

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 ოქტომბრის № 331/თ ბრძანებით

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

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

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

(პროტოკოლი)

1. ბანმართება

Chlamydia trachomatis (მტ) ადამიანის დაავადების გამომწვევი მიკროორგანიზმია და გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანზე სქესობრივი კონტაქტით, პერინატალური გზითა და მჭიდრო საყოფაცხოვრებო პირობებით. გინეკოლოგიური დაავადებებიდან მას შეუძლია გამოიწვიოს: ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიციტი, ურეთრიტი, მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადებები (ენდომეტრიტი, სალპინგიტი, ტუბო-ოვარიული აბსცესი და მენჯის პერიტონიტი), პერიჰეპატიტი, პერიტონიტი, უშვილობა და ექტოპიური ორსულობა.

ქლამიდიურ ინფექციას ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები:

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

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

დიაგნოზი ეფუძნება:

- ანამნეზურ მონაცემებს;
- ფიზიკურ გასინჯვას;
- ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

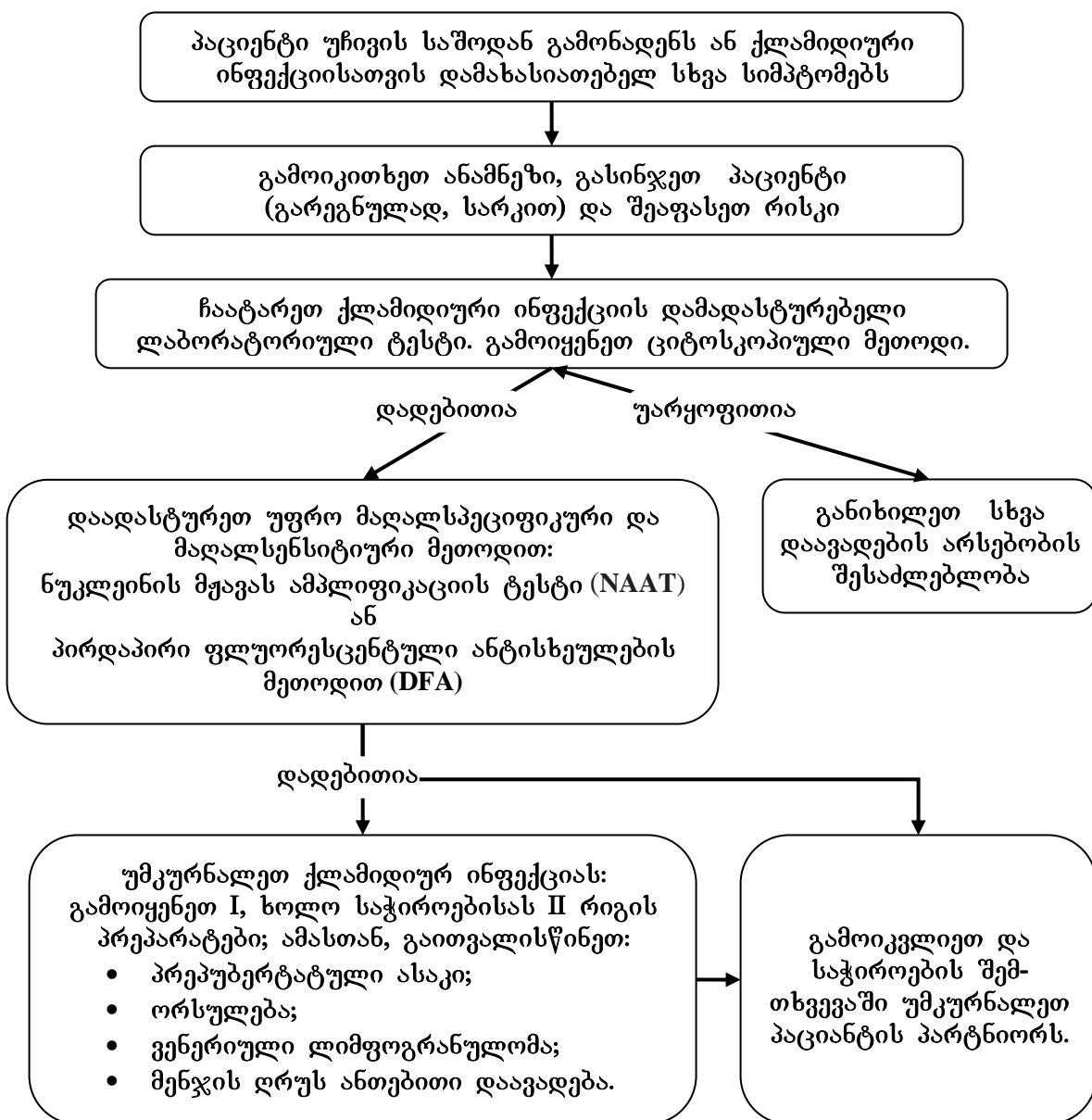
თუ პაციენტს აღენიშნება კლინიკური სიმპტომები, საჭიროა შეფასდეს:

