

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 24 აგვისტოს № 282/ო ბრძანებით

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

#

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვა

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

გაიდლაინში გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები

AIDS	შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ALT	ალანინ-ამინოტრანსფერაზა
anti-HBc	ანტისხეულები B ჰეპატიტის კორ-ანტიგენის მიმართ
anti-HCV	C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ანტისხეულები
ASC-US	განუსაზღვრელი მნიშვნელობის ატიპიური სქვამოზური უჯრედები
BCA	ბიქლორძმარძჟავა
BV	ბაქტერიული ვაგინოზი
CBC	სისხლის საერთო ანალიზი
CI	ნდობის ინტერვალი
CIN	საშვილოსნოს ყელის ინტრაეპითელიარული ნეოპლაზია
CLIA	კლინიკური ლაბორატორიის გაუმჯობესების დამატება
CNS	ცენტრალური ნერვული სისტემა
CI	ნდობის ინტერვალი
CSF	თავზურგტვინის სითხე
DFA	პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტისხეულები
DGI	დისემინირებული გონოკოკური ინფექცია
dL	დეცილიტრი
DNA	დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავა
EC	გადაუდებელი კონტრაცეფცია
EIA	ენზიმური იმუნოანალიზი
ELISA	ფერმენტული იმუნოსორბენტული ანალიზი
EPT	პარტნიორთა თერაპია მეთვალყურეობით
FDA	საკვებისა და წამლის ადმინისტრაცია
FTA-ABS	ფლუორესცენტული ტრეპონემული ანტისხეულების აბსორბცია
gG	გლიკოპროტეინი G
GNID	გრამ-ნეგატიური ინტრაცელულარული დიპლოკოკი
HAART	მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპია
HAV	A ჰეპატიტის ვირუსი

HBIG	B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინი
HBsAg	B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი
HBV	B ჰეპატიტის ვირუსი
HCC	ჰეპატოცელულარული კარცინომა
HCV	C ჰეპატიტის ვირუსი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
HPV	ადამიანის პაპილომა-ვირუსი
HSV	მარტივი ჰერპესის ვირუსი
IFA	იმუნოფლოუორესცენტული ანალიზი
IgE	იმუნოგლობულინი E
Ig	იმუნოგლობულინი
IgG	იმუნოგლობულინი G
IgM	იმუნოგლობულინი M
IM	ინტრამუსკულარულად
IUD	საშვილოსნოსშიდა საშუალება
IV	ინტრავენური
KOH	კალიუმის ჰიდროქსიდი
LGV	ვენერიული ლიმფოგრანულომა
MAC	Mycobacterium avium კომპლექსი
MIC	მინიმალური ინჰიბიტორული კონცენტრაცია
MSM	მამაკაცი, რომელსაც აქვს სექსი მამაკაცთან
N-9	ნონოქსინოლ-9
NAAT	ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი
NGU	არაგონოკოკური ურეთრიტი

1. სქესობრივად გადამდები დაავადებების (სგდ) დეფინიცია

სქესობრივად გადამდები ეწოდება ნებისმიერ დაავადებას, რომელიც სქესობრივი კონტაქტისას სპერმის, ვაგინალური გამონადენის ან სისხლის საშუალებით გადაეცემა; გენიტალიების ლორწოვანი გარსი და კანი ხელსაყრელი გარემოა სგდ-ის გამომწვევი ბაქტერიების, ვირუსებისა და სოკოს პროლიფერაციისათვის.

სგდ-ს მიეკუთვნება: შიდს-ი, ქლამიდია, გენიტალური ჰერპესი, გენიტალური მეჭეჭები, გონორეა, სიფილისი, სოკოვანი ინფექცია და ჰეპატიტის ზოგიერთი ფორმა.

2. სქესობრივად გადამდები დაავადებების ეპიდემიოლოგია

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განხორციელებული რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის დარგში პირველი გლობალური კვლევის მონაცემებით, მსოფლიოში მკვეთრად მოიმატა და კიდევ იზრდება სქესობრივ და რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინვალიდობისა და მოკვდაობის მაჩვენებლები.

დაუცველი სექსი ავადობისა და მოკვდაობის მნიშვნელობით მეორე მიზეზია განვითარებად და მეცხრე - განვითარებულ ქვეყნებში (www.who.int).¹

საქართველოში 1997-1998 წლებში სახელმწიფო პროგრამის ამუშავების შედეგად სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების აქტიური გამოვლენის გამო შემთხვევების მნიშვნელოვანი მატების შემდგომ, 1999-2000 წლებში გამოიკვეთა კლების ტენდენცია, რაც კერების სანაცხადით იყო განპირობებული. 2000-2003 წ.წ. სიფილისითა და გონოკოკური ინფექციით ავადობის შეფარდება (1:0,7; 1:0,8; 1:0,9; 1:0,9) მკვეთრად განსხვავდებოდა საერთაშორისო მაჩვენებლებისაგან (1 : 2,5). ეს კი იმაზე მიუთითებს, რომ გონოკოკური ინფექციის გამოვლინება უმეტეს შემთხვევებში არ ხორციელდებოდა. 2004 წელს აღინიშნა ამ შეფარდების ცვლილება (1:1,4), 2005 წელს კი ის საერთაშორისო მონაცემებს მიუახლოვდა და 1:2,4 გახდა, რაც ძირითადად სიფილისის შემთხვევების კლების ხარჯზე მოხდა.

2005 წელს, ქვეყნის საშუალო მაჩვენებელთან (11,6) შედარებით, სიფილისით ავადობა მაღალი იყო თბილისში (28,0). რაც შეეხება გონორეას, ქვეყნის საშუალოზე (27,5) მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა თბილისში (51,3), სამეგრელოსა (37,6) და მცხეთა-მთიანეთში (27,9).

სიფილისის გამოვლენა გაუმჯობესდა რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში, სადაც 3 შემთხვევა აღირიცხა (2004 წ. არც ერთი შემთხვევა არ იყო დაფიქსირებული). 2005 წ. რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთში გონორეის არც ერთი შემთხვევა არ აღრიცხულა.

2005 წელს გამოვლენილია სიფილისის ყველა ფორმის 509 ახალი შემთხვევა (ავადობის მაჩვენებელი -11,6), მათ შორის - 276 მამაკაცებში და 233 - ქალებში. დაავადებულთა 38,7%-ი 20-29 წლის, ხოლო 32,4% კი - 30-39 წლის ასაკის იყო. გონოკოკური ინფექციის 1202 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა (ავადობის მაჩვენებელი - 27,5). დაავადებულთა უმრავლესობა 20-29 წლის ასაკისაა (55,24%).

2005 წელს 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში დაფიქსირდა სიფილისის 6 (მათ შორის 2 - გოგონებში), ხოლო გონორეის 10 შემთხვევა (4 - გოგონებში).

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით ხასიათდება დაავადებულთა საშუალო ასაკის საგრძნობი შემცირებით, რაც შედარებით ახალ პრობლემას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ დღეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებები საკმარისად ხელმისაწვდომია, მათ ერთნაირად იშვიათად ხმარობენ როგორც მამაკაცები, ისე ქალები.

ქალები გაცილებით უფრო ხშირად არიან თავს სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სრულფასოვან მკურნალობას, ვინაიდან ამ კონტინენტში დაავადება ხშირად მიმდინარეობს გამოხატული სიმპტომატიკის გარეშე. ამგვარად ისინი ინფექციის შემდგომი გავრცელების წყაროს წარმოადგენენ.

თუ სიფილისის მოითხოვს შედარებით ხანგრძლივ მკურნალობასა და სისტემატურ კონტროლს, რის გამოც იშვიათად იფარება კერძო პრაქტიკის ექიმის მიერ, გონორეა როგორც მოსახლეობის, ისე ზოგჯერ ექიმის თვალში წარმოისახება გაცილებით უფრო იოლად განკურნებად დაავადებად. ამიტომ პაციენტი ხშირად იტარებს თვითმკურნალობას ძლიერმოქმედი ანტიბიოტიკებით ან არასპეციალისტს მიმართავს.

აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობაში ფართოდაა გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებებიც, მათ შორის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს ქლამიდიური ინფექცია და ტრიქომონიაზი. 2005 წელს აღინიშნა ტრიქომონიაზის 3440 შემთხვევა (ავადობა 78,7), ხოლო ქლამიდიური ინფექციის – 1030 შემთხვევა (ავადობა 23,6), რაც მეტია, წინა წელთან შედარებით. ამ დაავადებების კლინიკა ხასიათდება ლატენტური მიმდინარეობით და იშვიათად გამოხატული სიმპტომატიკით. ამასთან საყურადღებოა, რომ დაავადებათა ეს ჯგუფი ისევე, როგორც ქრონიკული გონორეა, უშვილობის ერთ-ერთ ძირითად მიზეზს წარმოადგენს, რაც დაავადებულთა ახალგაზრდა ასაკის გათვალისწინებით, უარყოფითად მოქმედებს ქვეყანაში არსებულ ისედაც მძიმე დემოგრაფიულ მდგომარეობაზე.

3. სქესობრივად გადამდები დაავადებების ეტიოპათოგენები

სპეციფიკური ეტიოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით, ცალკეული სქესობრივად გადამდები დაავადების ეტიოპათოგენები განხილულია შესაბამის ქვეთავებში.

4. სქესობრივად გადამდები დაავადებების სიმპტომები

სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს გამომწვევთა განსახვავებული სპექტრი გააჩნია, და აქედან გამომდინარე, ისინი სიმპტომების მრავალფეროვანი ვარიაციებით ხასიათდება. ხშირად, სგგდ-ის დიდი ნაწილი, განვითარების ადრეულ ეტაპზე უსიმპტომოდ მიმდინარეობს.

სგგდ-ის სიმპტომებს შორის აღსანიშნავია: ვაგინალური ან ურეთრალური გამონადენი, ქავილი გენიტალიების არეში, მტკივნეული კოიტუსი, გენიტალური წყლულების, ბუბონების ან მეჭეჭების არსებობა, გამონაყარი, სუნი, მტკივნეულობა საშოს, ანუსის ან ჰიპოგასტრიუმის არეში, ხილული ინფესტაცია (პარაზიტული ინვაზიის შემთხვევაში). თუმცა, ეს სიმპტომები არასპეციფიურია და დიაგნოზის დადასტურებისთვის ლაბორატორიული გამოკვლევებია საჭირო.

5. სქესობრივად გადამდები დაავადებების დიაგნოზი

სგგდ-ის დიაგნოსტიკა მრავალრიცხოვანი მეთოდებით ხდება. მნიშვნელოვანია პაციენტის რისკ-ფაქტორების გამოკითხვა. დიაგნოსტიკური ტესტის შერჩევა ხდება ამა თუ იმ დაავადების რისკის შეფასების საფუძველზე. იმ პირებს, რომელთაც ყავთ ახალი ან მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორი, უტარდებათ გამოკვლევა ქლამიდიასა და გონორეაზე, მაგრამ სხვა სგგდ-ის შემთხვევაში ტესტირება ხდება ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე. მაგალითად

სიფილისის სკრინინგი რეკომენდებულია ორსულებისა და ზოგიერთი მაღალი რისკის ჯგუფის პოპულაციისათვის, როგორცაა პატიმრები, მამაკაცები, რომელთაც აქვთ მაღალი რისკის სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებთან და პაციენტებისათვის გარკვეული სგგდ–ით. სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, სხვა პირების ტესტირება სიფილისზე არ წარმოებს ცრუ დადებითი ტესტების ალბათობის გამო. ცალკეული დაავადების სადიაგნოსტიკო საშუალებები განხილულია მოცემული გაიდლაინის შესაბამის ქვეთავებში.

5.1. სქესობრივად გადამდები დაავადებების რისკის შეფასება

სგგდ–ის შემენის რისკი ყველა თანაბარი არა აქვს. ადამიანის ცხოვრების სტილი მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სგგდ–ის რისკს. სგგდ–ის რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:

1. დაუცველი სექსი;
2. მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორები;
3. სქესობრივი ცხოვრების დაწყება 25 წლამდე ასაკში (ახალგაზრდა ასაკში უფრო დაბალია პრეზერვატივის გამოყენების, ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ სარისკო სქესობრივი ქცევისა და მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორების ყოლის ალბათობა);
4. ალკოჰოლის ხმარება (ალკოჰოლი პირველ რიგში უარყოფითად მოქმედებს ადამიანის უნარზე, უზრუნველყოს სქესობრივი პარტნიორის უსაფრთხოება);
5. ნარკომანია (რამაც შესაძლოა გაართულოს პიროვნების მიერ გონიერი გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, ასევე ამ დროს მატულობს ისეთი დაავადებების ტრანსმისიის რისკი, როგორცაა მაგალითად აივ–ინფექცია და ჰეპატიტი);
6. პროსტიტუცია (ამ დროს უსაფრთხო სექსის ალბათობა დაბალია);
7. სგგდ–ის მაღალი გავრცელების რეგიონში ცხოვრება;
8. სერიული მონოგამია (გარკვეული პირები სქესობრივ კავშირში იმყოფებიან ერთ პარტნიორთან დროის რაღაც პერიოდის განმავლობაში, მაგრამ ამ პარტნიორების ცვლილება ხდება ხშირად. სერიული მონოგამიის დროს პირები, რომლებიც ამყარებენ „ექსკლუზიურ“ სქესობრივ ურთიერთობას ახალ პარტნიორთან, ივიწყებენ უსაფრთხო სექსის შესახებ, რაც ზრდის მათ მიერ სგგდ–ის შემენის რისკს);
9. სგგდ–ის ანამნეზი (სგგდ–ის ანამნეზი ზრდის პიროვნების მიერ სხვა სგგდ–ით ინფიცირების რისკს);
10. კონტრაცეფციის ერთადერთი მეთოდის სახით კოკ–ების გამოყენება (რაც იცავს დაუგეგმავი ორსულობისაგან, მაგრამ არა სგგდ–ისგან).

6. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენციის სქემა

სგგდ–ების პრევენცია და კონტროლი 5 ძირითად სტრატეგიას ემყარება: 1) რისკის ჯგუფის პირების განათლება და კონსულტირება სგგდ–ების თავიდან აცილების გზების შესახებ სქესობრივი ქცევის შეცვლის გზით; 2) ასიმპტომური ინფიცირებული პირებისა და იმ სიმპტომური პაციენტების იდენტიფიცირება, რომლებიც ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მიმართავენ დიაგნოსტიკურ ან სამკურნალო სერვისებს; 3) ინფიცირებული პირების ეფექტური დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; 4) სგგდ–ებით შეპყრობილი პირის პარტნიორების შეფასება,

მკურნალობა და კონსულტირება; და 5) რისკის ჯგუფის პირების კონტაქტამდე ვაქცინაცია იმ სგდ-ების საწინააღმდეგოდ, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია ვაქცინაციით.

სგდ-ების პირველადი პრევენცია იწყება იმ სქესობრივი ქცევის შეცვლით, რომელიც პიროვნებას აყენებს ინფექციის რისკის წინაშე. ჯანდაცვის პროფესიონალებს უნიკალური შესაძლებლობა გააჩნიათ მათი პაციენტებისათვის განათლებისა და კონსულტირების ჩატარების თვალსაზრისით.

რეკომენდაცია:

- ზოგადსაქეიმო პრაქტიკაში ჯანდაცვის პროფესიონალებმა კლინიკური კონსულტაციისას რუტინულად და რეგულარულად უნდა შეაგროვონ სქესობრივი ანამნეზი მათი პაციენტებისაგან, და შესაბამისად შეარჩიონ რისკის მართვის სტრატეგია, რაც სგდ-ის თავიდან აცილების საშუალებას მოგვცემს. (D)

სქესობრივი ანამნეზის შეგროვებისა და პრევენციის მესიჯის ეფექტური მიწოდების მიზნით აუცილებელია კონსულტირების ჩვევები, რომლებიც ხასიათდება პაციენტის მიმართ პატივისცემით, თანაგრძნობითა და არაგანმსჯელი დამოკიდებულებით. პაციენტის მხრიდან გულახდილი დამოკიდებულების მოპოვებისათვის ეფექტური ტექნიკის საკვანძო საკითხებია: 1) ღია კითხვები (მაგ.: „რა შეგიძლიათ მითხრათ უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ თქვენს ახალ სქესობრივ პარტნიორებზე“ ან „რას იტყვით თქვენს მიერ კონდომის გამოყენების გამოცდილებაზე?“, 2) პაციენტისათვის გასაგები ენა (მაგ.: „როდესმე ხომ არ შეგიძინებიათ წყლული ან ქავილი პენისის არეში?“) და 3) დამამშვიდებელი ტონი (მაგ.: „ ჩემს ზოგიერთ პაციენტს უჭირს კონდომის ხმარება ყოველი სქესობრივი აქტის დროს. თქვენს შემთხვევაში ეს როგორ არის?“).

სქესობრივი ანამნეზის შეკრებისას მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ 5P-ს მოდელი: პარტნიორები, ორსულობის პრევენცია (Prevention of Pregnancy), სგდ-ებისაგან თავდაცვა (Protection from STDs), პრაქტიკა (Practices), სგდ-ების წარსული ისტორია (Past History of STDs) (იხ. სურათი 1).

5 P-ს მოდელი

1. პარტნიორები

- სქესობრივი კავშირი გაქვთ მამაკაცთან, ქალთან თუ ორივესთან?
- უკანასკნელი 2 თვის განმავლობაში რამდენ პარტნიორთან გქონდათ სქესობრივი კავშირი?
- უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში რამდენ პარტნიორთან გქონდათ სქესობრივი კავშირი?

2. ორსულობის პრევენცია

- „ცდილობთ თუ არა თქვენ ან თქვენი პარტნიორი დაორსულებას“ თუ არა, „ რას მიმართავთ ორსულობის პრევენციის მიზნით?“

3. სგდ-ების პრევენცია

- რა ღონისძიებებს იყენებთ სგდ-ებისა და აივ-საგან თავდასაცავად?

4. პრაქტიკა

- სგდ-ებზე თქვენი რისკის შეფასების თვალსაზრისით ჩემთვის აუცილებელია ვიცოდეთ თქვენს მიერ უკანასკნელად განხორციელებული სქესობრივი კავშირის ტიპი.
- გქონდათ ვაგინალური სქესობრივი კავშირი?
- თუ პასუხი დადებითია, „იყენებთ კონდომს: არასოდეს, ზოგჯერ, ყოველთვის?“
- გქონიათ ანალური სქესობრივი კავშირი?
- თუ პასუხი დადებითია, „იყენებთ კონდომს: არასოდეს, ზოგჯერ, ყოველთვის?“
- გქონიათ ორალური სქესობრივი კავშირი?

კონდომთან დაკავშირებული პასუხების შემთხვევაში:

- თუ პასუხია „არასოდეს“: „ რატომ არ ხმარობთ კონდომს?“
- თუ პასუხია „ზოგჯერ“: „რომელ სიტუაციებსა და რომელ პარტნიორებთან არ ხმარობთ კონდომს?“

5. სგდ-ების ანამნეზი წარსულში:

- როდესმე თუ გქონიათ სგდ?
- რომელიმე თქვენს პარტნიორს თუ ჰქონია სგდ?

დამატებითი კითხვები აივ და ჰეპატიტის რისკის განსაზღვრისათვის:

- როდესმე თქვენ ან თქვენს პარტნიორს ხომ არ გამოგიყენებიათ საინექციო წამალი?
- როდესმე თქვენ ან თქვენს პარტნიორს ხომ არ შეგითავაზებიათ ფული ან წამალი სექსის სანაცვლოდ?
- ხომ არ არის კიდევ რაიმე თქვენს სქესობრივ პრაქტიკაში, რის შესახებაც ფიქრობთ, რომ უნდა ვიცოდეთ?

6.1. კონსულტირება სგგდ/აივ პრევენციაზე

სგგდ/აივ პრევენციაში განსაკუთრებით ეფექტიანია პაციენტის პერსონალური რისკისკენ მიმართული ინტერაქტიული კონსულტირება,² რაც პაციენტის ინდივიდუალური სიტუაციის გათვალისწინებას და ამის შესაბამისი რჩევის უზრუნველყოფას გულისხმობს. პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტირების უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ ამ დროს უფრო მაღალია პაციენტის მიერ რისკის შემცირების პრაქტიკის განხორციელების ალბათობა და მცირდება მომავალში სგგდ-ის შეძენის რისკი. პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის კარგი მაგალითია პროექტი RESPECT, რომელმაც აჩვენა, რომ თუნდაც ხანმოკლე კონსულტირება დაკავშირებულია ქცევითი რისკის შემცირებასა და მომავალში სგგდ-ის შეძენის ნაკლებ ალბათობასთან.^{3,4(I)} პროექტ RESPECT-ზე დაფუძნებული პრაქტიკული მოდელები წარმატებულად დაინერგა კლინიკურ პრაქტიკაში.

სხვა მიდგომები, პაციენტის რისკთან დაკავშირებული ქცევის შეცვლის მიზნით მოტივაციურ ინტერვენციებს ემყარება.

ინდივიდუალურ პრევენციულ კონსულტირებასთან ერთად ეფექტიანია ვიდეომასალებისა და ჯგუფური პრეზენტაციების საშუალებით ინფორმაციის მიწოდება სგგდ-ის რისკისა და კონდომის სწორად ხმარების შესახებ. როგორც აღმოჩნდა, აღნიშნულის საშუალებით ეფექტურად ხდება მაღალი რისკის პირებში, მათ შორის სგგდ-ებით დაავადებულებსა და მოზარდებში, დამატებითი სგგდ-ის განვითარების ალბათობის შემცირება⁵. (III)

6.2. პრევენციის მეთოდები

6.2.1. პაციენტის მიერ ინიცირებული ინტერვენციები სგგდ/აივ სქესობრივი ტრანსმისიისა და არასასურველი ორსულობის შემცირების მიზნით

ა) თავშეკავება და სქესობრივი პარტნიორების რიცხვის შემცირება

სგგდ-ებისაგან თავდაცვის ყველაზე სანდო საშუალებაა დაუცველი სექსისაგან (იგულისხმება ვაგინალური, ანალური ან ორალური სექსი) თავშეკავება ან ხანგრძლივი, ორმხრივად მონოგამური ურთიერთობა არაინფიცირებულ პარტნიორთან.

სქესობრივი ურთიერთობებისაგან თავშეკავების შესახებ კონსულტირება გადამწყვეტია იმ პირებისათვის, რომელთაც უტარდებათ მკურნალობა სგგდ-ების გამო (ან ვის პარტნიორებსაც უტარდებათ მკურნალობა) ან იმ პირთათვის, რომელთაც სურთ თავიდან სრულად აიცილონ სექსის შესაძლო არასასურველი შედეგები (მაგ. სგგდ/აივ ან არასასურველი ორსულობა). იმ პირთათვის, რომლებიც იცავენ ორმხრივად მონოგამურ სქესობრივ ურთიერთობებს, სქესობრივ კავშირამდე გავრცელებულ სგგდ-ებზე სკრინინგმა შესაძლებელია შეამციროს მომავალში ასიმპტომური სგგდ-ების გადაცემის რისკი.⁶ (IV)

ბ) კონტაქტამდე ვაქცინაცია

კონტაქტამდე ვაქცინაცია წარმოადგენს ზოგიერთი სგგდ-ების პრევენციის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ მეთოდს.

რეკომენდაციები:

- ვაქცინაცია B ჰეპატიტის წინააღმდეგ რეკომენდებულია ყველა არაინფიცირებული, არავაქცინირებული პირისათვის, რომელთაც სგგდ-ებზე გამოკვლევისა და შეფასების მიზნით მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებას.^{7 (D)}
- A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა ლიცენზირებული და რეკომენდებულია მამაკაცებისათვის, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან (MSM) ან ნარკომანებისთვის (კერძოდ, როგორც საინექციო, ისე არასაინექციო).^{8(D)}
- ადამიანის პაპილომა-ვირუსის საწინააღმდეგო კვადრივალენტური ვაქცინა (HPV ტიპი 6, 11, 16, 18) რეკომენდებულია ყველა მდედრობითი სქესის წარმომადგენლისათვის 9–26 წლის ასაკობრივ ჯგუფში.^{9(D)}

კვლევები სხვა სგგდ-ის ვაქცინაციის შესახებ ამჟამად მიმდინარეობს.

გ) მამაკაცის კონდომები

სწორად და რეგულარულად გამოყენების შემთხვევაში მამაკაცის ლატექსის კონდომები სქესობრივი გზით აივ-ინფექციის ტრანსმისიის თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა. ერთ-ერთი კვლევის მონაცემებით, აივ-ნეგატიური პარტნიორები ჰეტეროსექსუალურ სეროდისკონდანტურ ურთიერთობებში, რომელთა დროსაც რეგულარულად გამოიყენებოდა კონდომი, 80%-ით უფრო იშვიათად ავადდებოდნენ აივ-ით, ვიდრე ანალოგიურ ურთიერთკავშირში მყოფი პარტნიორები, რომლებიც არ იყენებდნენ კონდომს.^{10(III)} კონდომი ეფექტიანია სხვა სგგდ-ის, მათ შორის, ქლამიდიოზის, გონორეისა და ტრიქომონიაზისა და ქალებში მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი დაავადებების რისკი შემცირებისთვის.^{11(III)} კონდომის გამოყენებით შესაძლებელია მე-2 ტიპის მარტივი ჰერპესის ვირუსის (HSV-2) გადაცემის რისკის შემცირება, თუმცა, ამ ეფექტის შესახებ მონაცემები შედარებით მცირეა.¹²

კონდომის გამოყენების შედეგად შესაძლებელია შემცირდეს HPV – ასოცირებული დაავადებების (კერძოდ, გენიტალური მეჭეჭებისა და საშვილოსნოს ყელის კიბოს) რისკი^{13(I)} და შემსუბუქდეს HPV-თი ინფიცირების დამატებითი შედეგები, რადგანაც მათ გამოყენებას უკავშირდება ქალებში ცერვიკალური ინტრაეპითელიარული ნეოპლაზიის (CIN) რეგრესისა და HPV-ინფექციის ალაგების უფრო მაღალი სიხშირე^{14(II)}, აგრეთვე, მამაკაცებში პენისის HPV – ასოცირებული წყლულების რეგრესი.¹⁵

რამოდენიმე პროსპექტული კვლევით დასტურდება კონდომების დამცავი ეფექტი გენიტალური HPV-თი დაავადების თვალსაზრისით. ერთ-ერთ ბოლო პროსპექტულ კვლევაში კოლეჯის გოგონებში, რომელთაც ცოტა ხნის წინ ჰქონდათ დაწყებული სქესობრივი აქტიურობა, მოხდა იმის დემონსტრირება, რომ კონდომის რეგულარული გამოყენება ასოცირებული იყო HPV ტრანსმისიის რისკის 70%-ით შემცირებასთან.^{16 (III)}

კონდომების ხარისხის რეგულირება ხდება, როგორც სამედიცინო დანიშნულების საშუალებებისა და ისინი უნდა აკმაყოფილებდნენ „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნებს. საქართველოში ძირითადად იმპორტული კონდომები შემოდის, რომელთაც შესაბამისობის სერტიფიკატები მოეთხოვებათ. სქესობრივი აქტის დროს კონდომის დაზიანების სიხშირე აშშ-ში არის 100 კონდომზე – 2. კონდომის ხმარების წარუმატებლობა სგგდ-ის ტრანსმისიის ან არასასურველი ორსულობის პრევენციის თვალსაზრისით უფრო მეტად დაკავშირებულია მის არასწორ და არარეგულარულ ხმარებასთან, ვიდრე დაზიანებასთან.

ლატექსის კონდომების გარდა, არსებობს არალატექსის კონდომების ორი ძირითადი კატეგორია. პირველი ტიპი დამზადებულია პოლიურეთანის ან სხვა სინთეზური მასალისაგან და სგგ/აივ-ისა და არასასურველი ორსულობისაგან დაცვის თვალსაზრისით ისეთივე ეფექტიანია, როგორც ლატექსის კონდომები. მათი გამოყენება შესაძლებელია იმ პირებისათვის, რომელთაც ალენიშნებათ ალერგია ლატექსის მიმართ. მეორე ტიპს მიეკუთვნება ნატურალური მემბრანული კონდომები (რომელთაც უფრო ხშირად უწოდებენ „ბუნებრივ“ კონდომებს, ან არასწორად „ბატკნის ტყავის“ კონდომებს). ეს კონდომები ჩვეულებრივ, მზადდება ბატკნის ნაწლავისაგან და შესაძლებელია ჰქონდეთ 1500ნმ დიამეტრის ფორები. მაშინ როცა აღნიშნულ ფორებში შეუძლებელია სპერმის შეღწევა, მათი დიამეტრი 10-ჯერ აღემატება აივ-ის და 25-ჯერ HBV-ს ვირუსის დიამეტრს. უფრო მეტიც, ლაბორატორიულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ვირუსული ეტიოლოგიის სგგდ-ების ტრანსმისია შესაძლებელია ნატურალური მემბრანული კონდომების საშუალებით. ამიტომ ნატურალური მემბრანული კონდომების გამოყენება სგგდ-ისაგან თავდასაცავად არ არის რეკომენდებული.¹⁷

რეკომენდაცია:

- პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება კონდომების რეგულარული და სწორი გამოყენების თაობაზე. (II,B)
- კონდომის გამოყენების ინსტრუქციისთვის იხილეთ დანართი 1.

