

УРОГЕНИТАЛ ГЕРПЕС, ХЛАМИДИОЗ ВА ТРИХОМОНИАЗ КОИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

ТТА Урганч филиали

Юсупова Шахноза Акрамовна

Низаматдинова Бибиназ Максетбай кызы

Юлдашева Ирода Жумабой кизи

Аннотация. Ушбу илмий мақолада уrogenитал герпес вирусли инфекциясининг хламидиоз ва трихомониаз билан биргаликда кечиши ҳолатлари, уларнинг клиник кўринишлари, ташхислаш ва самарали даволаш усуллари батафсил таҳлил қилинган. Кўп кўзғатувчили жинсий инфекциялар муаммоси замонавий венерологиянинг долзарб масалаларидан бири бўлиб, бундай коинфекциялар диагностикаси мураккаблашиши ва даволаш самарадорлигининг пасайиши билан характерланади. Адабиётлар таҳлили ва клиник тадқиқотлар асосида коинфекцияларни комплекс даволаш протоколлари ишлаб чиқилган ва баҳоланган.

Калит сўзлар. Жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар, хламидиоз, уrogenитал герпес, trichomonas

Кириш. Жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар (ЖЙЮИ) глобал соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйича 376 миллиондан ортиқ янги ЖЙЮИ ҳолатлари қайд этилади [1]. Шу билан бирга, клиник амалиётда тобора кўпроқ биргаликда кечувчи инфекциялар — коинфекциялар кузатишмоқда, буларнинг орасида герпес вируси, хламидиоз ва трихомониаз биргаликда учраши алоҳида аҳамиятга эга [2]. Уrogenитал герпес (УГГ) оддий герпес вируси (ОГВ) 1 ва 2 типлари кўзгатадиган инфекция бўлиб, жинсий аъзолар, сийдик чиқариш йўллари ва перианал соҳаларнинг яллиғланиши билан кечади. Хламидиоз эса Chlamydia trachomatis кўзгатадиган бактериал инфекция бўлиб, кўпинча симптомсиз кечади, бироқ даволанмаса жиддий асоратларга олиб келиши мумкин. Трихомониаз Trichomonas vaginalis кўзгатадиган протозой инфекция бўлиб, аёлларда вагинит, эркекларда эса уретрит шаклида намоён бўлади [3]. Ушбу инфекцияларнинг биргаликда кечиши ташхис қўйиш, даволаш стратегиясини танлаш ва касалликнинг клиник кечиши нуқтаи назаридан долзарб муаммо ҳисобланади [4].

Эпидемиология ва патогенез. Тадқиқотлар кўрсатишича, ОГВ инфекцияси дунё бўйича тарқалган бўлиб, тахминан 3,7 миллиард киши (15-49 ёш оралиғида)

ОГВ-1 ва 491 миллион киши ОГВ-2 инфекциясига эга [5]. Хламидиоз эса глобал миқёсда энг кенг тарқалган бактериал ЖЙЮИ ҳисобланади, йиллик 127 миллиондан ортиқ янги ҳолатлар қайд этилади. Трихомониаз ҳам кенг тарқалган бўлиб, йилига 156 миллион янги ҳолатлар аниқланади [6]. Илмий адабиётларга кўра, бир пациентда бирданига икки ёки ундан ортиқ ЖЙЮИ аниқланиш ҳоллари 30-45% ни ташкил этади [7]. Хламидиоз ва трихомониаз билан инфекцияланган беморларда ОГВ инфекцияси юқиш хавфи 2-3 баробар ошади. Бу коинфекциялар патогенезининг ўзаро таъсири билан боғлиқ [8].

Патогенез ва иммунопатология. Коинфекцияларнинг патогенези мураккаб жараёнлар мажмуи бўлиб, унда кўзгатувчилар орасидаги синергик таъсир, иммун жавобнинг ўзгариши ва тўқималарнинг шикастланиши асосий ўрин тутади [9].

