

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 11 თებერვლის № 331/თ ბრძანებით

**“Chlamydia Trachomatis”-ით
ბამოწვეული ბინეკოლოგიური
ინფექციების მართვა პირველად
ჯანდაცვაში**

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

“Chlamydia Trachomatis”-ით გამომწვეული ბინეკოლოგიური ინფექციების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

შესავალი

ქლამიდია ადამიანის ორგანიზმში სხვადასხვა დაავადების გამომწვევი უჯრედშიდა ბაქტერიაა. მთელს მსოფლიოში იგი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების გამომწვევი უხშირესი მიზეზია. ცნობილია ქლამიდიების გვარის ოთხი წარმომადგენელი; ესენია: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia psittaci* (*C. psittaci*), *Chlamydia pneumonia* (*C. pneumonia*) და *Chlamydia pecorum* (*C. pecorum*).

Chlamydia trachomatis (ქტ) მიკროორგანიზმია, რომელიც მხოლოდ ადამიანში იწვევს დაავადებას და გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანზე სქესობრივი კონტაქტით, პერინატალური გზითა და მჭიდრო საყოფაცხოვრებო პირობებით. მას შეუძლია გამოიწვიოს:

- **ქალებში:** ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი, ურეთრიტი, მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (ენდომეტრიტი, სალპინგიტი, ტუბო-ოვარიული აბსცესი და პელვიოპერიტონიტი), პერიჰეპატიტი, უშილობა და ექტოპიური ორსულობა.
- **მამაკაცებში:** ურეთრიტი, ეპიდიდმიტი, პროსტატიტი, უშილობა.
- **ორივე სქესის წარმომადგენლებში:** პროქტიტი, რეაქტიული ართრიტი (რეიტერის სინდრომი), პერინატალური ინფექციები, კონიუნქტივიტი და გენერული ლიმფოგრანულომა.

C. pneumonia გვევლინება, როგორც ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების გამომწვევი ბავშვებსა და მოზრდილებში. აღმოჩენილი იქნა 1980 წელს. ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა *C. pneumoniae*-ს, როგორც ინფექციური აგენტის როლი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების განვითარებაში. შესაძლოა, მონაწილეობდეს ისეთი დაავადებების განვითარებაშიც, როგორცაა ასთმა და სარკოიდოზი. გადაეცემა ხდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით. ცხოველები ბაქტერიის რეზერვუარს არ წარმოადგენენ.

C. psittaci უფრო მეტადაა გავრცელებული ბუნებაში და იწვევს გენიტალურ, ნაწლავურ, რესპირატორულ ინფექციებს, ძირითადად ფრინველებსა და ძუძუმწოვრებში. ადამიანის ინფიცირება ხდება დაინფიცირებულ ფრინველთან კონტაქტის შემდეგ. იწვევს პნევმონიტს ან სისტემურ ინფექციას – ფსიტაკოზს (ორნითოზს), რომელიც ხასითდება ზოგადი ინტოქსიკაციით, სასუნთქი ორგანოების, ნერვული სისტემის დაზიანებითა და ჰეპატოლიენური სინდრომით¹.

C. pecorum აღმოჩენილია უკანასკნელ წლებში. იგი გამოყვეს ცხოველებიდან: ცხვარი, მსხვილი რქოსანი საქონელი. იგი მსგავსია *C. psittaci*-სა, თუმცა კავშირი ადამიანის დაავადებასთან აღმოჩენილი არ არის.

1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

ქმ-ით მიერ გამოწვეული გინეკოლოგიური დაავადებები ხშირად ასიმპტომურად მიმდინარეობს.

ქალებში ქვედა სასქესო ორგანოების ქმ იწვევს ლორწოვან-ჩირქოვან ცერვიციტს, ურეთრიტს, იშვიათად, ვენერიულ ლიფმოგრანულოზს. ქვედა გენიტალური ტრაქტიდან ქლამიდიური ინფექცია შეიძლება გავრცელდეს და გამოიწვიოს ენდომეტრიტი, სალპინგიტი, ენდოსალპინგიტი და პელვიოპერიტონიტი.

ქალებში ქლამიდიური ინფექცია შესაძლოა მიზეზი გახდეს ისეთი სერიოზული გართულებებისა, როგორიცაა:

- მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება;
- უშვილობა;
- ექტოპიური ორსულობა;
- პერინატალური დაავადებები (ახალშობილთა კონიქტივიტი, პნევმონია).

ქმ-ის ინფექციით გამოწვეული დაავადების აღსანიშნავად გამოიყენება ტერმინი „ქლამიდიური სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება“ (Chlamydial STD).

გამოყენებული შემოკლებები

- ქმ – Chlamydia Trachomatis
- სბბდ – სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (STD)
- მაღ – მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (PID)
- აივ – ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (HIV)
- პფა – პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულები (DFA)
- ოფა – იმუნოფერმენტული კვლევა (ELISA)
- დნმ – დეზოქსირიბონუკლეინის მუავა (DNA)
- რნმ – საინფორმაციო რიბონუკლეინის მუავა (RNA)
- რ-რნმ – რიბოსომული რიბონუკლეინის მუავა (rRNA)
- IgA – იმუნოგლობულინი A
- IgG – იმუნოგლობულინი G
- IgM – იმუნოგლობულინი M

2. ეპიდემიოლოგია

განვითარებულ ქვეყნებში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება ოჯახის ექიმის მიერ საკმაოდ ხშირად დასმული დიაგნოზია. აშშ-ში სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს შორის ყველაზე ხშირია ქლამიდიური გინეკოლოგიური ინფექციები. პრევალენტობა მაღალია 25 წლამდე ინდივიდებში².

2006 წელს აშშ-ში ქალებში დაფიქსირდა ქლამიდიური ინფექციის 780,515 შემთხვევა. 2005-დან 2006 წლამდე ქლამიდიური ინფექციის მაჩვენებელი გაიზარდა 492.2-დან 515.8 მდე 100,000 ქალზე³.

სკრინინგის უნივერსალური ტესტებისა და შემთხვევების რეგისტრაციის სისტემის არარსებობის გამო ზუსტი ეპიდემიოლოგიური ციფრების მოყვანა შეუძლებელია.

ბრიტანეთში სქესობრივად აქტიური 24 წლამდე ასაკის ქალბატონების და 20-24 წლამდე მამაკაცების დაახლოებით 5-10% - ქლამიდიითაა ინფიცირებული⁴.

საქართველოში 2005 წელს აღინიშნა ქლამიდიური ინფექციის 1030 შემთხვევა (ავადობა 23,6), რაც მეტია წინა წლებთან შედარებით. დაავადებათა ეს ჯგუფი, ისევე როგორც ქრონიკული გონორეა, უმწილობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს.

3. ეტიოპათოგენები

ძმ-ი პატარა ზომის, გრამ-უარყოფითი ბაქტერიაა, რომელიც იწვევს სქესობრივად გადამდებ დაავადებებს. *C. pneumonia*–საგან განსხვავებით, რომელსაც როგორც ცნობილია მხოლოდ ერთი სეროტიპი აქვს, ძმ-ის 18 სხვადასხვა სეროვარიანტი გვხვდება. (*C. psittaci*-ს სეროვარიანტების რაოდენობა უცნობია). სეროტიპებს ახასიათებს ეპითელური ქსოვილების მიმართ ტროპიზმი და იწვევენ სპეციფიკურ დაავადებებს. სეროვარები **A, B, Ba** და **C** ასოცირებულნი არიან ტრაქომასთან, ხოლო **D** და **K** სეროტიპები – სქესობრივი გზით გადამდებ და პერინატალურ ინფექციებთან. სეროვარიანტები **L1, L2 L3** შედარებით ინვაზიური არიან, ვრცელდებიან ლიმფური სადინარებით, იზრდებიან მაკროფაგებში, იწვევენ ვენერიულ ლიმფოგრანულომას (LVG) და ჰემორაგიულ პროქტოკოლიტს; იშვიათად შეიძლება გამოიწვიონ ენდოკარდიტი, პერიტონიტი, პლევრიტი და პერიაპენდიციტი.

ქლამიდიის ყველა სახე გადის ორფაზიან ბიოლოგიურ (სასიცოცხლო) ციკლს. პირველ ფაზაში ქლამიდიის ექსტრაცელულური ფორმა – გამრავლების უნარის არმქონე ელემენტარული სხეულაკი უკავშირდება მასპინძლის ეუკარიოტულ ეპითელურ ან ეპითელურის მსგავს უჯრედს. უჯრედში მოხვედრისას ელემენტარული სხეულაკი გარდაიქმნება მეტაბოლურად აქტიურ, გამრავლების უნარის მქონე უჯრედშიდა ფორმად – რეტიკულურ სხეულად და მემბრანასთან დაკავშირებულ ციტოპლაზმურ ჩანართებში იწყებს მარტივ დაყოფას. რეტიკულური სხეული კონდენცირდება ელემენტარულ სხეულაკად და გამრავლება მთავრდება. დაახლოებით 48-72 საათის შემდეგ ჩანართები სკდება და ელემენტარული სხეულაკები გამოთავისუფლდებიან, რათა დაასნეულონ მეზობელი ეპითელური უჯრედი ან სხვა მასპინძელი⁵.

ძმ-ი პირველად აინფიცირებს გენიტალური ტრაქტის ცილინდრულ ეპითელს, იწვევს ანთებით პროცესებს, რომელიც შესაძლოა გრძელდებოდეს თვეების და წლების განმავლობაში. განმეორებითი ან პერსისტული ინფექციისას ვლინდება სერიოზული გართულებები, როგორცაა ფალოპის მილის შეხორცებები და ზედა გენიტალური ტრაქტის დაზიანება.

ინკუბაციური პერიოდი, ჩვეულებრივ, 2-3 კვირაა, ზოგჯერ 6 კვირამდეც გრძელდება.

ინფექციის განვითარების რისკ-ფაქტორები და ხელშემწყობი მიზეზებია⁶:

- სქესობრივად აქტიური მოზარდები და მოზრდილები (ასაკი 25 წლამდე);
- სქესობრივი კონტაქტი ქლამიდიით ინფიცირებულთან;
- ახალი სექსუალური პარტნიორი ან ერთზე მეტი სექსუალური პარტნიორი ბოლო ერთი წლის განმავლობაში;
- ბარიერული კონტრაცეპტივების არასწორი ან არარეგულარული გამოყენება;
- ანამნეზში სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების არსებობა;
- თანდართული გონოკოკური ინფექცია;
- სქესობრივი პარტნიორი, რომელსაც შესაძლოა თავის მხრივ ჰყავდეს მრავალი სქესობრივი პარტნიორი;
- განსაკუთრებული პოპულაცია (კომერციული სექსმუშაკები, ნარკოტიკების ინტრავენური მომხმარებლები, ჰომოსექსუალები).

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

ქმ-ის დაინფიცირებული ქალების უმრავლესობა ასიმპტომურია. დაახლოებით 70% ქლამიდიური და 50% გონოკოკური ინფექციებისა მიმდინარეობს უსიმპტომოდ და შესაბამისად არ არის დიაგნოსტირებული და ნამკურნალები⁷.

ქლამიდიურ ინფექციას ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები⁸:

- ასიმპტომურია 70% ში;
- პოსტკოიტალური ან მენსტრუაციებს შორის სისხლდენა;
- ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში;
- ჩირქოვანი გამონადენი საშოდან;
- ლორწოვან ჩირქოვანი ცერვიციტი ან/და კონტაქტური სისხლდენა;
- დიზურია.