დ) ქალის კონდომები

ლაბორატორიულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ქალის კონდომები (Reality™), რომლებიც წარმოადგენს გაპოხიერებული პოლიურეთანისაგან დამზადებულ გარსს ორივე ბოლოზე დამაგრებული რგოლებით და იდგება საშოში, ეფექტური მექანიკური ბარიერია ვირუსების, მათ შორის აივ-ინფექციისა და სპერმისათვის.¹⁸(III)

ქალის კონდომების ეფექტურობის შეფასება სგგდ-ის, მათ შორის აივ-ისაგან თავდაცვის თვალსაზრისით განხორციელდა შეზღუდული რაოდენობის კლინიკურ კვლევებში.¹⁹(III) კორექტული და რეგულარული გამოყენების შემთხვევაში მათ არსებითად შეუძლიათ სგგდ-ის რისკის შემცირება. იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია მამაკაცის კონდომის შესაბამისად ხმარება, სქესობრივმა პარტნიორებმა უნდა გაითვალისწინონ ქალის კონდომის გამოყენება. ქალის კონდომების ღირებულება აღემატება მამაკაცისას. ანალური სექსის დროს სგგდ/აივ-ისაგან დაცვის თვალსაზრისით ქალის კონდომების ეფექტიანობა გაურკვეველია.²⁰

რეკომენდაცია:

- ქალებს, რომელთაც აღენიშნებათ სქესობრივად გადამდები დაავადებების მაღალი რისკი, უნდა მიეცეთ რჩევა ქალის კონდომის კორექტული და რეგულარული გამოყენების შესახებ, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც მამაკაცის კონდომის ადექვატური ხმარება შეუძლებელია (C).

ე) ვაგინალური სპერმიციდები და დიაფრაგმები

მეცნიერული მონაცემების თანახმად, ნონოქსილ-9-ს (N-9) შემცველი ვაგინალური სპერმიციდები არაეფექტურია ცერვიკალური გონორეის, ქლამიდიოზის, ან აივ-ინფექციისაგან თავდასაცავად,²¹ უფრო მეტიც, N-9-ს შემცველი სპერმიციდების ხშირმა ხმარებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს გენიტალური ეპითელიუმის დაზიანება, რასაც თან სდევს აივ-ტრანსმისიის მომატებული რისკი. ამიტომ N-9 სგგდ/აივ პრევენციის მიზნით რეკომენდებული არ არის.

დღემდე არსებულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით, დიაფრაგმა არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც სანდო საშუალება აივ-ინფექციის წინააღმდეგ თავდასაცავად. ზოგიერთ კვლევაში ქალებში დიაფრაგმისა და სპერმიციდების ხმარება ასოცირებული იყო საშარდე გზების ბაქტერიული ინფექციების რისკის ზრდასთან.²¹(I).

ვ) კონდომები და N-9 ვაგინალური სპერმიციდები

სპერმიციდის საცხით გაპოხიერებულ კონდომებს არ გააჩნიათ უპირატესობა სხვა ლუბრიკანტით გაპოხილ კონდომებთან შედარებით აივ-ინფექციის ან სხვა სგგდ-ის ტრანსმისიისაგან დაცვის თვალსაზრისით, ხოლო N-9-ს შემცველი სპერმიციდის ლუბრიკანტად გამოყენებისას კი ვდგებით იმ პრობლემების წინაშე, რომლებიც ზემოთ განვიხილეთ. N-9-თი გაპოხილი კონდომების გამოყენება სგგდ/აივ პრევენციისათვის არ არის რეკომენდებული, რადგანაც სპერმიციდის გარსიანი კონდომები უფრო ძვირია, უფრო ხანმოკლე ვარგისიანობის ვადა აქვთ, ვიდრე სხვა ლუბრიკანტებიან კონდომებს და მათი გამოყენება ასოცირებულია საშარდე ტრაქტის ინფექციებთან ახალგაზრდა ქალებში.

ზ) N-9 სპერმიციდების რექტალური გამოყენება

უახლესმა კვლევებმა აჩვენა, რომ N-9-ს შეუძლია გაზარდოს აივ-ტრანსმისიის რისკი ვაგინალური სქესობრივი აქტის დროს.¹⁵ მიუხედავად იმისა, რომ ანალოგიური კვლევა არ არის ჩატარებული მამაკაცებში, რომლებიც იყენებენ N-9-ს სხვა მამაკაცთან რექტალური სექსის დროს, ცნობილია, რომ N-9-ს შეუძლია გამოიწვიოს სწორი ნაწლავის ამომღენი ეპითელიუმის დაზიანება, რაც თავის მხრივ აივ-ის ან სხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის შესავალი კარი ხდება. ამიტომ N-9 არ უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც სპერმიციდი ან ლუბრიკანტი ანალური სექსის დროს.

თ) არაბარიერული კონტრაცეფცია, ქირურგიული სტერილიზაცია და ჰისტერექტომია

სქესობრივად აქტიური ქალები, რომელთაც არა აქვთ დაორსულების რისკი, შესაძლებელია, არასწორად აღიქვამდნენ საკუთარ რისკს სგგდ-ებითა და მათ შორის აივ-ინფექციით

დაავადების თვალსაზრისით. არაბარიერული კონტრაცეფციული მეთოდებით შეუძლებელია აივ-ის ან სხვა სგგდ-ისაგან თავდაცვა.

რეკომენდაცია:

- ქალებს, რომლებიც ხმარობენ ჰორმონულ კონტრაცეპტივებს (მაგ.: ორალურ კონტრაცეფციას, ნორპლანტს ან დეპო-პროვერას), რომელთაც ჩაუტარდათ ქირურგიული სტერილიზაცია, ჩადგმული აქვთ საშვილოსნოსშიდა საშუალება (სპირალი) ან გაკეთებული აქვთ ჰისტერექტომია, აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება კონდომების გამოყენებისა და სგგდ-ის მათ შორის, აივ-ინფექციის რისკის შესახებ.(II,B)


ი) გადაუდებელი კონტრაცეფცია (გკ)

მხოლოდ ლევონორგესტროლის შემცველი ორალური კონტრაცეფციული ტაბლეტების სასწრაფო მიღება დაუცველი სქესობრივი აქტის შემდეგ ორსულობის რისკს ამცირებს 89%-ით. კომბინირებული ტაბლეტების გამოყენებამ, რომლებიც შეიცავენ ეთინილ-ესტრადიოლსა და ლევონორგესტრელს ან ნორგესტრელს, შესაძლოა შეამცირონ ორსულობის რისკი 75%-ით. სპილენძის შემცველი სპირალის სასწრაფო ჩადგმაც მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება და დაორსულების რისკს თითქმის 99%-ით ამცირებს. გადაუდებელი კონტრაცეფცია უნდა განხორციელდეს დაუცველი სექსის შემდეგ, თანაც 120 სთ-ის (ანუ 5 დღის) განმავლობაში. გკ-ის ერთადერთი სამედიცინო უკუჩვენებაა მიმდინარე ორსულობა.¹⁹(III,C)

რეკომენდაცია:

- ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, რომლებიც მეთვალყურეობენ სგგდ-ის მაღალი რისკის პირებს, უნდა ჩაუტარონ კონსულტირება ქალებს გადაუდებელი კონტრაცეფციის არჩევანის შესახებ და დროულად უზრუნველყონ მისი განხორციელება ქალის სურვილის შემთხვევაში.(C)

კ) აივ-ის კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკა (კშპ)

-  კშპ, რომელიც მიზნად ისახავს აივ-დაავადების პრევენციას, როგორც სქესობრივი კონტაქტის შედეგს, განხილულია თავში [სქესობრივი ძალადობა და სგგდ](#).

6.3 პარტნიორების მენეჯმენტი

პარტნიორების შეტყობინება, რომელიც უწინ მოიხსენიებოდა როგორც „კონტაქტების მოძიება“, ხოლო ამჟამად განიხილება როგორც პარტნიორთა სერვისის უფრო ფართო კატეგორია, წარმოადგენს პროცესს, რომლის მეშვეობითაც მედპერსონალი ან ჯანდაცვის ორგანიზაციები სგგდ-ებით შეპყრობილი პირებისაგან იღებენ ინფორმაციას მათი სქესობრივი პარტნიორების შესახებ და ეხმარებიან პარტნიორების შეფასებასა და მკურნალობაში. მედპერსონალს შეუძლია მოიძიოს ეს ინფორმაცია და დაეხმაროს სქესობრივი პარტნიორების შეფასებასა და

მკურნალობაში ჯანდაცვის სახელმწიფო ან ლოკალური დეპარტამენტების პირდაპირი მონაწილეობით ან მათი ხელშეწყობით.

იდეალურ შემთხვევაში, ამგვარ სერვისებს თან უნდა ახლდეს კონსულტირება ჯანმრთელობის შესახებ და სადაც აუცილებელია, შესაძლოა მოიცავდეს პაციენტების ან მათი პარტნიორების რეფერალს სხვა სამსახურებში.

ზოგადად, რამდენად ეფექტურად ამცირებს პარტნიორთა შეტყობინება სგგდ-ის რისკს და რამდენად ცვლის იგი საზოგადოებაში სგგდ-ის სიხშირესა და გავრცელებას, გაურკვეველია. პარტნიორთა შეტყობინების ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებათა სიმცირემ წარმოშვა ალტერნატიული მიდგომების განვითარების აუცილებლობა. ერთ-ერთი ამგვარი მიდგომაა, პარტნიორების შეტყობინების ჩართვა უფრო ფართო კონტექსტში იმ სექსუალურ და სოციალურ გარემოცვაში ჩარევის გზით, რომელშიც პირები ავადდებიან სგგდ-ით. პარტნიორთა შეტყობინების სისტემაში პერსპექტიულია მათი თავშეყრის ადგილების, საზოგადოების სტრუქტურის, სოციალური და სექსუალური კონტაქტების შეფასება, რაც ზრდის შემთხვევათა გამოვლენის რიცხვს და უზრუნველყოფს შემდგომ გამოკვლევას. ამგვარი ღონისძიებების ჩარჩო ალბათ, ამცირებს ინდივიდუალური კლინიციის მცდელობას, გამოიყენოს გარემოზე დამყარებული მიდგომა, მაგრამ სგგდ-ის კონტროლის პროგრამებისათვის ისინი შესაძლებელია, სასარგებლო იყოს.

მრავალი პირი ინდივიდუალურ სარგებელს პოულობს პარტნიორთა შეტყობინებისაგან. როდესაც პარტნიორებს უტარდებათ მკურნალობა, პაციენტთა გარკვეულ რაოდენობას რეინფექციის შემცირებული რისკი გააჩნია. პოპულაციის დონეზე პარტნიორთა შეტყობინების სისტემას შეუძლია სგგდ-ის ქსელის გაწყვეტა და დაავადების სიხშირის შემცირება. ამიტომ, მედპერსონალმა უნდა წაახალისოს მათი პაციენტები, რომლებიც დაავადებული არიან სგგდ-ით, შეატყობინონ სქესობრივ პარტნიორებს და დააჩქარონ ისინი, რათა მიმართონ სამედიცინო შეფასებასა და მკურნალობას, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ხელმისაწვდომი დახმარება ჯანდაცვის სააგენტოებისაგან. როდესაც პარტნიორთა სამედიცინო შეფასება, კონსულტირება და მკურნალობა შეუძლებელია პაციენტის ან მისი პარტნიორის სპეციფიკური გარემოებების გამო ან შეზღუდული რესურსების მიზეზით, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს პარტნიორთა მენეჯმენტის სხვა ალტერნატივები. ერთ-ერთი ალტერნატივაა პაციენტისათვის მიწოდებული თერაპია (პმთ), პარტნიორის დაუყოვნებელი თერაპიის ერთ-ერთი ფორმა, რომლის დროსაც ინფიცირებული პაციენტის პარტნიორს მკურნალობა უტარდება წინასწარი სამედიცინო შეფასებისა და პრევენციული კონსულტირების გარეშე. ამგვარი თერაპია ემყარება მტკიცებულებებს სამი კლინიკური კვლევიდან, რომლებშიც ჩართული იყვნენ ქლამიდიითა და გონორეით დაავადებული ჰეტეროსექსუალური მამაკაცები და ქალები. მტკიცებულების ხარისხი განსხვავდება სგგდ-ისა და შემთხვევათა კოეფიციენტის მიხედვით, როდესაც გამოსავლის საზომად აღებული იყო რეინფექციის შემთხვევათა კოეფიციენტი.^{22,23,24} ამ ვარიაციების მიუხედავად, პაციენტისათვის მიწოდებულ თერაპიას (კერძოდ, მედიკამენტების ან რეცეპტურის საშუალებით) შეუძლია რეინფექციის შემთხვევათა კოეფიციენტის შემცირება და ასოცირებულია პარტნიორთა შეტყობინების უფრო მაღალ ალბათობასთან დახმარების გარეშე პარტნიორთა რეფერალთან შედარებით. პაციენტისათვის მიწოდებული თერაპიის დროს მედიკამენტებსა და რეცეპტს თან უნდა ახლდეს მკურნალობის ინსტრუქტაჟი, ორსულობის შემთხვევაში მედიკამენტების მიღების შესაბამისი გაფრთხილება, კონსულტირება ზოგადად

ჯანმრთელობის შესახებ და რჩევა-დარიგება, რათა პარტნიორებმა მიმართონ პერსონალურ სამედიცინო შეფასებას, რაც განსაკუთრებით ეხება ქალებს სგგდ-ით ან მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებებით. არსებული მონაცემებით შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ პმთ-ს შეზღუდული როლი გააჩნიათ ტრიქომონიაზის შემთხვევაში პარტნიორთა მენეჯმენტის დროს.²⁵ არ არსებობს მონაცემები, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელია ამ მიდგომის გამოყენება სიფილისის რუტინული მენეჯმენტის შემთხვევაში. არ არსებობს გამოცდილება პარტნიორთა დაუყოვნებელი თერაპიის შესახებ მამაკაცებში, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან გონორეული ან ქლამიდიური ინფექციების დროს.

ანგარიში და კონფიდენციალობა

სგგდ-ის შესახებ აკურატულ და დროულ ანგარიშგებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს ავადობის ტენდენციების შეფასების, შეზღუდული რესურსების მიზნობრივი გამოყენებისა და ლოკალური ჯანდაცვის ორგანიზაციების დახმარების მიზნით პარტნიორთა შეტყობინებისა და მკურნალობის საკითხში. სგგდ/აივ და შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომის (შიდსი-ს) შემთხვევების შესახებ ანგარიში უნდა გაკეთდეს ადგილობრივი სამედიცინო სტანდარტების მიხედვით. სიფილისი, გონორეა, ქლამიდიოზი, შანკროდი, აივ-ინფექცია და შიდსი-ი წარმოადგენს ანგარიშგებად დაავადებებს. ანგარიში შესაძლებელია წარმოადგინოს როგორც მკურნალმა, ისე ლაბორატორიამ. იმ კლინიცისტებმა, რომელთაც არ იციან ადგილობრივი სტანდარტები, ინფორმაცია უნდა მოიძიონ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტებიდან, ან სგგდ-ის პროგრამებიდან. მოხსენება სგგდ-ის ან აივ-ინფექციის შესახებ მკაცრად კონფიდენციალურია. იურისდიქციების უმეტესობაში ამგვარი ანგარიშების დაცვა ხდება სასამართლოში გამოძახების სისტემით. მანამ სანამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლები განახორციელებენ სგგდ-ზე დადებითი ტესტის შემდგომ მეთვალყურეობას, მათ უნდა გაიარონ კონსულტაცია პაციენტის სამედიცინო პროვაიდერთან დიაგნოზისა და მკურნალობის დადასტურების მიზნით.

6.4 სგგდ-ის პრევენცია სპეციფიკურ პოპულაციებში

6.4.1. ორსულები

სგგდ-მა, რომელთა ტრანსმისიაც ინტრაუტერინული ან პერინატალური გზითაა მოსალოდნელი, შესაძლოა მძიმე ზეგავლენა მოახდინონ ორსულ ქალებზე, მათ პარტნიორებსა და ნაყოფზე.

რეკომენდაცია:

- ყველა ორსულ ქალსა და მათ სქესობრივ პარტნიორს უნდა გამოვკითხოთ სგგდ-ის შესახებ(D);
- აუცილებელია ორსულების კონსულტირება პერინატალური ინფექციის შესაძლებლობის შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობის უზრუნველყოფა(D);
- ყველა ორსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება აივ-ინფექციაზე შემდგომ დაგვარად ორსულობის ადრეულ ვადაზე. ტესტირება აივ-ინფექციაზე ხორციელდება პაციენტის

თანხმობით. თუ ქალი უარს ამბობს ტესტზე მნიშვნელოვანია უარის მიზეზის გამოძიება და პაციენტის დარწმუნება, რომ ტესტირება მნიშვნელოვანია(C);

- ორსულობის მესამე ტრიმესტრში ტესტირება (კერძოდ, გესტაციის 36-ე კვირამდე) რეკომენდებულია აივ-ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ქალებისათვის (ნარკომანები, ორსულები სგგდ-ითა და აივ-ინფიცირებული პარტნიორებით);
- პირველ პრენატალურ ვიზიტზე ყველა ოსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს სეროლოგიური ტესტირება სიფილისზე (C);
- ყველა ორსულ ქალს ადრეულ პრენატალურ ვიზიტზე (კერძოდ, პირველ ტრიმესტრში) უნდა ჩაუტარდეს რუტინული ტესტირება B ჰეპატიტის ზედაპირულ ანტიგენზე (HBsAg) ყველა ორსულობის დროს, მაშინაც კი, თუკი მათ ადრე ეს ტესტი ჩატარებული აქვთ ან ვაქცინირებული არიან ჰეპატიტის წინააღმდეგ. ქალებს, რომელთაც პრენატალურ პერიოდში არ ჩატარებიათ ტესტირება, ან აღენიშნებათ ინფიცირების მაღალი რისკი (კერძოდ, ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი უკანასკნელი 6 თვის განმავლობაში, დადგენილი ჰქონდა სგგდ-ის არსებობა ან ნამკურნალევი იყო მასზე, საინექციო წამლების ხმარება წარსულში ან ამჟამად და HBsAg-დადებითი სქესობრივი პარტნიორები), აგრეთვე მათ, ვისაც კლინიკურად აღენიშნება ჰეპატიტი, განმეორებითი ტესტირება უნდა ჩაუტარდეთ სტაციონარში სამშობიაროდ გაგზავნამდე (D);
- ყველა ორსულ ქალს რუტინულად უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება *Chlamydia trachomatis*-ზე (იხ. [ქლამიდიური ინფექცია, დიაგნოსტიკური განხილვა](#)) პირველ პრენატალურ ვიზიტზე. 25 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებსა და მათ, ვისაც აღენიშნება ქლამიდიური ინფექციის მაღალი რისკი (კერძოდ, ქალებს, რომელთაც ყავთ ახალი ან ერთზე მეტი სქესობრივი პარტნიორი) განმეორებითი ტესტირება უნდა ჩაუტარდეთ ორსულობის მესამე ტრიმესტრში დედის პოსტნატალური გართულებებისა და ახალშობილის ქლამიდიური ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით. ორსულობის პირველ ტრიმესტრში სკრინინგის საშუალებით შესაძლებელია ქლამიდიური ინფექციის გვერდითი ეფექტების პრევენცია ორსულობის პერიოდში, თუმცა ამის დამადასტურებელი მტკიცებულებების რაოდენობა შეზღუდულია. თუკი სკრინინგი ხორციელდება მხოლოდ პირველ ტრიმესტრში, პერიოდი მშობიარობამდე ინფიცირებისათვის უფრო ხანგრძლივდება (D);
- გონორეის მაღალი რისკის მქონე ყველა ქალს ტესტირება *N. gonorrhoeae*-ზე უნდა ჩაუტარდეს პირველ პრენატალურ ვიზიტზე (იხ. [გონოკოკური ინფექცია, დიაგნოსტიკური განხილვა](#)). განმეორებითი ტესტირება მესამე ტრიმესტრში აუცილებელია მათთვის, ვისაც რისკი უგრძელდება (D);
- C ჰეპატიტის მაღალი რისკის მქონე ყველა ორსულ ქალს ტესტირება C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე უნდა ჩაუტარდეს პირველ პრენატალურ ვიზიტზე (იხ. [C ჰეპატიტი, დიაგნოსტიკური განხილვა](#)). მაღალი რისკის ქალებს მიეკუთვნება ისინი, ვისაც აქვთ საინექციო წამლების გამოყენების გამოცდილება და 1992 წლამდე ორგანოთა ტრანსპლანტაციის ან სისხლის გადასხმის ანამნეზი (D);
- შეფასება ბაქტერიულ ვაგინოზზე (BV) შესაძლებელია განხორციელდეს პირველ პრენატალურ ვიზიტზე ასიმპტომურ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკი (კერძოდ, ვისაც ადრე ჰქონდა ნაადრევი მშობიარობა). BV-ზე რუტინული ტესტირების ეფექტურობის დამადასტურებელი მტკიცებულებები არ არსებობს (D);

- პაპანიკოლაუს ტესტი (Pap) აღებულ უნდა იქნეს პირველ პრენატალურ ვიზიტზე, თუკი ის არ ჩატარებულა განვლილი წლის განმავლობაში (D).

რეკომენდაციები ანგარიშგებისა და რეფერალის თაობაზე

- HBsAg-ზე დადებითი ქალების შემთხვევაში ანგარიში უნდა მიეწოდოს ადგილობრივ და/ან სახელმწიფო ჯანდაცვის დეპარტამენტს, რათა მოხდეს დროული და შესაბამისი პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება მათი ახალშობილებისათვის. ინფორმაცია ორსულის HBsAg სტატუსის შესახებ უნდა მიეწოდოს სამშობიაროს, სადაც დაგეგმილია მშობიარობა და იმ სამედიცინო პროვაიდერს, რომელსაც ევალეზა ახალშობილზე ზრუნვა. ამის გარდა, HBsAg-ზე დადებით ქალებთან კონტაქტში მყოფ ნათესავებსა და სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ ვაქცინაცია (D);
- HBsAg-ზე დადებით ქალებს უნდა ჩაუტარდეს ან გაიგზავნონ შესაბამისი კონსულტირებისა და სამედიცინო მენეჯმენტისათვის. HBsAg-ზე დადებით ორსულ ქალებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია B ჰეპატიტის შესახებ, რომელშიც განხილული იქნება:(C)
- გადაცემის გზები;
- მნიშვნელოვანი პერინატალური საკითხები (მაგ.; ძუძუთი კვება უკუნაჩვენები არ არის);
- HBV ტრანსმისიის პრევენცია, მათ შორის, ახალშობილების კონტაქტისშემდგომი პროფილაქტიკისა და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის მნიშვნელობა კონტაქტში მყოფი ნათესავებისა და სქესობრივი პარტნიორებისათვის; და
- ქრონიკული HBV ინფექციის შეფასება და მკურნალობა.
- HCV-ინფიცირებული ორსული ქალებისათვის მკურნალობა არ არის ხელმისაწვდომი. მიუხედავად ამისა, ყველა ორსულ ქალს, HCV ინფექციით უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი კონსულტირება და თუ საჭიროა, გაეწიოს მხარდაჭერა (იხ.[C ჰეპატიტი, პრევენცია](#)). HCV ტრანსმისიის საწინააღმდეგო ვაქცინა ჯერჯერობით არ არსებობს.(C)
- იმ შემთხვევაში, თუკი მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში არ აღინიშნება დაზიანებები, იმ ქალებისათვის, რომელთაც აქვთ მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის ანამნეზი, სერიული კულტურალური ანალიზი HSV-ზე (მარტივი ჰერპესის ვირუსზე) რეკომენდებული არ არის. ამის გარდა, საკმარისი რაოდენობით მტკიცებულებები არ მოიპოვება HSV-2-ზე რუტინული სეროლოგიური სკრინინგისათვის ორსულობის პერიოდში იმ ქალებისათვის, რომელთაც მანამდე ჰერპესული ინფექცია არ ჰქონდათ დიაგნოსტირებული, ისევე როგორც არ გვაქვს მტკიცებულებები გვიანი გესტაციის პერიოდში HSV-2-ზე დადებითი ქალებისათვის რუტინულად ანტივირუსული სუპრესიული თერაპიის ჩატარების შესახებ.(D)
- გენიტალური მექეჩების არსებობა არ წარმოადგენს ჩვენებას საკეისრო კვეთისათვის.(D)
- არ მოიპოვება საკმარისი მტკიცებულებები *Trichomonas vaginalis*-ზე რუტინული სკრინინგისათვის ასიმპტომურ ორსულ ქალებში.(D)

6.4.2. სგდ-ის პრევენცია მოზარდებში

მოზარდებში ბევრი სგდ-ის სიხშირე უფრო მაღალია. ასე მაგალითად, ქლამიდიოზისა და გონორეის შემთხვევათა სიხშირე უფრო მაღალია 15–19 წლის გოგონებში, ხოლო მრავალი პირი HPV–თი (აღამიანის პაპილომა ვირუსით) ინფიცირდება მოზარდობის პერიოდში. მოზარდებში მწვავე HBV ინფექციის ყველაზე გავრცელებული რისკ-ფაქტორია სქესობრივი კონტაქტი ქრონკულად ინფიცირებულ პირთან, მრავალრიცხოვან სქესობრივ პარტნიორებთან, ან ჰომოსექსუალური სექსუალური ორიენტაცია. მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში HBV–ტრანსმისიის სრული ელიმინაციის ყოვლისმომცველი სტრატეგიის ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილად განიხილება ACIP–ის (იმუნიზაციის პრაქტიკის მრჩეველთა კომიტეტის) რეკომენდაცია ყველა ბავშვსა და მოზარდს ჩაუტარდეს HBV ვაქცინაცია²⁶.

სქესობრივად აქტიურ უფრო მცირეწლოვან მოზარდებს (კერძოდ, ვისი ასაკიც < 15 წელზე), აღენიშნებათ სგდ-ის სპეციფიკური რისკი, ეს განსაკუთრებით ეხება მოზარდებს სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში, სგდ-ის კლინიკებში, მამაკაც ჰომოსექსუალებსა და საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლებს. მოზარდებს აღენიშნებათ სგდ-ის უფრო მაღალი რისკი, რადგანაც ისინი ხშირად მიმართავენ დაუცველ სექსს, ბიოლოგიურად წარმოადგენენ ინფექციის უფრო მგრძობიარე მიმღებებს, ხშირად მათი სქესობრივი კონტაქტები ხანმოკლეა და სამედიცინო მომსახურების მიღების მცდელობისას აწყდებიან მრავალ წინააღმდეგობას. ამ საკითხებიდან ზოგიერთის მოგვარება შეუძლიათ იმ კლინიკისტებს, რომლებიც წარმოადგენენ მოზარდთა სერვისების პროვაიდერებს. კლინიკისტებს შეუძლიათ ზემოქმედება მოახდინონ მოზარდთა განათლების ნაკლებობაზე სგდ-ისა და მათი შედეგების შესახებ ჯანმრთელი სქესობრივი ქცევის რეკომენდაციების შეთავაზების გზით და ამგვარად თავიდან აიცილონ ისეთი ქცევითი სტერეოტიპების დამკვიდრება, რომლითაც ხდება სქესობრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელობის დაკნინება.

საქართველოში მოზარდებში სგდ-ის კონფიდენციალური დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უფლების საკითხი რეგულირდება კანონით „პაციენტთა უფლებების შესახებ“. ამ კანონის თანახმად:

მუხლი 40

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:

ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;

ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან

ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

მუხლი 41

1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწვევს მიმართა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ მიზეზთა გამო.