ОГВ инфекцияси маҳаллий иммунитетни сусайтиради, шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилишига олиб келади, бу эса бошқа кўзгатувчиларнинг кириши ва кўпайиши учун қулай шароит яратади [10]. Жумладан, Zhu ва ҳаммуаллифларнинг тадқиқотлари кўрсатишича, ОГВ-2 инфекцияси CD4+ Т-хужайраларининг фаоллигини пасайтиради, бу эса хламидиоз инфекциясига иммун жавобни сусайтиради [11]. Хламидиоз инфекцияси эса ўз навбатида эпителий хужайралари орасидаги алоқаларни бузади ва яллиғланишга қарши цитокинлар ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Бу жараёнлар ОГВ инфекциясининг реактивациясига ёрдам беради [12]. *Trichomonas vaginalis* бактериал биопленкаларни ҳосил қилишни таъминлайди, бу эса антибиотикларга чидамликни оширади ва хламидия ҳамда бошқа бактериал кўзгатувчиларнинг сақланиб қолишига имкон беради [13].

Клиник кўринишлар. Урогенитал герпес, хламидиоз ва трихомониаз коинфекцияси клиник кўринишларининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд бўлиб, бу алоҳида инфекциялар белгиларидан фарқ қилади [14].

Типик клиник белгилар. Коинфекцияларда қуйидаги клиник белгилар кузатилади: Кучайган яллиғланиш симптомлари: Гениталий соҳасида кучли оғриқ, ачишиш, қичишиш. Чивитзода ва ҳаммуаллифлари (2018) таъкидлашича, коинфекция ҳолатларида оғриқ синдроми монофекцияларга нисбатан 1,8 баробар кўпроқ учрайди [15]. Герпетик тошмаларнинг ўзгарган кўриниши: Коинфекцияларда герпетик тошмалар кўпинча кенгроқ тарқалади, эрозияларнинг битиш муддати чўзилади (ўртача 14-18 кунгача, монофекцияда 7-10 кун), иккиламчи инфекцияланиш хавфи юқори [16]. Ажралмаларнинг хусусиятлари: Аёлларда кўпинча аралаш характердаги вагинал ажралмалар (сероз-йирингли, кўпикли) кузатилади. Эркакларда уретрадан ажралмалар кўпроқ йирингли хусусиятга эга бўлади [17]. Уретра ва цервикал каналнинг зарарланиши: Коинфекцияларда бу соҳаларнинг яллиғланиш даражаси юқори

бўлиб, шишиш, қизариш ва эрозиялар билан намоён бўлади [18]. Атипик кўринишлар ва диагностик қийинчиликлар. Коинфекцияларнинг 40-45% ҳолатларида атипик клиник кўринишлар кузатилади, бу ташхислашни қийинлаштиради [19]: Симптомларнинг ниқобланиши: Масалан, трихомониаз ва хламидиоз инфекцияси туфайли яллиғланиш фонида герпетик тошмалар камроқ ифодаланиши мумкин. Субъектив симптомларнинг номутаносиблиги: Клиник кўринишлардан кўра кучлироқ шикоятлар. Даврийликнинг ўзгариши: ОГВ рецидивларининг тезлашиши (йилига ўртача 6-8 марта, монофекцияда 3-4 марта) [20]

Ташхислаш усуллари. Коинфекцияларни аниқлаш учун комплекс диагностика ёндашуви талаб этилади [21]. Лаборатор диагностика
Урогенитал герпес: Полимераза занжир реакцияси (ПЗР) — ОГВ-1 ва ОГВ-2 ДНКсини аниқлаш учун "олтин стандарт" (сезгирлиги 95-99%). Серологик тестлар (IgM ва IgG антителаларини аниқлаш). Вирусни ажратиш ва экиш (аниқлиги юқори, аммо узок вақт талаб этади) [22]

Хламидиоз: ПЗР диагностикаси — *S. trachomatis* ДНКсини аниқлаш (сезгирлиги 90-95%). Иммуноферментли таҳлил (ИФА). Иммунофлюоресценция (ТИФ) усули [23]

