### Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ(МКБ)-10/11 шифри (лар):

A56	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛИ ПАСТКИ БЎЛИМЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ
A56.1	КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИ ВА БОШҚА СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ. ХЛАМИДИЙ ЭПИДИДИМИТИ, ОРХИТ
A56.2	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ, АНИҚЛАНМАГАН
A56.3	АНОРЕКТАЛ СОҲАНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ
A56.4	ХЛАМИДИЙ ФАРИНГИТИ
A56.8	БОШҚА ЖОЙЛАШГАН ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=309">https://mkb-10.com/index.php?pid=309</a>

### Кириш

Хламидиоз кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекция бўлиб, эркакларда ҳам, аёлларда ҳам учраши мумкин. Касаллик кўзгатувчиси *Chlamydia trachomatis* бактерияси ҳисобланади. У терапияга бўйсунди ва антибиотиклар ёрдамида тўлиқ даволаниши мумкин.

Хламидиоз ўз вақтида даволанса, одатда, узоқ муддатли оқибатларга олиб келмайди. Шу билан бирга, даволанмаса, хламидия инфекцияси жиддий муаммоларга олиб келиши ва ОИВ инфекцияси ва бошқа ЖАЙБЮИ юқиши ва юқишига сабаб бўлиши мумкин. Даволанмаган хламидиоз жиддий

оқибатларга олиб келиши мумкин, шу жумладан кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, шунингдек, бепуштлиқ ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфини оширади. Ҳомиладор аёлларда инфекция эрта туғилиш (чала туғилиш) ёки боланинг кам вазнли бўлишига олиб келиши мумкин.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

## Даволаш схемалари

### Антибиотикотерапия

Антибиотиклар хламидия инфекциясини даволашда асосий терапия усули ҳисобланади.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

[https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK\\_2017\\_022.pdf](https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf)

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com)

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

<b>A 1</b>	Chlamydia trachomatis ни эрадиқатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг пастки қисмидаги хламидияли инфекцияларни даволаш учун оғиз орқали буюриш тавсия этилган: докситсиклин 100 мг кунига 2 марта 7 кун давомида [12-20, 48-51, 53]
----------------	---

**Изоҳлар:** Докситсиклин биринчи даражали терапия ҳисобланади. Докситсиклинни\*\* таблетка шаклида (таъсир этувчи моддаси - докситсиклин моногидрат) буюриш афзалроқ, чунки у яхши қабул қилинади.

<b>B 2</b>	Chlamydia trachomatis ни эрадиқатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг пастки қисмидаги хламидияли инфекцияларни даволаш учун қуйидагиларни буюриш тавсия этилган: минотсиклин 100 мг кунига 2 марта 7 кун давомида [70-74]
----------------	---

<b>C 5</b>	Chlamydia trachomatis ни йўқ қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг пастки қисмидаги хламидияли инфекцияларни даволаш учун оғиз орқали буюриш тавсия этилади: офлоксатсин 400 мг кунига 2 марта 7 кун давомида [15, 16, 23, 24, 50]
----------------	--

<b>C 5</b>	Chlamydia trachomatis ни йўқ қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг пастки қисмидаги хламидияли инфекцияларни даволаш учун оғиз орқали буюриш тавсия этилади: левофлоксатсин 500 мг кунига 1 марта 7 кун давомида [16, 25, 39, 40, 52, 54]
----------------	---

<b>B 2</b>	Chlamydia trachomatis ни йўқ қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг пастки қисмидаги хламидияли инфекцияларни даволаш учун қуйидагиларни ичиш тавсия этилади: джозамитсин 500 мг кунига 3 марта 7 кун давомида [16, 21, 22, 26-29, 55, 59]
----------------	---

### Фикрлар:

Chlamydia trachomatis da 23S rRNK, rplD, rplV генлари мутацияси натижасида макролидларга; фторхинолонларга - gyrA, parC ва ugeD генлари мутацияси натижасида; тетрациклинларга - groB гени мутацияси натижасида чидамлилиқ ривожланиши мумкин. Бирок, бугунги кунда Chlamydia trachomatis клиник штаммларининг тавсия этилган ушбу гуруҳларнинг ҳар қандай микробга қарши

дори воситаларига барқарор генетик ва фенотипик чидамлилиги терапия натижасига таъсир қилиши ҳақида далиллар мавжуд эмас. Хламидияларнинг макролид ва тетрациклинларга чидамлилиги генетик асосга эга эмас, чунки чидамлилик генларининг пайдо бўлиши мутант микроорганизмларнинг яшаш қобилятига салбий таъсир кўрсатади. Хламидия инфекциясини даволаш учун препарат танлашда *Chlamydia trachomatis* нинг антибактериал препаратларга сезгирлигини текшириш мақсадга мувофиқ эмас [75-81].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>С</b> <b>5</b>	Аноректал соҳанинг хламидияли инфекцияларини, хламидияли фарингитни, хламидияли конъюнктивитни даволаш учун <i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида перорал буюриш тавсия этилган: докситсиклин 100 мг кунига 2 марта 7 кун давомида [12-20, 48-51, 53]
----------------------	---