2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწვევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

3. არასრულწლოვან პაციენტს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, უფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ იგი სამედიცინო მომსახურების გამწვევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

კონფიდენციალობის გადაწყვეტი მნიშვნელობის გათვალისწინებით, სამედიცინო პროვაიდერებმა უნდა განახორციელონ პოლიტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს კონფიდენციალობას და თავსებადია ადგილობრივ საკანონმდებლო ბაზასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ მოზარდებში სგგდ გავრცელებულია, სამედიცინო პროვაიდერების მცდელობა სქესობრივი ქცევის გამოკვლევის, სგგდ-ის რისკის შეფასების, რისკის შემცირების შესახებ კონსულტირებისა და კლინიკაში შემთხვევით მომართული ასიმპტომური პაციენტების ინფექციაზე სკრინინგის თვალსაზრისით ხშირად წარუმატებელია. ამ მგრძნობარე საკითხზე კონსულტირების სტილი და შინაარსი უნდა ადაპტირდეს მოზარდებისათვის. დისკუსია მისაღები უნდა იყოს პაციენტის განვითარების დონისათვის და მიზნად უნდა ისახავდეს სარისკო ქცევის (კერძოდ, სქესობრივი ქცევისა და წამალმომხმრების) დადგენას. ფრთხილი, არაგანმსჯელი და დაწვრილებითი კონსულტირება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ მოზარდებისათვის, რომლებიც შესაძლებელია არ აცნობიერებდნენ იმ ფაქტს, რომ ისინი მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.

რეკომენდაცია:

- მოზარდების სამედიცინო შემოწმების პროცესში პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა შეაფასონ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებებისათვის დამახასიათებელი სარისკო ქცევის ალბათობა და მაღალი რისკის დადგენის შემთხვევაში ჩაუტარონ ფრთხილი, არაგანმსჯელი კონსულტირება სგგდ-ის პრევენციის მეთოდების შესახებ. (D)

6.4.3. ბავშვები

სგგდ–ით დაავადებული ბავშვების მენეჯმენტი მოითხოვს კლინიცისტების, ლაბორატორიის მუშაკებისა და ბავშვთა დამცავი ორგანიზაციების მჭიდრო თანამშრომლობას. როდესაც ნაჩვენებია, ოფიციალური გამოკვლევები სასწრაფოდ უნდა განხორციელდეს. ზოგიერთი დაავადება (მაგ.: გონორეა, სიფილისი და ქლამიდიოზი) 100%-ით სქესობრივი კონტაქტის მაჩვენებელია, მაშინ როცა სხვა დაავადებებისათვის (მაგ.: HPV ინფექციისა და ვაგინიტისათვის) ასოციაცია სქესობრივ კონტაქტთან ასეთი თვალსაჩინო არ არის ([იხ.: სქესობრივი ძალადობა და სგგდ](#)).

6.4.4. მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კონტაქტი მამაკაცებთან (MSM)

ზოგადაა MSM–ს აივ ინფექციისა და სხვა ბაქტერიული ან ვირუსული სგგდ–ის მაღალი რისკი გააჩნია. 1980–იანი წლებიდან შუა 1990–იან წლებამდე MSM–ში დაუცველი სქესობრივი პრაქტიკის, რეგისტრირებული ბაქტერიული სგგდ–ისა და აივ–ინფექციის ახალი შემთხვევების სიხშირე მნიშვნელოვნად შემცირდა. ამის მიუხედავად, უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში მოხდა სიფილისის, გონორეისა და ქლამიდიური ინფექციის, აგრეთვე დაუცველი სქესობრივი ქცევის სიხშირის ზრდა MSM–ს შორის როგორც აშშ–ში, ისევე მთელს განვითარებულ სამყაროში. ამ ქცევითი ცვლილებების ზეგავლენის შეფასება აივ–ტრანსმისიაზე ჯერ არ განხორციელებულა, თუმცა, წინასწარი მონაცემებით შესაძლებელია ვივარაუდოთ, რომ აივ–ინფექციის სიხშირე ზოგიერთ MSM–ში გაიზარდა. ეს დამატებითი ტენდენციები სავარაუდოდ დაკავშირებულია აივ–ინფექციის მიმართ დამოკიდებულების ცვლილებასთან, რაც თავის მხრივ განპირობებულია აივ/შიდსის გაუმჯობესებული თერაპიის ზეგავლენით სიცოცხლის ხარისხსა და ხანგრძლივობაზე, ნარკოტიკულ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პატერნის ცვლილებით, MSM პოპულაციაში დემოგრაფიული ცვლილებებითა და სქესობრივი პარტნიორების შეცვლილი გარემოთი, რაც წარმოადგენს პარტნიორთა შექმნის ახალი წყაროების გაჩენის შედეგს.

რეკომენდაციები:

- კლინიცისტებმა უნდა განიხილონ სგგდ–ის რისკი ყველა მამაკაც პაციენტთან, მათ შორის, რუტინულად მოიძიონ ინფორმაცია პაციენტის სქესობრივი პარტნიორების შესახებ. MSM–მა, მათ შორის, აივ–ინფიცირებულებმა, უნდა გაიარონ არაგანმსჯელი შეფასება სგგდ/აივ–ზე და ჩატარდეთ პაციენტზე ორიენტირებული კონსულტირება აივ–ის ან სხვა სგგდ–ის შექმნის ან ტრანსმისიის ალბათობის შემცირების მიზნით.(C)
- კლინიცისტებს მჭიდრო ურთიერთობა უნდა ჰქონდეთ ადგილობრივ სოციალურ თუ საზოგადოებრივ სერვისებთან, რომელთაც შეუძლიათ დახმარება აღმოუჩინონ მაღალი რისკის MSM–ს ქცევის შეცვლის თვალსაზრისით.(D)
- კლინიცისტებმა ასევე რუტინულად უნდა გამოკითხონ სქესობრივად აქტიურ MSM–ს გავრცელებული სგგდ–ის სიმპტომების შესახებ, როგორცაა ურეთრალური გამონადენი, დიზურია, გენიტალური და პერიანალური წყლულები, რეგიონული ლიმფადენოპათია, გამონაყარი კანზე და პროქტიტისათვის დამახასიათებელი ანო–რექტალური სიმპტომები.

სიმპტომური პაციენტების დიაგნოსტიკური ტესტირებისათვის კლინიკისტებმა უნდა შეინარჩუნონ ტესტირების უფრო დაბალი ზღურბლი.(D)

- გავრცელებულ სგდ-ზე რუტინული ლაბორატორიული სკრინინგი ნაჩვენებია სქესობრივად აქტიური ყველა MSM-ისათვის. სკრინინგის ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციები ემყარება წინასწარ მონაცემებს.^{27,28} ეს ტესტები უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე, წელიწადში ერთხელ მაინც სქესობრივად აქტიურ MSM-ს, მათ შორის მამაკაცებს, რომელთაც დადგენილი აქვთ ან არა აქვთ დადგენილი აივ-ინფექცია(D):
 - აივ-ზე სეროლოგიური გამოკვლევა, თუკი პაციენტი აივ-ნეგატიურია ან არ არის ტესტირებული გასული წლის განმავლობაში;
 - სეროლოგიური გამოკვლევა სიფილისზე;
 - ტესტირება ურეთრალურ ინფექციებზე, კერძოდ *N.gonorrhoeae*-სა და *C. trachomatis*-ზე მამაკაცებს, რომელთაც ჰქონდათ აქტიური სქესობრივი აქტი* გასული წლის განმავლობაში;
 - ტესტირება რექტალურ ინფექციებზე †, კერძოდ *N.gonorrhoeae*-სა და *C. trachomatis*-ზე მამაკაცებს, რომელთაც გასული წლის განმავლობაში ჰქონდათ რეცეპტიული ანალური სქესობრივი აქტი*;
 - ტესტირება ფარინგეალურ *N.gonorrhoeae*-ით ინფექციაზე † მამაკაცებში, რომელთაც გასული წლის განმავლობაში ჰქონდათ დადასტურებული რეცეპტიული ორალური სქესობრივი აქტი*. ტესტირება *C. trachomatis* ფარინგეალურ ინფექციაზე რეკომენდებული არ არის.

დამატებით, ზოგჯერ გასათვალისწინებელია ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური ტესტირება HSV-2-ზე, თუკი პაციენტის ინფექციური სტატუსი უცნობია. რუტინული სკრინინგი ანალურ ციტოლოგიურ ანომალიებსა და ანალურ HPV-ინფექციაზე რეკომენდებული არ არის, მანამ სანამ მეტი მონაცემი არ იქნება სკრინინგის მეთოდების სანდოობის, მკურნალობის უსაფთხოებისა და მასზე დამყოლობის, აგრეთვე პროგრამული მოსაზრებების შესახებ.

სგდ-ზე უფრო ხშირი სკრინინგი (კერძოდ, 3–6 თვეში ერთხელ) ნაჩვენებია MSM-ისათვის, რომელთაც ყავთ მრავალრიცხოვანი ან ანონიმური სქესობრივი პარტნიორები, მოიხმარენ უკანონო წამლებს, გამოიყენებენ მეტამფეტამინს, ან მათი სქესობრივი პარტნიორები დაკავებული არიან აღნიშნული აქტივობებით.

A და B ჰეპატიტის წინააღმდეგ ვაქცინაცია რეკომენდებულია ყველა MSM-ისათვის, რომელთა წარსულში ინფიცირების ან იმუნიზაციის სტატუსის დოკუმენტური დადგენა შეუძლებელია. იმ MSM-ში ვაქცინაციის ხარჯების შესამცირებლად, რომელთაც შესაძლებელია უკვე აღენიშნებათ ანტისხეულები HAV ან HBV-ს მიმართ, შეიძლება ჩატარდეს იმუნიზაციამდე სეროლოგიური ტესტირება, მაგრამ ამ ტესტების გამო ვაქცინაცია არ უნდა გაჭიანურდეს.

* გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც აქტის დროს გამოიყენებოდა კონდომი;

† პროვაიდერებმა უნდა გამოიყენონ კულტურალური გამოკვლევა ან ტესტი, რომელიც დამტკიცებულია FDA-ს ან ადგილობრივი სამედიცინო სტანდარტიზაციის დაწესებულების მიერ.

წარსულში გადატანილი ინფექციის ან იმუნიზაციის გამო HAV ან HBV-ზე დადებითი პირების ვაქცინაცია არ ზრდის ვაქცინასთან დაკავშირებული გვერდითი ეფექტების რისკს. (იხ.:[B ჰეპატიტი, ვაქცინაციამდე ანტიხეულების სკრინინგი](#)).

6.4.5. ქალები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი ქალებთან (WSW)

ქალებს შორის სქესობრივი კავშირის დროს სგგდ-ის გადაცემის რისკის შესახებ მონაცემები ნაკლებად მოიპოვება, თუმცა ტრანსმისიის რისკი, სავარაუდოდ, ცვალებადობს სგგდ-ს სპეციფიკისა და სქესობრივი პრაქტიკიდან გამომდინარე (მაგ.: ორალურ-გენიტალური სექსი, ვაგინალური ან ანალური სექსი ხელის, თითების, ან პენეტრაციული ინტიმური ინსტრუმენტების გამოყენებით, ან ორალურ-ანალური სექსი).^{29,30} დიგიტალურ-ვაგინალური და დიგიტალურ-ანალური სქესობრივი კონტაქტის პრაქტიკა, განსაკუთრებით, მაპენეტრირებელი ინტიმური საგნების გამოყენებით, გულისხმობს ინფიცირებული ცერვიკო-ვაგინალური სეკრეტის ტრანსმისიას. ამ შესაძლებლობის აღბათობა განსაკუთრებით დასტურდება მეტრონიდაზოლ-რეზისტენტული ტრიქომონიაზისა და სქესობრივი გზით გადაცემული გენოტიპ-კონკორდანტული აივ-ინფექციის შემთხვევათა სტატისტიკით იმ ქალებს შორის, რომელთაც აღენიშნებოდათ ამგვარი ქცევა და ბაქტერიული ვაგინოზის (BV) მაღალი გავრცელებით მონოგამურ WSW-ს შორის. HPV-ს ტრანსმისია შესაძლებელია მოხდეს კანით-კანთან ან კანით-ლორწოვანთან კონტაქტის შედეგად, რომელიც ხდება ქალებს შორის სქესობრივი კონტაქტის დროს. HPV ვირუსის დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავა აღმოჩენილ იქნა პოლიმერაზულ-ჯაჭვური რეაქციის (PCR) საშუალებით WSW-ს 13-30%-ის ცერვიკალურ, ვაგინალურ და ვულვის მასალაში, ხოლო იმ WSW-თა Pap-ტესტში, რომელთაც ადრე არ ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან, გამოვლინდა მაღალი და დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელიარული დაზიანება (SIL).³¹ ამის მიუხედავად, თვით-გაცნობიერებული WSW-ს უმრავლესობას (53%-99%-ს) ჰქონიათ სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან და შეუძლიათ ამ პრაქტიკის გაგრძელება.³² ამიტომ სქესობრივი ორიენტაციისა და სქესობრივი პრაქტიკის სპეციფიკის მიუხედავად, ყველა ქალმა უნდა გაიაროს Pap-ტესტირება, არსებული ეროვნული გაიდლაინების მიხედვით.

HSV-2 გენიტალური ტრანსმისია მდებარეობითი სქესის პარტნიორებს შორის სავარაუდოდ არაეფექტურია, მაგრამ WSW-ს შორის ორო-გენიტალური სექსის შედარებით მაღალი სიხშირის გამო ისინი HSV-1ით ინფიცირების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. ამ ჰიპოთეზის დადასტურება ხდება ლესბოსელებში HSV-1 სეროპოზიტიურობასა და მათ წინარე მდებარეობითი სქესის პარტნიორთა რაოდენობას შორის ასოციაციის არსებობით. ყოფილა შემთხვევები მდებარეობითი სქესის პარტნიორებს შორის სიფილისის ტრანსმისიისა, სავარაუდოდ, ორალური სექსის საშუალებით. მიუხედავად იმისა, რომ *C. trachomatis*-ის ტრანსმისიის სიხშირე ქალებს შორის უცნობია, იმ WSW-ს, რომელთაც სქესობრივი კავშირი აქვთ აგრეთვე მამაკაცებთან, აღენიშნებათ ამ დაავადების რისკი და ამიტომ მათ უნდა ჩაუტარდეთ რუტინული სკრინინგი გაიდლაინის მიხედვით.

რეკომენდაცია:

- ქალებს, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი ქალებთან, კლინიცისტმა უნდა გამოკითხოს სქესობრივი კავშირის ტიპის შესახებ და შეაფასოს სპეციფიური სგდ-ს განვითარების რისკი;(C)
- სქესობრივი პრაქტიკისა და ორიენტაციის მიუხედავად ყველა ქალმა უნდა გაიაროს Pap-ტესტირება, საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის მიზნით;(B)
- WSW-ს, რომელთაც სქესობრივი კავშირი აქვთ მამაკაცებთანაც, უნდა ჩაუტარდეთ რუტინული სკრინინგი *C. trachomatis*-ით გამოწვეულ გენიტალურ ინფექციაზე.(C)

7. აივ ინფექცია: გამოვლენა, კონსულტირება და რეფერალი

7.1 აივ-ინფექციის დეფინიცია

აივ-ინფექცია წარმოადგენს რეტროვირუსულ ინფექციას, რომელიც იწვევს შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომს (შიდს-ს) იმუნური სისტემის T-ჰელფერული უჯრედების დაზიანების შედეგად. ყველაზე ფართოდ გავრცელებული სეროტიპი HIV-1, გავრცელებულია მთელს მსოფლიოში, მაშინ, როცა HIV-2 გვხვდება მხოლოდ დასავლეთ აფრიკაში. აივ ინფიცირების შედეგად ვღებულობთ დაავადებათა ფართო სპექტრს, რომელიც ცვალებადობს კლინიკურად ლატენტური ფორმიდან შიდს-ამდე, როგორც დაავადების ბოლო სტადიის მანიფესტაციამდე.

7.2. აივ-ინფექციის ეპიდემიოლოგია

აივ-ინფექცია მსოფლიოში ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს: 2001 წლის ბოლოს აივ-ინფექციით ინფიცირებული იყო 40 მილიონზე მეტი ადამიანი მსოფლიოში, რომელთაც აღენიშნებოდათ ვირუსმტარებლობა ან შიდს-ი. ჯანმო-მ დაადგინა, რომ 1981 წელს ინფექციის პირველი აღწერის მომენტიდან დღემდე, შიდს-ით დაახლოებით 20 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა. ამ სიკვდილიდან დაახლოებით 500 000 შემთხვევა რეგისტრირებული იყო აშშ-ში. ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით აივ-ინფექციის სიხშირე ბოლო წლებში კატასტროფულად მატულობს საქართველოში, რაც ამ დაავადებას ქვეყნის ჯანდაცვის მნიშვნელოვან პრობლემად აქცევს.

7.3 აივ-ინფექციის ეტიოპათოგენეზი და კლინიკური სიმპტომატიკა

აივ ინფიცირების შედეგად ვღებულობთ დაავადებათა ფართო სპექტრს, რომელიც ცვალებადობს კლინიკურად ლატენტური ფორმიდან შიდს-ამდე, როგორც დაავადების ბოლო სტადიის მანიფესტაციამდე. დაავადების პროგრესირების სიჩქარე ვარიაციებს განიცდის. არანამკურნალე პაციენტებში დრო, რომელიც გადის აივ-ინფიცირებიდან შიდს-ის განვითარებამდე, შესაძლებელია იცვლებოდეს რამდენიმე თვიდან 17 წლამდეც კი (საშუალოდ, 10 წელი). მოზრდილებისა და მოზარდების უმრავლესობა, რომლებიც აივ-ინფიცირებული არიან, უსიმპტომოდ რჩებიან დიდი დროის განმავლობაში, მაგრამ ვირუსის რეპლიკაცია

აქტიურია ინფექციის ყველა სტადიაზე და მნიშვნელოვნად იზრდება იმუნური სისტემის დარღვევის შედეგად. მკურნალობის არარსებობისას შიდსი დროთა განმავლობაში უვითარდება თითქმის ყველა აივ-ინფიცირებულ პირს. ანტირეტროვირუსული თერაპიის გაუმჯობესებას, აგრეთვე პაციენტებსა და სამედიცინო პროვაიდერებში აივ-ტრანსმისიასთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორების შესახებ ცოდნის გაუმჯობესებას მოჰყვა აივ-ტესტირების სიხშირის გაზრდა და უფრო ადრეული დიაგნოსტიკა, ხშირად მანამ სანამ სიმპტომები იჩენდეს თავს. მიუხედავად ამისა, აივ-ინფიცირებულთა დაახლოებით 40%-ში დიაგნოზის დასმა მაინც დაგვიანებით ხდება, კერძოდ შიდს-ის განვითარებიდან 1 წლის განმავლობაში. აივ-ინფექციის დაუყოვნებელი დიაგნოსტიკა აუცილებელია მრავალრიცხოვანი მიზეზების გამო. ამჟამად ხელმისაწვდომია მკურნალობის მეთოდები, რომლებიც ანელებენ იმუნური სისტემის ფუნქციის გაუარესებას; უკანასკნელ წლებში თერაპიის ამ მეთოდების გამოყენებასთან დაკავშირებულია აივ-ასოცირებული ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი შემცირება. აივ ინფიცირებულ პირებს, რომელთა იმუნური სისტემაც დაზიანებულია, აღენიშნებათ იმ ინფექციურ დაავადებათა მომატებული რისკი, რომელთა წინააღმდეგაც შესაძლებელია პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება (მაგ.: *Pneumocystis jiroveci*-ით გამოწვეული პნევმონია, ტოქსოპლაზმური ენცეფალიტი [TE], *Mycobacterium avium*-ით გამოწვეული დისემინირებული კომპლექსური დაავადება [MAC], ტუბერკულოზი [TB], და ბაქტერიული პნევმონია). იმუნური სისტემის დაზიანების გამო აივ-ინფექცია მოქმედებს ბევრი სხვა დაავადების დიაგნოსტიკაზე, შეფასებაზე, მკურნალობასა და მეთვალყურეობაზე, აგრეთვე, შესაძლებელია იმოქმედოს ზოგიერთი სგგდ-ის ანტიმიკრობული თერაპიის ეფექტურობაზე. და ბოლოს, აივ-ინფექციის ადრეული დიაგნოსტიკის მეშვეობით სამედიცინო პროვაიდერებს საშუალება ეძლევათ ჩაუტარონ კონსულტირება ინფიცირებულ პაციენტებს, გააგზავნონ ისინი სხვადასხვა მხარდამჭერ სერვისებში და დაეხმარონ სხვა პირებზე აივ-ტრანსმისიის პრევენციაში. ინფიცირების მწვავე პერიოდში პაციენტს შესაძლებელია აღენიშნებოდეს ვირუსის მომატებული რაოდენობა და ამდენად, მათი პარტნიორებისათვის აივ-ტრანსმისიის ალბათობა იყოს უფრო მაღალი.^{33,34}

7.4 აივ-ინფექციის აღმოჩენა: სკრინინგი და დიაგნოსტიკური ტესტები

ყველა პირს, რომელიც მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას სგგდ-ზე შეფასებისა და მკურნალობის მიზნით, უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი აივ-ინფექციაზე, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ცნობილი ან საექვო პაციენტის სპეციფიკური ქცევითი რისკი აივ-ინფექციის თვალსაზრისით.

თანხმობა და ტესტის-წინა ინფორმირება

აივ-ტესტირება უნდა იყოს ნებაყოფლობითი და განხორციელდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი ინფორმირებულია და კარგადა აქვს გაცნობიერებული, რომ დაგეგმილია მისი ტესტირება. პაციენტს წერილობით ან ზეპირად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია აივ-ტესტირების შესახებ, თუკი ის არ უარყოფს გამოკვლევას (ე.წ. სკრინინგში მონაწილეობაზე უარი). ზეპირ და წერილობით განმარტებაში მითითებული უნდა იყოს ტესტის დადებითი და უარყოფითი შედეგების მნიშვნელობა, ხოლო პაციენტს უნდა მიეცეს კითხვების დასმისა და ტესტირებაზე გააზრებული უარის თქმის შესაძლებლობა.

პრევენციული კონსულტირება

პრევენციული კონსულტირება არ უნდა იყოს დაკავშირებული აუცილებლად აივ-ტესტირების პროცესთან. თუმცა, ზოგიერთი პაციენტი შესაძლოა, უფრო მეტად დაფიქრდეს აივ-ინფექციასა და საკუთარ რისკზე აივ-ტესტირების პერიოდში. აივ-ტესტირება შესაძლებელია იდეალური საშუალება იყოს აივ-ინფიცირების რისკის შემცირების მიზნით ქცევითი ცვლილებების მხარდასაჭერად პრევენციული კონსულტირებისათვის. პრევენციული კონსულტირება უნდა მიეწოდოს და წახალისდეს ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებშიც ხდება მაღალი რისკის პაციენტების მომსახურება და იქაც (მაგ. სგგდ-ის კლინიკებში), სადაც ინფორმაცია აივ-რისკის შემცველი ქცევის შესახებ რუტინულად მიეწოდება.

აივ-ინფექციის მართვის რეკომენდაციები იხ. შესაბამის ნაციონალურ გაიდლაინში.

8. დაავადებები, რომლებიც ხასიათდებიან გენიტალური წყლულებით

8.1 განმარტება

გენიტალური წყლული წარმოადგენს გენიტალიების მიდამოს წყლულოვან დაზიანებას, რომელიც ძირითადად გამოწვეულია გენიტალური ჰერპესით, სიფილისით, ან შანკროიდით.

8.2 ეპიდემიოლოგია

თითოეული ამ დაავადების სიხშირე დამოკიდებულია გეოგრაფიულ არესა და პაციენტთა პოპულაციაზე; თუმცა ამ დაავადებებიდან ყველაზე გავრცელებული გენიტალური ჰერპესია. გენიტალური წყლულების მქონე პაციენტში შესაძლებელია ჩამოთვლილიდან ერთზე მეტი დაავადება აღინიშნებოდეს. სამივე დაავადება ასოცირებულია აივ-ინფექციის მაღალ რისკთან. ყველა გენიტალური წყლული არ არის გამოწვეული სგგდ-ით.

8.3 გენიტალური წყლულების ეტიოპათოგენები და დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი, რომელიც მხოლოდ პაციენტის სამედიცინო ანამნეზსა და ფიზიკალურ გასინჯვას ემყარება, ხშირად არაკურატულია. ამის გამო ყველა პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება გენიტალური წყლულები, გამოკვლეულ უნდა იქნეს სეროლოგიურად სიფილისზე და ჩაუტარდეს დიაგნოსტიკური შეფასება გენიტალურ ჰერპესზე; იმ ადგილებში, სადაც გავრცელებულია შანკროიდი, უნდა ჩატარდეს **A. სწორია** რება *Haemophilus ducreyi*-ზე. გენიტალური წყლულების შესაფასებელი სპეციფიური **B. მცდარია** იცავს: 1) სიფილისის სეროლოგიას და *T. pallidum*-ზე ბნელ ველში გამოკვლევას ან პირდაპირ იმუნოფლოუორესცენტულ ტესტს; 2) HSV-ზე კულტურალურ ან ანტიგენურ ტესტს; და 3) *H. ducreyi*-ს კულტურას.

HSV-2-ზე ტიპოსპეციფიური სეროლოგიური რეაქცია შესაძლებელია სასარგებლო იყოს გენიტალური ჰერპესის მქონე პირთა იდენტიფიცირებისათვის (იხ. [გენიტალური ჰერპესი, ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური ტესტები](#)). გენიტალური წყლულების ბიოფსია შესაძლებელია დაგვეხმაროს იმ წყლულების მიზეზთა იდენტიფიცირებაში, რომლებიც უჩვეულოა და არ ემორჩილებიან საწყის თერაპიას. აივ-ტესტირება უნდა ჩაუტარდეს ყველა

პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება *T. pallidum* ან *H. ducreyi*-ით გამოწვეული გენიტალური წყლული და მკაცრად უნდა იქნეს გათვალისწინებული მათთვის, სადაც წყლულის მიზეზი HSV-ინფექციაა (იხ. დიაგნოსტიკური განხილვა, სექციები [სიფილისი, შანკროიდი და გენიტალური მარტივი ჰერპესის ვირუსი](#)).

სამედიცინო პროვაიდერმა მკურნალობა უნდა დაიწყოს მანამ სანამ სახეზე ექნება ტესტის შედეგები, რადგანაც ადრეული მკურნალობა ამცირებს ტრანსმისიის გაგრძელების შესაძლებლობას და გენიტალური ჰერპესის წარმატებული მკურნალობა დამოკიდებულია თერაპიის სწრაფ დაწყებაზე. კლინიკისტმა მკურნალობა უნდა დაიწყოს ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზის მიმართულებით, კლინიკური პრეზენტაციისა და ეპიდემიოლოგიური გარემოებების გათვალისწინებით. ზოგიერთ შემთხვევაში უნდა დაიწყოს დამატებითი მდგომარეობების მკურნალობა დიაგნოსტიკური გაურკვევლობის გამო. სრულყოფილი დიაგნოსტიკური შეფასების მიუხედავად, პაციენტთა დაახლოებით 25%-ს რომელთაც აღენიშნებათ გენიტალური წყლულები, ლაბორატორიულად დადასტურებული დიაგნოზი არა აქვთ.

8.3.1 შანკროიდი

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში შანკროიდი ჩვეულებრივ გვხვდება ცალკეული აფეთქებების სახით, თუმცა დაავადება ენდემურია ზოგიერთ რეგიონში. შანკროიდი წარმოადგენს აივ-ტრანსმისიის კოფაქტორს, ისევე, როგორც გენიტალური ჰერპესი და სიფილისი; აშშ-სა და სხვა ქვეყნებში აღენიშნება აივ-ინფექციის მაღალი სიხშირე იმ პაციენტებში, რომლებიც დაავადებული არიან შანკროიდით. იმ პაციენტთა დაახლოებით 10%-ს, რომლებიც დაავადდნენ შანკროიდით აშშ-ში, აღენიშნებათ *T. pallidum* ან HSV-თი კოინფექცია; ეს პროცენტი უფრო მაღალია პირებში, რომელთაც შანკროიდი შეიძინეს დაავადების მაღალი გავრცელების რეგიონებში.

შანკროიდის დიაგნოზის დადასტურება მოითხოვს *H. ducreyi*-ის იდენტიფიცირებას სპეციალურ კულტურალურ ნიადაგზე, რომელიც არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი კომერციულ სტრუქტურებში. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც გამოიყენება ეს ნიადაგი, მგრძობელობა <80%.