კლინიკურად ქლამიდიური ინფექცია შეიძლება გამოვლინდეს ლორწოვან ჩირქოვანი ცერვივიტით, მწვავე ურეთრალური სინდრომითა და მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებით (მაღ). ქალების ნაწილს, რომელთაც გაურთულებელი ცერვიკალური ინფექცია აღენიშნებათ, უკვე აქვთ ზედა რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექცია.

ლორწოვან-ჩირქოვანი (მუკოპურულენტური) ცერვიციტი

იმ შემთხვევებში, როდესაც ხერხდება ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა, ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტის უხშირესი გამომწვევია ქმ-ი, ასევე ტრიქომონა და გენიტალური ჰერპესი (HSV-2). თუმცა, შემთხვევათა დიდ ნაწილში გამომწვევის აღმოჩენა ვერ ხერხდება, უმეტესად იმ ქალებში, რომელთაც სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების განვითარების დაბალი რისკი აქვთ (30 წელზე მეტი ასაკის ქალები). ცერვიციტის გამომწვევი ზოგჯერ ბაქტერიული ვაგინოზი ან გენიტალური მიკოპლაზმია⁹.

ცერვიციტი შეიძლება გრძელდებოდეს ანტიმკირობული თერაპიის ჩატარების მიუხედავად. პერსისტული ცერვიციტების უმეტესობა, შესაძლოა, არ იყოს გამოწვეული ქმ-ით ან N. gonorrhoea-ს რეინფექციით; ამიტომ მნიშვნელობა

ენიჭება სხვა გამლიზიანებლებსაც (მაგ: ქიმიური გამლიზიანებლები, ან ექტოპიური ზონის იდიოპათიური ანთება).

ძტ-ით გამოწვეული ცერვიკალური ინფექცია უხშირესად ლატენტურად მიმდინარეობს. როცა ინფექცია კლინიკურად ვლინდება, ნიშნები არასპეციფიკურია:

- ჩირქოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი (მოყვითალო-მომწვანო ფერის) გამონადენი საშოდან;
- მენსტრუაციებს შორის (ინტერმენსტურალური) სისხლდენა ან სისხლდენა სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ;
- მუცლის ქვედა ნაწილის ტკივილი;
- დიზურია.

ფიზიკური გამოკვლევით ვლინდება:

- ენდოცერვიკალურ არხში ან ენდოცერვიკალური ანაფხეკის ნიმუშში ხილული ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი (მოყვითალო) ენდოცერვიკალური გამონადენი (რომელსაც ჩვეულებრივ, ლორწოვან-ჩირქოვან ცერვიციტს ან უბრალო ცერვიციტს უწოდებენ);
- ენდოცერვიკალური სისხლდენა, რომლის გამოწვევაც ადვილად არის შესაძლებელი ბამბის ტამპონის ნაზი შეხებით ცერვიკალური ღერძის გასწვრივ;
- ცერვიკალური ექტროპიონი, არხში შეშუპება და მცირედი ლორწოვანი სისხლდენა.

მორეციდივე და პერსისტული ცერვიციტი

პერსისტული ცერვიციტის მქონე ქალებს, რეკომენდებულია, ჩაუტარდეთ შეფასება სბბდ-ის შესაძლო განმეორებით ექსპოზიციაზე და განმეორებით უნდა იქნეს გამოკვლეული მათი ვაგინალური ფლორა. იმ შემთხვევაში, თუ გამოირიცხა სპეციფიკური სბბდ-ის გამწვავება და/ან რეინფექცია და არ არის ბაქტერიული ვაგინოზი, ხოლო სქესობრივი პარტნიორები გამოკვლეულნი და ნამკურნალები არიან, პერსისტული ცერვიციტის მართვის ალტერნატივები გაურკვეველი რჩება. ასეთ შემთხვევებში პერსისტული სიმპტომური ცერვიციტის გამო ანტიბიოტიკოთერაპიის გაგრძელების ან განმეორებითი დანიშვნის ღირებულება უცნობია. თუ პერსისტული სიმპტომები თვალსაჩინოდაა დაკავშირებული ცერვიციტთან, შესაძლოა აბლაციური თერაპიის შეთავაზება გინეკოლოგის მიერ.

მწვავე ურეთრალური სინდრომი

მწვავე ურეთრალური სინდრომი ხასითდება სიმპტომებით, რომლებიც მიუთითებენ ქვედა საშარდე სისტემის ინფექციაზე. ესენია:

- დიზურია;
- ხშირი შარდვა;
- პიურია.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (მაღ)

ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებისთვის დამახასიათებელი ჩივილები ხშირია ახალგაზრდა ქალებს შორის. 25 წელზე ახალგაზრდა ქალებში ყოველ 45 ქალზე მოდის მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების 1 დიაგნოსტირებული შემთხვევა¹⁰.

მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებაში მოიაზრება ფალოპის მილების, საკვერცხეებისა და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ანთებითი დაზიანება. მისი მიზეზია მეორადი ინფექცია, რომელიც ვრცელდება ადამიანი გზით საშოდან, ცერვიკალური არხიდან საშვილოსნოს გავლით. მაღ-ის ქვეშ იგულისხმება: ენდომეტრიტი, სალპინგიტი, ტუბოოვარიული აბსცესი და პელვიოპერიტონიტი.

დიდ ბრიტანეთში მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების უხშირესი გამომწვევებია: ძტ-ი და *Neisseria gonorrhoeae*. თუმცა აღნიშნული პათოლოგიით ქალთა 50%-ში არც ერთი მათგანი არ იქნა გამოვლენილი. მრავალ ქვეყანაში ძტ-ი 5-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე *Neisseria gonorrhoeae*. ცერვიკალური და ურეთრული ქლამიდიური ინფექცია ხშირად ასიმპტომურად მიმდინარეობს.

მნიშვნელოვანია, რომ:

- მკურნალობის დაწყების დაგვიანება ზრდის უშვილობის და ექტოპიური ორსულობის რისკს.
- დიაგნოზი დაფუძნებულია კლინიკურ მონაცემებზე, თუმცა ხშირია ჰიპერდიაგნოსტიკა და ან ჰიპოდიაგნოსტიკა, რამეთუ ანამნეზი და ფიზიკური კვლევა არ წარმოადგენს საკმარისად მაღალსპეციფიკურ და მაღალსენსიტიურ კვლევებს. თუმცა, მკურნალობა აუცილებელია, რადგან ანტიბიოტიკოთერაპიის სარგებლიანობა აღემატება ანთებითი დაავადებით გამოწვეულ გართულებათა რისკს.
- ადრეული ანტიბიოტიკოთერაპია ამცირებს უშვილობის, ექტოპიური ორსულობისა და ქრონიკული მუცლის ტკივილის განვითარების რისკს.
- მენჯის ანთებითი დაავადების ერთი ეპიზოდის გადატანის შემდეგ ქალთა 10% ში შესაძლოა განვითარდეს მილისმიერი უშვილობა.
- მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების დროს მკურნალობის დაგვიანებით დაწყება 3 დღით ან მეტით თითქმის 3-ჯერ ზრდის შვილოსნობის უნარის შემცირებას.
- ქალის სექსუალური პარტნიორის ერთდროული მკურნალობა წარმოადგენს მართვის განუყოფელ ნაწილს.

რამდენიმე ფაქტორი, რომელიც ზრდის მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების განვითარების რისკს:

- ახალგაზრდა ასაკი;
- დაბალი სოციალ-ეკონომიკური სტატუსი;
- განათლების დაბალი დონე (ხელმისაწვდომობის პრობლემა);
- ახალი სექსუალური პარტნიორი;

- საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეფცია (რამდენიმე კვირის წინ ჩატარებული მანიპულაცია);
- ვაგინიტი და ცერვიციტი;
- დაუცველი სქესობრივი კავშირი;
- ანამნეზში გადატანილი მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება;
- ანამნეზში ქლამიდიური ინფექციის არსებობა;
- ანამნეზში საშვილოსნოზე ჩატარებული ინსტრუმენტული ჩარევები.

დიაგნოზი ისმება ანამნეზური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების არსებობისას საგარაუდლოა მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება:

- ტკივილი ჰიპოგასტრიულ არეში (ღვიძლის კაფსულის ანთება – პერიჰეპატიტი, თუ ასოცირებულია მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებასთან, ტკივილი შესაძლოა ლოკალიზებული იყოს მარჯვენა ზედა კვადრანტში);
- მტკივნეულობა სქესობრივი აქტის დროს;
- მენსტრუაციათა შორის სისხლდენა;
- პათოლოგიური გამონადენი საშოდან.

ფიზიკური გასინჯვით შესაძლოა აღმოვაჩინოთ:

- მუცლის ქვედა ნაწილის მტკივნეულობა;
- პერიტონიტი;
- მტკივნეულობა საშვილოსნოსა და დანამატების ბიმანუალური გასინჯვისას;
- საშვილოსნოს ყელის მგრძობელობის გაზრდა (გალიზიანება) ბიმანუალური გასინჯვისას;
- ტემპერატურა $>38^{\circ}\text{C}$;
- ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი (ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი ცერვიკალური არხიდან);
- პათოლოგიური გამონადენი საშოდან (ხშირად მეორადი ბაქტერიული ვაგინოზი);
- მცირე მენჯის ღრუს სიმსივნეები.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება შესაძლოა იყოს სიმპტომური ან ასიმპტომური. კლინიკური სიმპტომები, ჩვეულებრივ, არ არის საკმარისი სარწმუნო დიაგნოზის დასასმელად. ზუსტი დიაგნოზის დასმა შემთხვევათა 66-90%-ში შესაძლებელია კლინიკური ნიშნებისა და ლაპაროსკოპიული კვლევის შედეგების საფუძველზე. ჰიპოგასტრიული არის მტკივნეულობა და მტკივნეულობა დანამატების არეში (ბიმანუალური გასინჯვით) საკმარისი მტკიცებულებაა ემპირიული ანტიბიოტიკო-თერაპიისათვის 25 წლამდე ასაკის ქალებში, განსაკუთრებით თუ ქალს ჰყავს ახალი სექსუალური პარტნიორი უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების მქონე ქალთა დაახლოებით 10%-ს აქვს ასოცირებული პერიჰეპატიტი, ე.წ. ფიტც-ჰაგ-კურტისის სინდრომი (Fitz-Hugh-Curtis). ამ დროს პერიჰეპატიტი გონორეული ან ქლამიდიური ეტიოლოგიისაა

და საერთო კლინიკურ სურათში შესაძლოა მისი ნიშნები დომინირებდეს – მწვავე ტკივილი მარჯვენა ზედა კვადრატში.

ადრეული ანტიმიკრობული მკურნალობა ამცირებს უშიშლობის რისკს. კვლევებით დადასტურებულია, რომ სტაციონარში ნამკურნალები მენჯის ღრუს მიმე ანთებითი დაავადება წარმოადგენს უშიშლობის აბსოლუტურ რისკს. დადგენილია, რომ ქალებს ერთხელ გამოვლენილი და დროულად ნამკურნალები მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებით, აქვთ ისეთივე უშიშლობის რისკი, როგორც ჯანმრთელ ქალებს.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების განმეორებითი ეპიზოდი ზრდის უშიშლობის, ექტოპიური ორსულობისა და ქრონიკული პიპოგასტრიული ტკივილის რისკს.

ქლამიდიური ინფექციის ბარათშედეგები:

- არანამკურნალები ქლამიდიური ინფექცია იწვევს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების განვითარებას პაციენტთა 30-40%-ში;
- ქლამიდიოზით დაავადებულებში ექტოპიური ორსულობის განვითარების რისკი 6-7-ჯერ იზრდება;
- ქლამიდიურმა ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს უშიშლობა.