<b>С</b> <b>5</b>	Аноректал соҳанинг хламидияли инфекцияларини, хламидияли фарингитни, хламидияли конъюнктивитни даволаш учун <i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида куйидагиларни ичишга буюриш тавсия этилган: минотсиклин 100 мг дан кунига 2 марта 10 кун давомида [70-74]
----------------------	---

<b>С</b> <b>5</b>	Аноректал соҳанинг хламидияли инфекцияларини, хламидияли фарингитни, хламидияли конъюнктивитни даволаш учун <i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида оғиз орқали буюриш тавсия этилади: офлоксатсин 400 мг кунига 2 марта 7 кун давомида [15, 16, 23, 24, 50]
----------------------	--

<b>С</b> <b>5</b>	Аноректал соҳанинг хламидияли инфекцияларини, хламидияли фарингитни, хламидияли конъюнктивитни даволаш учун <i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида оғиз орқали буюриш тавсия этилади: левофлоксатсин 500 мг 1 марта тақиллатишда 7 кун давомида [16, 39, 40, 52, 54]
----------------------	---

<b>В</b> <b>2</b>	Аноректал соҳанинг хламидияли инфекцияларини, хламидияли фарингитни, хламидияли конъюнктивитни даволаш учун <i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида ичишга буюриш тавсия этилган: джозамитсин 500 мг кунига 3 марта 7 кун давомида [16, 26-29, 55, 59]
----------------------	--

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>С</b> <b>5</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг юқори бўлимлари, кичик чаноқ аъзолари ва бошқа аъзоларнинг хламидияли инфекциясини даволаш учун куйидагиларни буюриш тавсия этилади: докситсиклин 100 мг дан кунига 2 марта 14 кун давомида [12, 15-17, 58, 63, 64]
----------------------	---

<b>С</b> <b>5</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i> ни эрадикатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг юқори бўлимлари, кичик чаноқ аъзолари ва бошқа аъзоларнинг хламидияли инфекциясини даволаш учун оғиз орқали буюриш тавсия этилади: минотсиклин 100 мг кунига 2 марта 14 кун давомида [82, 83]
----------------------	---

<b>С 5</b>	Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг юқори қисмлари, кичик чаноқ аъзолари ва бошқа аъзоларнинг хламидияли инфекциясини даволаш учун оғиз орқали: офлоксатсин 400 мг дан кунига 2 марта 14-21 кун давомида буюриш тавсия этилади [12, 15-17, 69].
----------------	--

<b>С 5</b>	Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида сийдик-таносил тизимининг юқори бўлимлари, кичик чаноқ аъзолари ва бошқа аъзоларнинг хламидияли инфекциясини даволаш учун оғиз орқали буюриш тавсия этилади: джозамитсин 500 мг кунига 3 марта 14-21 кун давомида [12, 16, 17, 59]
----------------	---

**Изоҳлар:** Даволаш курсининг давомийлиги сийдик-таносил аъзолари яллиғланиш жараёнларининг клиник намоён бўлиш даражасига, лаборатория ва инструментал текширувлар натижаларига боғлиқ. Юқоридаги омилларга қараб, терапия давомийлиги 14 кундан 21 кунгача ўзгариши мумкин [17]. Тизимли энзимотерапия, иммуномодуловчи терапия ва маҳаллий антисептик препаратлар билан терапия ўтказилмайди [15].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>С 5</b>	Ҳомиладор аёллар ва лактация давридаги аёлларни даволаш учун Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида оғиз орқали буюриш тавсия этилади: джозамитсин 500 мг кунига 3 марта 7 кун давомида [32, 33, 55]
----------------	--

<b>В 1</b>	Ҳомиладор аёллар ва лактация давридаги аёлларни даволаш учун Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида оғиз орқали буюриш тавсия этилади: азитромитсин 1,0 г бир марта [30, 31, 33]
----------------	--

<b>В 4</b>	Ҳомиладор аёллар ва лактация давридаги аёлларни даволаш учун Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида оғиз орқали буюриш тавсия этилади: амокситсиллин 500 мг кунига 3 марта 7 кун давомида [20, 30]
----------------	--

**Изоҳлар:** Хламидия инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёлларни даволаш ҳомиладорликнинг исталган даврида антибактериал препаратлар билан, уларнинг ҳомилага таъсирини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади.

Лактация давридаги аёлларни даволашда джозамитсин буюриш афзалроқдир. Азитромитсин буюрилганда, агар она учун кутилаётган фойда янги туғилган чақалоқ учун хавфдан юқори бўлса, даволаниш пайтида болани эмизишни тўхтатиш керак.

Ҳомиладорлик даврида макролидларни, айниқса эритромитсинни қўллаш болаларда салбий оқибатлар билан боғлиқлиги аниқланган [86, 87].