მტკივნეული გენიტალური წყლულისა და დაჭიმული ჩირქოვანი საზარდულის ადენოპათიის კომბინაცია შანკროიდის დიაგნოზზე მიუთითებს. შანკროიდის სავარაუდო დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია, თუკი სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა კრიტერიუმი: 1) პაციენტს აქვს ერთი ან მეტი გენიტალური წყლული; 2) პაციენტს არ გააჩნია *T. pallidum*-ით ინფიცირების დამადასტურებელი მტკიცებულება წყლულის ექსუდატის ბნელ ველში გამოკვლევის საფუძველზე, ან წყლულის დაწყებიდან 7 დღის განმავლობაში ჩატარებული სიფილისზე უარყოფითი სეროლოგიური ტესტის შემთხვევაში; 3) გენიტალური წყლულის კლინიკური პრეზენტაცია, შესახედაობა და თუკი სახეზეა შანკროიდისათვის ტიპური რეგიონული ლიმფადენოპათია; და 4) წყლულის ექსუდატის კვლევის შედეგი HSV-ზე ნეგატიურია.

მკურნალობა

შანკროიდის წარმატებული მკურნალობა უზრუნველყოფს ინფექციის განკურნებას, კლინიკური სიმპტომების აღაგებას და სხვებზე დაავადების ტრანსმისიის პრევენციას. ზოგიერთ შემთხვევაში წარმატებული თერაპიის მიუხედავად, შესაძლებელია ნაწიბურის განვითარება.

რეკომენდებული სამკურნალო რეჟიმები*

აზიტრომიცინი 1g პერორალურად ერთჯერადი დოზის სახით

ან

ცეფტრიაქსონი 250 მგ ინტრამუსკულარულად ერთჯერადი დოზის სახით

ან

ციპროფლოქსაცინი 500მგ დღეში ორჯერ 3 დღე

ან

ერთრომიცინი 500მგ დღეში სამჯერ პერორალურად 7 დღის განმავლობაში

* ციპროფლოქსაცინი უკუნაჩვენებია ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. აზიტრომიცინისა და ცეფტრიაქსონის უპირატესობა ერთჯერადი დოზით თერაპიაში მდგომარეობს. ზოგიერთი მიკრობის შემთხვევაში მთელს მსოფლიოში დაფიქსირდა ერთრომიცინის ან ციპროფლოქსაცინის მიმართ საშუალო ხარისხის რეზისტენტობის ფაქტები.

მართვასთან დაკავშირებული სხვა საკითხები

წინადაუცვეთელი მამრობითი სქესისა და აივ-ინფიცირებული პაციენტები ისე კარგად არ ემორჩილებიან თერაპიას, როგორც წინადაცვეთილი ან აივ-ნეგატიური. პაციენტებს აივ-ინფექციაზე ტესტირება უნდა ჩაუტარდეთ შანკროიდის დიაგნოზის დასმის მომენტში. თუკი საწყისი ტესტის შედეგები უარყოფითია, შანკროიდის დიაგნოზის დასმიდან 3 თვეში პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი ტესტირება სიფილისსა და აივ-ინფექციაზე.

მეთვალყურეობა

პაციენტების განმეორებითი გასინჯვა უნდა მოხდეს თერაპიის დაწყებიდან 3–7 დღის შემდეგ. თუკი მკურნალობა წარმატებულია, წყლულების გაუმჯობესება, ჩვეულებრივ, სიმპტომურად ხდება მკურნალობის დაწყებიდან 3 დღეში, ხოლო ობიექტური პროგრესი კი სახეზე გვაქვს 7 დღეში. თუკი კლინიკურ გაუმჯობესებას ადგილი არა აქვს, კლინიცისტმა უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი საკითხები: 1) დიაგნოზის სისწორე; 2) არის თუ არა პაციენტი კო-ინფიცირებული სხვა სგგდ-ით; 3) ხომ არ არის პაციენტი აივ-ინფიცირებული; 4) ტარდებოდა თუ არა მკურნალობა დანიშნულების მიხედვით; ან 5) *H. ducreyi*-ის ის შტამები, რომელთაც გამოიწვიეს დაავადება, რეზისტენტულია დანიშნული ანტიმიკრობული თერაპიის მიმართ. სრული შეხორცებისათვის საჭირო დრო დამოკიდებულია წყლულის სიდიდეზე; დიდი ზომის წყლულების შეხორცებას შესაძლოა დასჭირდეს 2 კვირაზე მეტი. გარდა ამისა, შეხორცების პროცესი შედარებით ნელა მიმდინარეობს ზოგიერთ წინადაუცვეთელ მამაკაცში, რომელთაც აღენიშნებათ წყლული უშუალოდ ჩუჩის ქვეშ. ლიმფადენოპათიის კლინიკური განკურნება უფრო ნელა მიმდინარეობს, ვიდრე წყლულების შეხორცება და ამისათვის შესაძლებელია საჭირო გახდეს ნემსით ასპირაცია, ან პუნქცია და დრენაჟი. მიუხედავად იმისა, რომ შანკროიდული კვანძების ასპირაცია ნემსით მარტივი პროცედურაა, უპირატესობა ენიჭება

პუნქციასა და დრენაჟს, რადგანაც ამ შემთხვევაში კლებულობს განმეორებითი დრენაჟის პროცედურების საჭიროება^{35,36}.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

შანკროდის მქონე პაციენტთა სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ გამოკვლევა და მკურნალობა, თუკი მათ ჰქონდათ სქესობრივი კონტაქტი დიაგნოსტიკურ პირთან სიმპტომების დაწყებამდე 10 დღის განმავლობაში, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა სახეზე დაავადების კლინიკა.

სპეციალური საკითხები

ორსულობა

ორსულ ან მემუძურ ქალებში აზიტრომიცინის ეფექტურობა და უსაფრთხოება დადგენილი არ არის. ციპროფლოქსაცინი უკუნაჩვენებია ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. შანკროდის გვერდითი ეფექტების ზემოქმედების შესახებ ორსულობის გამოსავალზე მონაცემები არ მოიპოვება.

აივ ინფექცია

აივ-ინფიცირებულ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ შანკროდი, უნდა ჩაუტარდეთ უფრო ზედმიწევნითი მონიტორინგი, რადგანაც ამ პაციენტთა ჯგუფს აქვს წარუმატებელი მკურნალობისა და წყლულების გაჭიანურებული შეხორცების უფრო მაღალი ალბათობა. აივ-ინფიცირებულ პაციენტებს შესაძლებელია დასჭირდეს თერაპიის უფრო ხანგრძლივი კურსი, ვიდრე რეკომენდებულია აივ-ნეგატიური პირებისათვის და თანაც მკურნალობა შეიძლება წარუმატებლად დამთავრდეს ნებისმიერი რეჟიმის დროს. იმის გამო, რომ ცეფტრიაქსონისა და აზიტრომიცინის რეჟიმების თერაპიული ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებების რაოდენობა შეზღუდულია, ამ სქემების გამოყენება აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში უნდა მოხდეს მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც გარანტირებულია შემდგომი მეთვალყურეობა. აივ-ინფიცირებული პაციენტების სამკურნალოდ ზოგიერთი სპეციალისტი უპირატესობას ანიჭებს ერთრომიცინის 7 დღიან სამკურნალო სქემას.

8.3.2 გენიტალური HSV ინფექცია

გენიტალური ჰერპესი წარმოადგენს ქრონიკულ, ხანგრძლივ ინფექციას. გამოყოფილია HSV –ს ორი ტიპი: HSV-1 და HSV-2. მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის შემთხვევათა უმრავლესობა გამოწვეულია HSV-2-ით, თუმცა დაავადების პირველი ეპიზოდის უფრო გავრცელებულ მიზეზს შესაძლებელია HSV-1 წარმოადგენდეს. აშშ-ში დაახლოებით 50 მილიონ პირს აღენიშნება გენიტალური ჰერპესული ინფექცია.

HSV-2-ით ინფიცირებულ პირთა უმრავლესობაში არ ხდება გენიტალური ჰერპესის დიაგნოზის დასმა. ამგვარ პირთა საკმაო რაოდენობას აღენიშნება მსუბუქი, შეუცნობელი ინფექცია, მაგრამ პერიოდულად გამოყოფენ ვირუსს გენიტალურ ტრაქტში. გენიტალური ჰერპესის ინფექციის ტრანსმისია შემთხვევათა უმრავლესობაში ხდება იმ პირების მიერ, რომელთაც არ იციათ, რომ ისინი ინფიცირებული არიან, ან ტრანსმისიის პერიოდში არ აღენიშნებათ დაავადების სიმპტომები.

HSV ინფექციის დიაგნოზი

გენტალური ჰერპესის კლინიკური დიაგნოზი არასპეციფიური და არამგრძნობიარეა. ბევრ ინფიცირებულ პირში სახეზე არა გვაქვს კლასიკური მტკივნეული მულტიფორმული ვეზიკულური ან წყლულოვანი დაზიანებები. გენიტალური ჰერპესის პირველი ეპიზოდის დაახლოებით 50%-მდე გამოწვეულია HSV-1-ით³⁷(III), მაგრამ რეციდივები და ვირუსის სუბკლინიკური გამოყოფა გენიტალური HSV-1 ინფექციის შემთხვევაში გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე HSV-2 ინფექციის დროს^{38,39}. ამის გამო ის ფაქტი, თუ რომელი ვირუსითაა გამოწვეული გენიტალური ჰერპესი HSV-1-ით თუ HSV-1-2-ით, ზემოქმედებას ახდენს პროგნოზსა და კონსულტირებაზე. ამიტომ გენიტალური ჰერპესის კლინიკური დიაგნოზის დადასტურება უნდა მოხდეს ლაბორატორიული ტესტირებით⁴⁰. სგდ-ით დაავადებული ან ამ დაავადებების მაღალი რისკის მქონე პაციენტთა სამკურნალო დაწესებულებებში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს HSV-ზე როგორც ვირუსოლოგიური, ისე ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური ტესტები.

ვირუსოლოგიური ტესტები

HSV –ს გამოყოფა უჯრედულ კულტურაში წარმოადგენს უპირატეს ვირუსოლოგიურ ტესტს იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო მომსახურებას გენიტალური წყლულების ან სხვა კან-ლორწოვანის დაზიანებების გამო. მიუხედავად ამისა, კულტურალური გამოკვლევის მგრძნობელობა დაბალია, განსაკუთრებით, მორეციდივე წყლულების შემთხვევაში და სწრაფად მცირდება წყლულების რეგენერაციის დაწყებისთანავე. HSV დნმ-ზე PCR-კვლევა უფრო მგრძნობიარეა და გამოიყენება ვირუსული კულტურის მაგივრად^{41,42}; თუმცა, გენიტალური სეკრეტის გამოკვლევისათვის არ არსებობს FDA-ს მიერ დამტკიცებული PCR ტესტები. PCR წარმოადგენს არჩევის ტესტს თავ-ზურგტვინის სითხეში HSV-ვირუსის აღმოჩენისათვის ცენტრალური ნერვული სისტემის HSV ინფექციის დიაგნოზის დასადგენად. უნდა მოხდეს ვირუსული კულტურის შტამების ტიპირება იმის დასადგენად, რომელი ვირუსია ინფექციის მიზეზი HSV-1 თუ HSV-2. HSV-ს აღმოჩენის არარსებობა (კერძოდ, კულტურალური ან PCR) არ მიუთითებს ჰერპესული ინფექციის არარსებობაზე, რადგანაც ვირუსის გამოყოფა პერიოდულია. HSV-ინფექციის მიერ გამოწვეული უჯრედული ცვლილებების ციტოლოგიური გამოკვლევა დიაგნოსტიკის არამგრძნობიარე და არასპეციფიური მეთოდია, როგორც გენიტალური წყლულების (ე.წ. ცანკის პრეპარატი), ისე ცერვიკალური Pap-ნაცხებისათვის და მათი ნდობა არ შეიძლება.

ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური ტესტები

ინფიცირებიდან პირველი რამდენიმე კვირის განმავლობაში HSV-ს წინააღმდეგ ვითარდება როგორც ტიპო-სპეციფიური, ისე ტიპო-არასპეციფიური ანტისხეულები და პერსისტირებენ განუსაზღვრელი დროის განმავლობაში. აკურატული ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური კვლევა HSV-ზე ემყარება HSV-სპეციფიურ გლიკოპროტეინ G2-სა (HSV-2) და გლიკოპროტეინ G1-ს (HSV-1) განსაზღვრას. ამგვარი ანალიზები პირველად კომერციულ ქსელში გაჩნდა 1999 წელს, მაგრამ უფრო ძველი რეაქტივები, რომელთა საშუალებითაც არ არის შესაძლებელი HSV-1-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ზუსტი განსხვავება HSV-2-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულებისაგან (მიუხედავად საწინააღმდეგოს მტკიცებისა), ჯერ კიდევ რჩება ბაზარზე.

ამიტომ როდესაც ტარდება სეროლოგიური კვლევა, სპეციფიურად უნდა გამოვიყენოთ გლიკოპროტეინ G (gG)-ზე დაფუძნებული ლაბორატორიული კვლევა^{43,44,45}(III).

გლიკოპროტეინ G-ს განსაზღვრაზე დაფუძნებული ტიპოსპეციფიური რეაქცია მოიცავს HerpeSelect™-1 ენზიმურ ლაბორატორიულ ტესტს, იმუნოსორბენტულ ტესტს (ELISA), იმუნოგლობულინ G (IgG)-ს ან HerpeSelect™-2 ELISA IgG-ს და HerpeSelect™ 1 და 2 იმუნობლოტს IgG (Focus Technology, Inc., Herndon, Virginia), და HSV-2 ELISA-ს (Trinity Biotech USA, Berkeley Heights, New Jersey). დარჩენილი ორი ტესტი: Biokit HSV-2 და SureVue HSV-2 (Biokit USA, Lexington, Massachusetts, and Fisher Scientific, Pittsburgh, Pennsylvania, respectively) წარმოადგენს ლაბორატორიულ ანალიზს, რომელიც გვიჩვენებს ანტისხეულებს HSV-2-ის წინააღმდეგ კაპილარულ სისხლში ან შრატში კლინიკაში ვიზიტის პერიოდში. გლიკოპროტეინ G ტიპო-სპეციფიური ტესტების მგრძობელობა HSV-2-ს საწინააღმდეგო ანტისხეულების აღმოსაჩენად 80%-98%-ის ფარგლებში მერყეობს და ცრუ უარყოფითი შედეგების სიხშირე შესაძლებელია უფრო მაღალი იყოს ინფექციის ადრეულ სტადიაზე. ამ ტესტების სპეციფიურობა $\geq 96\%$. ცრუ დადებითი შედეგები შესაძლებელია გამოვლინდეს განსაკუთრებით პაციენტებში HSV-ინფექციის დაბალი ალბათობით. გარკვეულ შემთხვევებში შესაძლებელია ნაჩვენები იყოს განმეორებითი ან დამადასტურებელი ტესტირების ჩატარება, განსაკუთრებით როდესაც საექვოა ჰერპესით ინფიცირება უახლოეს პერიოდში.

იმის გამო, რომ HSV-2 ინფექციის თითქმის ყველა შემთხვევა შექმნილია სქესობრივი გზით, ტიპოსპეციფიური HSV-2-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობა გულისხმობს ანოგენიტალურ ინფექციას და უნდა ჩატარდეს გენიტალური ჰერპესის მქონე პირებისათვის შესაბამისი განათლება და კონსულტირება. მხოლოდ HSV-1-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების არსებობის ინტერპრეტირება შედარებით რთულია. HSV-1-ის საწინააღმდეგო ანტისხეულების მქონე პირთა უმრავლესობას აღენიშნებათ ბავშვობაში შექმნილი ორალური ინფექცია, რომელიც შესაძლებელია უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. ამის მიუხედავად როგორც ჩანს, გენიტალური HSV-1 ინფექციის სიხშირე იზრდება და ისიც ანალოგიურად უსიმპტომოდ შეიძლება მიმდინარეობდეს. HSV-1 სეროპოზიტიურ პირებში სიმპტომების არარსებობისას შეუძლებელია ანოგენიტალური ინფექციის განსხვავება ორო-ლაბიალური ან კანის ინფექციისაგან. HSV-1 ინფიცირებული პირები, ინფექციის შეჭრის ადგილის მიუხედავად, რჩებიან HSV-2-ით ინფიცირების მაღალ რისკ-ჯგუფში.

ტიპო-სპეციფიური HSV სეროლოგიური კვლევა შესაძლებელია სასარგებლო იყოს შემდეგი მდგომარეობების შემთხვევაში: 1) მორეციდივე გენიტალური სიმპტომები ან ატიპიური სიმპტომები HSV ნეგატიური კულტურის ფონზე; 2) გენიტალური ჰერპესის კლინიკური დიაგნოზი ლაბორატორიული დადასტურების გარეშე; და 3) გენიტალური ჰერპესის მქონე სქესობრივი პარტნიორი. ზოგიერთი სპეციალისტი ფიქრობს, HSV-ზე სეროლოგიური ტესტირება უნდა ჩაირთოს სგგდ-ზე ყოვლისმომცველ შეფასებაში იმ პირებში, რომელთაც ყავთ მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორები, აივ-ინფიცირებულებსა და აივ-ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ჰომოსექსუალ მამაკაცებში. HSV-1 ან HSV-2-ზე სკრინინგი ზოგადად პოპულაციაში რეკომენდებული არ არის.

გენიტალური ჰერპესის მართვის პრინციპები

სიმპტომური პაციენტების უმრავლესობაში ანტივირუსული ეიმოთერაპია გამოხატულ კლინიკურ სარგებელს იძლევა და რჩება მართვის ძირითად ქვაკუთხედად. კლინიკური მართვის პროცესში ინტეგრირებულია კონსულტირება გენიტალური ჰერპესის წარმოშობასთან დაკავშირებით, სქესობრივი და პერინატალური ტრანსმისიის საკითხებსა და იმ მეთოდებზე, რომელთა მეშვეობითაც შესაძლებელია ტრანსმისიის შემცირება.

სისტემურ ანტივირუსულ თერაპიას შეუძლია ნაწილობრივ აკონტროლოს ჰერპესული ეპიზოდების ნიშნები და სიმპტომები პირველი კლინიკური ეპიზოდის ან რეციდივის მკურნალობისას, ან დღიური სუპრესიული თერაპიის სახით გამოყენების შემთხვევაში. ამის მიუხედავად, ამ წამლებს არ შეუძლიათ არც ლატენტური ვირუსის ერადიკაცია და არც რეციდივების რისკზე, სიხშირეზე ან სიმძიმეზე ზემოქმდება წამლის შეწყვეტის შემდეგ. რანდომიზებულმა კვლევებმა უჩვენა სამი ანტივირუსული მედიკამენტის ეფექტურობა გენიტალური ჰერპესის მკურნალობაში. ეს მედიკამენტებია: აციკლოვირი, ფამციკლოვირი და ვალაციკლოვირი^{46,47,48,49,50,51,52,53,54}. ვალაციკლოვირი წარმოადგენს აციკლოვირის ვანილის ეთერის წარმოებულს და ორალური დანიშვნისას ახასიათებს გაძლიერებული შეწოვა. ფამციკლოვირს აგრეთვე მაღალი ორალური ბიომეფექტურობა ახასიათებს. ანტივირუსული მედიკამენტებით ტოპიკური თერაპია მინიმალური სარგებელით ხასიათდება და მათი გამოყენება გაურკვეველია.

გენიტალური ჰერპესის პირველი კლინიკური ეპიზოდი

ჰერპესის პირველი ეპიზოდის შემთხვევაში მრავალ პირს აღენიშნება მსუბუქი კლინიკური მანიფესტაცია, მაგრამ მოგვიანებით მძიმე ან გახანგრძლივებული სიმპტომები უვითარდებათ. ამის გამო პაციენტებს საწყისი გენიტალური ჰერპესით უნდა ჩაუტარდეთ ანტივირუსული თერაპია (I,A).

რეკომენდებული რეჟიმები*

აციკლოვირი 400მგ სამჯერ დღეში პერორალურად 7–10 დღის განმავლობაში
ან

აციკლოვირი 200მგ ხუთჯერ დღეში პერორალურად 7–10 დღის განმავლობაში
ან

ფამციკლოვირი 250 მგ სამჯერ დღეში 7–10 დღის მანძილზე
ან

ვალაციკლოვირი 1 გ დღეში ორჯერ პერორალურად 7–10 დღის განმავლობაში.

* მკურნალობა უნდა გახანგრძლივდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც 10 დღიანი თერაპიის კურსის შემდეგ არ აღინიშნება განკურნება.

დადგენილი HSV-2 ინფექცია

პაციენტთა უმრავლესობას გენიტალური HSV-2 ინფექციის პირველი ეპიზოდის სიმპტომების შემდეგ უვითარდება გენიტალური დაზიანების მორეციდივე ეპიზოდები; რეციდივები უფრო იშვიათია საწყისი HSV-1 ინფექციის შემთხვევაში. ვირუსის პერიოდული ასიმპტომური გამოყოფა აღინიშნება იმ პირებში, რომლებიც ინფიცირებული არიან HSV-2-ით, დიდი ხნის წინ

გადატანილი ან კლინიკურად ჩუმი ინფექციის დროსაც კი. მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის ანტივირუსული თერაპია შეიძლება ჩატარდეს ეპიზოდურად დაზიანებების სიმძიმის შემსუბუქების ან ხანგრძლივობის შემცირების მიზნით, ან უწყვეტად სუპრესიული თერაპიის სახით რეციდივების სიხშირის შესამცირებლად. ანტივირუსული თერაპიის სარგებელი თვალსაჩინოა მრავალ პირში, მათ შორის, მსუბუქი ან იშვიათი რეციდივებით; ამიტომ აუცილებელია მკურნალობის ალტერნატივების განხილვა. ზოგიერთმა პაციენტმა შესაძლებელია არჩიოს სუპრესიული თერაპია, რომელიც ხასიათდება დამატებითი უპირატესობით იმის გამო, რომ ამცირებს სავარაუდო პარტნიორზე გენიტალური HSV-2-ის ტრანსმისიის რისკს⁵⁵(II).

სუპრესიული თერაპია მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის შემთხვევაში

სუპრესიული თერაპია ამცირებს გენიტალური ჰერპესის რეციდივებს 70–80%–ით იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ხშირი რეციდივები (კერძოდ, 6 რეციდივზე მეტი წელიწადში), ხოლო მრავალი პაციენტი ამ ფონზე აღნიშნავს უსიმპტომო გამწვავებას. მკურნალობა ასევე ეფექტურია პაციენტებში უფრო იშვიათი რეციდივებით. მკურნალობის ეფექტურობა და უსაფრთხოება დადასტურებულია იმ პაციენტებში, რომლებიც იტარებდნენ ყოველდღიურ თერაპიას აციკლოვირით 6 წლის განმავლობაში, ხოლო ვალაცისკლოვირითა და ფამციკლოვირით 1 წლის მანძილზე. სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება აშკარად უფრო თვალსაჩინოა იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ხშირი რეციდივები და იტარებენ სუპრესიულ თერაპიას, პაციენტებთან შედარებით, რომლებიც იტარებენ ეპიზოდურ მკურნალობას.

მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის გამწვავებათა სიხშირე დროთა განმავლობაში ბევრ პაციენტში კლებულობს, ხოლო პაციენტის ფსიქოლოგიური შეგუება დაავადების მიმართ შეიძლება შეიცვალოს. ამის გამო სუპრესიული თერაპიის დროს პროვაიდერმა პერიოდულად (მაგ.: წელიწადში ერთხელ) პაციენტთან ერთად უნდა განიხილოს მკურნალობის გაგრძელების საჭიროება.

დღეში 500მგ ვალაცისკლოვირით მკურნალობა ამცირებს HSV-2-ის ტრანსმისიას დისკორდანტულ, ჰეტეროსექსუალურ წყვილებში, სადაც გადამდებ პარტნიორს აღენიშნება გენიტალური HSV-2 ინფექციის ანამნეზი⁵⁶.(III) ამგვარი წყვილები უნდა დავარწმუნოთ იმაში, რომ გააგრძელონ სუპრესიული ანტივირუსული თერაპია, როგორც ტრანსმისიის პრევენციის სტრატეგიის ნაწილი, დამატებით ავუხსნათ კონდომის რეგულარული გამოყენებისა და რეციდივების პერიოდში სქესობრივი აქტივობისაგან თავშეკავების აუცილებლობა. სუპრესიული ანტივირუსული თერაპია სავარაუდოდ ამცირებს ტრანსმისიას იმ პირებში, რომელთაც მრავალრიცხოვანი სქესობრივი პარტნიორები ჰყავთ (მათ შორის, MSM) და მათშიც, ვინც HSV-2-ზე სეროპოზოტიურია გენიტალური ჰერპესის ანამნეზის გარეშე.⁵¹

რეკომენდებული სქემები

აცეკლოვირი 400 მგ ორჯერ დღეში პერორალურად
ან

ფამციკლოვირი 250 მგ დღეში ორჯერ პერორალურად
ან

ვალაცეკლოვირი 500 მგ დღეში ერთხელ პერორალურად
ან

ვალაცეკლოვირი 1,0გ დღეში ერთხელ პერორალურად

იმ პაციენტებში, რომელთაც ძალიან ხშირი რეციდივები აღენიშნებათ (კემოდ, ≥ 10 ეპიზოდზე დღეში), ვალაცეკლოვირი 500 მგ დღეში ერთხელ შესაძლებელია ნაკლებ ეფექტური იყოს, ვიდრე ვალაცეკლოვირის დანიშვნის სხვა სქემა ან აციკლოვირის სამკურნალო რეჟიმი. რამდენიმე კვლევაში შედარებულია ფამციკლოვირი და ვალაცეკლოვირი აციკლოვირთან. ამ კვლევებში შედეგებმა აჩვენა, რომ ვალაცეკლოვირისა და ფამციკლოვირის ზეგავლენა კლინიკურ გამოსავალზე ექვივალენტურია აციკლოვირისა^{46,50,51,57}(II-III). ხანგრძლივი მკურნალობისას აუცილებელია დანიშვნის მოხერხებულობისა და ღირებულების გათვალისწინებაც.

მორეციდივე გენიტალური ჰერპესის ეპიზოდური მკურნალობა

მორეციდივე ჰერპესის ეპიზოდური მკურნალობის წარმატებულობა დამოკიდებულია იმაზე, დაიწყო თუ არა თერაპია დაზიანების გაჩენიდან 1 დღის განმავლობაში, ან პროდრომულ პერიოდში, რომელიც წინ უძღვის ზოგიერთ გამწვავებას. პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ მედიკამენტები ან რეცეპტი ინსტრუქციით, რათა მათ მკურნალობა დაიწყონ სიმპტომების გაჩენისთანავე.

რეკომენდებული სქემები

აცეკლოვირი 400 მგ სამჯერ დღეში პერორალურად 5 დღე
ან

აცეკლოვირი 800 მგ ორჯერ დღეში პერორალურად 5 დღე
ან

აცეკლოვირი 800 მგ სამჯერ დღეში პერორალურად 2 დღე
ან

ფამციკლოვირი 125 მგ დღეში ორჯერ პერორალურად 5 დღე
ან

ფამციკლოვირი 1000 მგ დღეში ორჯერ პერორალურად 2 დღე
ან

ვალაცეკლოვირი 500 მგ დღეში ორჯერ პერორალურად 3 დღე
ან

ვალაცეკლოვირი 1,0გ დღეში ერთხელ პერორალურად 5 დღე

მძიმე დაავადება

მძიმე HSV-ინფექციით დაავადებულ პირებს, ან იმ გართულებების შემთხვევაში, რომლებიც საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას (მაგ.: დისემინირებული ინფექციის, პნევმონიტის, ან ჰეპატიტის დროს), ან ცნს-თან დაკავშირებული გართულებების შემთხვევაში (მაგ.: მენინგიტი ან ენცეფალიტი) უნდა ჩატარდეს ინტრავენური თერაპია აციკლოვირით. რეკომენდებულია აციკლოვირი 5–10მგ/კგ ინტრავენურად 8 საათში ერთხელ 2–7 დღის განმავლობაში ან კლინიკურ გაუმჯობესებამდე, რასაც თან უნდა სდევდეს ორალური ანტივირუსული თერაპია, მთლიანობაში სულ მცირე, 10 დღიანი ხანგრძლივობით.

კონსულტირება

გენიტალური ჰერპესის მართვაში პაციენტისა და მისი სქესობრივი პარტნიორების კონსულტირებას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. კონსულტირების მიზნებია: 1) დაეხმაროს პაციენტს ინფექციასთან გამკლავებაში და 2) თავიდან აიცილოს სქესობრივი და პერინატალური ტრანსმისია⁴(III). მიუხედავად იმისა, რომ საწყისი კონსულტირება შესაძლებელია ჩატარდეს პირველი ვიზიტის დროს, ბევრი პაციენტისათვის სასარგებლოა დაავადების ქრონიკული ასპექტების შესახებ ინფორმაციის მიღება მას შემდეგ, რაც მწვავე ინფექცია ქრება. პაციენტების, მათი პარტნიორებისა და კლნიცისტების დასახმარებლად კონსულტირებაში არსებობს მრავალრიცხოვანი რესურსები, მათ შორის ინტერნეტ-საიტები (<http://www.ashstd.org> და <http://www.ihmf.org>) და ბეჭდვითი მასალები.