5. ქლამიდიური ინფექციის დიაგნოსტიკა

საბოლოო დიაგნოზის დასმისათვის ძმ-ით გამოწვეული გენიტალური ინფექციები აუცილებლად საჭიროებენ ლაბორატორიულ დადასტურებას. უნდა გვახსოვდეს, რომ:

- ქლამიდია ხშირად შერწყმულია სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებთან და უნდა მოხდეს მათი გამოვლენა და მართვა (მათ შორის **აივ** ინფექციისა);
- *C. trachomatis*-ით დაავადებულ პაციენტებში უნდა ჩატარდეს **აივ** ინფექციაზე ტესტირება, რადგან მათ აქვთ **აივ**-ით ინფიცირების მაღალი რისკი;
- პაციენტს უნდა გაეწიოს კონსულტირება და ეცნობოს, რომ მისი სქესობრივი პარტნიორის ტესტირება და მკურნალობა აუცილებელია;
- აუცილებელია მაღალი რისკის ორსულების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, რათა ავიცილოთ ორსულობის გართულებები (დაბალი მასის ახალშობილი, პლაცენტის ნაადრევი აცლა) და პერინატალური ინფექციების განვითარება (ახალშობილთა კონიუნქტივიტი, პნევმონია).

შიზიკური ბასინჯვა

ქლამიდიურ ინფექციაზე ეჭვის არსებობისას მიზანშეწონილია:

1. დათვალიერდეს საშიშლოსნოს ყელი და შეფასდეს სომ არ არის:
 - შეშუპება;
 - ერთემა;

- ჰიპერტროფია;
 - ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი;
 - ადვილად სისხლმდენი საშვილოსნოს ყელი.
2. დათვალიერდეს და გაისინჯოს მუცლის არე:
- ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში და მტკივნეულობა საშვილოსნოსა და დანამატების გასინჯვისას მიუთითებს მენჯის ღრუს ანთებით დაავადებაზე.

ლაბორატორიული გამოკვლევები

არსებობს შემდეგი ლაბორატორიული კვლევის მეთოდები:

1. უჯრედული კულტურა;
2. ქლამიდიის ანტიგენის განსაზღვრა პირდაპირი ფლუორესცენტური ანტისხეულების მეშვეობით (DFA)
3. იმუნოფერმენტული კვლევა – **იზა** (ELISA)
4. ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის მეთოდი;
5. ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი (NAAT);
6. ციტოსკოპიური მეთოდი;
7. სეროლოგიური მეთოდები: IgM, IgG, IgA განსაზღვრა;

უჯრედული კულტურის გამოყოფა ცერვიკალური ნაცხიდან

უჯრედული კულტურის გამოყოფა ცერვიკალური ნაცხიდან **ქტ**-ის დიაგნოზის დამადასტურებელი ნიშანია.

მეთოდის აღწერილობა:

- ცერვიკალური ნაცხიდან აღებული მასალა კულტივირდება McCoy ან Hela უჯრედებზე; ინკუბაციის შემდეგ ქლამიდიური ჩანართების იდენტიფიცირება ხდება პირდაპირი ფლუორესცენციის ან იმუნოსორბენტული მეთოდებით.
- მასალის აღებისას არ უნდა გამოვიყენოთ ხისაგან დამზადებული ხელსაწყო, რადგანაც ხე შესაძლოა შეიცავდეს ქლამიდიისათვის ტოქსიკურ ნივთიერებას.
- შევიტანოთ ფუნჯი ან ჯაგრისი 1-2 სმ-ით ენდოცერვიკალურ არხში და შევასრულოთ ძლიერი წრიული მოძრაობა 10-30 წამის განმავლობაში;
- ფუნჯი ან ჯაგრისი გამოვიტანოთ უკან, ისე რომ არ შევახოთ საშოს ზედაპირს და მოვათავსოთ გადასატან მასალაზე;
- პრეპუბერტული ასაკის ქალებში მიზანშეწონილია ნაცხის აღება ვაგინალური და არა ცერვიკალური არიდან.

მეთოდის უპირატესობა:

- განიხილება როგორც სანიმუშო დიაგნოსტიკური მეთოდი მაღალსპეციფიკურობის გამო (სპეციფიკურობა დაახლოებით 100%-ია).

მეთოდის ნაკლოვანება:

- სენსიტიურობა მერყეობს 70-90%-ის ფარგლებში და დამოკიდებულია ლაბორატორიის მუშაობის ხარისხზე;
- შრომატევადია, საჭიროებს მასალის აღების, ტრანსპორტირებისა და კულტივირების წესების ზედმიწევნით შესრულებას;
- შედეგი ცნობილია 2-3 დღეში.

ნორმის შემთხვევაში:

- ქლამიდიური ჩანართების არარსებობა;
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-უარყოფითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- ქლამიდიური ჩანართების ვიზუალიზაცია რეაგენტით შეღებვისას ან ფლუორესცენტული მონოკლონური ანტისხეულებით.
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-დადებითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.

შედეგზე ზეგავლენა შესაძლოა მოახდინოს:

- მასალის აღების ტექნიკამ, ტრანსპორტირებამ, ლაბორატორიამ.

ქლამიდიის ანტიბიოზის განსაზღვრა პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულების მეშვეობით

მეთოდის აღწერილობა:

- ცერვიკალური ნაცხიდან (ან ურეთრიდან) აღებული მასალა იღებება ფლუორესცენტული მონოკლონური ანტისხეულებით, რომლებიც უკავშირდებიან ქლამიდიის „ელემენტარული სხეულაკების“ ანტიგენებს და მათი ვიზუალიზაცია შესაძლებელია ფლუორესცენტული მიკროსკოპით.
- მასალის აღება ისევე წარმოებს, როგორც კულტურის დროს.

მეთოდის უპირატესობა:

- არაინვაზიურია (მამაკაცებში);
- მაღალსპეციფიკურია;
- უპირატესობა ენიჭება სხვა სადიაგნოზო მეთოდის დადასტურებისათვის;
- შედეგი შესაძლოა ცნობილი გახდეს 30 წუთში.

მეთოდის ნაკლოვანება:

- შრომატევადი და ძვირია;
- სენსიტიურობა დამოკიდებულია შემსრულებელ პერსონალსა და სანიმუშო მასალის ადეკვატურობაზე;

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებისათვის ხელმისაწვდომი არ არის ფლუორესცენტული მიკროსკოპი და სადიაგნოზო ტესტის შემსრულებელი პერსონალი.

ნორმის შემთხვევაში:

- ძტ-ი არ ვიზუალიზდება.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- ქლამიდიის ელემენტარული ან რეტიკულური სხეულაკების ვიზუალიზაცია ფლუორესცენტული მიკროსკოპით;
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-დადებითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.
- სასურველია, დადებითი ტესტი გადამოწმდეს სხვა დამატებითი კვლევებით, იმ შემთხვევაში თუ ცრუ დადებითი პასუხი სამედიცინო, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს გამოიწვევს (მიზეზი: ძტ-ის არსებობა ნიმუშზე).

შედეგზე ხედავლენა შესაძლოა მოახდინოს:

- აღების ტექნიკამ და ასევე სადიაგნოზო ტესტის შემსრულებელმა.

იმუნოფერმენტული კვლევა

მეთოდის აღწერილობა:

- ცერვიკალური ნაცხიდან (ან ურეთრიდან) აღებულ მასალას აკავშირებენ ფერმენტთან დაკავშირებულ მონოკლონურ ან პოლიკლონურ ანტისხეულებს, რომლებიც სპეციფიკურია ქლამიდიის ლიპოპოლისაქარიდული (LPS) ანტიგენის მიმართ.
- მასალის აღება ისევე წარმოებს, როგორც კულტურის დროს.

მეთოდის უპირატესობა:

- მაღალსპეციფიკურია სხვა სადიაგნოზო მეთოდთან კომბინაციაში;
- იაფია, ავტომატურია;

მეთოდის ნაკლოვანება:

- სენსიტიურობა მერყეობს და სხვა მეთოდებთან შედარებით დაბალია (75-80%);
- შესაძლოა მივიღოთ ცრუ დადებითი შედეგი, ამიტომ დადებითი შედეგი უნდა გადამოწმდეს სხვა სადიაგნოზო მეთოდით, უპირატესად (DFA).

ნორმის შემთხვევაში:

- ფერი უცვლელია.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- მასალის ფერი შეცვლილია, რომლის ინტენსივობას ზომავენ სპექტოფოტომეტრით;

- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-დადებითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.
- დადებითი ტესტი სასურველია გადამოწმდეს სხვა დამატებითი კვლევებით, იმ შემთხვევაში თუ ცრუ დადებითი პასუხი სამედიცინო, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს გამოიწვევს.

მიზეზი:

- ძტ-ის არსებობა ნიშნულზე.
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-უარყოფითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა, რის გამოც ამ ტესტის სენსიტიურობა მერყეობს.

შედეგზე ზეგავლენა შერსაძლოა მოახდინოს:

- აღების ტექნიკამ და ლაბორატორიამ.
- შესაძლოა მოხდეს ჯვარედინი რეაქცია სხვა მიკროორგანიზმებთან (*Acinetobacter*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Klebsiella*, *Gardnerella vaginalis*, *group A streptococci*).

ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის მეთოდი

მეთოდის აღწერილობა:

- ხდება აღებული მასალისა და ქლამიდიის **რ-რნმ**-ს ინკუბაცია. კომპლემენტარობის შემთხვევაში, ე.ი. თუ მასალაში არის ქლამიდია, ხდება მათი ჰიბრიდიზაცია; შემდეგ ძტ-ს გამოავლენენ (ასეთის არსებობისას) ქემილუმინესცენციით.
- მასალის აღება ისევე წარმოებს, როგორც კულტურის დროს.

მეთოდის უპირატესობა:

- მაღალსპეციფიკურია;
- მასალა ერთდროულად შეგვიძლია გამოვიყენოთ N. gonorrhea-ს დიაგნოსტიკისათვის

მეთოდის ნაკლოვანება:

- სენსიტიურობა მსგავსია **იზა** მეთოდისა (სხვა მეთოდებთან შედარებით დაბალია)

ნორმის შემთხვევაში:

- ლუმინესცენცია არ ხდება.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- მასალის ფერი შეცვლილია, რომლის ინტენსიურობას ზომავენ სპექტროფოტომეტრით;
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-დადებითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.

მიზეზი:

- ძტ-ის არსებობა ნიმუშზე.

შედეგზე ზეგავლენა შერსაძლოა მოახდინოს:

- ადების ტექნიკამ და ლაბორატორიამ.
- ტესტის სპეციფიურობაზე შეასაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს მასალაში სისხლის არსებობამ.

ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი

ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი (NAAT) არჩევის მეთოდია ვაგინალური, ცერვიკალური, ურეთრალური ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკაში, თავისი მაღალი სენსიტიურობისა და უმაღლესი სპეციფიკურობის გამო¹¹.

მეთოდის აღწერილობა:

- ცერვიკალური ნაცხიდან ან ურეთრიდან აღებული მასალა. ქლამიდიის **ღნმ**-ს ამპლიფიკაცია პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის (PCR) ან ლიგაზის ჯაჭვური რეაქციის (LCR) მეთოდით ან ქლამიდიის **რნმ**-ს ამპლიფიკაცია ტრანსკრიფციით განპირობებული ამპლიფიკაციის (TMA) მეთოდით.
- მასალის აღება ისევე წარმოებს, როგორც კულტურის დროს;
- შარდის აღება: აღებამდე პაციენტებმა არ უნდა მოშარდონ ერთი საათის განმავლობაში, ქალებმა არ უნდა დაიბანონ შორისის მიდამო, პირველი ულუფა 10-20 მლ შარდისა უნდა შეგროვდეს სპეციალურ სტერილურ ჭურჭელში და დაუყოვნებლივ გაიყინოს.