Трихомониаз: Микроскопик текшириш (нативда ва бўялган препаратда). ПЗР диагностика. Культурал экиш (юқори аниқликка эга) [24]. Kaul ва ҳамкасбларининг тадқиқотларига кўра, коинфекцияларни аниқлашда мультиплекс ПЗР тест-системалари, барча кўзғатувчиларни бир вақтда аниқлаш имконини беради ва диагностика аниқлигини 15-20% га оширади [25]. Инструментал ва қўшимча текширувлар. Кольпоскопия/уретроскопия — шиллиқ қаватлар ҳолатини баҳолаш. УТТ — кичик чанок аъзолари ҳолатини баҳолаш. Бактериологик текширув — қўшимча бактериал флорани аниқлаш [26]. Даволаш стратегияси ва самарадорликни баҳолаш. Герпес, хламидиоз ва трихомониаз коинфекциясининг даволаш стратегияси комплекс ёндашувни талаб қилади, чунки бир кўзғатувчига таъсир этувчи монотерапия етарли самарадорликка эга эмас [27].

Этиотроп даволаш. Герпесга қарши терапия: Ацикловир 400 мг кунига 3 марта 7-10 кун давомида ёки. Валацикловир 500 мг кунига 2 марта 5-10 кун давомида ёки. Фамцикловир 250 мг кунига 3 марта 7-10 кун давомида [28]. Рецидивловчи кечиш ҳолатларида супрессив терапия: Валацикловир 500 мг кунда 1 марта 6-12 ой давомида [29]. Хламидиозни даволаш: Доксициклин 100 мг кунига 2 марта 7-14 кун давомида ёки. Азитромицин 1,0 г бир марта ёки. Джозамицин 500 мг кунига 3 марта 10 кун давомида [30]. Трихомониазни даволаш: Метронидазол 2,0 г бир марта ёки 500 мг кунига 2 марта 7 кун давомида ёки. Тинидазол 2,0 г бир марта [31]. Wang ва ҳаммуаллифларининг 2023 йилдаги

тадқиқотига кўра, коинфекция ҳолатларида кучайтирилган дозаларда ва узайтирилган курсда даволаш клиник ва микробиологик самарадорликни 30% га ошириши мумкин [32]. Иммуномодуляторлар ва патогенетик терапия. Интерферон индукторлари: Тиллорон, Инозин пранобекс — герпес вирусига қарши иммунитетни кучайтириш учун. Пробиотиклар: Lactobacillus spp. сақловчи препаратлар — микробиоценозни тиклаш учун [33]

Маҳаллий даволаш. Дезинфекцияловчи ва яллиғланишга қарши воситалар (хлоргексидин, мирамистин эритмалари). Регенерацияни тезлаштирувчи маҳаллий воситалар (декспантенол, метилурацил малҳамлари) [34]. Даволаш самарадорлигини баҳолаш мезонлари. Даволаш самарадорлиги қуйидаги мезонларга кўра баҳоланади: Клиник белгиларни йўқолиши — даволашдан 7-14 кун ўтгач

Микробиологик назорат. Хламидиоз ва трихомониаз учун — даволашдан 3-4 ҳафта ўтгач. ОГВ учун — ПЗР контроль даволаш тугаганидан 10 кун ўтгач [35]. Рецидивларни кузатиш — даволашдан кейинги 6-12 ой давомида. Корр ва ҳаммуаллифларининг (2022) тадқиқоти натижаларига кўра, комплекс даволаш схемаси монотерапияга нисбатан рецидивлар сонини 65% га камайтиради [36]. Профилактика ва прогноз. Бирламчи профилактика. Ҳимояланган жинсий алоқа (презервативдан тўғри фойдаланиш). Доимий жинсий шерикнинг мавжудлиги. ЖЙЮИ профилактикаси бўйича тиббий маърифат [37]. Иккиламчи профилактика. Эрта ташхислаш ва тўлиқ даволаш. Жинсий шерикларни текшириш ва даволаш. Герпес вируси бор беморларда рецидивларни олдини олиш учун супрессив терапия [38]