- ქლამიდიური დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორები;
- განისაზღვროს მსგავსი კლინიკური სიმპტომების გამომწვევი შესაძლო სხვა მიზეზები;
- შეფასდეს გართულებების არსებობა და, საჭიროების შემთხვევაში, დაიგეგმოს რეფერალი;
- საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფილ იქნეს პარტნიორის შეფასება;
- ჩატარდეს ლაბორატორიული გამოკვლევები.

ქლამიდიოზის სადიაგნოზო ლაბორატორიული გამოკვლევები:

- ქლამიდიოზის სადიაგნოზოდ ყველაზე მისაღები და ზუსტი მეთოდებია:
 - ნუკლეინის მუაგას ამპლიფიკაციის ტესტი (NAAT);
 - ქლამიდიის ანტიგენის განსაზღვრა პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულები მეთოდით.
- ყველაზე ხელმისაწვდომი, თუმცა ნაკლებად ზუსტი მეთოდია ციტოსკოპიური მეთოდი.

3. ქლამიდიური ინფექციის სადიაგნოზო ალგორითმი



4. ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობა

მოზარდებსა და მოზრდილებში ძტ-ით გამოწვეული ინფექციების მკურნალობისთვის პირველი რიგის არჩევის პრეპარატებია აზითრომიცინის ერთჯერადი ორალური დოზა ან ორალური დოქსიციკლინის 7-დღიანი კურსი.

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

მოზარდებსა და მოზრდილებში ძტ-ით გამოწვეული ინფექციების მკურნალობისთვის მეორე რიგის არჩევის პრეპარატებია ერიტრომიცინის, ოფლოქსაცინის ან ლევოფლოქსაცინის 7-დღიანი ორალური კურსი.

- ერიტრომიცინი – 500 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;
ან
- ერიტრომიცინის 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;

ორსულებისთვის პირველი რიგის მკურნალობა

- აზითრომიცინი – 1 გ პერორალურად ერთჯერადად;
ან
- ამოქსიცილინი – 500 მგ პერორალურად სამჯერ დღეში, 7 დღის განმავლობაში;

ორსულეებისთვის მეორე რიგის მკურნალობა

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

ან

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

ან

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

ან

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

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების პირველი რიგის მკურნალობა

• ლეფლოქსაცინი – 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.

მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადების მეორე რიგის მკურნალობა

• 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

5. მიმდინარე 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 რეინფექცია.

სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება, ტესტირება და მკურნალობა, თუკი მათ ჰქონდათ სქესობრივი კონტაქტი ქლამიდიოზით დაავადებულ პაციენტთან სიმპტომების დაწყებიდან 60 დღის განმავლობაში.

6. სკრინინგი

ქლამიდიური ინფექციის სკრინინგის რეკომენდაციები:

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

სკრინინგის ტესტები:

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

7. ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა პროტოკოლი

- “Chlamydia Trachomatis-ით გამოწვეული გინეკოლოგიური ინფექციების მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტიქნიკური რესურსი

ადამიანური: გაიდლაინის იმპლემენტაციისათვის არ არის საჭირო დამატებითი სპეციალისტების მომზადება. იმპლემენტაციაში ჩართული იქნება შემდეგი პერსონალი: ოჯახის ექიმი, უბნის თერაპევტი, პრაქტიკის ექთანი, მეან-გინეკოლოგები, დერმატოვენეროლოგები, რეფერალური ლაბორატორიის სპეციალისტები.

მატერიალური: პჯდ დაწესებულებაში: გინეკოლოგიური მაგიდა, სარკე, სასაგნე მინა, ნაცხის ასადები აღჭურვილობა (ტამპონი, სპეციალური ჯაგრისი [cervix brush ან vuba-brush] ან ფოლკმანის კოვზი), სასტერილიზაციო მოწყობილობა. რეფერალური ლაბორატორია: შესაბამისი აღჭურვილობა.