მეთოდის უპირატესობა:

- მაღალსპეციფიკურობა;
- არაინვაზიურობა (შარდი შესაძლოა შეგროვდეს როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში);
- უფრო სენსიტიურობა ვიდრე კულტურა ძტ-ის გენიტალური მასალიდან და შარდის მასალიდან (სენსიტიურობა 82-100 %)
- მასალა შეგვიძლია გამოვიყენოთ N. gonorrhoea-ის სადიაგნოზოთაც.

მეთოდის ნაკლოვანება:

- უფრო ძვირადღირებულია, ვიდრე სხვა სადიაგნოზო ტესტები.

ნორმის შემთხვევაში:

- არ გამოვლინდება ქლამიდიის ნუკლეინის მჟავა.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- გამრავლებული ქლამიდიის **ღნმ**-ს აღმოჩენა (ამპლიკონები);
- უნდა გვახსოვდეს ცრუ-დადებითი შედეგის მიღების შესაძლებლობა.

მიზეზი:

- ძტ-ის არსებობა ნიმუშზე.

შედეგზე ზეგავლენა შესაძლოა მოახდინოს:

- აღების ტექნიკამ და ლაბორატორიამ;
- შესაძლოა მივიღოთ ცრუ უარყოფითი შედეგი, რომელიც გამოწვეულია ღნმ-ს ინჰიბიტორის პოლიმერაზის, (იშვიათად) – ლიგაზის არსებობით გამოსაკვლევ მასალაში;
- ცრუ დადებითი შედეგი შესაძლოა გამოიწვიოს ამპლიკონების ნარჩენებმა;
- ტესტის სპეციფიურობაზე შესაძლოა ზეგავლენა მოახდინოს მასალაში სისხლის არსებობამ;

ციტოსკოპიური მეთოდი

მასალის აღება.

- მასალის აღებას უროგენიტალური მიდამოებიდან უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება. მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რომ ძტ-ი განსაკუთრებულ ტროპიზმს იჩენს ცილინდრული ეპითელიუმის მიმართ; ამიტომ ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის სასაგნე მინაზე მოთავსებული უნდა იყოს სწორედ ის უჯრედები, რომლებიც ამოფენენ საშვილოსნოს ყელს. საშვილოსნოს ყელიდან მასალის აღების წინ ტამპონით უნდა მოცილდეს ლორწოს საცობი; შემდეგ სპეციალური ჯაგრისით (cervix brush), ან ფოლკმანის კოვზით კეთდება ჩამონაფხეკი საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანიდან. გოგონებში შესაძლებელია მასალის აღება საშოდან ან ურეთრიდან.

მეთოდის აღწერილობა:

- სასაგნე მინაზე მოთავსებული მასალა ფიქსირდება ეთანოლში ან ცივ აცეტონში და იღებება გიმზას საღებავით. უჯრედების დათვალიერება ხდება სინათლის მიკროსკოპში იმერსიული ობიექტივით (90X). ქლამიდიური ჩანართები ვლინდება ცილინდრული ეპითელიუმის ციტოპლაზმაში ვარდისფრად ან ლურჯად შეღებილი მიკროკოლონიების სახით. ამ მეთოდით ინფექციის გამოვლენის ალბათობა მეტია დაავადების მწვავე პერიოდში.

მეთოდის უპირატესობა:

- მეთოდი მარტივია, არ მოითხოვს ძვირადღირებულ აპარატურას და რეაგენტებს.
- იძლევა შესაძლებლობას, გამოვლინდეს ზოგიერთი თანმხლები ინფექცია – ტრიქომონადები, სოკოს სპორები და სხვა.

მეთოდის ნაკლოვანება:

- არასპეციფიკურია.

- ქლამიდიური ჩანართების გამოვლენის ალბათობა - 25-35%.
- დადებითი პასუხის შემთხვევაში საჭიროებს დადასტურებას სხვა მეთოდებით.

ნორმის შემთხვევაში:

- ცილინდრული ეპითელიუმის ციტოპლაზმაში არ გამოვლინდება ქლამიდიური ჩანართები.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- ცილინდრული ეპითელიუმის ციტოპლაზმაში გამოვლინდება ქლამიდიური ჩანართები (გალბერშტედტერ-პროვაჩეკის ჩანართები).

შედეგზე ზეგავლენა შესაძლოა მოახდინოს:

- ალების ტექნიკამ და ლაბორატორიამ.

სეროლოგიური კვლევა

მეთოდის აღწერილობა:

- ვენური სისხლის ნიმუშს იკვლევენ კომპლემენტის შებოჭვის ან **ძტ-**ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების გამომუშავებაზე დაკვირვების გზით;
- ძირითადად გამოიყენება ინვაზიური მიმდინარეობისას (ვენერიული ლიმფოგორანულომა, მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება, პერიპეატიტი, ართრიტები, თვალის დაავადებები, ახალშობილთა პნევმონიტი და სხვა);
- საშუალებას იძლევა დადგინდეს ქლამიდიური ინფექციის განვითარების სტადიები:
 1. მწვავე, პირველადი;
 2. ქრონიკული;
 3. რეაქტივაცია ან რეინფექცია.
- **ძტ-**ით ინფიცირებისას მიკროორგანიზმის სპეციფიკური ლიმპოპროტეიდების საპასუხოდ სისხლში გამომუშავდება 3 ტიპის იმუნოგლობულინი – **IgM, IgG, IgA**. ინფიცირების მე-5 დღიდან გამოვლინდება **IgM**, რაც მწვავე ფაზის მაჩვენებელია, მე-10 დღიდან იწყება **IgM**-ის თანდათანობითი ჩანაცვლება **IgA**-თი, ხოლო ინფიცირებიდან 2-3 კვირის შემდეგ მოსალოდნელია **IgG**-ის გამოჩენა, რაც პროცესის გაქრონიკულებაზე მიუთითებს. შესაძლებელია სამივე სახის ანტისხეულის ერთდროული მომატება. ამრიგად, ცალკეულ ფაზას შეესაბამება განსხვავებული იმუნოგლობულინების მატება:
 - მწვავე ფაზას – IgM, IgA, IgG;
 - ქრონიკულ ფაზას – IgG, IgA;
 - რეაქტივაციის ან რეინფექციისას – IgA, IgM;
 - რეკონვალესცენციის პერიოდში – IgG.

მეთოდის უპირატესობა:

- მარტივად შესასრულებელია;
- როცა ტიტრი 1:64-ზე მეტია, და აღნიშნულს კლინიკური სიმპტომებიც ემატება, განხილული უნდა იქნეს ვენერიული ლიმფოგრანულომის არსებობის საკითხი.

მეთოდის ნაკლოვანება:

- არასფეციფიკურია.

ნორმის შემთხვევაში:

- ანტისხეულების ტიტრი < 1 : 8.

პათოლოგიის შემთხვევაში:

- ანტისხეულების ტიტრი > 1 : 8.

მიზეზი:

- ძტ-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულები სისხლში.

შედეგზე ზეგავლენა შესაძლოა მოახდინოს:

- ჯვარედინმა რეაქციამ ქლამიდიის სხვა სახეობის ინფექციებთან.

ლაბორატორიული კვლევის მეთოდების შეჯამება

1. ქლამიდიოზის დიაგნოსტიკაში ყველაზე უფრო მისაღები და ზუსტი მეთოდებია:
 - 1.1. ნუკლეინის მუჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი (NAAT);
 - 1.2. ქლამიდიის ანტიგენის განსაზღვრა პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულები მეთოდით.
2. ყველაზე ხელმისაწვდომ, თუმცა ნაკლებად ზუსტ მეთოდად შეიძლება ჩაითვალოს ციტოსკოპიური მეთოდი.
3. უჯრედული კულტურის მეთოდი ძნელად შესასრულებელია და მოითხოვს დიდ დროს, რის გამოც ნაკლებად გამოიყენება.
4. ანტიქლამიდიური ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდი გამოიყენება, როგორც დამხმარე მეთოდი ქლამიდიური ინფექციის პირველი ორი მეთოდით დადასტურების შემდეგ.

ლაბორატორიული გამოკვლევები ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტის დროს

ქალები, რომლებშიც საექვოა ლორწოვან-ჩირქოვან ცერვიციტის არსებობა, აუცილებლად გამოკვლეულნი უნდა იყვნენ ქლამიდიურ და გონოკოკურ ინფექციაზე.

ვაგინალური სითხის მიკროსკოპით გამოკვლევისას ლეიკოციტოზის არსებობა (10-ზე მეტი ლეიკოციტი მხედველობის არეში) მიუთითებს ცერვიქსის ქლამიდიური ან გონოკოკური გენეზის დაზიანებაზე. ანთებითი ვაგინიტის არ არსებობის შემთხვევაში ლეიკორეა მგრძნობიარე ინდიკატორია ცერვიკალური

ანთებისა მაღალი უარყოფითი შედეგის წინასწარგანჭვრეტის ღირებულებით (Negative Predictive Value – NPV)¹².

ზოგჯერ დიაგნოზის დასასმელად ენდოცერვიკალურ ექსუდატში ნახულობენ პოლიმორფულნუკლეარულ ლეიკოციტებს (უნდა იყოს დიდი რაოდენობით პოლიმორფულნუკლეარული ლეიკოციტები). თუმცა, ეს კრიტერიუმი არ არის სტანდარტული და იგი ხასიათდება დაბალი დადებითი შედეგის წინასწარგანჭვრეტის ღირებულებით (positive predictive value – PPV) ქლამიდიური და გონოკოკური ინფექციების შემთხვევაში.

ვინაიდან, ცერვიციტი შესაძლოა ნიშანი იყოს ზედა გენიტალური ტრაქტის ინფექციისა (მაგ: ენდომეტრიტი), ცერვიციტის ახალი ეპიზოდის დაფიქსირებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს მენჯის ანთებითი დაავადების განვითარების ალბათობა, და ჩატარდეს ქლამიდიურ და გონოკოკურ ინფექციაზე უფრო მაღალი სენსიტიურობისა და სპეციფიურობის მქონე კვლევა (ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი). ცერვიციტის არსებობისას აგრეთვე მიზანშეწონილია ბაქტერიული ვაგინოზის (*G. vaginalis*, *Mycoplasma hominis*) და ტრიქომონიაზის გამორიცხვა.

ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტის ჩატარებას უპირატესობა ენიჭება ქლამიდიური და გონოკოკური ცერვიციტების დიაგნოსტიკისას. ვაგინალურ სითხეში ლეიკოციტოზი (>10) და ტრიქომონიაზის არ არსებობა მიუთითებს ენდოცერვიკალურ ანთებაზე, რომელიც უპირატესად გამოწვეულია *C.trachomatis*-ით ან *N. gonorrhoea*-ით¹³.

ლაბორატორიული გამოკვლევები მწვავე ურეთრალური სინდრომის დროს

მწვავე ურეთრალური სინდრომის დროს, შარდის გამოკვლევისას, თუ არ ამოითესა *E.coli*, *Staphylococcus saprophyticus* ან სხვა უროპათოგენები, ხშირია *C.trachomati*-ით გამოწვეული ინფექცია. ქლამიდიურ ინფექციაზე შეიძლება ვიფიქროთ, როცა აღინიშნება დიზურია-პიურიის სინდრომი, ამასთან შარდში არ აღმოჩნდება ბაქტერიული პათოგენი, სიმპტომები გრძელდება 7 დღეზე მეტ ხანს და პაციენტს ჰყავს ახალი სექსუალური პარტნიორი ან გამოკვლევისას აქვს ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი.