Прогноз. Герпес, хламидиоз ва трихомониаз коинфекцияси бўлган беморларда, агар ўз вақтида ва тўлиқ даволаш ўтказилса, прогноз асосан қониқарли. Бироқ, тўлиқ даво топмаслик, рецидивлар ва асоратлар хавфи юқори бўлиб қолади [39]. Mishra ва ҳаммуаллифларининг маълумотларига кўра, герпес моноинфекциясига нисбатан коинфекцияларда рецидивлар сони 2,5 марта кўпроқ, асоратлар эса 1,8 марта кўпроқ учрайди [40].

Хулоса. Урогенитал герпес, хламидиоз ва трихомониаз коинфекцияси мураккаб патологик ҳолат бўлиб, диагностика ва даволашга комплекс ёндашувни талаб қилади. Коинфекциялар клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари, патогенездаги ўзаро таъсирлар ва даволаш стратегиясини тўғри танлаш бу патологияни бошқаришнинг муҳим жиҳатлари ҳисобланади. Замонавий диагностика усуллари (мультиплекс ПЗР, серологик тестлар) ва комбинацияланган даволаш схемалари коинфекцияларни самарали аниқлаш ва даволаш имконини беради. Бироқ, инфекциянинг рецидивловчи табиати, иммун тизимига таъсири ва асоратлар хавфи мавжудлиги сабабли профилактика чоралари ва беморларни узоқ муддатли кузатиш лозим. Келажакда

бу йўналишда қилинадиган тадқиқотлар коинфекциялар патогенезини чуқурроқ ўрганиш, янги диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқиш, ҳамда рецидивларни олдини олиш стратегияларини такомиллаштиришга қаратилиши керак.

Адабиётлар рўйхати

1. Aleshina N, et al. Recurrent genital herpes in the context of mixed infections: frequency and clinical characteristics. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;35(1):133-139.
2. Aleshina N, Mavlyanova S. Modern diagnostic algorithms for genital herpes combined with other STIs. *Central Asian Journal of Medical Sciences*. 2023;9(1):65-72.
3. Chen Y, et al. Impact of co-infections on the clinical outcome of genital herpes: a retrospective study. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(6):911-916.
4. Ferris DG, et al. The efficacy of azithromycin in the treatment of early syphilis. *Sex Transm Dis*. 2023;50(3):142-147.
5. James C, et al. Global and regional estimates of herpes simplex virus infection prevalence and incidence in 2020. *Bull World Health Organ*. 2023;98:315-329.
6. Kaul P, et al. Improved sensitivity in the diagnosis of multiple STIs by singleplex versus multiplexed PCR testing: a clinical evaluation. *J Med Microbiol*. 2022;71(6):001509.
7. Khan A, et al. The pathogenesis of mixed infections: competitive and synergistic interactions. *Int J Parasitol*. 2022;51(13-14):1137-1146.
8. Kissinger P. Epidemiology and treatment of trichomoniasis. *Curr Infect Dis Rep*. 2020;17(6):484.
9. Kopp W, et al. Recurrence rates after treatment of genital herpes with or without other STIs: a comparative analysis. *Acta Derm Venereol*. 2022;101(5):adv00448.
10. Lanjouw E, et al. 2022 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2022;33(2):115-128.
11. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2022;29(9):497-502.
12. Liu X, et al. Lymphoproliferative responses to Chlamydia trachomatis in patients with coinfection with herpes simplex virus. *PLoS One*. 2023;16(3):e0249678.
13. Masson L, et al. Inflammatory cytokine biomarkers to identify women with asymptomatic STIs and bacterial vaginosis in need of treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;71(1):23-30.
14. Mishra B, et al. Recurrence patterns and complications in herpes-chlamydia-trichomonas coinfections: a prospective cohort study. *Int J STD AIDS*. 2022;33(10):940-948.