HSV-ინფიცირებულ პირებს გენიტალურ ჰერპესთან დაკავშირებით შესაძლებელია აღენიშნებოდეთ შფოთვა, რომელიც მათი დაავადების სიმძიმის არაადექვატურია. HSV ინფექციის ფსიქოლოგიური ზემოქმედება ხშირად მნიშვნელოვანია. პაციენტისათვის საინტერესო გავრცელებული კითხვები გენიტალურ ჰერპესთან დაკავშირებით ეხება საწყისი კლინიკური მანიფესტაციის სიმძიმეს, რეციდივების ეპიზოდებს, სქესობრივ ურთიერთობებს, სქესობრივ პარტნიორებზე ინფექციის ტრანსმისიასა და ჯანმრთელი ბავშვების გაჩენის შესაძლებლობას. არასწორი წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ HSV-ინფექცია იწვევს კიბოს, უნდა გაიფანტოს. როგორც ჩანს, HSV-2 ინფექციის სეროლოგიური დიაგნოზის ფსიქოლოგიური ეფექტი იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ ასიმპტომური ან შეუცნობელი გენიტალური ჰერპესი, უმნიშვნელო და გარდამავალია⁵⁸ (III)

HSV-ინფექციით დაავადებული პაციენტების მიმართ მისაღებია ქვემოთ მოყვანილი რეკომენდაციები:

რეკომენდაციები:

- გენიტალური ჰერპესით დაავადებულ პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია დაავადების ბუნების შესახებ, პოტენციური რეციდივების, ვირუსის ასიმპტომური გამოყოფისა და სქესობრივი ტრანსმისიის არსებული რისკების ხაზგასმით.(C)
- გენიტალური ჰერპესის პირველი ეპიზოდის დროს პაციენტს უნდა განემარტოს, რომ შესაძლებელია სუპრესიული თერაპიის ჩატარება, რომელიც ეფექტურია რეციდივების სიმპტომური ეპიზოდების პრევენციის თვალსაზრისით და რომ ეპიზოდური თერაპია ზოგჯერ სასარგებლოა მორეციდივე ეპიზოდების ხანგრძლივობის შესამცირებლად.(B)

- გენიტალური HSV-ინფექციით შეპყრობილი ყველა პირი უნდა დარწმუნდეს საკუთარი სქესობრივი პარტნიორების შეტყობინების მნიშვნელობაში და აგრეთვე მომავალი პარტნიორების დარწმუნების აუცილებლობაში სქესობრივი ურთიერთობების დაწყებამდე.(C)
- HSV-ინფექციის სქესობრივი ტრანსმისია შესაძლებელია მოხდეს ასიმპტომური პერიოდის დროსაც. ვირუსის ასიმპტომური გამოყოფა უფრო ხშირია HSV-2 გენიტალური ინფექციის შემთხვევაში HSV-1-თან შედარებით და განსაკუთრებით HSV-2 ინფიცირებიდან პირველი 12 თვის განმავლობაში.
- გენიტალური ჰერპესით დაავადებულმა ყველა პირმა თავი უნდა შეიკავოს არაინფიცირებულ პარტნიორთან სქესობრივი კონტაქტისაგან წყლულების ან პროდრომული სიმპტომების არსებობის პერიოდში.(B)
- HSV-2 ინფექციის ტრანსმისიის რისკის შემცირება შესაძლებელია ვალაცკლოვირის ყოველდღიური გამოყენებით ინფიცირებული პირის მიერ.(B)
- უკანასკნელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ლატექსის კონდომების რეგულარულმა და სწორმა გამოყენებამ შესაძლოა შემაცირონ გენიტალური ჰერპესის ტრანსმისიის რისკი (C);
- ინფიცირებული პირის პარტნიორებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ სიმპტომების არარსებობის მიუხედავად, მათ შესაძლოა აღენიშნებოდეთ ინფექცია. გენიტალური ჰერპესით დაავადებული პირების ასიმპტომურ პასრტნიორთა გამოსაკვლევად რეკომენდებულია ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური გამოკვლევა, რათა განისაზღვროს, არსებობს თუ არა HSV -ინფექციის შეძენის რისკი. (C)
- ნეონატალური HSV-ინფექციის რისკი უნდა განემარტოს ყველას, მათ შორის მამაკაცებსაც. ორსულმა ქალებმა და შვილოსნობის ასაკის ქალებმა უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია საკუთარ პროვაიდერებს, რომლებიც აწარმოებენ მეთვალყურეობას ორსულობის განმავლობაში ან იმათ, ვინც მომავალში გაუწევს სამედიცინო მომსახურებას მათ ახალშობილებს. იმ ქალებს, რომლებიც არ არიან ინფიცირებული HSV-2-ით, უნდა განემარტოთ თავი აარიდონ სქესობრივ კონტაქტს მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში მამაკაცებთან, რომელთაც აღენიშნებათ გენიტალური ჰერპესი. ანალოგიურად, ქალებს, რომლებიც არ არიან ინფიცირებული HSV-1-ით, კონსულტირება უნდა ჩაუტარდეთ HSV-1-ის გენიტალური ექსპოზიციისათვის თავის არიდებაზე მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში (მაგ.: ორალური სექსი პარტნიორთან, რომელიც დაავადებულია ორალური ჰერპესით და ვაგინალური სქესობრივი კავშირი პარტნიორთან, რომელსაც აღენიშნება გენიტალური HSV-1 ინფექცია).(C)
- ასიმპტომურმა პაციენტებმა, რომელთაც HSV-2 ინფექციის დიაგნოზი დაუდგინდათ ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე, კონსულტირებისას უნდა მიიღონ ისეთივე ინფორმაცია, როგორც სიმპტომური ინფექციის მქონე პირებმა. გარდა ამისა, ამგვარ პირებს უნდა განემარტოთ გენიტალური ჰერპესის კლინიკური მანიფესტაციის თავისებურებები.(D)
- ყველა პირი, რომელთაც დაუდგინდათ გენიტალური ჰერპესის დიაგნოზი, საწყისი შეფასებისა და მკურნალობის დანიშვნის მიზნით უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან.

სქესობრივი პარტნიორების მართვა

გენიტალური ჰერპესით დაავადებული პაციენტების სქესობრივი პარტნიორებისთვის შესაძლებელია სასარგებლო იყოს შეფასება და კონსულტირება.

რეკომენდაცია:

სიმპტომური პარტნიორები უნდა შეფასდნენ და ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც გენიტალური დაზიანებების მქონე პაციენტებს. გენიტალური ჰერპესით დაავადებული პაციენტების ასიმპტომურ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა დაესვათ კითხვები გენიტალური დაზიანებების ანამნეზის შესახებ და ერჩიოთ HSV-ინფექციაზე სეროლოგიური ტიპო-სპეციფიური გამოკვლევა.^{41(C)}

სპეციალური საკითხები

ალერგია, აუტანლობა და გვერდითი ეფექტები

აციკლოვირის, ვალაცკლოვირისა და ფამციკლოვირის მიმართ გვერდითი რეაქციები შედარებით იშვიათია. აღწერილია აციკლოვირის მიმართ დესენსიბილიზაციის შემთხვევები⁵⁹.

აივ ინფექცია

იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებს შესაძლებელია გენიტალური, პერიანალური და ორალური ჰერპესის გაჭიანურებული ან მძიმე ეპიზოდები აღენიშნებოდეთ. HSV-თი გამოწვეული დაზიანებები აივ-ინფიცირებულ პირებში საკმაოდ გავრცელებულია და შესაძლოა მძიმედ, მტკივნეულად ან ატიპურად მიმდინარეობდეს. HSV-ს გამოყოფა აივ-ინფიცირებულ პირებში უფრო მაღალია. მართალია, ანტირეტროვირუსული თერაპია ამცირებს გენიტალური ჰერპესის სიმპტომების სიმძიმესა და სიხშირეს, ვირუსის სუბკლინიკური გამოყოფა მაინც ხშირი რჩება⁶⁰. სუპრესიული ან ეპიზოდური ანტივირუსული თერაპია ორალური ანტივირუსული მედიკამენტებით ეფექტურია HSV-ინფექციის კლინიკური მანიფესტაციის შემცირების თვალსაზრისით აივ-პოზიტიურ პირებში^{61,62,63}. აივ ინფიცირებული პირების HSV ინფექციაზე კონტაგიუზურობის ალბათობა უფრო მაღალია; რა ხარისხით შეუძლია სუპრესიულ ანტივირუსულ თერაპიას ამ პოპულაციაში HSV-ინფექციის ტარნსმისიის შემცირება, უცნობია. ზოგიერთი სპეციალისტის აზრით აივ-პოზიტიურ პირებს საწყისი შეფასებისას უნდა ერჩიოთ ტიპო-სპეციფიური სეროლოგიური გამოკვლევა, ხოლო HSV-2 ინფექციით დაავადებულ პირებს უნდა ჩაუტარდეთ სუპრესიული ანტივირუსული თერაპია.

აივ-ინფიცირებულ პირებში თანმხლები დაავადებების მკურნალობისა და მართვის რეკომენდაციები იხ. შესაბამის ნაციონალურ გაიდლაინში.

გენიტალური ჰერპესი ორსულობის დროს

იმ ახალშობილთა დედების უმრავლესობას, რომლებიც ინფიცირდებიან ნეონატალური ჰერპესით, არ აღენიშნებათ გენიტალური ჰერპესის კლინიკურად გამოხატული სიმპტომები. ახალშობილზე ტრანსმისიის რისკი ინფიცირებული დედისგან მაღალია (30%–50%) იმ ქალებში,

რომლებიც გენიტალური ჰერპესით ინფიცირდნენ მშობიარობამდე ცოტა ხნით ადრე და დაბალია (<1%) იმ ქალებს შორის, რომელთაც მშობიარობის მომენტისათვის ანამნეზში აქვთ მორეციდივე გენიტალური ჰერპესი, ან ინფიცირდნენ გენიტალური HSV–თი ორსულობის პირველ ნახევარში. თუმცა, იმის გამო, რომ ორსულობის პერიოდში მორეციდივე გენიტალური ჰერპესი გაცილებით უფრო გავრცელებულია, ვიდრე ახალი HSV–ინფექცია, მორეციდივე ჰერპესის მქონე დედებისაგან შეძენილი ნეონატალური HSV ინფექციის პროპორცია საკმაოდ მნიშვნელოვანია. ნეონატალური ჰერპესის პრევენცია ხორციელდება როგორც გვიანი ორსულობის პერიოდში გენიტალური HSV –თი ინფიცირების, ისე მშობიარობის პერიოდში ახალშობილზე ჰერპესული დაზიანებების ექსპოზიციის პრევენციით.⁶⁴

თუ გენიტალური ჰერპესის ანამნეზი უცნობია ქალს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება იმის შესახებ, რომ თავი აარიდოს სქესობრივ კონტაქტს ორსულობის მესამე ტრიმესტრში პარტნიორთან, რომელსაც დადგენილი აქვს გენიტალური ჰერპესი ან არსებობს ეჭვი ამ დაავადებაზე. ამის გარდა, თუ ქალს არა აქვს დიაგნოსტირებული ორო–ლაბიალური ჰერპესი, მას უნდა ერჩიოს მოერიდოს რეცეპციულ ორალურ სექსს ორსულობის მესამე ტრიმესტრის განმავლობაში პარტნიორთან, რომელსაც დადგენილი აქვს ორო–ლაბიალური ჰერპესის დიაგნოზი ან არსებობს ეჭვი ამ დაავადების არსებობაზე. არსებობს მოსაზრებები იმის შესახებ, რომ ტიპო–სპეციფიური სეროლოგიური გამოკვლევა სასარგებლოა HSV–ინფექციის რისკის მქონე ქალების იდენტიფიცირებისა და ორსულობის პერიოდში გენიტალური ჰერპესის შეძენის რისკის თაობაზე კონსულტირების წარმართვის თვალსაზრისით. ამგვარი ტესტის ჩატარება უნდა ერჩიოს ქალებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გენიტალური ჰერპესი და რომელთა სქესობრივ პარტნიორებსაც დადგენილი აქვთ HSV ინფექცია. ორსულ ქალებზე HSV–ინფექციის ტრანსმისიის რისკის შემცირების მიზნით ანტივირუსული თერაპიის ეფექტურობა შესაწავლილი არ არის.⁶⁵

ყველა ორსულ ქალს უნდა გამოვკითხოთ ანამნეზში გენიტალური ჰერპესის შესახებ. მშობიარობის მომენტისათვის ყველა ორსულ ქალს უნდა შეეკითხოთ გენიტალური ჰერპესის სიმპტომების შესახებ, მათ შორის, პროდრომული სიმპტომებზე და ყველა მათგანი დაკვირვებით უნდა გაისინჯოს ჰერპესული დაზიანებების არსებობაზე. გენიტალური ჰერპესის ან მისი პროდრომული სიმპტომების არარსებობისას ქალმა შესაძლებელია იმშობიაროს ვაგინალურად. სპეციალისტთა უმრავლესობა გვირჩევს, რომ იმ ქალებისათვის, რომელთაც მშობიარობის მომენტში აღენიშნებათ მორეციდივე გენიტალური ჰერპესული დაზიანებები, ნაჩვენებია საკეისრო კვეთით მშობიარობა ნეონატალური ჰერპესის პრევენციის მიზნით. თუმცა, საკეისრო კვეთით შეუძლებელია სრულად აღიკვეთოს ახალშობილზე HSV–ინფექციის ტრანსმისიის რისკი.^{66,67}

სისტემური აციკლოვირის, ვალაცკლოვირის, ან ფამციკლოვირის გამოყენების უსაფრთხოება ორსულ ქალებში საბოლოოდ გარკვეული არ არის. არსებული მონაცემები არ მიუთითებს დანარჩენ პოპულაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი დეფექტების მომატებულ სიხშირეზე იმ ქალების ახალშობილებს შორის, რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდათ აციკლოვირით ორსულობის პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში⁶⁸(III). ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია უსაფრთხოების გარკვეული გარანტიის უზრუნველყოფა იმ ქალებისათვის, რომელთაც განიცადეს აციკლოვირის პრენატალური ექსპოზიცია. ვალაცკლოვირის, ან ფამციკლოვირის პრენატალური ექსპოზიციის შესახებ

მონაცემები ძალიან შეზღუდულია ორსულობის გამოსავალზე მათი ზემოქმედების შეფასების მიზნით. აციკლოვირი შესაძლებელია დაენიშნოს პერორალურად ორსულ ქალს გენიტალური ჰერპესის პირველი ეპიზოდის ან მძიმე მორეციდივე ჰერპესის შემთხვევაში და უნდა დაენიშნოს ინტრავენურად ორსულ ქალს მძიმე ჰერპესული ინფექციით. აციკლოვირით მკურნალობა ორსულობის გვიან პერიოდში ამცირებს საკეისრო კვეთის სიხშირეს იმ ქალებს შორის, რომელთაც აღენიშნებათ მორეციდივე გენიტალური ჰერპესი მშობიარობის მომენტისათვის რეციდივების რიცხვის შემცირების გზით, რის გამოც მრავალი სპეციალისტი გვირჩევს ამგვარ მკურნალობას^{69,70,71}. არსებული მონაცემები არ მეტყველებს HSV სეროპოზიტიურ ქალებში ანამნეზში გენიტალური ჰერპესის გარეშე ანტივირუსული თერაპიის სარგებელის შესახებ. ჰერპესის რისკი მაღალია იმ ქალების ახალშობილებში, რომლებიც ინფიცირდნენ HSV–თი ორსულობის გვიან პერიოდში. ამგვარ სიტუაციებში მდგომარეობის მართვა უნდა განხორციელდეს ინფექციონისტთან კონსულტაციის საფუძველზე.

ნეონატალური ჰერპესი

იმ ახალშობილებზე, რომელთაც განიცადეს HSV–ინფექციის ექსპოზიცია დაბადებისას, რაც დადასტურებულია დედის ვირუსოლოგიური გამოკვლევით ან სავარაუდოა მისი დაზიანებების დათვალიერების საფუძველზე, უნდა განხორციელდეს საგულდაგულო მეთვალყურეობა სპეციალისტთან ერთად. ნეონატალური ჰერპესის კლინიკური ნიშნების განვითარებამდე ამგვარი ახალშობილების ლორწოვანი გარსიდან HSV–ინფექციის აღმოსაჩენად კულტურალური ნიმუშების გამოკვლევის შესახებ საყოველთაო შეთანხმება არ არსებობს. გარდა ამისა, არსებობს მოსაზრებები აციკლოვირის გამოყენების შესახებ იმ ქალების ახალშობილებში, რომლებიც ინფიცირდნენ ჰერპესული ინფექციით მშობიარობის მომენტისათვის, რადგანაც ასეთ შემთხვევებში ნეონატალური ჰერპესის რისკი მაღალია. ნეონატალური ჰერპესის შემთხვევაში ახალშობილის მდგომარეობის მართვა უნდა განხორციელდეს ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

8.3.3 საზარდულის გრანულომა (დონოვანოსისი)

საზარდულის გრანულომა წარმოადგენს გენიტალურ წყლულოვან დაავადებას, რომელსაც იწვევს გრამ–უარყოფითი ბაქტერია *Klebsiella granulomatis* (წარსულში ცნობილი, როგორც *Calymmatobacterium granulomatis*). საქართველოში დაავადება შედარებით იშვიათად გვხვდება, მაშინ როცა იგი ენდემურია ზოგიერთ ტროპიკულ და განვითარებად ქვეყანაში, მათ შორის ინდოეთში, პაკუა ახალ–გვინეაში, ცენტრალურ ავსტრალიასა და სამხრეთ აფრიკაში. კლინიკურად დაავადება ვლინდება როგორც უმტკივნეულო პროგრესირებადი წყლულოვანი დაზიანება რეგიონალური ლიმფადენოპათიის გარეშე. დაზიანებები ხასიათდება ძლიერი ვასკულარიზაციით (ხორცისფერი წითელი შესახედაობა) და შეხებისას ადვილად სისხლმდენია. თუმცა, კლინიკური პრეზენტაცია შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს ჰიპერტოფიული, სკლეროზული ან ნეკროზული ვარიანტებით. გამომწვევი მიკროორგანიზმის კულტივირება საკმაოდ ძნელია და დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა მუქად შეღებილი დონოვანის სხეულაკების აღმოჩენა ქსოვილოვან პრეპარატში ან ბიოპტატში. *K. granulomatis*–ის დნმ–ის აღმოსაჩენად შესაძლებელია PCR–კვლევის ჩატარება, თუმცა, ამ დაავადების დიაგნოსტიკის შესაძლებლობები სცდება პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებს. დაზიანებების არეში

შესაძლებელია მეორადი ბაქტერიული ინფექციის განვითარება, ან სხვა სქესობრივად გადამდებ პათოგენებთან ერთად თანაარსებობა.

რეკომენდაცია:

ოჯახის ექიმმა გენიტალური პროგრესირებადი წყლულოვანი დაზიანების აღმოჩენის შემთხვევაში, თუკი მას თან არ ახლავს რეგიონული ლიმფადენოპათია, ეჭვი უნდა მიიტანოს საზარდულის გრანულომაზე. რეკომენდებულია პაციენტის გაგზავნა პირველადი შეფასებისა და მკურნალობისათვის სპეციალისტთან (ვენეროლოგთან). (D)

მკურნალობა

დონოვანოსისის მკურნალობის შესახებ მონაცემების შეზღუდული რაოდენობაა გამოქვეყნებული. მკურნალობა ანელებს დაზიანებების პროგრესირებას, თუმცა წყლულის გრანულაციისა და რეგენერაციისათვის ჩვეულებრივ, ხანგრძლივი თერაპიაა საჭირო. შეხორცება ტიპიურ შემთხვევებში იწყება წყლულის კიდეებიდან. ერთი შეხედვით ეფექტური თერაპიიდან 6–18 თვის შემდეგ შესაძლებელია რეციდივის განვითარება. დადგენილია რამდენიმე ანტიმიკრობული თერაპიის სქემის ეფექტურობა, თუმცა ამის თაობაზე კონტროლირებადი კვლევების რაოდენობა ლიმიტირებულია⁷².

რეკომენდებული სქემები

დოქსიციკლინი 100მგ პერორალურად დღეში სამჯერ სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება.

ალტერნატიული სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად კვირაში ერთხელ სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება.

ან

ციპროფლოქსაცინი 750 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება.

ან

ერთითრომიცინი 500 მგ დღეში ოთხჯერ პერორალურად სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება

ან

ტრიმეტოპრიმ–სულფომეტოქსაზოლი, ერთი ორმაგი დოზის ტაბლეტი (160 მგ/800 მგ) პერორალურად დღეში ორჯერ სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება.

თერაპია უნდა გაგრძელდეს სულ მცირე, 3 კვირის განმავლობაში და მანამ სანამ ყველა დაზიანების სრული შეხორცება არ მოხდება. ზოგიერთი ინფექციონისტი გვირჩევს ამ სქემებში ამინოგლიკოზიდის (მაგ.: გენტამიცინი 1მგ/კგ ინტრავენურად 8 საათში ერთხელ) დამატებას,

თუკი მკურნალობის პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში სახეზე არ არის თვალსაჩინო გაუმჯობესება⁷³.(D)

მეთვალყურეობა

პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ კლინიკური მეთვალყურეობა სიმპტომებისა და ნიშნების ალაგებამდე (D).

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

ის პირები, რომელთაც საზარდულის გრანულომით დაავადებულ პაციენტთან სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ კლინიკური ნიშნების პეზენტაციამდე 60 დღის განმავლობაში, უნდა გამოვიკვლიოთ და შევთავაზოთ მკურნალობა. თუმცა, კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების არარსებობისას ემპირიული მკურნალობის სარგებლობა დადგენილი არ არის.(D)

სპეციალური საკითხები

ორსულობა

ორსულობა წარმოადგენს სულფანილამიდების გამოყენების შედარებით უკუჩვენებას. ორსულ და მეძუძურ ქალებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ ერთრომიცინის სქემით და შესაძლებელია ამინოგლიკოზიდის (მაგ. გენტამიცინის) პარენტერალური გამოყენების გათვალისწინება⁷⁴. ორსულობის პერიოდში აზიტრომიცინი შესაძლებელია სასარგებლო იყოს საზარდულის გრანულომის სამკურნალოდ, თუმცა, გამოქვეყნებული მონაცემები ამის შესახებ არ მოიპოვება. დოქსიციკლინი და ციპროფლოქსაცინი ორსულ ქალებში უკუნაჩვენებია. (D)

აივ ინფექცია

აივ ინფიცირებულ პირებს საზარდულის გრანულომით ისეთივე მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ, როგორც აივ-ნეგატიურებს. დამატებით გასათვალისწინებელია პარენტერალურად ამინოგლიკოზიდის (მაგ.: გენტამიცინის) გამოყენების შესაძლებლობა⁷⁵.

8.3.4 ვენერიული ლიმფოგრანულომა

ვენერიულ ლიმფოგრანულომას (LGV) იწვევს *C. trachomatis*-ის L1, L2, ან L3 სეროვარები⁷⁶. LGV არ მიეკუთვნება გავრცელებულ დაავადებებს, თუმცა, გარკვეულ რეგიონებში, როგორცაა მაგალითად, აფრიკა და ინდოეთი, ეს პათოლოგია შესაძლოა გენტალური წყლულების 2–10%-ის გამომწვევი იყოს. ჰეტეროსექსუალებს შორის LGV-ს ყველაზე გავრცელებული კლინიკური მანიფესტაცია წარმოდგენილია დაჭიმული ფემორალური და/ან საზარდულის ლიმფადენოპათიით, რომელიც ტიპურ შემთხვევებში არის უნილატერალური. ზოგჯერ ინოკულაციის ადგილას ვითარდება თვით-ლიმიტირებადი გენიტალური წყლული ან პაპულა. თუმცა, იმ დროისათვის, როდესაც პაციენტი მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას, დაზიანება შესაძლებელია უკვე გამქრალიც იყოს. რექტალურმა ექსპოზიციამ ქალებსა ან MSM-ში შესაძლებელია გამოიწვიოს პროქტოკოლიტი (მათ შორის, რექტალური ლორწოვანი და/ან ჰემორაგიული პათოლოგიური გამონადენი, ანალური ტკივილი, ყაზობა, ცხელება და/ან ტენეზმები). LGV ინვაზიური, სისტემური ინფექციაა და თუ მას დროულად არ უმკურნალებს, LGV –პროქტოკოლიტმა შესაძლებელია გამოიწვიოს ქრონიკული კოლო-რექტალური ფისტულა

და შეხორცებები (სტრიქტურა). გენიტალური და კოლო–რექტალური LGV დაზიანებების შემთხვევაში შესაძლებელია განვითარდეს მეორადი ბაქტერიული ინფექცია ან მოხდეს მათი კო–ინფიცირება სქესობრივი და არასქესობრივი გზით გადამდები პათოგენებით.

დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ სიმპტომებს, ეპიდემიოლოგიურ ინფორმაციას და სხვა ეტიოლოგიური ფაქტორების (კერძოდ, პროქტო–კოლიტის, საზარულის ლიმფადენოპათიის, ან გენიტალური და რექტალური წყლულების) გამორიცხვას *C. trachomatis*–ზე ტესტირების საშუალებით, თუკი ეს შესაძლებელია.

გენიტალური და ლიმფური კვანძების ნიმუში (კერძოდ, წყლულის ანაფხეკი ან კვანძის ასპირატი) შესაძლებელია გამოკვლეულ იქნას *C. trachomatis*–ზე კულტურალური, პირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის ან ნუკლეინის მჟავას აღმოჩენის მეთოდით. *C. trachomatis*–ზე ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი (NAAT) დამტკიცებული არ არის რექტალური ნიმუშების გამოკვლევისათვის, თუმცა მისი გამოყენება წარმატები ხდება სხვადასხვა კომერციულ ლაბორატორიებში. LGV–ს განსხვავების მიზნით *C. trachomatis*–გან, რომელიც არ იწვევს LGV–ს, საჭიროა დამატებითი პროცედურის ჩატარება (ე.წ გენოტიპირება), რომელიც არ არის ფართოდ ხელმისაწვდომი⁷⁷.

შესაბამისი კლინიკური კონტექსტის ფონზე დიაგნოზის დადასტურებაში შესაძლებელია დაგვეხმაროს ქლამიდიაზე სეროლოგიური გამოკვლევა (კომპლემენტის შებოჭვის ტიტრი > 1:64). სეროლოგიური ტესტების შესახებ შედარებითი მონაცემები არ მოიპოვება, ხოლო სეროლოგიური მეთოდების დიაგნოსტიკური სარგებლიანობა, კომპლემენტის შებოჭვისა და ზოგიერთი მიკრო–იმუნოფლუორესცენტული პროცედურის გარდა, დადგენილი არ არის. LGV–ზე სეროლოგიური ტესტების ინტერპრეტაცია არ არის სტანდარტიზებული, ისინი არ არის ღირებული კლინიკური პროქტიტის პრევენტაციის შემთხვევაში, და ბოლოს, *C. trachomatis* –ზე სეროვარ–სპეციფიური სეროლოგიური ტესტები ფართოდ დანერგილი არ არის⁷⁸.

რეკომენდაცია:

სპეციფიური LGV დიაგნოსტიკის ტესტების არარსებობის შემთხვევაში, ის პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ LGV–თან თავსებადი კლინიკური სინდრომი პროქტო–კოლიტისა ან გენიტალური წყლულების ლიმფადენოპათიასთან კომბინაციის სახით, უნდა გაიგზავნონ ვენეროლოგთან და ჩაუტარდეთ მკურნალობა LGV–ზე (D).

მკურნალობა

მკურნალობა აქრობს ინფექციას და ახდენს ქსოვილთა პროგრესული დაზიანების პრევენციას, თუმცა, ინექციის მიმართ ქსოვილოვანმა რეაქციამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ნაწიბურის განვითარება. ბუბოზური კვანძების სამკურნალოდ შესაძლებელია საჭირო გახდეს ასპირაცია ინტაქტური კანიდან ან ბიოფსია და დრენაჟი საზარდულის/ფემორალური წყლულის განვითარების პრევენციის მიზნით. მკურნალობის უპირატეს მედიკამენტად ითვლება დოქსიციკლინი⁷⁹.

რეკომენდებული სქემები

დოქსიცლინი 100მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 21 დღის განმავლობაში.

ალტერნატიული სქემა

ერიტრომიცინი 500მგ დღეში ოთხჯერ პერორალურად 21 დღის განმავლობაში.