ლაბორატორიული გამოკვლევები მენჯის დრუს ანთებითი დაავადების დროს

მენჯის დრუს ანთებითი დაავადების არსებობაზე ეჭვის დროს ლაბორატორიული კვლევებიდან მიზანშეწონილია ნაცხის ანალიზი გონორეასა და ქლამიდიურ ინფექციაზე. გამომწვევის აღმოჩენა კიდევ უფრო ამყარებს დიაგნოზს, თუმცა ინფექციის არ არსებობა არ გამორიცხავს მად-ის არსებობას.

ქლამიდიისა და გონორეის დიაგნოზის დასაზუსტებლად ამბულატორიის დონეზე შესაძლოა გაკეთდეს კულტურა და პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქცია (PCR).

ერიტროციტების დალექვის სიჩქარის ან C-რეაქტიული ცილის მატება ამყარებს დიაგნოზს; თუმცა დაბალსპეციფიკურობის გამო ისინი რუტინული კვლევის მეთოდს არ წარმოადგენენ.

უნდა გააკეთდეს ორსულობის დასადგენი ტესტი ექტოპიური ორსულობის გამოსარიცხად.

სტერილური პიურია ასევე ამყარებს ძმ-ით ინფექციის დიაგნოზს.

ლაპაროსკოპიულად შესაძლებელია დაისვას მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების უტყუარი დიაგნოზი, მაგრამ არ არის გამართლებული მისი რუტინული გამოყენება.

ნაცხის მიკროსკოპიით ვლინდება ლეიკოციტების რაოდენობის ზრდა (აღემატება ეპითელურ უჯრედებს) პათოლოგიური ბაქტერიული ფლორის ფონზე, რაც ამყარებს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების დიაგნოზს. ნაცხის გამოკვლევისას ლაქტობაცილის მკვეთრი ზრდა წარმოადგენს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების ნეგატიურ მტკიცებულებას.

6. დიფერენციული დიაგნოზი

დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

- გონორეა;
- საშარდე გზების ინფექცია;
- ტრიქომონიაზი;
- საზარდულის გრანულომა (*granuloma inguinale*).

7. მკურნალობა

ზოგადი რეკომენდაციები

ვინაიდან ქლამიდიური გენიტალური ინფექცია შესაძლოა ისეთი გართულებების მიზეზი გახდეს, როგორცაა ექტოპიური ორსულობა (ქლამიდიოზით დაავადებულებში ექტოპიური ორსულობის განვითარების რისკი 6-7 ჯერ იზრდება), მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება და უშვილობა, მკურნალობის ჩატარება აუცილებელია კლინიკური ნიშნების გაჩენისთანავე ან სკრინინგის შედეგად ქლამიდიაზე დადებითი ტესტის შემთხვევაში.

მნიშვნელოვანია, რომ:

- პაციენტს მიეცეს სრული და ამომწურავი ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ასევე მოსალოდნელი გართულებების შესახებ და აქცენტი გაკეთდეს იმაზე, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია მისი და მისი პარტნიორის აქტიური ჩართვა პრობლემის მოგვარების პროცესში. ინფორმაცია, უმჯობესია, მიეცეს წერილობითი სახით.
- მკურნალობა იყოს ეფექტური (მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული განკურნების სიხშირე >95%); ადვილად შესასრულებელი (არ არის მიზანშეწონილი ორ პრეპარატზე მეტის მიღება დღეში), ხასიათდებოდეს გვერდითი მოვლენების სიმცირით და ახდენდეს მინიმალურ ზეგავლენას პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე, (რეკომენდაცია C)¹⁴.
- თუ პაციენტი, კონტრაცეფციის მიზნით იყენებს საშვილოსნოსშიდა საშუალებებს, გაურთულებელი ქლამიდიური გენიტალური ინფექცია არ წარმოადგენს ამ მეთოდის შეწყვეტის ჩვენებას.

- პაციენტს მიეცეს რჩევა-დარიგება, რომ მკურნალობის პერიოდში მიზანშეწონილია, მან და მისმა პარტნიორმა თავი შეიკავონ სქესობრივი კავშირისაგან, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ იგი იყენებს ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს.
- სქესობრივი კონტაქტი არ არის რეკომენდებული მკურნალობის დასრულების შემდეგ ერთი კვირის მანძილზე.
- ყველა პაციენტს, ვისაც დაუდგინდა **ძტ**-ით მიერ გამოწვეული ინფექცია, მიეცეს რეკომენდაცია, რომ საჭიროა მათი გამოკვლევა სხვა სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე. სკრინინგის ჩატარება მიზანშეწონილია **აივ** ინფექციაზე, ჰეპატიტზე (ასევე რეკომენდებულია ვაქცინაცია) (რეკომენდაცია **C**)¹⁴.

მედიკამენტური მკურნალობა

მოზარდებსა და მოზრდილებში **ძტ**-ით გამოწვეული ინფექციების მკურნალობისთვის **პირველი რიგის** არჩევის პრეპარატებია **აზითრომიცინის ერთჯერადი ორალური დოზა** ან **ორალური დოქსიციკლინის 7-დღიანი კურსი**, (რეკომენდაცია **A**)^{14,15}:

- **აზითრომიცინი** – 1გ პერორალურად ერთჯერადად,
ან
- **დოქსიციკლინი** – 100მგ დღეში ორჯერ, 7 დღის განმავლობაში;
(უკუნაჩვენებია ორსულებში)

წარმოდგენილი მკურნალობის სქემა დაფუძნებულია 12 რანდომიზებული კვლევის მეტა-ანალიზზე.

არ გამოვლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება აზითრომიცინის ერთჯერადი დოზითა და დოქსიციკლინის (100 მგ) 2-ჯერადი დოზით მკურნალობის სქემებს შორის (რეკომენდაცია **A**).

მოზარდებსა და მოზრდილებში **ძტ**-ით გამოწვეული ინფექციების მკურნალობისთვის **მეორე რიგის** არჩევის პრეპარატებია **ერთრომიცინის, ოფლოქსაცინის ან ლევოფლოქსაცინის 7-დღიანი ორალური კურსი** (რეკომენდაცია **A**)^{14,15}.

- **ერთრომიცინი** – 500 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;
ან
- **ერთრომიცინის ეთილსუქცინატი** – 800 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;
ან
- **ოფლოქსაცინი** – 300 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;
ან

• ლევოფლოქსაცინი – 500 მგ პერორალურად ერთხელ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;

ორსულობა და ძუძუთი კვება

პირველი რიგის არჩევის პრეპარატებია (რეკომენდაცია A^{14,15}):

• აზითრომიცინი – 1 გ პერორალურად ერთჯერადად;

ან

• ამოქსიცილინი – 500 მგ პერორალურად სამჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;

ალტერნატიული, მეორე რიგის მეურნალობის რეჟიმია (რეკომენდაცია A^{14,15}):

• ერითრომიცინი – 500 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;

ან

• ერითრომიცინი – 250 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 14 დღის განმავლობაში;

ან

• ერითრომიცინის ეთილსუქცინატი – 800 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;

ან

• ერითრომიცინის ეთილსუქცინატი – 400 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 14 დღის განმავლობაში.

ერითრომიცინის ესტოლატი, დოქსიციკლინი, ოფლოქსაცინი და ლევოფლოქსაცინი უკუნაჩვენებია ორსულებში. კლინიკური კვლევები ადასტურებენ აზითრომიცინის სარგებლიანობასა და უსაფრთხოებას.

პრეპარატული ასაკი

პრეპარატულ ასაკში პირველი რიგის არჩევის მედიკამენტებია:

- ორალური ერითრომიცინის 7-14 დღიანი კურსი 45კგ-ზე ნაკლები წონის ბავშვებში;
- აზითრომიცინის ერთჯერადი დოზა ბავშვებისთვის, რომელთა წონა 45კგ ან მეტია, მაგრამ ასაკი 8 წელზე ნაკლებია;

- ორალური აზითრომიცინის ერთჯერადი დოზა, ან 7-დღიანი ორალური დოქსიციკლინის კურსი ბავშვებში, რომელთა ასაკი 8 წელი და მეტია.

ვენერიული ლიმფოგრანულომა

ვენერიული ლიმფოგრანულომის (LGV) დროს პირველი რიგის არჩევის მედიკამენტია ორალური დოქსიციკლინის 21-დღიანი კურსი. ალტერნატიული კურსია (ორსულების ჩათვლით) ორალური ერითრომიცინის 21-დღიანი კურსი. აზითრომიცინი ადეკვატირად შესწავალილი არ არის მაგრამ შეიძლება ეფექტური იყოს.

მკურნალობა სპეციფიკური ჩვენებების მიხედვით

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (მად)

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების მკურნალობა სქემა მოიცავს არამედიკამენტურ ღონისძიებებს, მედიკამენტურ და ქირურგიულ მკურნალობის მეთოდებს.

არამედიკამენტური ღონისძიებები:

ყველა არამედიკამენტური ღონისძიება დაფუძნებულია ექსპერტთა მოსაზრებებზე (Vა, D); არამედიკამენტური ღონისძიებები მოიცავს:

- ქალებს მძიმე დაავადებით საჭიროა ვურჩიოთ დასვენება, წოლითი რეჟიმი;
- საჭიროა მიეცეს სათანადო ანალგეზია (პარაცეტამოლი ან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები ან ორივე ერთად);
- პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა, თავი აარიდონ დაუცველ სქესობრივ კონტაქტს სანამ მისი და პარტნიორის მკურნალობა არ დასრულდება;
- პაციენტს უნდა მიეცეს დეტალური განმარტება არსებული მდგომარეობის შესახებ, აგრეთვე, მისი და მისი პარტნიორის ჯანმრთელობის მოსალოდნელი მდგომარეობის თაობაზე მომავალში; ინფორმაცია სასურველია გამყარებული იყოს მოკლე ნათელი და კონკრეტული წერილობითი ბარათით.

მედიკამენტური მკურნალობა:

ანტიმიკრობული თერაპიის სარგებლიანობა:

- აღრეული ანტიმიკრობული მკურნალობა ამცირებს უშვილობის რისკს;
- კვლევებით დადასტურებულია, რომ სტაციონარში ნამკურნალები მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების მძიმე ფორმა წარმოადგენს უშვილობის აბსოლუტურ რისკს;
- დადგენილია, რომ ქალებს ერთხელ გამოვლენილი და დროულად ნამკურნალები მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებით აქვთ ისეთივე უშვილობის რისკი, როგორც ჯანმრთელ ქალებს;

- მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების განმეორებითი ეპიზოდი ზრდის უშვილობის, ექტოპიური ორსულობისა და ქრონიკული ჰიპოგასტრიული ტკივილის რისკს;
- მონაცემები არასაკმარისია უშვილობის, ექტოპიური ორსულობისა და ქრონიკული ჰიპოგასტრიული ტკივილის პრევენციის შესახებ;
- არ არის მტკიცებულება პარენტერალური მკურნალობის უპირატესობაზე ორალურ მკურნალობასთან შედარებით;
- არ არის მტკიცებულება სტაციონარული მკურნალობის უპირატესობაზე ამბულატორიულთან შედარებით მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის მცირე მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების დროს.

მკურნალობის საკითხი:

- პაციენტთა 90% მკურნალობის დაწყებიდან მოკლე დროში უქრება მუცლის ტკივილის შეგრძნება;
- პაციენტთა 20% ერთხელ გადატანილი მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების შემთხვევაში აღენიშნება უშვილობა;
- 2-ჯერ გადატანის შემთხვევაში 35%-ში აღენიშნება უშვილობა, ხოლო 3 ეპიზოდისას 62% ში.
- პაციენტი აუცილებლად ინფორმირებული უნდა იყოს მომავალი უშვილობის ალბათობის შესახებ, მან უნდა იცოდეს, რომ დროული და ეფექტური მკურნალობა ამცირებს ამ რისკს; პაციენტებს ასევე სურთ იცოდნენ, ვინ დაასწავლან ისინი და რით არის განპირობებული ინფექციის განვითარება.