Амокситсиллин хламидияли ҳомиладор аёлларни даволаш учун муқобил препарат ҳисобланади, чунки пенициллинлар қўлланилгандан сўнг хламидияларнинг сақланиб қолиш хавфи мавжуд бўлиб, бу in vitro ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда исботланган [88, 89].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>В 3</b>	Инвазив гинекологик муолажаларда (гистероскопия ва бошқалар) азитромитсин ва докситсиклинни буюриш тавсия этилмайди, чунки улар қин микрофлорасига салбий таъсир кўрсатади, шунингдек, Lactobacillus inners (CST III) ва Lactobacillus crispatum (CST I) ўсишига олиб келади, бу эса Chlamydia trachomatis нинг қайта инфекцияланишига олиб келиши мумкин [90-92].
----------------	--

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>С 5</b>	Chlamydia trachomatis ни эрадикатсия қилиш мақсадида болаларни даволаш учун (8 ёшгача ва/ёки тана вазни 45 кг дан кам бўлган) куйидагиларни оғиз орқали буюриш тавсия этилади: джозамитсин кунига ҳар бир кг тана вазнига 50 мг дан, 3 та қабулга бўлинган ҳолда, 7 кун давомида [34-36]
----------------	--

<b>С 5</b>	Chlamydia trachomatis эрадикатсияси мақсадида болаларни даволаш учун (8 ёшгача ва/ёки тана вазни 45 кг дан кам бўлган) оғиз орқали буюриш тавсия этилади: азитромитсин кунига 1 кг тана вазнига 10 мг дан 7 кун давомида [37, 38, 65].
----------------	--

**Изоҳлар:** 8 ёшдан катта ва/ёки тана вазни 45 кг дан ортиқ бўлган болаларда хламидия инфекциясини даволаш қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда катталардаги даволаш схемаларига мувофиқ амалга оширилади.

Чақалоқлар ва тана вазни <45 кг бўлган болаларда хламидия инфекциясини даволаш учун азитромитсиннинг самарадорлиги ва оптимал дозаси тўғрисидаги маълумотлар чекланган, мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, қисқа терапия курси самарали бўлиши мумкин (азитромитсин 20 мг кг тана вазнига кунига 1 марта 3 кун давомида).

Хламидияли инфекциянинг тарқалган шаклида ва неонатал пневмонияда стационар шароитида эритроцитсинни вена ичига қўллаш мумкин: ҳаётининг дастлабки уч ойини яшаб келаётган болаларга суткасига ҳар бир кг тана вазнига 20-40 мг дан (оғир инфекцияларда доза икки баравар оширилиши мумкин), 4 ойликдан катта болаларга суткасига ҳар бир кг тана вазнига 30-50 мг дан 14-21 кун давомида 2-4 марта юборилади.

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

<b>В 2</b>	Хламидияли конъюнктивит билан оғриган янги туғилган чақалоқларга оғиз орқали буюриш тавсия этилади [60-62]: эритроцитсин кунига 1 кг тана вазнига 50 мг, 14 кун давомида 4 та қабулга бўлинган ҳолда.
----------------	---

<b>В 2</b>	Хламидияли конъюнктивит билан туғилган чақалоқларга оғиз орқали буюриш тавсия этилади [60-62]: азитромитсин 20 мг кг тана вазнига кунига бир марта 3 кун давомида ичиш учун.
----------------	--

**Изоҳлар:** даволанмаган хламидия инфекцияси бўлган оналардан туғилган чақалоқларга, агар уларни текшириш имкони бўлмаса, профилактик даволаш буюрилиши мумкин [44].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75jbx2bk34zrff.pdf>

### Инструментал даволаш усуллари:

<b>С 5</b>	Хламидияли проктит билан оғриган беморларга яллиғланишни камайтириш, тўқималар регенерациясини рағбатлантириш ва микротсиркулятсияни яхшилаш учун паст интенсив лазер нурланишини (ПИЛН) қўллаш тавсия этилади.
----------------	---

**Жарроҳлик амалиёти:** ўтказилмайди

**Бошқа даволаш:** парҳез терапия қўлланилмайди. Оғрикислантириш қўлланилмайди.

**«ХЛАМИДИЯ ИНФЕКЦИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## ТАШКЕНТ – 2025

### 1. Кириш қисми

#### Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ(МКБ)-10/11 шифри (лар):

A56	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛИ ПАСТКИ БЎЛИМЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ
A56.1	КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИ ВА БОШҚА СИЙДИК-ТАНОСИЛ АЪЗОЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ. ХЛАМИДИЙ ЭПИДИДИМИТИ, ОРХИТ
A56.2	СИЙДИК-ТАНОСИЛ ЙЎЛЛАРИНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ, АНИҚЛАНМАГАН
A56.3	АНОРЕКТАЛ СОҲАНИНГ ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ
A56.4	ХЛАМИДИЙ ФАРИНГИТИ
A56.8	БОШҚА ЖОЙЛАШГАН ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИ
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=309">https://mkb-10.com/index.php?pid=309</a>

### Кириш

Хламидиоз кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекция бўлиб, эркакларда ҳам, аёлларда ҳам учраши мумкин. Касаллик қўзғатувчиси *Chlamydia trachomatis* бактерияси ҳисобланади. У терапияга бўйсунди ва антибиотиклар ёрдамида тўлиқ даволаниши мумкин.