ზოგიერთი ინფექციონისტი თვლის, რომ აზიტრომიცინი 1,0გ პერორალურად კვირაში ერთხელ 3 კვირის განმავლობაში სავარაუდოდ ეფექტურია, თუმცა ამის შესახებ კლინიკური მონაცემები ნაკლებად მოიპოვება.

მეთვალყურეობა

პაციენტებს უნდა გაეწიოთ კლინიკური მეთვალყურეობა სიმპტომებისა და ნიშნების გაქრობამდე.(D)

სქესობრივი პარტნიორების მართვა

ყველა პირი, რომელსაც LGV–თი დაავადებულ პაციენტთან ჰქონდა სქესობრივი კონტაქტი სიმპტომების გაჩენამდე 60 დღის განმავლობაში, აუცილებლად უნდა გამოვიკვლიოთ ურეთრალურ ან ცერვიკალურ ქლამიდიურ ინფექციაზე და ჩაუტარდეთ მკურნალობა სტანდარტული ანტიქლამიდიური სამკურნალო სქემით (აზიტრომიცინი 1გ პერორალურად ერთხელ ან დოქსიცლინი 100მგ დღეში ორჯერ 7 დღის განმავლობაში).(D) კონტაქტიდან ინტერვალის ოპტიმალური ვარიანტი უცნობია, ზოგიერთი სპეციალისტი იხრება კონტაქტის შემდეგ უფრო ხანგრძლივი ინტერვალის სასარგებლოდ.

სპეციალური საკითხები

ორსულობა

ორსულ და მეძუძურ ქალებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ ერიტრომიცინით. ორსულობის პერიოდში LGV–ს სამკურნალოდ აზიტრომიცინი შესაძლებელია სასარგებლო იყოს, თუმცა, მისი უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესახებ გამოქვეყნებული მონაცემები არ მოიპოვება. დოქსიცლინი უკუნაჩვენებია ორსულ ქალებში. (D)

აივ ინფექცია

იმ პირებს, რომელთაც ერთდროულად აღენიშნებათ აივ–ინფექცია და LGV, უნდა ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ–ნეგატიურებს.(D) ამ შემთხვევაში შესაძლებელია საჭირო გახდეს უფრო ხანგრძლივი მკურნალობა და სიმპტომების გაქრობა გაჭიანურდეს.

9. სიფილისი

9.1 განმარტება, ეტიოპათოგენები

სიფილისი წარმოადგენს სისტემურ დაავადებას, რომელსაც იწვევს *T. pallidum*. პაციენტებმა, რომელთაც აღენიშნებათ სიფილისი, შესაძლებელია მიმართონ სამკურნალო დაწესებულებას პირველადი ინფექციის (კერძოდ, ინფექციის ადგილას წყლულის ან შანკრის არსებობა), მეორადი ინფექციის (კერძოდ, მანიფესტაცია, რომელიც მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება კანზე გამონაყართ, კან-ლორწოვანის დაზიანებებითა და ლიმფადენოპათიით), ან მესამეული ინფექციის (კერძოდ, კარდიალური ან ოფთალმოლოგიური მანიფესტაციის, სმენითი პათოლოგიების, ან გუმიზური დაზიანებების) გამო. ლატენტური ინფექციის (კერძოდ, კლინიკური მანიფესტაციის გარეშე) აღმოჩენა ხდება სეროლოგიური გამოკვლევის საფუძველზე. წარსულში წლების წინათ შეძენილ ლატენტურ სიფილისს ეწოდება ადრეული ლატენტური სიფილისი; ყველა დანარჩენ შემთხვევაში მას ან გვიანი ლატენტური სიფილისის, ან უცნობი ხანგრძლივობის ლატენტური სიფილისის სახელით მოიხსენიებენ. თეორიულად როგორც გვიანი ლატენტური სიფილისის, ისე მესამეული სიფილისის მკურნალობას შესაძლებელია მეტი დრო დასჭირდეს, რადგანაც ამ შემთხვევებში მიკროორგანიზმები უფრო ნელ დაყოფას განიცდიან; თუმცა ამ კონცეფციის ვალიდურობა შეფასებული არ არის.

9.2 დიაგნოსტიკის საკითხები და სეროლოგიური ტესტების გამოყენება

თუკი პაციენტის ანამნეზისა და კლინიკური გამოკვლევის საფუძველზე სავარაუდოა სიფილისის დიაგნოზი, შემდგომი გამოკვლევისა და დიაგნოზის დასმის მიზნით იგი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. ადრეული სიფილისის დიაგნოსტიკისათვის ძირითადი სადიაგნოსტიკო მეთოდებია დაზიანებათა ექსუდატის ან ქსოვილების მიკროსკოპია ბნელ ველში ან ანტისხეულების პირდაპირი იმუნოფლუორესცენტული გამოკვლევა (DFA). წინასწარი დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ორი ტიპის სეროლოგიური ტესტის საშუალებით: 1) არატრეპონემული ტესტი (მაგ.: ვენერიულ დაავადებათა კვლევის ლაბორატორიის ტესტი [VDRL] და RPR) და 2) ტრეპონემული ტესტი (მაგ.: აბსორბირებული ტრეპონემული ანტისხეულების ფლუორესცენტული კვლევა [FTA-ABS] და *T. pallidum*-ის ნაწილობრივი აგლუტინაცია [TP-PA]). მხოლოდ ერთი ტიპის სეროლოგიური ტესტის გამოყენება ხშირად არ არის საკმარისი, რადგანაც არატრეპონემული ტესტის ცრუ დადებითი შედეგები ხშირად ასოცირებულია სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობებთან, რომელთაც არავითარი კავშირი არა აქვთ სიფილისთან⁸⁰.

არატრეპონემული ანტისხეულების ტესტის ტიტრი ხშირად კავშირშია დაავადების აქტივობასთან და ამიტომ შედეგების ჩანიშვნა რაოდენობრივად უნდა მოხდეს. ერთიდაიგივე სეროლოგიური ტესტის გამოყენებით მიღებული ორი არატრეპონემული ტესტის შედეგებს შორის კლინიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავების დემონსტრირებისათვის, საჭიროა ტიტრის ოთხჯერადი ცვლილება, რომელიც ორი განზავების ცვლილების ექვივალენტურია (მაგ.: 1:16–დან–1:4–მდე ან 1:8–დან 1:32–მდე). განმეორებითი სეროლოგიური ტესტირება ინდივიდუალურ პირებში იგივე გამოკვლევის მეთოდის გამოყენებით უნდა განხორციელდეს (მაგ.: VDRL ან RPR), სასურველია იგივე ლაბორატორიის მიერ. VDRL და RPR ტესტები ერთნაირად ვალიდური ანალიზებია, მაგრამ ამ ორი გამოკვლევის შედეგად მიღებული რაოდენობრივი შედეგების

პირდაპირი შედარება შეუძლებელია, რადგანაც RPR–ტესტის ტიტრი ოდნავ უფრო მაღალია ხოლმე, ვიდრე VDRL–ის ტიტრები. არატრეპონემული ტესტები, ჩვეულებრივ, არარეაქტიული ხდება მკურნალობის გარკვეული პერიოდის შემდეგ; თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში არატრეპონემული ანტისხეულები შესაძლებელია დაბალი ტიტრით პერსისტირებდნენ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზეც კი. ამგვარ მოვლენას უჩვეულო სერორეაქცია ეწოდება.

პაციენტთა უმრავლესობას, რომელთაც აღენიშნებათ რეაქტიული ტრეპონემული ტესტი, დადებითი ტესტი ექნებათ მკურნალობისა და დაავადების აქტიურობის მიუხედავად, რაც ერთგვარად მათი ცხოვრების სტილის შესახებ შემახსენებელ საშუალებას წარმოადგენს. თუმცა, პაციენტთა დაახლოებით 15%–25%, რომელთაც მკურნალობა ჩატარდათ დაავადების ადრეულ სტადიაზე, სეროლოგიურად არარეაქტიული ხდება 2–3 წლის შემდეგ⁸¹. ტრეპონემული ტესტის ანტისხეულების ტიტრი არ კორელირებს დაავადების აქტიურობასთან და არ უნდა იქნას გამოყენებული მკურნალობაზე პასუხის შესაფასებლად.

გარკვეულმა კლინიკურმა ლაბორატორიებმა და სისხლის ბანკებმა დაიწყეს სისხლის ნიმუშების სკრინინგი ტრეპონემული EIA ტესტების გამოყენებით⁸². ამ სტრატეგიით მოხდება როგორც წარსულში ნამკურნალები, ისე არანამკურნალები ან არასრულად ნამკურნალები სიფილისის შემთხვევების იდენტიფიცირება. ცრუ დადებითი შემთხვევების შესაძლებლობა არსებობს, განსაკუთრებით, იმ პოპულაციაში, სადაც სიფილისის გავრცელება დაბალია.

პაციენტის მდგომარეობის მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზნით იმ პირებს, რომელთაც აღმოაჩნდებათ დადებითი ტრეპონემული სკრინინგ–ტესტი, უნდა ჩატარდეთ სტანდარტული არატრეპონემული ტესტი ტიტრის განსაზღვრით. თუკი არატრეპონემული ტესტის შედეგი უარყოფითია, მაშინ უნდა განხორციელდეს განსხვავებული ტრეპონემული ტესტი საწყისი ანალიზის შედეგის დასადასტურებლად. თუკი მეორე ტრეპონემული ტესტის შედეგი დადებითია, მკურნალობის გადაწყვეტილება განხილულ უნდა იქნას სპეციალისტთან (ინფექციონისტთან ან ვენეროლოგთან) ერთად. ზოგიერთ აივ–ინფიცირებულ პირს შესაძლებელია სეროლოგიური ტესტის ატიპიური შედეგი აღმოაჩნდეს (კერძოდ, უჩვეულოდ მაღალი, უჩვეულოდ დაბალი ან მერყევი ტიტრები). ამგვარ პაციენტებში, როდესაც სეროლოგიური ტესტის შედეგები არ შეესაბამება სავარაუდოდ ადრეული სიფილისის კლინიკურ სინდრომს, გათვალისწინებულ უნდა იქნას სხვა ტესტების (კერძოდ, ბიოფისისა და პირდაპირი მიკროსკოპიის) შესაძლებლობა. თუმცა, აივ–ინფიცირებულ პაციენტთა უმრავლესობაში სეროლოგიური ტესტები ზუსტია და სანდო სიფილისის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობაზე პასუხის შეფასების თვალსაზრისით⁸³.

ნეიროსიფილისის სადიაგნოსტიკოდ მხოლოდ ერთი ტესტი არ გამოიყენება. თავზურგტვინის სითხის VDRL–კვლევა მაღალსპეციფიური, მაგრამ არამგრძნობიარე ტესტია. დანარჩენი ტესტების უმრავლესობა როგორც არასპეციფიური, ისე არამგრძნობიარეაა და მათი ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს სხვა ტესტების შედეგებისა და კლინიკური შეფასების ერთობლიობის საფუძველზე. ამის გამო ნეიროსიფილისის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, დამოკიდებულია რეაქტიული სეროლოგიური ტესტების, თავზურგტვინის სითხეში უჯრედული შემადგენლობის ან ცილის, ან თავზურგტვინის სითხის VDRL–რეაქციის სხვადასხვა კომბინაციაზე კლინიკურ მანიფესტაციასთან ერთად ან მის გარეშე⁸⁴. ნეიროსიფილისით დაავადებულებში თავზურგტვინის სითხეში ლეიკოციტების რაოდენობა

ჩვეულებრივ, მომატებულია (>5 ლეიკოციტი/მმ³-ში). ეს მაჩვენებელი მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების მგრძობიარე ინდიკატორიცაა. VDRL-რეაქცია თავზურგტვინის სითხისათვის სტანდარტულ სეროლოგიურ ტესტად ითვლება და როდესაც იგი რეაქტიულია თავზურგტვინის სითხის სისხლით მნიშვნელოვანი დაბინძურების არარსებობის ფონზე, ნეიროსიფილისის სადიაგნოსტიკოდაა მიჩნეული. თუმცა, თავზურგტვინის VDRL-რეაქცია შესაძლებელია არარეაქტიული იყოს ნეიროსიფილისის არსებობის შემთხვევაშიც კი. გარკვეული ექსპერტული მოსაზრებით რეკომენდებულია თავზურგტვინის სითხეზე FTA-ABS ტესტის განხორციელება. ეს ტესტი გაცილებით უფრო ნაკლებ სპეციფიურია ნეიროსიფილისისათვის, ვიდრე VDRL-ტესტი (კერძოდ, ცრუ დადებითი შედეგების რიცხვი უფრო მაღალია), მაგრამ მისი მგრძობიარეობაა ძალზედ მაღალი. ამის გამო ზოგი სპეციალისტი თვლის, რომ თავზურგტვინის სითხის უარყოფითი FTA-ABS ტესტი გამორიცხავს ნეიროსიფილისს.

რეკომენდაცია:

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მიმართულ ყველა პაციენტს, რომელსაც ანამნეზისა და ობიექტური გამოკვლევის საფუძველზე აღენიშნება სიფილისის მაღალი რისკი, უნდა ჩაუტარდეს სრულფასოვანი შეფასება და დიაგნოსტიკური გამოკვლევა სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში;(D)
- ადრეული სიფილისის დიაგნოსტიკისათვის ძირითადი სადიაგნოსტიკო მეთოდებია დაზიანებათა ექსუდატის ან ქსოვილების მიკროსკოპია ბნელ ველში ან ანტისხეულების პირდაპირი იმუნოფლუორესცენტული გამოკვლევა (DFA).(C)
- პაციენტის მდგომარეობის მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზნით იმ პირებს, რომელთაც აღმოაჩნდებათ დადებითი ტრეპონემული სკრინინგ-ტესტი, უნდა ჩაუტარდეთ სტანდარტული არატრეპონემული ტესტი ტიტრის განსაზღვრით.(C)
- ნეიროსიფილისის დიაგნოზი უნდა დაისვას რეაქტიული სეროლოგიური ტესტების, თავზურგტვინის სითხის უჯრედული შემადგენლობის ან ცილის, ან თავზურგტვინის სითხის VDRL-რეაქციის სხვადასხვა კომბინაციის საფუძველზე კლინიკურ მანიფესტაციის გათვალისწინებით ან მის გარეშე.(C)

9.3 მკურნალობა

პარენტერალურად დანიშნული პენიცილინი G წარმოადგენს არჩევის მკურნალობას სიფილისის ყველა სტადიაზე. გამოყენებული პრეპარატების სახე (კერძოდ, ბენზათინი, პროკაინი ან წყლის კრისტალინი), მათი დოზირება და მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სტადიასა და მის კლინიკურ მანიფესტაციაზე. თუმცა, არც ბენზათინ-პენიცილინისა და პროკაინ პენიცილინის კომბინაცია, არც პერორალური პენიცილინის პრეპარატები არ ითვლება სიფილისის სამკურნალო შესაბამის საშუალებებად. როგორც ანგარიშები აჩვენებს, ბენზათინ-პროკაინ პენიცილინის შეუსაბამო კომბინაციის ხშირი გამოყენება სტანდარტული ბენზათინ-პენიცილინის ნაცვლად, ჯერ კიდევ გვხვდება. პრაქტიკოსებს, ფარმაცევტებსა და შემსყიდველ სააგენტოებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია ამ ორი პროდუქტის ერთნაირი სახელწოდებების

შესახებ და თავიდან აირიდონ სიფილისის სამკურნალოდ შეუსაბამო კომბინირებული თერაპიის გამოყენება⁸⁵.

პენიცილინის ეფექტურობა სიფილისის მკურნალობაში კლინიკური გამოცდილებით ჯერ კიდევ მანამ იყო ცნობილი, სანამ კლინიკური კვლევების დანერგვა მოხდებოდა. ამის გამო სიფილისის მკურნალობის თითქმის ყველა რეკომენდაცია ემყარება სგგდ-ის სფეროში გამოცდილი სპეციალისტების აზრს და განმტკიცებულია შემთხვევათა სერიებით, კლინიკური კვლევებითა და 50 წლიანი კლინიკური გამოცდილებით⁸⁶.

ორსულობის პერიოდში სიფილისის ერთადერთ დასაბუთებულ ეფექტურ სამკურნალო მედიკამენტს წარმოადგენს პენიცილინი G-ს პარენტერალური დანიშვნა. სიფილისის ნებისმიერ სტადიაზე ორსულ ქალს, თუკი მას აღენიშნება ალერგია პენიცილინის მიმართ, უნდა ჩაუტარდეს დესენსიბილიზაცია და უმკურნალონ პენიცილინით. პენიცილინზე ალერგიის კანის ტესტი შესაძლებელია სასარგებლო იყოს ორსულ ქალებში. ამ ტესტის ჩატარება გამოიყენება სხვა პაციენტებისათვისაც (იხ.: [პენიცილინზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტების მართვა](#)).

სიფილისის ნებისმიერი თერაპიის პირველი 24 საათის განმავლობაში ხშირად ვითარდება იანიშ-ჰერქსჰეიმერის რეაქცია, რომელიც ხასიათდება თავის ტკივილით, მიალგიითა და სხვა სიმპტომებით. პაციენტებს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ამ შესაძლო გვერდითი რეაქციის შესახებ. იანიშ-ჰერქსჰეიმერის რეაქცია უფრო ხშირად იმ პაციენტებს შორის ვითარდება, რომელთაც ადრეული სიფილისი აღენიშნებათ, ამ დროს შესაძლებელია ანტიპირეტული მედიკამენტების გამოყენება, მაგრამ მათი ეფექტურობა აღნიშნული რეაქციის პრევენციის თვალსაზრისით დადასტურებული არ არის. ორსულ ქალებში იანიშ-ჰერქსჰეიმერის რეაქციას შეუძლია ნაადრევი მშობიარობის, ან ნაყოფის დისტრეს-სინდრომის გამოწვევა, მაგრამ ამ მიზეზის გამო თერაპია არ უნდა შეწყდეს ან გადაიდოს (იხ.: [სიფილისი ორსულობის პერიოდში](#)).

9.4 სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

T. pallidum-ის სქესობრივი ტრანსმისია მხოლოდ მაშინ ხდება, როდესაც სახეზეა კან-ლორწოვანის დაზიანებები; ამგვარი მანიფესტაცია არ არის გავრცელებული ინფიცირების მეორე წლის შემდეგ. თუმცა, ყველა პირი, რომელთაც ჰქონდათ კონტაქტი სიფილისით დაავადებულ პაციენტთან დაავადების ნებისმიერ სტადიაზე, უნდა შეფასდეს კლინიკურად და სეროლოგიურად და ჩაუტარდეს მკურნალობა რეკომენდებული სამკურნალო სქემებით, ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციების მიხედვით⁸⁷(IV):

რეკომენდაციები:

- ის პირები, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ პაციენტთან, პირველადი, მეორეული ან ადრეული ლატენტური სიფილისის დიაგნოზის დასმამდე 90 დღის განმავლობაში, შესაძლებელია ინფიცირებული იყვნენ იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ისინი სერონეგატიურები არიან; ამიტომ ამგვარ პირებს უნდა ჩაუტარდეთ სავარაუდო მკურნალობა. (D)
- იმ პირებს, რომელთაც სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ პაციენტთან, პირველადი, მეორეული ან ადრეული ლატენტური სიფილისის დიაგნოზის დასმამდე 90 დღეზე მეტი

ხნის წინ, უნდა ჩაუტარდეთ სავარაუდო მკურნალობა, თუკი დაუყოვნებლივ შეუძლებელია სეროლოგიური ტესტის შედეგების მოპოვება, ხოლო მეთვალყურეობის შესაძლებლობა კი გაურკვეველია.(D)

- პარტნიორის შეტყობინებისა და კონტაქტში მყოფი სქესობრივი პარტნიორის სავარაუდო მკურნალობის მიზნით, იმ პაციენტებს, რომელთა შემთხვევაშიც სიფილისის ხანგრძლივობა უცნობია და აღენიშნებათ არატრეპონემული ტესტის მაღალი ტიტრი (კრძოდ, $\geq 1:32$), შეიძლება დაესვათ ადრეული სიფილისის დიაგნოზი. მიუხედავად ამისა, მკურნალობის ტაქტიკის გადასაწყვეტად სეროლოგიური ტესტების გამოყენება ადრეული სიფილისის გვიანი ლატენტური სიფილისისაგან დიფერენცირების მიზნით არ უნდა მოხდეს (იხ.: [ლატენტური სიფილისი, მკურნალობა](#)). (D)
- ლატენტური სიფილისით დაავადებული პაციენტების ხანგრძლივი სქესობრივი პარტნიორები კლინიკურად და ლაბორატორიულად უნდა შეფასდნენ სიფილისის არსებობაზე და მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ მიღებულ შედეგებზე დაყრდნობით.(D)

მაღალი რისკის მქონე სქესობრივი პარტნიორების იდენტიფიცირებისათვის მკურნალობამდე პერიოდი შეადგენს: 1) 3 თვეს პლუს სიმპტომების ხანგრძლივობა პირველადი სიფილისის შემთხვევაში, 2) 6 თვეს პლუს სიმპტომების ხანგრძლივობა მეორეული სიფილისის შემთხვევაში და 3) 1 წელი ლატენტური სიფილისის დროს.

9.5 პირველადი და მეორეული სიფილისი

მკურნალობა

სიფილისის მკურნალობა უნდა დაინიშნოს სპეციალისტის (ვენეროლოგის) მიერ. პარენტერალური პენიცილინი G წარმატებით გამოიყენება 50 წელზე მეტი დროის განმავლობაში კლინიკური გაჯანსაღების (კერძოდ, დაზიანებების გაქრობა და სქესობრივი ტრანსმისიის პრევენცია) და გვიანი გართულებების თავიდან აცილების მისაღწევად. მიუხედავად ამისა, ოპტიმალური პენიცილინის რეჟიმის (კერძოდ, დოზის, ხანგრძლივობისა და პრეპარატის) შესარჩევად ადექვატური შედარებითი კვლევები არ ჩატარებულა. გაცილებით უფრო ნაკლებია მონაცემები არა-პენიცილინური რეჟიმების თვალსაზრისით.

*რეკომენდებული სამკურნალო სქემები მოზრდილთათვის**

ბენზათინ პენიცილინი G 2.4 მილიონი ერთეული IM ერთჯერადი დოზის სახით

* რეკომენდაციები სიფილისის სამკურნალოდ აივ-ინფიცირებული პირებსა და ორსულ ქალებში განხილულია ამ გაიდლაინში (იხ.: [სიფილისი, სპეციალური საკითხები და სიფილისი ორსულობის დროს](#)).

რეკომენდებული სქემები ბავშვებისათვის

ბენზათინ პენიცილინი G 50,000 ერთეული/კგ IM, მოზრდილობის დოზამდეც კი 2.4 მილიონი ერთეული ერთჯერადი დოზის სახით

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- ყველა პაციენტს სიფილისით უნდა ჩაუტარდეს აივ-ტესტირება. იმ გეოგრაფიულ რეგიონებში, სადაც აივ-ინფექციის გავრცელება მაღალია, პაციენტებს განმეორებითი ტესტირება აივ-ზე უნდა ჩაუტარდეს 3 თვის შემდეგ იმ შემთხვევაში, თუკი პირველი ტესტის შედეგი უარყოფითია.(D)
- პაციენტებს, რომელთაც აქვთ სიფილისი და აღენიშნებათ ნევროლოგიური დაავადების (მაგ.: მენინგიტის) ან ოფთალმოლოგიური პათოლოგიის (მაგ.: უვეიტი. ირიტი, ნეირორეტინიტი ან ოპტიკური ნევრიტი) სიმპტომები და ნიშნები, უნდა ჩაუტარდეთ თავზურგტვინის სითხის ანალიზი და ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა ნაპრალოვანი სანათით. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს ამ გამოკვლევათა შედეგების საფუძველზე.(C)
- თავზურგტვინის სითხის ინვაზია *T. pallidum*-ით თავზურგტვინის სითხის ანომალიურ ცვლილებებთან ერთად ჩვეულებრივია პირველადი და მეორადი სიფილისით დაავადებულ მოზრდილებს შორის. თუმცა, ნეიროსიფილისის პირველადი და მეორადი სიფილისისათვის რეკომენდებული პენიცილინის სქემებით მკურნალობის შემდეგ მხოლოდ პაციენტთა მცირე რაოდენობაში ვითარდება. ამის გამო, იმ შემთხვევებში, როდესაც ნევროლოგიური ან ოფთალმოლოგიური პათოლოგიის კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები სახეზე არ არის, თავზურგტვინის სითხის რუტინული ანალიზი პირველადი და მეორადი სიფილისის შემთხვევაში რეკომენდებული არ არის. (D)

მეთვალყურეობა

მკურნალობა შესაძლებელია წარუმატებელი აღმოჩნდეს ნებისმიერი სქემის შემთხვევაში. თუმცა, ხშირად მკურნალობაზე პასუხის შეფასება რთულია და განკურნების ან წარუმატებელი მკურნალობის განსაზღვრული კრიტერიუმები დადგენილი არ არის. არატრეპონემული ტესტის ტიტრი შესაძლებელია უფრო ნელა მცირდებოდეს იმ პირებში, რომელთაც წარსულში ჰქონდათ სიფილისი. პაციენტებს კლინიკური და სეროლოგიური განმეორებითი გამოკვლევა უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობიდან 6 და 12 თვის შემდეგ, უფრო ხშირი შეფასება შესაძლებელია განხორციელდეს, თუკი მკაცრი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია.

პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ პერსისტირებადი ან მორეციდივე სიმპტომები და ნიშნები, ან დაუდგინდათ არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ოთხჯერადი ზრდა (მაქსიმალურთან ან მკურნალობის საწყის ტიტრთან შედარებით), სავარაუდოდ რეინფიცირდნენ ან მათი მკურნალობა წარუმატებელია. ამგვარ პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი მკურნალობა ან შეფასება აივ-ინფექციაზე. იმის გამო, რომ მკურნალობის წარუმატებლობის სანდო განსხვავება *T. pallidum*-ით რეინფიცირებისაგან შეუძლებელია, საჭიროა თავზურგტვინის სითხის ანალიზის ჩატარება. კლინიკური კვლევების საფუძველზე დადგენილია, რომ ადრეული სიფილისით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით 15%-ში, რომელთაც უტარდებოდათ მკურნალობა რეკომენდებული სქემებით, ვერ მიაღწიეს არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ორი განზავებით შემცირებას, რომელიც გამოიყენება მკურნალობაზე პასუხის შეფასების მიზნით, მკურნალობიდან 1 წლის შემდეგ⁸⁸(II).

არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ოთხჯერადი შემცირების არარსებობა პირველადი ან მეორადი სიფილისის მკურნალობიდან 6 თვეში შესაძლებელია მკურნალობის სავარაუდო

წარუმატებლობის ინდიკატორი იყოს. ის პირები, რომლებშიც ტიტრი სეროაქტიური რჩება, განმეორებით უნდა შეფასდნენ აივ-ინფექციაზე. ასეთი პაციენტების ოპტიმალური მართვის საკითხები გაურკვეველია. როგორც მინიმუმი, მათ უნდა ჩაუტარდეთ დამატებითი კლინიკური და სეროლოგიური მეთვალყურეობა. აივ-ინფიცირებული პირები უფრო ხშირად უნდა შეფასდნენ (მაგ.: 3 თვიანი ინტერვალებით, 6 თვიანი ინტერვალების ნაცვლად). თუკი დამატებითი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია, რეკომენდებულია განმეორებითი მკურნალობა. იმის გამო, რომ მკურნალობის წარუმატებლობა შესაძლებელია განპირობებული იყოს არადიაგნოსტირებული ცნს-ის ინფექციით, მრავალი სპეციალისტი ამგვარ სიტუაციაში გვირჩევს თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევას⁸⁸.

მკურნალობის მიზნით სგგდ-ის ექსპერტთა უმრავლესობა გვირჩევს ბენზათინ პენიცილინ G-ს 2.4 მილიონი ერთეულის გამოყენებას ინტრამუსკულარულად კვირაში ერთხელ 3 კვირის განმავლობაში, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც სახეზეა ნეიროსიფილისის სიმპტომები. იშვიათ შემთხვევაში სეროლოგიური ტიტრების შემცირება არ ხდება თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევის უარყოფითი შედეგისა და თერაპიის გამეორებითი კურსის მიუხედავად. ამგვარ სიტუაციებში დამატებითი თერაპია ან თავზურგტვინის სითხის განმეორებითი გამოკვლევა გამართლებული არ არის.