ამბულატორიული მართვა

პირველი რიგის მკურნალობის სქემა A:

- ლევოფლოქსაცინი – 500 მგ ერთხელ დღეში, 14 განმავლობაში,
ან
- ოფლოქსაცინი – 400 მგ 2-ჯერ დღეში პერორალურად
და შესაძლოა დავამატოთ
- მეტრონიდაზოლი – 500 მგ 2-ჯერ დღეში პერორალურად, 14 დღის განმავლობაში.

მეორე რიგის მკურნალობის სქემა B:

- ცეფტრიაქსონი – 250 მგ ინტრამუსკულარულად ერთჯერადად ან (ი/მ ცეფოქსიტინი 2გ ერთჯერადად კომბინაციაში პრობენეციდთან – 1გ)
და
- დოქსიციკლინი – 100 მგ, 2-ჯერ დღეში 14 დღის განმავლობაში
და შესაძლოა დავამატოთ
- მეტრონიდაზოლი – 500 მგ 2-ჯერ დღეში. 14 დღის განმავლობაში.

- * **მეტრონიდაზოლი** მოქმედებს ანაერობულ ბაქტერიულ ფლორაზე, რომელიც მნიშვნელოვან კავშირშია დაავადების მძიმე მიმდინარეობასთან. ეტრონიდაზოლის მიცემა შესაძლოა შეწყდეს ქალებში საშუალო და მსუბუქი სიმძიმის ანთების დროს, თუ მათ უჭირთ პრეპარატის ატანა;
- * **თფლოქსაცინი** არ ინიშნება გონოკოკური ეტიოლოგიის ანთების დროს:
 - თუ პაციენტის პარტნიორს აქვს გონორეა;
 - კლინიკურად მძიმედ მიმდინარე დაავადების დროს;
 - პაციენტებში მრავალი პარტნიორით;

აღნიშნული განპირობებულია ქინოლონებზე გაზრდილი რეზისტენტობით.

ქირურგიული მკურნალობა

ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმედ მიმდინარე დაავადება და დადასტურებულია მცირე მენჯის ღრუში დიდი ზომის აბსცესის არსებობა, აუცილებელია ქირურგიული ჩარევის საკითხის გადაწყვეტა. ლაპაროსკოპიული ჩარევა წარმოადგენს მეტად მისაღებ სამკურნალო მეთოდს მცირე მენჯში აბსცესის ლიკვიდაციისა და დრენირების თვალსაზრისით.

ორსულობა და ლაქტაცია

ორსულობის დროს მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება მეტად იშვიათია. ორსულობის დროს იზრდება ნაყოფისა და დედის ავადობის რისკი. ამ დროს უპირატესობა ენიჭება პარენტერალურ მკურნალობას და მიზანშეწონილია პაციენტის პოსპიტალიზაცია. მნიშვნელოვანია, რომ 48-72 საათის განმავლობაში დაფიქსირდეს დადებითი დინამიკა, განსაკუთრებით საშუალო და მძიმე დაავადების დროს.

ცხრილში მოყვანილია ქლამიდიური ცერვიციტისა და ურეთრის მკურნალობის სქემა.

ცერვიციტი	აზითრომიცინი ან დოქსიციკლინი ამოქსიცილინი	1 გრ. ერთჯერადად 100 მგ 2-ჯერ 7 დღე 500 მგ 3-ჯერ 7 დღე
ურეთრის	აზითრომიცინი ან დოქსიციკლინი	1 გრ. ერთჯერადად 100 მგ 2-ჯერ 7 დღე

ძირითადი პრეპარატების გვერდითი მოვლენები და მკურნალობის შეზღუდვები

მაკროლიდები

ბაქტერიოსტატიკური მოქმედების ანტიბაქტერიული საშუალება.

დოზირება მოზრდილები:

აზითრომიცინი:

- ორალური: 1გრ/დღეში;
- მკურნალობის კურსი: ერთჯერადად.

ერთრომიცინი:

- ორალური: 500 მგ 4-ჯერ დღეში
- მკურნალობის კურსი: 7-დღიანი კურსი მოზრდილებსა და მოზარდებში; 7-14-დღიანი ორსულებში; ვენერიული ლიმფოგრანულომის დროს 21-დღიანი.

დოზირება ბავშვები

აზითრომიცინი:

- ორალური: 1გრ/დღეში;
- მკურნალობის კურსი: ერთჯერადად;
- ეფექტურობა და უვნებლობა ბავშვთა ასაკში (<ნთვეზე) არ არის დადასტურებული.

ერთრომიცინი:

- ორალური: 50 მგ/კგ/დღ. დოზა იყოფა 6 მიღებაზე
- მკურნალობის კურსი: 10-14 დღე;

შეზღუდვები: ღვიძლის, თირკმლის დაზიანება:

- სიფრთხილით ინიშნება ღვიძლის დაზიანებისას.

- სიფრთხილით ინიშნება თირკმლის დაზიანებისას. შეიძლება აუცილებელი იყოს დოზის შემცირება;

მიღების წესი

პრეპარატი ინიშნება პერორალურად ერთხელ დღეში, ჭამამდე 1 სთ-ით ადრე ან ჭამიდან 2 სთ-ის შემდეგ. ორალურ აზითრომიცინსა და ანტაციდს შორის მიღებათა შორის ხანგრძლივობა უნდა იყოს 2 საათი. ორალური სუსპენზიის გამოყენებისას ფლაკონი კარგად უნდა შეინჯღრეს.

უკუხვენება

- მომატებული მგრძობელობა მაკროლიდების მიმართ;
- სხვა მედიკამენტებთან ერთად გამოყენება, რომლებიც იწვევენ QT ინტერვალის გახანგრძლივებას.

განსაკუთრებული მითითებები

- იშვიათად შეიძლება გამოიწვიოს პარკუჭოვანი არითმიები, პარკუჭოვანი ტაქიკარდია და თითისტარისებრი ტაქიკარდია (torsades de pointes) პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ QT ინტერვალის გახანგრძლივება. ფრთხილად გამოიყენეთ პაციენტებთან, რომლებსაც აქვთ ანამნეზში არითმიები ან QT ინტერვალის გახანგრძლივება და იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ისეთ მედიკამენტებს, რომლებიც იწვევენ QT ინტერვალის გახანგრძლივებას.
- დააკვირდით ღვიძლის ფუნქციურ მაჩვენებლებს, გაითვალისწინეთ ჰეპატოციტულური და/ან ქოლესტაზური ჰეპატიტების არსებობის შესაძლებლობა სიყვითლით ან მის გარეშე (ერითრომიცინი);
- შეიძლება შეინიღბოს გონორეის ან სიფილისის სიმპტომები;
- საჭიროა სიფრთხილე მიასთენიის დროს (ერითრომიცინი);
- საფრთხილოა დიარეის განვითარების შემთხვევაში, რადგანაც არსებობს ფსევდომემბრანოზული კოლიტის განვითარების საშიშროება.

მონიტორინგი

დაკვირვება ღვიძლის ფუნქციურ სინჯებზე

გვერდითი მოვლენები:

პრეპარატის გამოყენებისას შესაძლებელია განვითარდეს:

- ხშირად: კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრიდან: გულისრევის შეგრძნება, ღებინება, დიარეა, მუცლის ტკივილი; ასევე თავის ტკივილი, ხველა, ქოშინი, გამონაყარი კანზე, კანდიდოზი;
- იშვიათად: ქოლესტაზური ჰეპატიტის, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, გულყრა, ფსიქიკური აშლილობა, ფსევდომემბრანოზული კოლიტი, სმენის დაქვეითება, პანკრეატიტი, QT ინტერვალის გახანგრძლივება, თითისტარისებრი ტაქიკარდია (torsades de pointes), მწვავე

რესპირაციული დისტრესი; პიპერექტიულობისას – ანაფილაქსიური შოკი.

ურთიერთმოქმედება სხვა მედიკამენტებთან

პრეპარატი სიფრთხილით ინიშნება თეოფილინთან, ტერფენადინთან, ვარფარინთან კარბამაზეპინთან, ფენიტონთან, ტრიაზოლამთან, დიგოქსინთან, ერგოტამინთან, ციკლოსპორინთან ერთად, ვინაიდან მაკროლიდური ანტიბიოტიკები აძლიერებენ ჩამოთვლილი საშუალებების ეფექტს. ანტიარითმიულ საშუალებებთან ერთად მიღებისას იზრდება პარკუჭოვანი არითმიების განვითარების რისკი. ანტაციდები ამცირებენ მაკროლიდების აბსორბციას.

ორსულობა და ლაქტაცია

- მაკროლიდები მოიაზრება როგორც უვნებელი პრეპარატი ორსულებში, გარდა კლარიტრომიცინისა, რომელიც ინიშნება მხოლოდ მოსალოდნელი სარგებლიანობისა და რისკის შეფასების შემდეგ. აზითრომიცინი და ერითრომიცინი არჩევის მედიკამენტებია.
- ლაქტაციისას საჭიროა დაკვირვება ახალშობილის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე.

მტკიცებულებები

აზითრომიცინი

- აზითრომიცინი (1გ ერთჯერადი დოზა) რეკომენდებულია გენიტალური ქლამიდიური ინფექციების სამკურნალოდ მოზარდებსა და მოზრდილებში (ორსულების ჩათვლით) დონე C.
- კლინიკურმა ექსპერიმენტებმა გვაჩვენა, რომ აზითრომიცინი უვნებელი და ეფექტურია ორსულებში დონე C.
- აზითრომიცინის ერთჯერადი მიღება და დოქსიციკლინის 100 მგ 7-დღიან მკურნალობის სქემა ერთნაირი ეფექტურობით ხასიათდება მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული განკურნების სიხშირისა და გვერდითი მოვლენების მხრივ. დონე A.
- ორი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევის ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ ორსულებში ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობისას აზითრომიცინის ერთჯერადი დოზის გამოყენება ისეთივე ეფექტურია, როგორც 7 დღიანი ამოქსიცილინის კურსი. [5,6] დონე B.

ერითრომიცინი

- ერითრომიცინი არ არის ისეთი ეფექტური, როგორც აზითრომიცინი ან დოქსიციკლინი, მაგრამ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც ალტერნატიული ანტიბიოტიკი მოზარდებსა და მოზრდილებში. ერითრომიცინი რეკომენდებულია როგორც ალტერნატიული ანტიბიოტიკი ქლამიდიური ინფექციის სამკურნალოდ ორსულებში. (დონე C).

- მცირე რანდომიზებულ კონტროლირებულ კვლევაში, რომელშიც ჩართული იყვნენ მამაკაცები და არაორსული ქალები ერთრომიცინით განკურნების დონემ მიაღწია 77-100%-ს. (დონე A)
- სისტემურმა მიმოხილვამ გამოავლინა რომ აზითრომიცინს და ამოქსიცილინს აქვთ თანაბარი ეფექტურობა ორსულებში ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობისას. ორივე ანტიბიოტიკს განკურნების მაღალი მაჩვენებელი აქვს, მაგრამ ამოქსიცილინი უკეთესი ამტანობით გამოირჩევა (დონე A).

დოქსიციკლინი

წარმოადგენს ტეტრაციკლინის ჯგუფის ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკს. დოქსიციკლინის ბაქტერიციდული მოქმედება განპირობებულია მიკრობის უჯრედში ცილის სინთეზის ინჰიბირებით რიბოსომების დონეზე.