Хламидиоз ўз вақтида даволанса, одатда, узоқ муддатли оқибатларга олиб келмайди. Шу билан бирга, даволанмаса, хламидия инфекцияси жиддий муаммоларга олиб келиши ва ОИВ инфекцияси ва бошқа ЖЙБЮИ юқиши ва юқишига сабаб бўлиши мумкин. Даволанмаган хламидиоз жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин, шу жумладан кичик тос аъзоларининг яллиғланиш касалликлари,

шунингдек, бепуштлиқ ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфини оширади. Ҳомиладор аёлларда инфекция эрта туғилиш (чала туғилиш) ёки боланинг кам вазнли бўлишига олиб келиши мумкин.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

## **Тиббий реабилитация ва санаторий-курортда даволаш, тиббий реабилитация усуллари, шу жумладан табиий даволаш омилларидан фойдаланишга асосланган усуллари қўллашга доир тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар**

Реабилитация қўлланилмайди

### **Профилактика ва диспансер кузатуви, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усуллари қўллашга қарши кўрсатмалар**

- 25 ёшгача бўлган жинсий фаол аёлларни ва 30 ёшгача бўлган эркакларни, ЖЙБЮИ юқтириш хавфи гуруҳидаги шахсларни (тижорий секс ходимлари, жинсий фаол ўсмирлар ва бошқалар), эр-хотинларни ҳомиладорликка тайёрлашда скринингдан ўтказиш орқали хламидия инфекциясини эрта аниқлаш;

- аҳолини хламидия инфекциясининг юқиш усуллари ва унинг репродуктив саломатлик учун оқибатлари тўғрисида хабардор қилиш;

- тўсиқли контрацепция воситаларидан фойдаланиш ёки тасодифий жинсий алоқаларнинг барча шакллари истисно этиш;

- жинсий шерикларни текшириш ва даволаш [41].

### **Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш**

Даволаш асосан амбулатория шароитида дерматовенерологик йўналишдаги тиббиёт ташкилоти шароитида, ҳомиладор аёллар эса акушер-гинекологик йўналишдаги тиббиёт ташкилоти шароитида амалга оширилади.

Касалхонага ётқизиш ва стационар шароитида даволаш учун кўрсатма бўлиб хламидияли инфекциянинг асоратли кечиши ҳисобланади (ўрта оғир ва оғир даражадаги КЧАЯК, ўрта оғир ва оғир даражадаги эпидидимит/эпидидимоорхит, пелвиоперитонит, тарқалган хламидияли инфекция).

Хламидия инфекцияси билан касалланган бемор аниқланганда, дерматовенеролог, акушер-гинеколог, колопроктолог, уролог ва бошқа мутахассисликдаги шифокорлар томонидан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2020 йил 31 декабрдаги 363-сонли хати билан белгиланган тартибда 058-сонли "Янги ташхис қўйилган бемор ҳақида маълумотнома: захм, гонококк инфекцияси, хламидия инфекцияси, трихомоноз, аногенитал герпетик вирусли инфекция, аногенитал (таносил) сўгаллар, микоз, қўтир" шакли тўлдирилади.

Хламидиоз билан касалланиш хавфи бўлган ҳомиладор аёллар (25 ёшгача, охириги жинсий алоқада презервативдан фойдаланмаган, охириги 12 ой ичида 2 тадан ортиқ жинсий шериги бўлган, яқинда жинсий шеригини алмаштирган) онада туғруқдан кейинги асоратлар ва чақалоқда хламидий инфекциясининг олдини олиш учун акушер-гинекологга биринчи ташриф пайтида ва учинчи триместрда хламидиоз текширувидан ўтишлари керак [93-96].

Хламидия инфекциясининг даволанганлигини аниқлаш ПЗР ва ПЗР усуллари билан реал вақт режимида антибактериал терапия тугаганидан кейин камида бир ой ўтгач, NASBA усули билан - антибактериал терапия тугаганидан кейин камида 2 ҳафта ўтгач ўтказилади.

Текширув натижалари манфий бўлганда беморлар кейинги кузатувга қўйилмайди.

Даволаш самарасиз бўлса, реинфекцияни истисно қилиш ва бошқа фармакологик гуруҳга мансуб антибактериал дори воситасини тайинлаш тавсия этилади [15].

### Адабиётлар рўйхати

1. CDC. Recommendations for the laboratory-based detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. 2014. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports. Centers for Disease Control. 2014;63(RR-02):1-19.
2. Grad A, Vica ML, Matei HV, Grad DR, Coman I, and Tataru DA. Polymerase Chain Reaction as a Diagnostic Tool for Six Sexually Transmitted Infections - Preliminary Results: Clujul Med. 2015;88(1):33-37.
3. Knox J, Tabrizi SN, Miller P, et al. Evaluation of self-collected samples in contrast to practitioner-collected samples for detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Trichomonas vaginalis* by polymerase chain reaction among women living in remote areas. Sex Transm Dis. 2002;29(11):647-654.
4. Chachter J, Chernesky MA, Willis DE, et al. Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. Sex Transm Dis. 2005;32(12):725-728.
5. Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of Chlamydial and Gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2008;35(7):637-642.
6. Mimiaga MJ, Mayer KH, Reisner SL, et al. Asymptomatic gonorrhea and chlamydial infections detected by nucleic acid amplification tests among Boston area men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2008;35(5):495-498.
7. Bachmann LH, Johnson RE, Cheng H, et al. Nucleic acid amplification tests for diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* rectal infections. J Clin Microbiol. 2010;48(5):1827-1832.
8. Шипицына Е.В., Шалепо К.В., Савичева А.М., Домейка М. Научные исследования по оптимизации методов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем. Журнал акушерства и женских болезней. 2007;(5):32-35.
9. Association of Public Health Laboratories (APHL). Laboratory diagnostic testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Expert consultation meeting summary report. Atlanta, GA. Silver Spring, MD, APHL, 2009; [uRLhttp://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf).
10. Horner P et al. Enhanced enzyme immunoassay with negative-gray-zone testing compared to a single nucleic acid amplification technique for community based chlamydial screening of men. Journal of Clinical Microbiology. 2005; 43(5):2065-2069.