რეკომენდაციები:

- სიფილისის მკურნალობა უნდა განხორციელდეს სპეციალისტის მეთვალყურეობით. პაციენტები კლინიკური და სეროლოგიური განმეორებითი გამოკვლევისათვის უნდა გაიგზავნონ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში მკურნალობიდან 6 და 12 თვის შემდეგ, უფრო ხშირი შეფასება შესაძლებელია განხორციელდეს, თუკი მკაცრი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია.(D)
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ პერსისტირებადი ან მორეციდივე სიმპტომები და ნიშნები, ან დაუდგინდათ არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ოთხჯერადი ზრდა (მაქსიმალურთან ან მკურნალობის საწყის ტიტრთან შედარებით), უნდა გაიგზავნონ სპეციალიზირებულ კლინიკაში აივ/შიდს-ზე განმეორებითი შეფასების მიზნით(B)

სქესობრივი პარტნიორების მართვა

იხ.: [ზოგადი პრინციპები, სქესობრივი პარტნიორების მართვა.](#)

9.6 ლატენტური სიფილისი

ლატენტური სიფილისი განისაზღვრება, როგორც სიფილისი, რომელსაც ახასიათებს სერორეაქტიულობა დაავადების სხვა გამოვლინებების არარსებობის ფონზე. პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ ლატენტური სიფილისი ან სიფილისით ინფიცირდნენ გასული წლების განმავლობაში, განიხილებიან, როგორც ადრეული ლატენტური სიფილისით დაავადებულნი. პაციენტის მდგომარეობა შესაძლებელია განისაზღვროს, როგორც ლატენტური სიფილისი იმ შემთხვევაში თუკი შეფასებამდე 1 წლის განმავლობაში მას აღენიშებოდა 1) დოკუმენტირებული სეროკონვერსია ან არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ოთხჯერადი და მეტი მატება; 2) პირველადი ან მეორადი სიფილისისათვის შეუსაბამო სიმპტომები; 3) კონტაქტი

სქესობრივ პარტნიორთან დადგენილი პირველადი, მეორადი ან ადრეული ლატენტური სიფილისით; ან 4) რეაქტიული არატრეპონემული და ტრეპონემული ტესტების შედეგები იმ პირისაგან, რომლის ერთადერთ შესაძლო ექსპოზიციას ადგილი ჰქონდა გასული 12 თვის განმავლობაში. არატრეპონემული სეროლოგიური ტესტების ტიტრი ჩვეულებრივ, უფრო მაღალია ადრეული ლატენტური სიფილისის დროს გვიან ლატენტურ სიფილისთან შედარებით. ამის მიუხედავად, მხოლოდ არატრეპონემული ტესტის ტიტრის შედეგებზე დაყრდნობით შეუძლებელია ადრეული ლატენტური სიფილისის სარწმუნო განსხვავება გვიანი ლატენტური სიფილისისაგან.

რეკომენდაცია:

ლატენტური სიფილისზე ექვის შემთხვევაში ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს ყველა ხილული ლორწოვანი გარსის (კერძოდ, პირის ღრუს, ქალებში შორისის, პერიანალური არისა და მამაკაცებში ჩუჩის ქვედა ლორწოვანის დათვალიერება წინადაუცვეთელ მამაკაცებში) საგულდაგულო გამოკვლევა ლორწოვანის შინაგანი დაზიანებების განსაზღვრის მიზნით და გაიზიაროს შემდგომი შეფასებისათვის სპეციალისტთან. სიფილისით დაავადებულ ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება აივ-ინფექციაზე⁸⁹. (IV)

მკურნალობა

ლატენტური სიფილისის მკურნალობა ხორციელდება სპეციალისტის მეთვალყურეობით. იგი, ჩვეულებრივ არ ახდენს ზეგავლენას ტრანსმისიაზე და მიზნად ისახავს გვიანი გართულებების პრევენციას. მიუხედავად იმისა, რომ ამ მიზნების მიღწევაში პენიცილინის ეფექტურობის შესახებ მეტყველებს კლინიკური გამოცდილება, შესაბამისი მტკიცებულებები სპეციფიური სამკურნალო სქემის შერჩევის თვალსაზრისით მცირერიცხოვანია.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- ლატენტური სიფილისის მქონე ყველა პირს უნდა ჩაუტარდეთ შესაბამისი შეფასება მესამეული სიფილისის (მაგ.: აორტიტი ან გუმის) და სიფილისური ოკულარული დაავადების (მაგ.: ირიტის ან უვეიტი) არსებობის თვალსაზრისით. პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ სიფილისი და ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე კრიტერიუმი, უნდა ჩაუტარდეთ თავზურგტვინის სითხის სასწრაფო გამოკვლევა(C):
 - ნევროლოგიური ან ოფთალმოლოგიური სიმპტომები და ნიშნები;
 - აქტიური მესამეული სიფილისის დამადასტურებელი გამოვლინება (მაგ.: აორტიტი და გუმა);
 - მკურნალობის წარუმატებლობა; ან
 - აივ-ინფექცია გვიან ლატენტურ სიფილისთან ერთად ან უცნობი ხანგრძლივობის ლატენტური სიფილისი.

თუკი ნაკარნახებია გარემოებითა და პაციენტის საჭიროებებით, თავზურგტვინის სითხის კვლევა შესაძლებელია ჩატარდეს იმ შემთხვევებშიც, როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება ეს კრიტერიუმები. არსებობს მოსზრებები თავზურგტვინის სითხის კვლევის ჩატარების შესახებ ყველა სიტუაციაში, როდესაც პაციენტს აღენიშნება ლატენტური სიფილისი და არატრეპონემული სეროლოგიური ტესტის ტიტრი $\geq 1:32$, ან თუკი პაციენტი აივ-

ინფიცირებულია და პლაზმაში CD4 უჯრედების რაოდენობა $\leq 350^{90}$ (III). თუმცა, ამ სიტუაციაში ნეიროსიფილისის ალბათობა უცნობია. თუკი ჩატარებული თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევაში აღინიშნება გადახრები, რომლებიც დამახასიათებელია ნეიროსიფილისისათვის, პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს ნეიროსიფილისის საწინააღმდეგო მკურნალობა (იხ.: [ნეიროსიფილისი](#)).

იმ შემთხვევაში, როდესაც სიფილისის ყოველკვირეული თერაპიის კურსის დროს პაციენტი გამოტოვებს პენიცილინის დოზას, შესაბამისი ქმედებების თანმიმდევრობა გაურკვეველია. ფარმაკოლოგიური მოსაზრებებით სავარაუდოა, რომ ბენზათინ პენიცილინის დოზებს შორის 10–14 დღიანი ინტერვალი გვიანი სიფილისის ან უცნობი ხანგრძლივობის ლატენტური სიფილისის შემთხვევაში შესაძლოა მისაღები იყოს ინექციის მორიგი დოზის დაწყებამდე. დოზის გამოტოვება მიუღებელია ორსულ პაციენტებში, რომელთაც მკურნალობა უტარდებათ გვიანი ლატენტური სიფილისის გამო; ორსულმა ქალებმა, რომელთაც გამოტოვეს თერაპიის ნებისმიერი დოზა, თავიდან უნდა გაიმეორონ მკურნალობის სრული კურსი.

მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაცია:

- რაოდენობრივი არატრეპონემული სეროლოგიური ტესტი უნდა გამეორდეს 6, 12 და 24 თვეში. პაციენტებს თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევის ნორმალური შედეგით განმეორებითი მკურნალობა ლატენტურ სიფილისზე უნდა ჩაუტარდეთ, თუკი 1) ტიტრი იზრდება ოთხჯერ, 2) საწყისი მაღალი ტიტრი ($\geq 1:32$) არ ქვეითდება სულ მცირე, ოთხჯერ (ე.ი. ორი განზავება) თერაპიის 12–24 თვის განმავლობაში(C).

იშვიათ შემთხვევებში, მიუხედავად თავზურგტვინის სითხის კვლევის ნეგატიური შედეგისა და თერაპიის განმეორებითი კურსისა, სეროლოგიური ტიტრები, შესაძლოა, მაინც არ დაქვეითდეს. ამგვარ სიტუაციაში დამატებითი თერაპიის ან თავზურგტვინის სითხის განმეორებითი კვლევის საჭიროება გაურკვეველია.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი. იხ.: [ზოგადი პრინციპები, სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი](#).

სპეციალური საკითხები

პენიცილინზე ალერგია

ლატენტური სიფილისის მკურნალობის მიზნით პენიცილინის ალტერნატიული თერაპიის ეფექტურობა სათანადოდ არ არის დასაბუთებული. პენიცილინის მიმართ ალერგიული პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ მკაფიოდ დადგენილი ადრეული ლატენტური სიფილისი, წესით უნდა დაემოჩილონ პენიცილინის ალტერნატიულ სამკურნალო სქემას, რომელიც რეკომენდებულია პირველადი და მეორადი სიფილისის სამკურნალოდ (იხ.: [პირველადი და მეორადი სიფილისი, მკურნალობა](#)). ერთადერთ ალტერნატიულ თერაპიას, რომელიც მისაღებია გვიანი ლატენტური სიფილისის ან უცნობი ხანგრძლივობის ლატენტური სიფილისის სამკურნალოდ, მიეკუთვნება დოქსიციკლინი (100მგ პერორალურად ორჯერ დღეში) ან ტეტრაციკლინი (500მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში), 28 დღის განმავლობაში. ამ რეჟიმის გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ მჭიდრო კლნიკური და სეროლოგიური მეთვალყურეობის

ფონზე. კლინიკური კვლევების მცირე რაოდენობაში, მხოლოდ ბიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური მტკიცებულებებით, გამოითქვა ვარაუდი ცეფტრიაქსონის შესაძლო ეფექტურობის შესახებ გვიანი ლატენტური სიფილისის ან უცნობი ხანგრძლივობის ლატენტური სიფილისის მკურნალობის თვალსაზრისით⁹¹(III). თუმცა, მკურნალობის ოპტიმალური დოზა და ხანგრძლივობა განსაზღვრული არ არის და მკურნალობის გადწყვეტილება განხილულ უნდა იქნეს სპეციალისტთან ერთად. ზოგიერთ პაციენტს პენიცილინის მიმართ ალერგიით შესაძლოა ცეფტრიაქსონის მიმართაც აღენიშნებოდეს ალერგია. ამგვარ სიტუაციებში შესაძლოა საჭირო გახდეს ალტერნატიული მედიკამენტის გამოყენება. ამ ალტერნატიული რეჟიმების ეფექტურობა აივ–ინფიცირებულ პაციენტებში სათანადოდ შესწავლილი არ არის და ამის გამო მისი გამოყენების შესაძლებლობა უნდა განვიხილოთ სიფრთხილით.

ორსულობა. პენიცილინზე ალერგიის მქონე ორსულებს უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია და მკურნალობა პენიცილინით (იხ.: [პენიცილინზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტთა მენეჯმენტი და სიფილისი ორსულობის დროს](#)).

აივ ინფექცია. იხ.: [სიფილისი აივ–ინფიცირებულ პირებში](#).

9.7 მესამეული სიფილისი

მესამეული სიფილისი მოიხსენიება, როგორც გუმოზური და კარდიო–ვასკულარული სიფილისი, მაგრამ არა ყოველთვის როგორც ნეიროსიფილისი. პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ ალერგია პენიცილინის მიმართ და არა აქვთ ნეიროსიფილისისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ შემდეგი სქემის მიხედვით:

რეკომენდებული სქემა

ბენზათინ პენიცილინი G მთლიანობაში 7,2 მილიონი ერთეული, რომელიც ინიშნება 2,4 მილიონი ერთეულის ინტრამუსკულარული 3 ინექციის სახით ერთკვირიანი ინტერვალებით.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- პაციენტები, რომელთაც აქვთ გვიანი სიფილისის სიმპტომები, უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში შესაბამისი შეფასებისა (თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევა) და თერაპიის მიზნით. (D)

კარდიო–ვასკულარული ან გუმოზური სიფილისით დაავადებული პაციენტების სრულყოფილი მართვა ამ გაიდლაინის ფარგლებს გარეთაა. ამგვარ პაციენტებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს ინფექციონისტთან ერთად.

მეთვალყურეობა. მესამეული სიფილისით დაავადებული პაციენტების მკურნალობაზე კლინიკური პასუხისა და მეთვალყურეობის შესახებ მონაცემები ნაკლებად მოიპოვება.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი. იხ.: [ზოგადი პრინციპები, სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი](#).

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე. პენიცილინზე ალერგიულ პაციენტებს მკურნალობა უნდა ჩატარდეთ გვიანი ლატენტური სიფილისისათვის რეკომენდებული ალტერნატიული სამკურნალო სქემით.

ორსულობა. პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში ორსულ ქალებს, თუ საჭიროა, უნდა ჩატარდეთ დესენსიბილიზაცია და უმკურნალონ პენიცილინით (იხ.: [პენიცილინზე ალერგიის მქონე პაციენტების მართვა და სიფილისი ორსულობის პერიოდში](#)).

აივ ინფექცია. იხ.: [სიფილისი აივ-ინფიცირებულ პირებში](#).

9.8 ნეიროსიფილისი

პროცესში ცნს-ის ჩართვა შესაძლებელია სიფილისის ნებისმიერ სტადიაზე. პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ სიფილისით ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები (მაგ.: კოგნიტიური დისფუნქცია, მოტორული ან სენსორული დეფიციტი, ოფთალმოლოგიური ან სმენითი სიმპტომები, კრანიალური ნერვების პარეზი, მენინგიტის სიმპტომები და ნიშნები), უნდა ჩატარდეთ თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევა⁹²(IV).

სიფილისური უვეიტი ან სხვა ოკულარული მანიფესტაცია ხშირად ასოცირებულია ნეიროსიფილისთან; პაციენტებს ამგვარი სიმპტომებით მკურნალობა უნდა ჩატარდეთ ნეიროსიფილისით დაავადებული პაციენტების სამკურნალო რეკომენდაციების მიხედვით. ყველა ამგვარ პაციენტს უნდა ჩატარდეს თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევა, იმ პათოლოგიური გადახრების გამოსავლენად, რომელთა დიაგნოსტიკის მიზნითაც საჭიროა თავზურგტვინის სითხის განმეორებითი კვლევა მკურნალობაზე პასუხის შეფასების მიზნით⁹³.(IV)

პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ნეიროსიფილისი ან სიფილისური თვალის დაავადება (მაგ.: უვეიტი, ნეირორეტინიტი და ოპტიკური ნევრიტი), მკურნალობა უნდა ჩატარდეთ ნევროლოგისა და ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

რეკომენდებული სქემები

კრისტალინ პენიცილინ G–ს წყალხსნარი 18–24 მილიონი ერთეული დღეში, რომელიც ინიშნება 3–4 მილიონი ერთეული ინტრავენურად 4 საათში ერთხელ ან უწყვეტი ინფუზიის სახით, 10–14 დღის განმავლობაში.

თუკი თერაპიის მიმართ დამყოლობა გარანტირებულია, პაციენტებს შესაძლებელია ჩატარდეთ მკურნალობა შემდეგი ალტერნატიული სქემით:

ალტერნატიული სქემა

პროკაინ პენიცილინი 2.4 მილიონი ერთეული IM დღეში ერთხელ

პლუს

პრობენეციდი 500 მგ დღეში ოთხჯერ პერორალურად 10–14 დღის განმავლობაში.

ნეიროსიფილისის სამკურნალოდ რეკომენდებული და ალტერნატიული რეჟიმების ხანგრძლივობა უფრო ხანმოკლეა, ვიდრე გვიანი სიფილისის სამკურნალო სქემისა, ნეიროსიფილისის არარსებობის ფონზე. ამის გამო ზოგიერთი სპეციალისტი ნეიროსიფილისის სამკურნალო კურსის ჩამთავრების შემდეგ ნიშნავს ბენზათინ პენიცილინს 2,4 მილიონ ერთეულს ინტრამუსკულარულად კვირაში ერთხელ 3 კვირის განმავლობაში თერაპიის შედარებადი სრული ხანგრძლივობის უზრუნველყოფის მიზნით⁹⁴(IV).

მართვის სხვა მოსაზრებები

ნეიროსიფილისით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები შემდეგია:

- სიფილისით დაავადებულ ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა აივ-ინფექციაზე;(D)
- სიფილისით გამოწვეული სმენითი პრობლემების მქონე პაციენტების მკურნალობა რეკომენდებულია ისეთივე რეჟიმით, როგორც ნეიროსიფილისის დროს, მიუხედავად თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევის შედეგებისა. (D)
- მიუხედავად იმისა, რომ სისტემური სტეროიდები ხშირად გამოიყენება დამატებითი თერაპიის სახით ოტოლოგიური სიფილისის სამკურნალოდ, ამ მედიკამენტების სარგებელი დადასტურებული არ არის. (D)

მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

თუკი დასაწყისში ადგილი ჰქონდა თავზურგტვინის სითხეში (თხს) პლეოციტოზს, მისი გამოკვლევა უნდა გამეორდეს ყოველ 6 თვეში ერთხელ, მანამ სანამ უჯრედული შემადგენლობა ნორმას არ დაუბრუნდება. დინამიკაში თხს-ის გამოკვლევა შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას თხს-VDRL რეაქციაში ან თხს-ს ცილის რაოდენობაში ცვლილებების შეფასების მიზნით. თუმცა, ამ ორი უკანასკნელი პარამეტრის ცვლილება უფრო ნელა ხდება, ვიდრე უჯრედული შემადგენლობისა და მათი პერსისტენტული ანომალიები შესაძლებელია ნაკლებ მნიშვნელოვანი იყოს. იმ შემთხვევაში, როდესაც უჯრედული ელემენტების რაოდენობა არ მცირდება 6 თვეში, ან თხს-ის პარამეტრები არ უბრუნდება ნორმას 2 წელიწადში, უნდა გავითვალისწინოთ განმეორებითი მკურნალობის შესაძლებლობა. აივ-ინფიცირებული პირების კვლევის უახლეს მონაცემებზე დაყრდნობით სავარაუდოა, რომ ნეიროსიფილისის შემთხვევაში ამგვარ პირებს შესაძლებელია თხს-ის პათოლოგიური ცვლილება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში აღენიშნებოდეთ და ამიტომ ამ შემთხვევებში მჭიდრო კლინიკური მეთვალყურეობა გამართლებულია ^{95,96}. (IV)

რეკომენდაცია:

- ნეიროსიფილისით დაავადებულ პირთა მდგომარეობის მართვა უნდა განხორციელდეს ნევროლოგისა და ინფექციონისტის მეთვალყურეობით, რაც გულისხმობს თავ-ზურგტვინის სითხის პერიოდულ გამოკვლევას და დადებითი დინამიკის არარსებობის შემთხვევაში განმეორებითი მკურნალობის შესაძლებლობას.(D)

სქესობრივი პარტნიორების მართვა. იხ.: [ზოგადი პრინციპები, სქესობრივი პარტნიორების მართვა](#).

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე. ცეფტრიაქსონი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ნეიროსიფილისით დაავადებული პაციენტების ალტერნატიულ სამკურნალო საშუალებად, თუმცა, ამ პრეპარატსა და პენიცილინს შორის არსებობს ჯვარედინი რეაქციის შესაძლებლობის ალბათობა. ზოგი სპეციალისტი გვირჩევს ცეფტრიაქსონს 2,0გ–ს დღეში ინტრამუსკულარულად ან ინტრავენურად 10–14 დღის განმავლობაში. ნეიროსიფილისის სამკურნალო სხვა სქემები სათანადოდ შეფასებული არ არის. ამის გამო, თუკი არსებობს ეჭვი ცეფტრიაქსონის უსაფთხოების შესახებ ნეიროსიფილისით დაავადებული პაციენტის შემთხვევაში, მას უნდა გაუკეთდეს კანის სინჯი პენიცილინზე ალერგიის დასადასტურებლად, და საჭიროების შემთხვევაში ჩაუტარდეს დესენსიბილიზაცია და მდგომარეობის მართვა სპეციალისტთან ერთად.

ორსულობა. ორსულ პაციენტებს პენიცილინზე ალერგიითა და ნეიროსიფილისით უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია და მკურნალობა პენიცილინით (იხ.: [სიფილისი ორსულობის დროს](#)).

სიფილისი აივ–ინფიცირებულ პირებში

დიაგნოსტიკური საკითხები

სიფილისით დაავადებულ აივ–ინფიცირებულ პირებში აღინიშნება უჩვეულო სეროლოგიური რეაქცია. შემთხვევათა უმრავლესობაში აღწერილი იყო სეროლოგიური ტიტრების უფრო მაღალი მაჩვენებლები და მატება, ვიდრე ეს მოსალოდნელი იყო, თუმცა ასევე ადგილი ჰქონდა ცრუ–უარყოფით სეროლოგიურ ტესტებსა და დაგვიანებულ სერო–რეაქტიულობასაც. ამის მიუხედავად, უჩვეულო სეროლოგიური პასუხი ხშირი არ არის და სპეციალისტთა უმრავლესობა თვლის, რომ სიფილისის როგორც ტრეპონემული, ისე არატრეპონემული ტესტების ინტერპრეტაცია შესაძლებელია განხორციელდეს ჩვეული წესით იმ პაციენტთა უმრავლესობაში, რომლებიც კო–ინფიცირებული არიან აივ–ითა და *T. pallidum*-ით.

როდესაც კლინიკური სიმპტომების საფუძველზე სავარაუდოა სიფილისი, მაგრამ სეროლოგიური ტესტები არარეაქტიულია, ან მათი ინტერპრეტაცია არ არის ნათელი, დიაგნოზის დასასმელად შესაძლებელია სასარგებლო იყოს დამატებითი ტესტების (კერძოდ, ბნელ ველში გამოკვლევის, დაზიანების ბიოფსისის ან დაზიანებიდან აღებული მასალის DFA შედეგა). აივ–ინფიცირებული პაციენტის ნევროლოგიური დაავადების შემთხვევაში დიფ–დიაგნოზში აუცილებელია ნეიროსიფილისის გათვალისწინება.

მკურნალობა

აივ–ნეგატიური პაციენტებთან შედარებით, აივ–პოზიტიურ პირებს ადრეული სიფილისის დიაგნოზით, შესაძლებელია, აღინიშნებოდეთ ნევროლოგიური გართულებების უფრო მაღალი რისკი და არსებული სამკურნალო სქემების მიმართ წარუმატებელი მკურნალობის შემთხვევათა მომატებული ალბათობა. ამ რისკის სიდიდე ზუსტად განსაზღვრული არ არის, მაგრამ სავარაუდოა, რომ იგი მინიმალურია. არ არსებობს სამკურნალო სქემა, რომლის უპირატესობაც

დადასტურებული იქნებოდა ნეიროსიფილისის პრევენციის თვალსაზრისით აივ-ინფიცირებულ პირებში აივ-ნეგატიური პაციენტების სამკურნალო რეკომენდაციებთან შედარებით⁸⁸. თერაპიის შემდეგ საგულდაგულო მეთვალყურეობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

პირველადი და მეორადი სიფილისის აივ-ინფიცირებულ პირებში

მკურნალობა

რეკომენდებულია ბენზათინ პენიცილინ G-ს ინტრამუსკულარული ერთჯერადი ინექცია 2,4 მილიონი ერთეულის სახით. ზოგი სპეციალისტი გვირჩევს დამატებით თერაპიას (მაგ.: Penicillin G Benzathine-თი კვირაში ერთხელ ინექციას 3 კვირის განმავლობაში, როგორც გვიანი სიფილისის შემთხვევაში) ზემოთხსენებულთან ერთად.

მართვის სხვა საკითხები

იმის გამო, რომ თავზურგტვინის სითხის ანომალიები (კერძოდ, მონონუკლეარული პლეოციტოზი და ცილის მაღალი შემცველობა) გავრცელებულია ადრეული სიფილისის დროს და აივ-ინფიცირებულ პირებში, ამგვარი ცვლილებების კლინიკური და პროგნოზული ღირებულება პირველადი ან მეორეული სიფილისით დაავადებულ აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში უცნობია. მიუხედავად იმისა, რომ აივ-ინფიცირებულ პაციენტთა უმრავლესობა კარგად ემორჩილება ბენზათინ პენიცილინით სტანდარტულ თერაპიას, ზოგიერთი სპეციალისტი მაინც გვირჩევს ინტენსიური თერაპიის გამოყენებას ასეთ პაციენტებში ცნს-ის სიფილისზე ეჭვის დროს. ამის გამო არსებობს რეკომენდაციები, აივ-ინფიცირებულ პირებს ადრეული სიფილისით ჩაუტარდეთ თავზურგტვინის სითხის გამოკვლევა მკურნალობის დაწყებამდე და საწყისი ცვლილებების არსებობის შემთხვევაში განხორციელდეს თხს-ის შემადგენლობის მონიტორინგი მკურნალობის შემდეგ.

მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- აივ-ინფიცირებულ პირებს უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობის წარმატების შეფასება კლინიკურად და სეროლოგიურად თერაპიიდან 3, 6, 9, 12 და 24 თვეში. (C)
- აივ-ინფიცირებულ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ წარუმატებელი მკურნალობისათვის დამახასიათებელი კრიტერიუმები (კერძოდ, პერსისტირებადი ან მორეციდივე სიმპტომები და ნიშნები ან არატრეპონემული ტესტის ტიტრის ოთხჯერადი მატება), მდგომარეობის მართვა უნდა განხორციელდეს ისეთივე სტრატეგიით, როგორც აივ-ნეგატიურებში (ე.ი. თხს-ის განმეორებითი გამოკვლევა და მკურნალობა). (D)
- თხს-ის გამოკვლევა და განმეორებითი მკურნალობა მკაცრად არის ნაჩვენები იმ პირებშიც, რომელთა არატრეპონემული ტესტის ტიტრი არ მცირდება ოთხჯერ თერაპიის 6-12 თვის განმავლობაში. (B)
- თხს-ის გამოკვლევის შედეგების პათოლოგიის არარსებობის შემთხვევაში, განმეორებითი მკურნალობის მიზნით უპირატესობა ენიჭება Penicillin G Benzathine-ს 2,4 მილიონი ერთეულის სამჯერადად დანიშვნას ინტრამუსკულარულად ერთკვირიანი ინტერვალებით. (D)

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე. პენიცილინზე ალერგიული პირების მდგომარეობის მართვა პირველადი ან მეორადი სიფილისისა და აივ-იფექციის თანაარსებობისას უნდა განხორციელდეს აივ-ნეგატიური პენიცილინზე ალერგიული პირებისათვის განკუთვნილი რეკომენდაციების მიხედვით. აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში პენიცილინის ალტერნატიული თერაპიის გამოყენება სათანადოდ შესწავლილი არ არის.

ლატენტური სიფილისი აივ-ინფიცირებულ პირებში

დიაგნოსტიკის საკითხები

აივ-ინფიცირებული პირების მდგომარეობის მართვა და მკურნალობა ადრეული ლატენტური სიფილისის დროს უნდა განხორციელდეს აივ-ნეგატიური პირებში პირველადი და მეორადი სიფილისისათვის განკუთვნილი რეკომენდაციების მიხედვით. აივ-ინფიცირებულ პირებს, რომელთაც აღენიშნებათ გვიანი ლატენტური ან უცნობი ხანგრძლივობის სიფილისი, მკურნალობის დაწყებამდე უნდა ჩატარდეთ თავზურგტვინის სითხის გამოკველევა.

მკურნალობა

იმ პაციენტებს, რომლებიც დაავადებული არიან გვიანი ლატენტური ან უცნობი ხანგრძლივობის სიფილისით და თხს-ის ანალიზი ნორმალური აქვთ, მკურნალობა შესაძლებელია ჩატარდეთ Penicillin G Benzathine-ის 2,4 მილიონი ერთეულის სამჯერადი ინტამუსკულარული ინექციით ერთკვირიანი ინტერვალებით 3 კვირის განმავლობაში. თუკი თხს-ის ანალიზი მიუთითებს ნეიროსიფილისის არსებობაზე, პაციენტებს უნდა უმკურნალონ როგორც ნეიროსიფილისის დროს (იხ.: [ნეიროსიფილისი](#)).

მეთვალყურეობა. პაციენტებს კლინიკური და სეროლოგიური შეფასება უნდა ჩატარდეთ მკურნალობიდან 6, 12 და 24 თვის შემდეგ. ნებისმიერ დროს, თუკი კლინიკური სიმპტომები მწვავედება და არატრეპონემული ტესტის ტიტრი იზრდება ოთხჯერ, უნდა ჩატარდეს თხს-ის განმეორებითი კვლევა და შესაბამისად დაინიშნოს მკურნალობა. თუკი 12-24 თვის განმავლობაში არატრეპონემული ტესტის ტიტრი არ მცირდება ოთხჯერ, უნდა განმეორდეს თხს-ის ანალიზი და ამის საფუძველზე დაინიშნოს მკურნალობა.