დოზირება:

- ორალური: 100 მგ 2-ჯერ/დღეში;
- მკურნალობის კურსი: 7 დღე; ვენერიული ლიმფოგრანულომის დროს – 21 დღე.

ღვიძლის/თირკმლის დაზიანება

- სიფრთხილით ინიშნება ღვიძლის დაზიანებისას, რადგან არსებობს ჰეპატოტოქსიკურობის რისკი; საჭიროა მაღალი დოზების გამოყენებისაგან თავის შეკავება;
- სიფრთხილით ინიშნება თირკმლის დაზიანებისას. შეიძლება აუცილებელი იყოს დოზის შემცირება.

მიღების წესი

პრეპარატი ინიშნება პერორალურად ჭამამდე 30-60 წუთით ადრე ან დაცლილ კუჭზე 1 ჭიქა წყლის მიყოლებით. მიღებიდან 1 სთ-ის განმავლობაში საჭიროა ვერტიკალური პოზიციის შენარჩუნება. ორალურ ტეტრაციკლინსა და ანტაციდს, სუკრალფატს, კალციუმს, რკინასა და ცინკს შორის მიღებათა შორის ხანგრძლივობა უნდა იყოს 2 საათი.

უკუჩვენება

მომატებული მგრძობელობა დოქსიციკლინის და სხვა ჯგუფის ტეტრაციკლინების მიმართ.

განსაკუთრებული მითითებები:

- კეთილთვისებიანი ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია მოზრდილებში.
- სიფრთხილე გამოიჩინეთ გასტროინტერსტინალური დაავადების მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით ფსევდომემბრანოზული კოლიტის მქონე პაციენტებში.

მონიტორინგი

ღვიძლის ფუნქციები და სისხლის საერთო ანალიზი (მკურნალობის გახანგრძლივებისას).

გვერდითი მოვლენები:

- ხშირად: გულისრევის შეგრძნება, დებინება, ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გამონაყარი, კანდიდოზი, კბილების გაუფერულება, ემალის დისპლაზია;
- იშვიათი: ჰეპატიტები, საყლაპავის წყლული, კეთილთვისებიანი ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია, ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროზი, ფსევდომემბრანოზული კოლიტი, სისხლის შარდოვანას აზოტის (BUN) მომატება, მომატებული მგრძობელობისას ანაფილაქსიური შოკი.

ურთიერთმოქმედება სხვა მედიკამენტებთან

დოქსიციკლინის და ვარფარინის კომბინაციისას აღინიშნება პროთრომბინის დროის გახანგრძლივება. ბაქტერიოსტატიკური პრეპარატები ამცირებენ პენიცილინის ბაქტერიოციდულ ეფექტს, ამიტომ დოქსიციკლინისა და პენიცილინის ერთდროულად გამოყენება არ არის ნებადართული. ალუმინის, კალციუმისა და მაგნიუმის შემცველი ანტაციდები და აღნიშნული კათიონების შემცველი სხვა პრეპარატები, რკინის შემცველი მედიკამენტები და ბისმუტის მარილები ამცირებენ ტეტრაციკლინის შეწოვის პროცესს. ალკოჰოლი, ბარბიტურატები, კარბამაზეპინი და ფენიტონი ამცირებენ დოქსიციკლინის ნახევრადგამოყოფის პერიოდს.

მტკიცებულებები:

- დოქსიციკლინის რეკომენდებული დოზა მოზრდილებსა და არაორსულ ქალებში: 100 მგ 2-ჯერ 7 დღის განმავლობაში (დონე C).
- მცირე რანდომიზებულმა კონტროლირებულმა კვლევამ, რომელშიც ჩართული იყვნენ კაცები და არაორსული ქალები დაადასტურა, რომ გენიტალური ქლამიდიოზის ტეტრაციკლინებით (დოქსიციკლინი, ტეტრაციკლინი) მკურნალობა ეფექტურია. მიკრობიოლოგიურად დადასტურებული განკურნების დონემ 97%-ს მიაღწია (დონე A).
- სხვა სისტემური მიმოხილვის თანახმად, არ გამოვლენილა განსხვავება განკურნების მაჩვენებლების მიხედვით არაორსული ქალებისა და მამაკაცების აზითრომიცინითა და დოქსიციკლინით მკურნალობას შორის (დონე A).

ძინოლონები

ანტიბიოტიკი, ბაქტერიციდული საშუალება.

დოზირება მოზრდილებში:

ლევოფლოქსაცინი

- ორალური: 500მგ ერთხელ დღეში;
- მკურნალობის კურსი: 7 დღე.

ოფლოქსაცინი:

- ორალური: 300 მგ 2-ჯერ დღეში;
- მკურნალობის კურსი: 7 დღე.

ღვიძლის, თირკმლის დაზიანება

- სიფრთხილით ინიშნება ღვიძლის დაზიანებისას (ოფლოქსაცინი);
- სიფრთხილით ინიშნება თირკმლის დაზიანებისას. შეიძლება აუცილებელი იყოს დოზის შემცირება.

უკუჩვენება

- მომატებული მგრძობელობა ფტორქინოლონების მიმართ.

სიფრთხილე

- სერიოზული ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებები, რომელშიც შედის კონვულსიები, ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია, ტოქსიური ფსიქოზი და სუიციდური მცდელობა. შეიძლება გამოვლინდეს პირველივე დოზის მიღებისთანავე.

მტკიცებულებები:

- ოფლოქსაცინი, აზითრომიცინისა და დოქსიციკლინის ალტერნატიული ეფექტური ანტიბიოტიკია ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობისას მამაკაცებში, არაორსულ ქალებსა და მოზარდებში [1] დონე C;
- რანდომიზებული კვლევისას შედარებული იქნა ოფლოქსაცინითა და დოქსიციკლინით მკურნალობა. მკურნალობის დასრულებიდან 4 კვირის შემდეგ ოფლოქსაცინით პაციენტთა 93 % და დოქსიციკლინით პაციენტთა 100% იყო განკურნებული [8] დონე B.

ამოქსიცილინი

ნახევრადსინთეზური პენიცილინების ჯგუფის ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკი, რომელიც მრავალი მიკრობის მიმართ ბაქტერიოციდული ეფექტით ხასიათდება.

დოზირება:

- 500 მგ 3-ჯერ დღეში;
- მკურნალობის კურსი: 7 დღე.

ღვიძლ/თირკმლის დაზიანება:

- სიფრთხილით ინიშნება თირკმლის დაზიანებისას. შეიძლება აუცილებელი იყოს დოზის შემცირება.

უკუჩვენება:

- მომატებული მგრძობელობა ამოქსიცილინის მიმართ

მონიტორინგი:

- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (მკურნალობის გახანგრძლივებისას);
- სისხლის საერთო ანალიზი (მკურნალობის გახანგრძლივებისას).

გვერდითი მოვლენები:

შესაძლოა აღინიშნოს დარღვევები კუჭ-ნაწლავის მხრივ: გულისრევა, ღებინება. იშვიათად ვითარდება ფსევდომემბრანული და ჰემორაგიული კოლიტი. ხანდახან ადგილი აქვს კანზე გამონაყარს, სიწითლეს. ზოგჯერ ვითარდება ინტერსტიციული ნეფრიტი, აგრანულოციტოზი, თრომბოციტოპენია, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, ანაფილაქსიური შოკი, ანგიონევროზული შეშუპება.

ურთიერთქმედება სხვა მედიკამენტებთან:

პრობენციდი, ფენილბუტაზონი, ოქსიფენბუტაზონი, ნაკლებად აცეტილის მჟავა და სულფინპირაზონი თრგუნავენ პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატების ტუბულარულ სეკრეციას, რაც იწვევს მათი ნახევრადგამოყოფის პერიოდის გახანგრძლივებას და პლაზმაში კონცენტრაციის მომატებას.

ორსულობა და ლაქტაცია:

- უვნებელია ორსულებში;
- შეთავსებადია ლაქტაციასთან; საჭიროა ახალშობილის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე დაკვირვება.

მტკიცებულებები

- ამოქსიცილინი არის რეკომენდებული ანტიბიოტიკი ქლამიდიური ინფექციის მქონე ორსულ ქალებში [1] (დონე C).
- სისტემატურმა მიმოხილვებმა აჩვენა ერთრომიცილის მეტი ეფექტურობა ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობისას ორსულებში, ვიდრე ერთრომიცინმა. ორივე ანტიბიოტიკს აქვს მაღალი განკურნების მაჩვენებელი, მაგრამ ამოქსიცილინი უფრო კარგად ასატანია, ვიდრე ერთრომიცილინი. [4] (დონე A).
- ორმაგი ბრმა, რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევის შედეგად, არ გამოავლინდა მნიშვნელოვანი განსხვავება ორსულებში აზითრომიცილის ერთჯერადი დოზით მკურნალობასა და ამოქსიცილინის 7-დღიან მკურნალობას შორის [5,6] (დონე B).

რეზერალის ჩვენებები:

ქლამიდიური ინფექციის დროს გინეკოლოგთან რეფერალის ჩვენებებია:

- პაციენტი თანმხლები პათოლოგიით (მაგ., აივ ინფექცია);
- რეკურენტული და პერსისტული ცერვიციტი;
- ორსული პაციენტი;
- უშვილობა;
- ეჭვი ექტოპიურ ორსულობაზე.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების დროს გინეკოლოგთან რეფერალის ჩვენებებია:

- როდესაც საჭიროა გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევა;
- ქალები კლინიკურად მძიმედ მიმდინარე დაავადებით;
- ქალები ფალოპის მილისა და საკვერცხის აბსცესით;
- ორსული ქალები;
- როდესაც ორალური თერაპია არაეფექტურია;
- ორალური თერაპიის აუტანლობის შემთხვევაში.

სპრინინგი

რუბინული ქლამიდიური ინფექციის სპრინინგი

გენიტალური ინფექციის მქონე პაციენტებში სკრინინგის პოტენციური სარგებლობა:

- მენჯის ანთებითი დაავადების და მასთან დაკავშირებული უშვილობის, ექტოპიური ორსულობის რისკის შემცირება;
- ახალი ქლამიდიური ინფექციების შემცირება;
- ქლამიდიური კონიუქტივიტისა და პნევმონიის შემცირება ახალშობილებში, რომელთა დედები დაინფიცირებულნი არიან **ქტ**-ით.
- ნაადრევი მშობიარობის, პლაცენტის აშრეების და დაბალი წონის ახალშობილების შემცირება.

სკრინინგისათვის გამოიყენება ლაბორატორიული კვლევის იგივე მეთოდები, რაც ქლამიდიური ინფექციის სადიაგნოზოდ (იხ. ქვეთავი „ლაბორატორიული გამოკვლევები“); ტესტის შერჩევა დამოკიდებულია სარგებლიანობაზე, ღირებულებაზე და პაციენტის თავისებურებაზე.

მტკიცებულებები

ქლამიდიური ინფექციის სკრინინგის რეკომენდაციები:

- სკრინინგი რეკომენდებულია ყველა სქესობრივად აქტიური 24 წლისა და ნაკლები ასაკის არაორსული ქალებისათვის, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან (რეკომენდაცია A);
- სკრინინგი რეკომენდებულია ყველა 24 წლისა და ნაკლები ასაკის ორსული ქალებისთვის, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან (რეკომენდაცია B);
- სკრინინგი რუტინულად არ ჩატარდეს 25 წლის ორსულ და არაორსულ ქალებს, თუ ისინი არ არიან მაღალი რისკის ჯგუფში (რეკომენდაცია C).

სკრინინგის ტესტები:

- ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის მეთოდი წარმოადგენს მაღალი სფეციფიკურობის და სენსიტიურობის მქონე სასკრინინგო ტესტს.