11. Renton A, Filatova E, Ison C, Meheus A, Dmitriev G, Akovbian V, et al. A trial of the validity of genital smears and cultures with gonococcal vaccine provocation in diagnosing genital gonorrhoea in women. *Int J STD AIDS*. 2009; (20):24-29.
12. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital *Chlamydial infections*: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2002;(29):497-502.
13. Kong FY, Tabrizi SN, Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M, Bradshaw C, Hocking JS. The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis. *J Antimicrob Chemother*. 2015;70(5):1290-7.
14. Geisler WM, Koltun WD, Abdelsayed N, et al. Safety and efficacy of WC2031 versus vibramycin for the treatment of uncomplicated urogenital *Chlamydia trachomatis* infection: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, multicenter trial. *Clin Infect Dis*. 2012;(55):82-8.
15. CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines; 2014;  
URL:<http://www.cdc.gov/std/treatment/2014/2014-std-guidelines-peer-reviewers-08-20-2014.pdf>
16. European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections 2015.  
URL <http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf> .
17. Adimora AA. Treatment of uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infections in adults. *Clin Infect Dis*. 2002;(35):S183-S186.
18. Kong FY and Hocking JS. Treatment challenges for urogenital and anorectal *Chlamydia trachomatis*. *BMC Infect Dis*. 2015;15:293.
19. Khosropour CM, Dombrowski JC, Barbee LA, et al. Comparing azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydial infection: A retrospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2014;41:79-85.
20. Schwebke JR, Rompalo A, Taylor S, et al. Re-evaluating the treatment of nongonococcal urethritis: emphasizing emerging pathogens – a randomized clinical trial. *Clin Infect Dis*. 2011;52:163-170.
21. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sorensen HT. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000;(79):234-7.
22. Iakubovich AI, Chuprin AE, Rakitin DA. Urogenital chlamydia infection: treatment with wilprafen. *Urologiia*. 2003;(1):55-8.
23. Ibsen HH, Moller BR, Halkier-Sorensen L, et al. Treatment of nongonococcal urethritis: comparison of ofloxacin and erythromycin. *Sex Transm Dis*. 1989;(16): 32-35.
24. Maiti H, Chowdhury FH, Richmond SJ, et al. Ofloxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhoea and chlamydial genital infection. *Clin Ther*.1991;(13): 441-447.
25. Mikamo H, Sato Y, Hayasaki Y, Hua YX, Tamaya T. Adequate levofloxacin treatment schedules for uterine cervicitis caused by *Chlamydia trachomatis*. *Chemotherapy*. 2000;46(2):150-2. .
26. Khrianin AA and Reshetnikov OV. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia? *Antibiot Khimioter*. 2007;(52):32-36.
27. Primiero FM, Caruso G, Grottanelli F, et al. Josamycin in the treatment of *Chlamydia trachomatis* cervicitis. *J Chemother*. 1989;(1):909-910.
28. Lucisano A, Vitale AM, Cinque B, et al. Josamycin in the treatment of chlamydial genital infections in infertile women. *J Chemother*. 1989;(1):906-908.
29. Molochkov VA, Mostakova NN. Vilprafene (josamycin) therapy of chronic chlamydial prostatitis. *Urologiia*. 2001;(3):34-5.
30. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, Packel L, Rhew M, Baxter R, et al. An observational cohort study of *Chlamydia trachomatis* treatment in pregnancy. *Sex Transm Dis*. 2006;(33):106-10.

31. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 4. Art. No.: CD000054.
32. Soltz-Szots J, Schneider S, Niebauer B, Knobler RM, Lindmaier A. Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients. Z Hautkr. 1989;(64):129-31.
33. Галимова Э.Р. Опыт лечения хламидийной урогенитальной инфекции у беременных вильпрафеном. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Сб. Научных трудов 2001-2002;1(1).
34. Darville T. *Chlamydia trachomatis* infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis. 2005;(16):235-44.
35. Wang Y, Yang WB, Yuan HY, Zhang QX, Zhu XY. Analysis of the infection status and the drug resistance of mycoplasma and chlamydiae in genitourinary tracts of children with suspected nongonococcal urethritis. Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2009;47(1):62-4.
36. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М.: Деловой экспресс, 2012: 112 с.
37. Hammerschlag MR, Gelling M, Roblin PM, Kutlin A, Jule JE. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis with azithromycin. The Pediatric infectious disease journal. 1998;7(11):1049-1050.
38. Kohlhoff CA, Hammerschlag MR. Treatment of chlamydial infections: 2014 update (review). Expert Opin. Pharmacother. 2015;16(2):205-212.
39. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015: Chlamydial Infections.
40. Mikamo H, Yamagishi Y, Takahashi K, et al. Clinical study of levofloxacin 500 mg qd in the treatment of cervicitis and intrauterine infections caused by *Chlamydia trachomatis*. Jpn J Antibiot. 2011;64(4):217-29.
41. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016-2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09-rus.pdf?sequence=1>.
42. Landers DV, Sweet R.L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985;(151):1098-1110.
43. Moore KR, Smith JS, Cole SR, Dittmer DP, Schoenbach VJ, Baird DD. Chlamydia trachomatis Seroprevalence and Ultrasound-Diagnosed Uterine Fibroids in a Large Population of Young African-American Women. Am J Epidemiol. 2018;187(2):278-286.
44. Honkila M, Wikström E, Renko M, et al. Probability of vertical transmission of *Chlamydia trachomatis* estimated from national registry data. Sex Transm Infect. 2017;93(6):416-420.
45. Бекарова А.М. Хламидийная инфекция у новорожденных и детей первого года жизни. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2003 г.
46. Виноградова И.В. Эпидемиология, диагностические критерии и течение хламидийной инфекции у новорожденных детей. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2004 г.
47. Буданов П.В. Актуальные проблемы лечения беременных с рецидивирующей хламидийной инфекцией. Лечащий врач, 2007;(10):21-5.
48. Páez-Canro C, Alzate JP, González LM, Rubio-Romero JA, Lethaby A, Gaitán HG. Antibiotics for treating urogenital *Chlamydia trachomatis* infection in men and non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2019;1(1):CD010871. Published 2019 Jan 25.

49. Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, Lensing SY, Johnson S, Perry RCW, Kadrnka CM and Kerndt PR. Azithromycin versus doxycycline for urogenital *Chlamydia trachomatis* infection. N Engl J Med. 2015;373:2512-2521.
50. WHO Guidelines for the Treatment of *Chlamydia trachomatis*. 2016. URL: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379707/pdf/Bookshelf\\_NBK379707.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379707/pdf/Bookshelf_NBK379707.pdf)
51. Nicole HT, Dukers-Muijers M, Petra F, Wolffs G, De Vries H, Götz HM, Heijman T, Bruisten S, Eppings L, Hogewoning A, Steenbakkers M, Lucchesi M, Schim van der Loeff MF, Christian J P A Hoebe. Treatment effectiveness of azithromycin and doxycycline in uncomplicated rectal and vaginal *Chlamydia trachomatis* infections in women: A multicenter observational study (FemCure). Clinical Infectious Diseases. 2019;69(1):1946-1954.
52. Karl E Miller. diagnosis and treatment of *Chlamydia trachomatis* infection. Am Fam Physician. 2006;73(8):1411-1416.
53. Kong FY, Tabrizi SN, Law M, et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital *Chlamydia infection*: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Infect Dis. 2014;59:193-205.
54. Takahashi S, Ichihara K, Hashimoto J, et al. Clinical efficacy of levofloxacin 500 mg once daily for 7 days for patients with nongonococcal urethritis. J Infect Chemother. 2011;17:392-6.
55. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, Boag F. European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections. 2010.  
URL: [https://www.aslimnica.lv/sites/default/files/editor/euro\\_guideline\\_chlamydia\\_2010.pdf](https://www.aslimnica.lv/sites/default/files/editor/euro_guideline_chlamydia_2010.pdf)
56. Carter JD and Hudson AP. The evolving story of *Chlamydia*-induced reactive arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2010;(22):424-430.
57. Bojovic J, Strelic N and Pavlica L. Reiter's syndrome – disease of young men – analysis of 312 patients. Med Pregl. 2014;(67):222-230.
58. CDC 2015. Sexually transmitted infections treatment guidelines. Pelvic Inflammatory Disease. URL. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.
59. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Белоусов Д.Ю. Клинико-экономическое обоснование применения вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза. Качественная клиническая практика. 2006;(1):64-75.
60. Tan AK. Ophthalmia Neonatorum. N Engl J Med. 2019;380(2):e2. doi: 0.1056/NEJMicm1808613.
61. Jin J. Prevention of Gonococcal Eye Infection in Newborns. JAMA. 2019;321(4):414.
62. Zikic A. et al. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis: A systematic review and meta-analysis. Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. 2018;7(3):e107-e115.
63. British Association of Sexual Health and HIV. 2014 Draft UK national guideline for the management of genital infection with *Chlamydia trachomatis*, [http:// www.bashh.org/BASHH/Guidelines/Guidelines/BASHH/Guidelines/Guidelines.aspx?hkey=072c83ed-0e9b44b2-a989-7c84e4fbd9de](http://www.bashh.org/BASHH/Guidelines/Guidelines/BASHH/Guidelines/Guidelines.aspx?hkey=072c83ed-0e9b44b2-a989-7c84e4fbd9de) (2013, accessed 15 August 2015).
64. European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI Europe) and the European Office of the World Health Organisation (WHO-Europe).
65. Савенкова М.С., Афанасьева А.А. Хламидиоз у детей. Современные аспекты лечения. Эффективная фармакотерапия. 2012;(53):6-13.
66. Workowski KA, Lampe MF, Wong KG et al. Long-term eradication of *Chlamydia trachomatis* genital infection after antimicrobial therapy evidence against persistent infection. JAMA. 1993;270(17):2071-2075.

67. Taylor-Robinson D and Keat A. Observations on *Chlamydia trachomatis* and other microbes in reactive arthritis. *Int J STD AIDS*. 2015;(26):139-144.
68. Gradison M. Pelvic Inflammatory Diseases. *American Academy of Family Physicians*. 2012;(85):791-796.
69. ВЗОМТ: Роль хламидийной инфекции (рациональные методы терапии). Информационный материал подготовлен д.м.н. Л.А. Марченко и к.м.н. Л.М. Ильиной 2006 г. по данным официальных рекомендаций Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002 г.; статьи В.И. Кулакова А.С. Анкирской, С.М. Белобородова в ж. Гинекология (экстравыпуск: "Современная ЭРА терапии инфекций в гинекологии"), 2004; *MMWR* 2004;(53)42:983; *WebMDHealthNews*, 2005г.
70. Kovacs GT., Westcott M, Ien Rusden, Asche V, King H, Haynes SE, Moore EK and Hall BE. A prospective single-blind trial of minocycline and doxycycline in the treatment of genital *Chlamydia trachomatis* infection in women. *The medical journal of Australia*. 1989;150(9):483-485.
71. Romanowski B, Talbot H, Stadnyk M, Kowalchuk P and Bowie WR. Minocycline compared with doxycycline in the treatment of nongonococcal urethritis and mucopurulent cervicitis. *Ann Intern Med*. 1993;(119):16-22.
72. Снарская Е.С., Олисова О.Ю., Шнахова Л.М., Каюмова Л.Н. Опыт применения миноциклина в лечении хламидийной инфекции. *Инфекционные болезни*. 2018;16(3):93-100.
73. Bowie WR, Willetts Val, Binns BA and Brunham RC. Etiology of cervicitis and treatment with minocycline. *Can J Infect Dis*. 1993;4(2):95-100.
74. Shao L, You C, Cao J, Jiang Y, Liu Y, Liu Q. High treatment failure rate is better explained by resistance gene detection than by minimum inhibitory concentration in patients with urogenital *Chlamydia trachomatis* infection. *Int J Infect Dis*. 2020;(96):121-127.
75. Шипицына Е.В., Савичева А.М. Устойчивость *Chlamydia trachomatis* к антибиотикам. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2002;51(4):77-83.
76. Ridgway GL. Treatment of chlamydial genital infection. *J. Antimicrob. Chemother*. 1997;40:311-314.
77. Somani J, Bhullar VB, Workowski KA, Farshy CE, Black CM. Multiple drug-resistant *Chlamydia trachomatis* associated with clinical treatment failure. *J Infect Dis*. 2000;181:1421-1427.
78. Benamri I, Azzouzi M, Sanak K, Moussa A, Radouani F. An overview of genes and mutations associated with *Chlamydiae* species' resistance to antibiotics. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2021;20(1):59.
79. Sandoz KM and Rockey DD. Antibiotic resistance in *Chlamydiae*. *Future Microbiol*. 2010;(5):1427-1442.
80. Wang SA, Papp JR, Stamm WE, Peeling RW, Martin DH and Holmes KK. Evaluation of antimicrobial resistance and treatment failures for *Chlamydia trachomatis*: a meeting report. *J Infect Dis*. 2005;191:917-923.
81. O'Neill CE, Seth-Smith HM, Van Der Pol B, et al. *Chlamydia trachomatis* clinical isolates identified as tetracycline resistant do not exhibit resistance in vitro: whole-genome sequencing reveals a mutation in *porB* but no evidence for tetracycline resistance genes. *Microbiology*. 2013;159:748-756.
82. Surico N, Tavassoli K. Treatment of pelvic inflammatory disease with combined piperacillin and minocycline therapy. *Panminerva Med*. 1990;32(4):184-9.
83. Kimura K, Hagiya H, Yamamoto N, Yoshida H, Akeda Y, Nishi I, Tomono K. *Pasteurella multocida* multiple intrapelvic abscesses in a young woman with uterine cervical cancer. *J Infect Chemother*. 2019;25(3):197-199.