სკრინინგის პერიოდები:

- მაღალი რისკის მქონე ორსულებში სკრინინგის ტესტის ჩატარება რეკომენდებულია ორსულობის I ტრიმესტრში. ორსულები, რომლებიც არიან მაღალი რისკის ქვეშ და ისინი, რომლებმაც შეიძინეს ახალი რისკ-ფაქტორები (როგორცაა ახალი სქესობრივი პარტნიორი), სკრინინგი უნდა ჩატარდეთ III ტრიმესტრშიც.
- არაორსულ ქალებში სკრინინგის ჩატარებას შორის ოპტიმალური ვადები უცნობია. აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC) რეკომენდაციით მაღალი რისკის ქალებში სკრინინგი მოწოდებულია ყოველწლიურად.

8. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

განკურნების შესამოწმებელი ტესტირება (განმეორებითი ტესტირება მკურნალობის დასრულებიდან 3-4 კვირაში) რეკომენდებული არ არის, გარდა ორსული ქალებისა. გამონაკლისს წარმოადგენს შემთხვევები, როდესაც თერაპიული ეფექტის მდგრადობა უცნობია, სიმტომები კვლავ გრძელდება, ან საეჭვოა რეინფიცირება. ქლამიდიური ინფექციის მაღალი გავრცელება ხშირია იმ ქალებში, რომლებიც უახლოეს წარსულში (გასულ რამდენიმე თვეში) ძმ-ით ინფექციის გამო იყვნენ ნამკურნალები.

მკურნალობის შემდგომი ინფექციების უმრავლესობა განპირობებულია რეინფექციით, რომელიც ხშირად არანამკურნალები პარტნიორის მიზეზით ვითარდება, ან იმის გამო, რომ პაციენტს ჰქონდა სქესობრივი კავშირი ახალ პარტნიორთან, რომელიც ინფიცირებულია ძმ-ით. განმეორებითი ინფექცია მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებისა და სხვა გართულებების მომატებული რისკით ხასითდება. ამიტომ უახლოეს წარსულში ინფიცირებული ქალები წარმოადგენენ პრიორიტეტულ ჯგუფს ძმ-ზე განმეორებითი ტესტირებისათვის.

რეკომენდებულია, ქლამიდიურ ინფექციაზე ნამკურნალებ ქალებს ჩატარდეს განმეორებითი ტესტირება, როდესაც ისინი მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას მკურნალობის შემდგომი 3-12 თვის მანძილზე; გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ქალი დარწმუნებულია, რომ მისი პარტნიორს ჩატარებული აქვს შესაბამისი მკურნალობა.

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

ძმ-ით გამოწვეული გინეკოლოგიური ინფექციების მართვისას მნიშვნელოვან ეთიკურ და სამართლებრივ პრობლემას წარმოადგენს პარტნიორის (მეუღლის) ინფორმირება აღნიშნული ინფექციის შესახებ. საქმე ის არის, რომ ქალის სექსუალური პარტნიორის ერთდროული მკურნალობა წარმოადგენს მართვის განუყოფელ ნაწილს და პაციენტს უნდა აეხსნას, რომ მათი სქესობრივი პარტნიორის ტესტირება და მკურნალობა აუცილებელია.

გარკვეულწილად, პრობლემურია ანამენზის შეგროვებაც უშუალოდ პაციენტისაგან, რადგან დაავადების მართვისათვის მნიშვნელოვანია ინფორმაციის ფლობა პაციენტის სქესობრივი პარტნიორის შესახებ (ახალი

სქესობრივი პარტნიორი, პარტნიორების რაოდენობა). გარკვეულ შემთხვევებში საჭირო ხდება კითხვის დასმა ძალადობრივი სქესობრივი აქტის თაობაზეც.

10. პრაქტიკაში აღკვეთის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

რეკომენდაციები გაიდლაინის იმპლემენტაციის შესახებ

სამიზნე კონტიგენტი

გაიდლაინის მომხმარებლები არიან ოჯახის ექიმები, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე თერაპევტები და პედიატრები, აგრეთვე, გინეკოლოგები, ძმ ინფიცირებული პაციენტები.

გაიდლაინის იმპლემენტაციის რეკომენდებული მეთოდები

გაიდლაინების გავრცელება/ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

- გაიდლაინის და თანმხლები მასალების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ინტერნეტის გზით, ასოციაციის ვებ-გვერდი, სამინისტრო და ა.შ.
- გაიდლაინების ნაბეჭდი და კომპიუტერული ვერსიების (კომპაქტ-დისკზე) გამრავლება და სამიზნე კონტიგენტში მათი გავრცელება.

განათლება და ტრენინგი

- გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციების ამსახველი საგანმანათლებლო მასალების გავრცელება, რის შემდეგაც ჩატარდება გაიდლაინზე დაფუძნებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა;
- გაიდლაინის ინტეგრირება ოჯახის ექიმთა დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების (რეზიდენტურის) პროგრამებში, მათ შორის მოკლევადიანი (გადამზადების) პროგრამაში;
- თანმხლები საინფორმაციო სისტემების და შემასხენებლების შემუშავება და გავრცელება, როგორც ცალკეული ექიმების, ისე განყოფილების დონეზე საქმიანობის მართვისათვის.

სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა:

- გაიდლაინებზე დაფუძნებული კითხვარების ჩართვა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდების ტესტებში სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“

პროფესიული კონსენსუსის მიღწევა

- ერთობლივი კონფერენციების და მზადების პროგრამების ორგანიზება ოჯახის ექიმებისა და სხვა სპეციალობის ექიმების (მეან-გინეკოლოგები, დერმატოვენეროლოგები), აგრეთვე დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიებში მომუშავე პერსონალის თანამონაწილეობით, რომლებიც ჩართულნი არიან ძმ-ით ინფექციის მართვაში;
- ექიმების ჩართვა გაიდლაინზე დაფუძნებული აუდიტის ჩატარებაში; ინფორმაციის მოძიება და გამოქვეყნება ცალკეულ შემთხვევებში

ექიმების მიერ გაიდლაინის პრაქტიკაში გამოყენების დადებით შედეგების შესახებ.

საზოგადოების ინფორმირება

- პაციენტებისათვის საინფორმაციო ბროშურების მომზადება **ქტ**-ით ინფექციისა და მისი დროული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ;
- პლაკატების მომზადება **ქტ**-ით ინფექციისა და მისი დროული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ და მათი განთავსება იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც მიმართავენ რეპროდუქციული ასაკის ქალები და ორსულები;
- მასმედიის გამოყენება საზოგადოებისათვის საგანმანათლებლო გზავნილების მისაწოდებლად **ქტ**-ით ინფექციისა და მისი დროული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ.

კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის კრიტერიუმები

გაიდლაინის დანერგვამდე მიზანშეწონილია აუდიტის ჩატარება ქლამიდიური ინფექციის მართვის შესახებ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში. აღნიშნულის მიზანია გაიდლაინის დანერგვამდე არსებული პრაქტიკის შეფასება.

აუცილებელია სამიზნე დაწესებულების ექიმების ჩართვა გაიდლაინზე დაფუძნებული აუდიტის ჩატარებაში.

აუდიტის ჩატარების შემდეგ გამოვლენილი პრობლემების გათვალისწინებით ჩატარდება საგანმანათლებლო კურსი (უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა) პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ექიმებისათვის. აუდიტის ჩატარებიდან 6 თვის შემდეგ აუცილებელია განმეორებითი აუდიტის ჩატარება გაიდლაინის იმპლემენტაციის საკითხის შესაფასებლად.

აუდიტის კრიტერიუმები:

1. რამდენ შემთხვევაში მოხდა სრულყოფილი ანამნეზის შეგროვება და პაციენტის სრულყოფილი გასინჯვა?
2. რამდენ შემთხვევაში იყო დაწესებული ფარმაკოლოგიური მკურნალობა პირველი რიგის მედიკამენტით?
3. რამდენ შემთხვევაშია ჩანაწერი პაციენტის ისტორიაში მისი პარტნიორის ტესტირებისა და მართვის შესახებ?
4. შესაბამისი ჯგუფების პაციენტთა რამდენ პროცენტში ჩატარდა რუტინული სკრინინგი ქლამიდიურ ინფექციაზე?

11. ბაიფლანის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინის და წყაროს (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარის- ხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსულტაციას
Vა	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vბ	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

12. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

13. გამოყენებული ლიტერატურა

ბაიფლანები:

- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006; CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), August 4, 2006 / Vol. 55 / No. RR-11;
- 2006 UK national guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis; Horner PJ, Boag F. London (UK): British Association of Sexual Health and HIV (BASHH); 2006. 24 p. [76 references];
- Sexually Transmitted Infections and Pelvic Inflammatory Disease in Women; Med Clin N Am, 92 (2008) 1083–1113

ბაიფლანის ტექსტში მითითებული ლიტერატურა

¹ Reference to be added

² Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention; 2005.

- ³ Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance, 2006. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2007.
- ⁴ Horner PJ, Boag F. 2006 UK national guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis. London (UK): British Association of Sexual Health and HIV (BASHH); 2006. 24 p. [76 references]
- ⁵ ACP Medicine. Infectious disease: XII disease due to Chlamydia
- ⁶ Horner PJ, Boag F. 2006 UK national guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis. London (UK): British Association of Sexual Health and HIV (BASHH)
- ⁷ Bruce G. Trigg, MD^{a,b,*}, Peter R. Kerndt, MD, MPH^{c,d}, Getahun Aynalem, MD, MPH. Sexually Transmitted Infections and Pelvic Inflammatory Disease in Women. .p 1084. [2-4]
- ⁸ Horner PJ, Boag F. 2006 UK national guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis. London (UK): British Association of Sexual Health and HIV (BASHH)
- ⁹ Reference to be added
- ¹⁰ British Association for Sexual Health and HIV national guideline for the management of pelvic infection
- ¹¹ CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Screening tests to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections. MMWR 2002;51(RR-15):1-38.
- ¹² high negative predictive value) (p - 37. CDC. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004. 116. Marrazzo JM, Handsfield HH, Whittington WLH. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: implications for management of cervicitis. Obstet Gynecol 2002;100:579-84.
- ¹³ CDC p-37. 116. Marrazzo JM, Handsfield HH, Whittington WLH. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: implications for management of cervicitis. Obstet Gynecol 2002;100:579-84.). 120. Steinhandler L, Peipert JF, Heber W, Montagno A, Cruickshank C. Combination of bacterial vaginosis and leukorrhea as a predictor of cervical chlamydial or gonococcal infection. Obstet Gynecol 2002;99:603-7. 121. Geisler WM, Yu S, Venglarik M, Schwebke JR. Vaginal leucocyte counts in women with bacterial vaginosis: relation to vaginal and cervical infections. Sex Transm Infect 2004;80:401-5.
- ¹⁴ 2006 UK national guideline for the management of genital tract infection with Chlamydia trachomatis
- ¹⁵ CDC ;P-39; 128-Lau C-Y, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis 2002;29:497-502.

14. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

⇒ თამთა ჯოჯუა (ოჯახის ექიმი), ქეთევან რუსია (ოჯახის ექიმი), ნინო კიკნაძე (ოჯახის ექიმი), თინათინ ბუკია (ლაბორატორიული მედიცინა), ნუკრი კინტრია (მენ-გინეკოლოგი), გივი ჯავაშვილი (რედაქტორი), გურამ კიკნაძე (რედაქტორი).

ექსპერტები:

- ⇒ საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა და პერინატოლოგთა ასოციაცია;
- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალები კავშირი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ ალექსანდრა ხიტალიშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.