84. Trabert B, Waterboer T, Idahl A et al. Antibodies Against *Chlamydia trachomatis* and Ovarian Cancer Risk in Two Independent Populations. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2019;111(2):129-136.
85. Franchini A, Beshoy I, Anwer F. The Role of *Chlamydia Trachomatis* in the Pathogenesis of Cervical Cancer. Cureus. 2022;14(1): e21331.
86. Fan H, Li L, Wijlaars L, Gilbert RE. Associations between use of macrolide antibiotics during pregnancy and adverse child outcomes: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2019;14:e0212212.
87. Fan H, Gilbert R, O'Callaghan F, Li L. Associations between macrolide antibiotics prescribing during pregnancy and adverse child outcomes in the UK: population based cohort study. BMJ. 2020;368:m331.
88. Phillips Campbell R, Kintner J, Whittimore J, Schoborg RV. Chlamydia muridarum enters a viable but non-infectious state in amoxicillin treated BALB/c mice. Microbes Infect 2012;14:1177-85.
89. Wyrick PB. *Chlamydia trachomatis* persistence in vitro: an overview. J Infect Dis 2010;201(Suppl 2):S88–95.
90. Edwards VL, Smith SB, McComb EJ, Tamarelle J, Ma B, Humphrys MS, et al. The cervicovaginal microbiota-host interaction modulates *Chlamydia trachomatis* infection. MBio 2019;10.
91. Kroon SJ, Ravel J, Huston WM. Cervicovaginal microbiota, women's health, and reproductive outcomes. Fertil Steril. 2018;110:327-38.
92. Tamarelle J, Ma B, Gajer P, Humphrys MS, Terplan M, Mark KS, et al. Nonoptimal vaginal microbiota after Azithromycin treatment for *Chlamydia trachomatis* infection. J Infect Dis. 2020;221:627-35.
93. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J, et al. Prevalence of Chlamydia trachomatis: results from the first national population-based survey in France. Sex Transm Infect. 2010;86:263-270.
94. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
95. LeFevre ML. Screening for chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med 2014;161:902-10.
96. Screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* during pregnancy: a health technology assessment Canadian agency for drugs and technologies in health; 2018 Nov.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

[https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm\\_source=chatgpt.com](https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm_source=chatgpt.com)

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com)

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

[https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK\\_2017\\_022.pdf](https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf)

[apicr.minzdrav.gov.ru](http://apicr.minzdrav.gov.ru)

[https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm\\_source=chatgpt.com](https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com)

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com)

<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chlamydia/diagnosis-treatment/drc-20355355>

Хламидия инфекциясини бошқариш бўйича амалий кўникмалар компетенциялари

(task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	ТТЁБ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
<b>Шикоятлар ва анамнез</b>			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини намойиш этиш	+*	+	+
Тери-таносил касалликлари билан оғриган беморларнинг тўлиқ тиббий тарихи			+
<b>Ташхис қўйиш</b>			
Ўзига хос симптомлар ва лаборатория- инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш			+
<b>Асосий лаборатория диагностикаси</b>			
Асосий лаборатория таҳлилларининг мақсади:			+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитлар формула + ЭЧТ)			+
Chlamydia трахоматис ва бошқа ЖИБЮИларни микроскопик ёки ПЗР орқали			+

аниқлаш			
<b>Қўшимча лаборатория диагностикаси</b>			
Умумий сийдик таҳлили			+
Нажаснинг умумий таҳлили			+
ОИВ инфекциясини текшириш			+
Биокимёвий тадқиқотлар			+
Захми тасдиқловчи тестлар (учтадан иккитаси: ИХА, РПГА-микдорий, ИФА (Ig M ва антитаналар йиғиндиси).			+
Chlamydia трахоматис диагностикаси ва бошқалар. ЖЙБЮИ бошқа усуллар (културал, ИФА, ПЗР ва б.)			+
Простата беzi секретини микроскопик текшириш			+
Простата безининг бармоқ билан текширилиши			+
НVC ёки НVB текшируви			+
Иммуногистокимёвий текширув			+
Қондаги D витамини миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш.			+
Томпсоннинг икки стаканли синови			+
<b>Қўшимча инструментал тадқиқотлар</b>			
Ички аъзолар УТТ			+
<b>Хламидия инфекциясини даволаш</b>			
Хламидия инфекциясини дори-дармонлар билан даволаш компетенцияси (19-24-бетлар)			+
Хламидия инфекциясини дори-дармонсиз даволашни тайинлаш компетенцияси (25-бет)			+
<b>Хламидия инфекциясининг олдини олиш</b>			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар			+
Дори-дармонлар билан даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар			+

# Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог.

\*Бу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

## Хламидия инфекциясини бошқариш бўйича компетенциялар

	Амалиётчи ҳамшира	ТТЁБ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
Хламидия инфекциясининг тавсифи			+
Хламидия инфекциясида шикоятларнинг симптоматик тавсифи			+
Хламидия инфекциясининг патофизиологик механизмлари тавсифи			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатория ва инструментал тадқиқотлар) асосида хламидия инфекцияси диагностикасига ёндашувни яратиш			+
Асосий таҳлилларни талқин қилиш			+
Хламидия инфекциясини даволашга ёндашувни шакллантириш			+
Хламидия инфекциясининг дори-дармонсиз терапиясини тавсифланг			+
Хламидия инфекциясининг медикаментоз терапиясини айтиб беринг.			+
Хламидия инфекциясини даволашда қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг.			+
Даволашда хламидия инфекцияси асоратлари ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

# Асосий топ мутахассис - дерматовенеролог шифокор.