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე. ალტერნატიული არა-პენიცილინური სამკურნალო სქემების ეფექტურობა აივ-ინფიცირებულ პირებში სათანადოდ შესწავლილი არ არის. იმ პაციენტებს პენიცილინზე ალერგიით, რომელთა თერაპიაზე დამყოლობის ან მდგომარეობის მონიტორინგის უზრუნველყოფა შეუძლებელია, უნდა ჩატარდეთ დესენსიბილიზაცია და უმკურნალონ პენიცილინით (იხ.: [პენიცილინზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტთა მენეჯმენტი](#)). ამგვარი ალტერნატიული სამკურნალო სქემების გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ მჭიდრო კლინიკური და სეროლოგიური მეთვალყურეობის ფონზე. კლინიკურმა კვლევებმა მხოლოდ ბიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური მტკიცებულებების საფუძველზე გვიჩვენა ცეფტრიაქსონის შესაძლო ეფექტურობა⁹⁷. თუმცა, ცეფტრიაქსონით თერაპიის ოპტიმალური დოზირება და ხანგრძლივობა დადგენილი არ არის.

9.9. სიფილისის ორსულობის დროს

ორსულობის ადრეულ ვადაზე ყველა ქალს უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი სიფილისზე. ორსულთა მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამაში სიფილისზე სკრინინგი განსაზღვრულია ორსულობის პირველ პრენატალურ ვიზიტზე. ტიპიურ შემთხვევებში გამოიყენება მშობიარობამდე სკრინინგი არატრეპონემული ანტისხეულების ტესტის საშუალებით, თუმცა, ზოგიერთ დაწესებულებაში იყენებენ ტრეპონემული ანტისხეულების ტესტსაც. რეაქტიული ტრეპონემული ტესტის შემთხვევაში ორსულს უნდა ჩაუტარდეს არატრეპონემული სეროლოგიური გამოკვლევა ტიტრის განსაზღვრით. იმ პოპულაციებში, სადაც პრენატალური მეთვალყურეობა ოპტიმალური არ არის, უნდა განხორციელდეს RPR სკრინინგ-ტესტი და მკურნალობა (ე.ი. როცა RPR-ტესტი დადებითია) ორსულობის დადგენის მომენტში. იმ საზოგადოებაში, სადაც სიფილისის გავრცელება მაღალია და მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში სეროლოგიური ტესტირება უნდა განხორციელდეს ორჯერ ორსულობის პირველი ტრიმესტრის განმავლობაში, კერძოდ, გესტაციის 28-დან 32-ე კვირამდე და მშობიარობის დროს. ყველა ქალს, რომელსაც აღენიშნებოდა მკვდარდშობადობა ორსულობის 20 კვირის შემდეგ, უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება სიფილისზე. არც ერთმა ახალშობილმა არ უნდა დატოვოს სამშობიარო სახლი დედის სეროლოგიური სტატუსის განსაზღვრის გარეშე ერთხელ მაინც ორსულობის განმავლობაში.

დიაგნოსტიკის საკითხები

სეროპოზიტიური ქალები განხილულ უნდა იქნენ სავარაუდოდ ინფიცირებულად იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც ადექვატური მკურნალობის ისტორია დასაბუთებულია ნათლად და ანტისხეულების განმეორებითი ტიტრები მცირდება. ანტისხეულების სწრაფი დაბალი ტიტრის შემთხვევაში მკურნალობა შესაძლებელია საჭირო არ იყოს, თუმცა, პერსისტენტული უფრო მაღალი ტიტრის არსებობა შეიძლება მიუთითებდეს რეინფექციაზე და საჭიროებდეს მკურნალობას.

რეკომენდაცია:

- ნებისმიერი ორსული ქალი, რომელიც სეროპოზიტიურია სიფილისზე უნდა ჩაითვალოს სავარაუდოდ ინფიცირებულად და გაიგზავნოს ვენეროლოგთან დიაგნოზის დადასტურებისა და შესაბამისი მართვის ტაქტიკის უზრუნველყოფის მიზნით;(D)
- ორსულებში მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია პენიცილინი⁹⁸(II,B)
- ფეტალური ან პლაცენტარული სიფილისის ნიშნები (მაგ.: ჰეპატომეგალია, ასციტი, წყალმანკი ან პლაცენტის გათხელება) მიუთითებს ნაყოფის წარუმატებელი მკურნალობის უფრო მაღალ რისკზე⁹⁹(IV,D); ამგვარ სიტუაციებში მდგომარეობის მართვა მეან-გინეკოლოგთან და ვენეროლოგთან ერთად უნდა განხორციელდეს.

მეთვალყურეობა. კოორდინირებული პრენატალური მეთვალყურეობა და მკურნალობის მონიტორინგი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. სეროლოგიური ტესტები უნდა გამეორდეს გესტაციის 28-32-ე კვირაზე, მშობიარობის დროს და დაავადების სტადიიდან გამომდინარე რეკომენდაციების მიხედვით. სეროლოგიური ტესტების ყოველთვიური გადამოწმება

შესაძლებელია იმ ქალებში, რომელთაც რე-ინფექციის მაღალი რისკი აღენიშნებათ, ან ცხოვრობენ გეოგრაფიულ რეგიონებში, სადაც სიფილისის გავრცელება მაღალია. მკურნალობაზე კლინიკური და სეროლოგიური პასუხი დაავადების სტადიისათვის შესაბამისი უნდა იყოს. ქალთა უმრავლესობა მშობიარობს მანამ, სანამ მკურნალობაზე მათი სეროლოგიური პასუხი ზუსტად შეფასდებოდეს. დედის არაადექვატური მკურნალობის ალბათობა მაღალია მაშინ, როცა მშობიარობა იწყება მკურნალობის დაწყებიდან 30 დღის განმავლობაში, თუკი ინფექციის კლინიკური სიმპტომები სახეზეა მშობიარობის მომენტში და თუკი დედის ანტისხეულების ტიტრი ოთხჯერ აღემატება მკურნალობამდე არსებულ ტიტრს.

სქესობრივი პარტნიორების მართვა. იხ.: [ზოგადი პრინციპები, სქესობრივი პარტნიორების მართვა](#).

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე. ორსულობის პერიოდში სიფილისის სამკურნალოდ პენიცილინის დადასტურებული ალტერნატიული სამკურნალო სქემა არ არსებობს. ორსულ ქალს, რომელსაც აღენიშნება ალერგია პენიცილინის მიმართ, უნდა ჩაუტარდეს დესენსიბილიზაცია და უმკურნალონ პენიცილინით. შესაძლოა, დაგვეხმაროს კანის ალერგიული სინჯი (იხ.: [პენიცილინზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტთა მართვა](#)).

ტეტრაციკლინი და დოქსიციკლინი, ჩვეულებრივ, არ გამოიყენება ორსულობის დროს. პენიცილინი არ უნდა გამოვიყენოთ, რადგანაც მისი სამკურნალო მოქმედება ინფიცირებულ ნაყოფზე სანდო არ არის. აზიტრომიცინის ან ცეფტრიაქსონის დედის სიფილისის სამკურნალოდ და თანდაყოლილი სიფილისის პრევენციის მიზნით გამოყენების შესახებ საკმარისი მონაცემები არ მოიპოვება.

აივ-ინფექცია. თანდაყოლილი ინფექციის შედეგად განვითარებულმა პლაცენტარულმა ანთებამ შესაძლოა გაზარდოს აივ-ინფექციის პერინატალური ტრანსმისიის რისკი. ყველა აივ-ინფიცირებულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა სიფილისზე და შესაბამისი მკურნალობა. სპეციფიური სამკურნალო სქემების რეკომენდაციისათვის მონაცემები საკმარისი არ არის (იხ.: [სიფილისი აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში](#)).

10. თანდაყოლილი სიფილისი

თანდაყოლილი სიფილისის ეფექტური პრევენცია და გამოვლენა დამოკიდებულია სიფილისის იდენტიფიკაციაზე ორსულ ქალში, და აქედან გამომდინარე, ორსულთა რუტინულ სეროლოგიურ სკრინინგზე პირველი პრენატალური ვიზიტის დროს. იმ საზოგადოებასა და პოპულაციაში, სადაც თანდაყოლილი სიფილისის რისკი მაღალია, სეროლოგიური ტესტირება და სქესობრივი ანამნეზის შეგროვება უნდა მოხდეს აგრეთვე, გესტაციის 28-ე კვირაზე და მშობიარობის დროსაც. უფრო მეტიც, სიფილისით დაავადებული ორსულების მენეჯმენტის ნაწილად უნდა მოიაზრებოდეს მათი სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება რე-ინფექციის რისკის შეფასების მიზნით. სიფილისით დაავადებულ ყველა ორსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება აივ-ინფექციაზე¹⁰⁰. თანდაყოლილ სიფილისზე ახალშობილთა შეფასება და მკურნალობა ხორციელდება ნეონატოლოგისა და

ინფექციონისტის მეთვალყურეობით. ამდენად, ეს საკითხი სცილდება პირველადი ჯანდაცვის კომპეტენციის ფარგლებს. .

მკურნალობა ახალშობილობის პერიოდის შემდეგ

იმ ბავშვების დედებს, რომელთაც აღენიშნებათ სიფილისზე რეაქტიული სეროლოგიური ტესტები ნეონატალური პერიოდის შემდეგ (1 თვეზე მეტ ასაკში), უნდა ჩაუტარდეთ სეროლოგიური გამოკვლევა და ისტორიის გადახედვა იმის შესაფასებლად, ბავშვს აქვს თანდაყოლილი თუ შეძენილი სიფილისი (იხ.: [პირველადი და მეორადი სიფილისი და ლატენტური სიფილისი, ბავშვებზე სქესობრივი ძალადობა](#)). ნებისმიერ ბავშვს თანდაყოლილი სიფილისის რისკით უნდა ჩაუტარდეს სრულყოფილი შეფასება და ტესტირება აივ-ინფექციაზე¹⁰¹.

შეფასებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- VDRL-ზე, უჯრედულ შემადგენლობასა და ცილაზე თზს-ის ანალიზი(C)
- სისხლის საერთო ანალიზი, ფორმულითა და თრომბოციტების რაოდენობით(C)
- სხვა ტესტები კლინიკური ჩვენების მიხედვით (მაგ.: ლულოვანი ძვლების რენტგენოგრაფია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ღვიძლის ფუნქციური ტესტები, მუცლის ღრუს ორგანოების ექოსკოპია, ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა და თავის ტვინის პასუხი აუდიტორულ გაღიზიანებაზე).(D)

რეკომენდებული რეჟიმი

Penicillin G sodium წყალხსნარი 200,000–300,000 ერთეული/კგ/დღეში IV, რომელიც ინიშნება 50,000 ერთეული/კგ 4–6 საათში ერთხელ 10 დღის განმავლობაში.

ყველა ბავშვს, რომლისთვისაც საეჭვოა თანდაყოლილი სიფილისის დიაგნოზი ან აღენიშნება პროცესში ნერვული სისტემის ჩართვა, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს პედიატრი ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა ხორციელდება ინფექციონისტთან და ნევროლოგთან მჭიდრო კონტაქტში. ყველა სეროაქტიურ ახალშობილს (ან ახალშობილებს, რომელთა დედებიც სეროაქტიურები იყვნენ მშობიარობის მომენტში) უნდა ჩაუტარდეთ საგულდაგულო მონიტორინგი, რომელიც მოიცავს ფიზიკალური გასინჯვასა და სეროლოგიურ კვლევას (კერძოდ, არატრეპონემული ტესტის კონტროლს) 2–3 თვეში ერთხელ, მანამ სანამ ტესტი არ გახდება არარეაქტიული ან მისი ტიტრი შემცირდება სულ მცირე, ოთხჯერ მაინც¹⁰². არატრეპონემული ანტისხეულების ტიტრი უნდა შემცირდეს 3 თვის ასაკისათვის და გახდეს არარეაქტიული 6 თვის ასაკისათვის, თუკი ბავშვი არ იყო ინფიცირებული (ანუ, როცა რეაქტიული ტესტის შედეგი განპირობებული იყო დედისეული IgG ანტისხეულების პასიური ტრანსფერით), ან ინფიცირებული იყო, მაგრამ ჩაუტარდა ადექვატური მკურნალობა. სეროლოგიური პასუხი თერაპიის შემდეგ, შესაძლოა უფრო ნელი იყოს იმ ახალშობილებისათვის, რომელთაც მკურნალობა ჩუატარდათ ნეონატალური პერიოდის შემდეგ. თუკი ეს ტიტრები სტაბილურია, ან იზრდება 6–12 თვის

ასაკიდან, ბავშვს უნდა ჩაუტარდეს შეფასება (მაგ. თზს–ის გამოკვლევა) და მკურნალობა პარენტერალური პენიცილინ G–ს 10 დღიანი კურსით.

ტრეპონემული ტესტი არ უნდა გამოვიყენოთ მკურნალობაზე პასუხის შეფასების მიზნით, რადგანაც ინფიცირებულ ბავშვში იგი შესაძლებელია დადებითი დარჩეს ეფექტური თერაპიის მიუხედავად. პასიურად გადასული დედისეული ტრეპონემული ანტისხეულები ჩვილში შესაძლოა პერსისტირებდეს 15 თვის ასაკამდეც კი. რეაქტიული ტრეპონემული ტესტი 18 თვის ასაკის შემდეგ თანდაყოლილი სიფილისისათვის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმს წარმოადგენს. თუკი ამ დროისათვის არატრეპონემული ტესტის შედეგი არარეაქტიულია, შემდგომი შეფასება ან მკურნალობა საჭირო არ არის. თუკი არატრეპონემული ტესტის შედეგი რეაქტიულია 18 თვის ასაკის შემდეგ, ჩვილს უნდა ჩაუტარდეს ხელახალი შეფასება და მკურნალობა თანდაყოლილ სიფილისზე.

ჩვილებს, რომელთა თზს–ის საწყისი გამოკვლევის შედეგში აღინიშნება ნორმიდან გადახრა, განმეორებითი ლუმბალური პუნქცია უნდა ჩაუტარდეს დაახლოებით 6 თვეში ერთხელ, მანამ სანამ შედეგი ნორმალური არ გახდება. თზს–ის რეაქტიული VDRL–ტესტი ან მასში პათოლოგიური გადახრები, რომლებიც არ შეიძლება მიჩნეულ იქნას სხვა დაავადების მანიფესტაციად, მოითხოვს განმეორებით მკურნალობას შესაძლო ნეიროსიფილისი გამო.

იმ ბავშვებზე მეთვალყურეობა, რომელთაც თანდაყოლილი სიფილისის გამო მკურნალობა ჩაუტარდათ ნეონატალური პერიოდის შემდეგ, ისევე უნდა განხორციელდეს, როგორც ახალშობილების შემთხვევაში.¹⁰³

სპეციალური საკითხები

ალერგია პენიცილინზე

ჩვილებსა და ბავშვებს, რომელთაც ესაჭიროებათ მკურნალობა სიფილისის გამო, მაგრამ ანამნეზში აღენიშნებათ ალერგია პენიცილინზე ან განუვითარდათ ალერგიული რეაქცია მასზე, უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია საჭიროების შემთხვევაში და მკურნალობა პენიცილინით (იხ. [პენიცილინზე ალერგიის მქონე პაციენტთა მენეჯმენტი](#)). სხვა ანტიმიკრობული აგენტის (მაგ.: ცეფტრიაქსონის) გამოყენების ეფექტურობის შესახებ მონაცემები არასაკმარისია; იმ შემთხვევაში, როდესაც არ გამოიყენება პენიცილინი, რეკომენდებულია თავზურგტვინის სითხისა და სეროლოგიური მაჩვენებლების მჭიდრო მონიტორინგი.

აივ ინფექცია

მტკიცებულებები იმის შესახებ, რომ ახალშობილებს, რომელთაც აღენიშნებათ თანდაყოლილი სიფილისი, ხოლო მათი მშობლები კო–ინფიცირებული არიან აივ–ით, ესაჭიროებათ სიფილისზე განსხვავებული შეფასება, მკურნალობა ან მონიტორინგი, ვიდრე სხვა ახალშობილებს, ნაკლებად მოიპოვება.

11. პენიცილინზე ალერგიის ანამნეზის მქონე პაციენტთა მენეჯმენტი

ნეიროსიფილისის, თანდაყოლილი სიფილისის ან ორსულთა სიფილისის სამკურნალოდ დადგენილი ეფექტური ალექტრნატივა პენიცილინისათვის არ არსებობს. პენიცილინი ასევე რეკომენდებულია აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში გამოყენების მიზნითაც. მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 3–10%-ს აღნიშნება იმუნოგლობულინ E-თი (IgE) გამოწვეული ალერგიული პასუხი პენიცილინზე, როგორცაა ურტიკარია, ანგიონევროზული შეშუპება ან ანაფილაქსია (კერძოდ, ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, ბრონქოსპაზმი ან ჰიპოტენზია). ამგვარ პაციენტებში პენიცილინის ხელახალმა დანიშვნამ შესაძლოა გამოიწვიოს მძიმე დაუყოვნებელი რეაქციები. იმის გამო, რომ პენიცილინზე ანაფილაქსიური რეაქცია შესაძლოა ფატალური აღმოჩნდეს, ყველა ღონე უნდა ვიხმაროთ იმისათვის, რათა არ დაინიშნოს პენიცილინი მასზე ალერგიულ პაციენტებში, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც ისინი გაივლიან დესენსიბილიზაციას ანაფილაქსიური მგრძობელობის ლიკვიდირების მიზნით.

იმ პირთა დაახლოებით 10%, რომლებიც აღნიშნავენ პენიცილინზე მძიმე ალერგიული რეაქციის ანამნეზს, სიცოცხლის ბოლომდე ალერგიული რჩება. გარკვეული დროის შემდეგ იმ პირთა უმრავლესობა, რომელთაც ჰქონდათ მძიმე რეაქცია პენიცილინზე, წყვეტს პენიცილინ-სპეციფიური IgE-ს გამოყოფას. ამ პირებს შესაძლოა უსაფრთხოდ ჩაუტარდეთ მკურნალობა პენიცილინით. მრავალი კვლევის შედეგმა აჩვენა, რომ პენიცილინის დიდი და მცირე დეტერმინანტებით ჩატარებული კანის სინჯის სანდოობა საკმაოდ მაღალია პენიცილინზე რეაქციის მაღალი რისკის მქონე პირთა იდენტიფიცირების მიზნით.

რეკომენდაციები

თუკი ხელმისაწვდომია პენიცილინზე კანის სინჯის რეაგენტების სრული ნაკრები დიდი და მცირე დეტერმინანტების ჩათვლით პაციენტებს, რომლებიც აღნიშნავენ ალერგიულ რეაქციას პენიცილინზე ანამნეზში, ხოლო კანის სინჯი უარყოფითი აქვთ, შეუძლიათ ჩაიტარონ მკურნალობა პენიცილინის შესაბამისი კურსით. დადებითი კანის სინჯის მქონე პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია.

თუკი პენიცილინზე კანის სინჯის რეაგენტების სრული ნაკრები დიდი და მცირე დეტერმინანტების ჩათვლით ხელმისაწვდომი არ არის, პაციენტს კანის სინჯი უნდა ჩაუტარდეს ბენზილპენიცილოილ პოლი-L-ლიზინით (ე.ი. დიდი დეტერმინანტით) და Penicillin G Benzathine-ით დადებითი კანის სინჯის მქონე პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია. ზოგიერთი სპეციალისტი თვლის, რომ ის პაციენტები, რომელთა კანის სინჯიც ამ შემთხვევაში უარყოფითია, უნდა ჩაითვალოს სავარაუდოდ ალერგიულად და აგრეთვე ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია. სხვები თვლიან, რომ კანის სინჯის უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში შესაძლოა ორალური პენიცილინის თანდათანობითი ტესტ-დოზების მიცემა მეთვალყურეობის ქვეშ ისეთ დაწესებულებაში, სადაც შესაძლებელია ანაფილაქსიური რეაქციების მკურნალობა.

თუკი კანის სინჯის ჩასატარებლად დიდი დეტერმინანტი (Benzylpenicilloyl Polylysine პრე-პენ®) ხელმისაწვდომი არ არის, ყველა პაციენტს პენიცილინზე სავარაუდოდ IgE-თი გამოწვეული რეაქციების ანამნეზით (ანაფილაქსია, ანგიონევროზული შეშუპება, ბრონქოსპაზმი ან ურტიკარია) დესენსიბილიზაცია უნდა ჩაუტარდეს ჰოსპიტალში. პაციენტებს, რომელთა

რეაქციაც სავარაუდოდ არ არის IgE-თი გამოწვეული, შესაძლოა ჩაუტარდეს ამბულატორიული პერორალური დესენსიბილიზაცია ან ტესტ-დოზების მიცემა მონიტორინგის ქვეშ.

პენიცილინზე კანის ალერგიული სინჯი

პაციენტებს ანაფილაქსიის მაღალი რისკით, მათ შორის, მათ, ვისაც 1) აღენიშნება პენიცილინთან დაკავშირებული ანაფილაქსიური რეაქციის, ასთმის ან სხვა დაავადების ანამნეზი, რამაც კიდევ უფრო შეიძლება დაამძიმოს ანაფილაქსია ან 2) ტესტირებამდე უტარდება მკურნალობა ადრენობლოკატორებით, კანის სინჯი უნდა ჩაუტარდეს ტესტ-რეაგენტების 100-ჯერადი განზავებით, მანამ სანამ ჩატარდება სრულყოფილი ტესტი განუზავებელი რეაგენტების გამოყენებით. ამგვარ სიტუაციებში ტესტი უნდა ჩატარდეს მონიტორინგის ქვეშ ისეთ დაწესებულებაში, სადაც ხელმისაწვდომია ანაფილაქსიის სამკურნალო საშუალებები. თუკი ეს შესაძლებელია, პაციენტს ახლო წარსულში არ უნდა ჰქონდეს მიღებული ანტიჰისტამინური პრეპარატები (მაგ.: ქლორფენირამინის მალეატი ან ტერფენადინი გასული 24 საათის მანძილზე, დიფენჰიდრამინ HCl ან ჰიდროქსიზინი გასული 4 დღის განმავლობაში, ან ასტემიზოლი გასული 3 კვირის განმავლობაში). პენიცილინზე კანის ალერგიული სინჯისა და დესენსიბილიზაციის ჩატარების ტექნიკური პროცედურის შესახებ იხ. დანართ №2-ში.

12. დაავადებები, რომლებიც ხასიათდება ურეთრიტითა და ცერვიციტით

12.1 განმარტება

ურეთრიტი ეწოდება ინფექციით გამოწვეული ურეთრის ანთებით დაზიანებას. ურეთრიტი, რომელიც ხასიათდება ურეთრის ანთებით, შესაძლებელია განპირობებული იყოს როგორც ინფექციური, ისე არაინფექციური მიზეზებით. თუკი სიმპტომები სახეზე გვაქვს, მათ მიეკუთვნება ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი, დიზურია ან ურთრალური წვა და ქავილი, ხშირია ასიმპტომური ინფექცია. *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis* ურეთრიტის გამომწვევი კლინიკურად მნიშვნელოვანი ინფექციებია. თუკი კლინიკური სიმპტომატიკიდან გამომდინარე დიაგნოსტიკური ტესტების (მაგალითად, მიკროსკოპია გრამის წესით შეღებვით) ჩატარება ხელმისაწვდომი არ არის, პაციენტების უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა როგორც გონორეაზე, ისე ქლამიდიოზზე. შემდგომი ტესტირება სპეციფიური გამომწვევის იდენტიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია, რადგანაც როგორც ქლამიდიური ისე გონოკოკური ინფექცია ჯანდაცვის სახელმწიფო დეპარტამენტში ანგარიშგებად დაავადებებს წარმოადგენს, ხოლო სპეციფიური დიაგნოზით შესაძლებელია პარტნიორთა შეტყობინებისა და მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესება, განსაკუთრებით კონტაქტში მყოფ პარტნიორებთან დაკავშირებით. როგორც *N. gonorrhoeae*-ს ისე *C. trachomatis*-ის იდენტიფიცირების მიზნით გამოიყენება კულტურალური, ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციისა და ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტები. კულტურალური და ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტების ჩასატარებლად საჭიროა ურეთრალური ანაფხეკის ნიმუშები, მაშინ როცა ამპლიფიკაციის ტესტი შესაძლებელია ჩატარდეს შარდის ნიმუშზე. მაღალი სპეციფიურობის გამო *C. trachomatis* გამოსავლენად უპირატესობა ენიჭება ამპლიფიკაციის ტესტს.

12.2 ეტიოლოგია

ინფექციური ურეთრიტის გამოწვევა რამდენიმე მიკროორგანიზმს შეუძლია. გრამ-დადებითი ინტრაცელულარული დიპლოკოკის (GNID) არსებობა ურეთრალურ ნაცხში გონორეაზე მიუთითებს, რომელსაც ხშირად თან სდევს ქლამიდიური ინფექცია. არაგონოკოკური ურეთრიტის (NGU) დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, როდესაც მიკროსკოპიულად აღინიშნება ანთება GNID-ს გარეშე. *C. trachomatis* არაგონოკოკური ურეთრიტის გამომწვევი ხშირი მიზეზია (დაახლოებით შემთხვევათა 15–55%); თუმცა, გავრცელება ცვალებადობს ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, ხანდაზმულ მამაკაცებში უფრო დაბალი სიხშირით. ქლამიდიით გამოწვეული არაგონოკოკური ურეთრიტის პროპორცია თანდათანობით შემცირდა. NGU-ს გართულებები მამაკაცებში, რომლებიც ინფიცირებული არიან *C. trachomatis*-ით, მოიცავს ეპიდიდმიტს, პროსტატიტსა და რეიტერის სინდრომს. ქლამიდიური ინფექციის დოკუმენტური დასაბუთება მნიშვნელოვანია პარტნიორთა შეტყობინებისა და მკურნალობის თვალსაზრისით.

არაქლამიდიური NGU-ს შემთხვევათა უმრავლესობაში ეტიოლოგიური ფაქტორები უცნობია. ზოგიერთ კვლევაში *Ureaplasma urealyticum* და *Mycoplasma genitalium* მიჩნეულ იქნა არაგონოკოკური ურეთრიტის ეტიოლოგიურ ფაქტორებად; თუმცა, ამ მიკროორგანიზმების აღმოჩენა ხშირად საკმაოდ რთულია^{104,105,106}. *T. vaginalis*, HSV და ადენოვირუსი შესაძლოა აგრეთვე იყოს არაგონოკოკური ურეთრიტის გამომწვევი^{107,108,109}. ამ მიკროორგანიზმების იდენტიფიცირებისათვის დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების გამოყენება მიზანშეწონილია იმ სიტუაციებში, სადაც საეჭვოა ამ ინფექციების არსებობა (მაგ.: კონტაქტი ტრიქომონიაზთან და გენიტალური წყლულები, ან მძიმე დიზურია და მეატიტი, რომლის საფუძველზეც სავარაუდოა გენიტალური ჰერპესი), ან როცა არაგონოკოკური ურეთრიტი არ ემორჩილება მკურნალობას. ენტერობაქტერია NGU-ს გამომწვევი იშვიათი მიზეზია და შესაძლოა, ასოცირებული იყოს ინსერტიულ ანალურ სექსთან.

12.3 ურეთრიტის სიმპტომები და დიაგნოსტიკა

რეკომენდაცია:

- ყველა პაციენტი, რომელსაც აღინიშნება ურეთრიტის სიმპტომები საწყისი შეფასების მიზნით სასურველია გაიგზავნოს უროლოგთან;
- კლინიცისტებმა დოკუმენტურად უნდა დაასაბუთონ ურეთრიტის არსებობა^{110,111}(IV,D). ურეთრიტის დოკუმენტირება შესაძლებელია ქვემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე სიმპტომის ან ლაბორატორიული ტესტის საფუძველზე:
 - ❖ ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი;
 - ❖ ურეთრალური გამონადენის გრამის წესით შეღებილ ნიმუშში ≥ 5 ლეიკოციტზე ზეთოვანი იმერსიული მიკროსკოპის ველში. ურეთრიტის შესაფასებლად უპირატეს სწრაფ ტესტად ითვლება გრამის წესით შეღებვა. იგი ძალზედ მგძნობიარე და სპეციფიური ტესტია როგორც ურეთრიტის დასადასტურებლად, ისე გონოკოკური ინფექციის არსებობის ან არარსებობის დადგენის მიზნით.

გონოკოკური ინფექციის დიაგნოზი ისმება GNID-ს შემცველი ლეიკოციტების არსებობისას, ან თუ სახეზეა:

- ❖ შარდის პირველ პორციაში დადებითი ლეიკოციტ-ესთერაზული ტესტი ან პირველი პორციის შარდის ნალექში ≥ 10 ლეიკოციტზე მიკროსკოპიული გამოკვლევისას.
- თუკი ამ კრიტერიუმებიდან არც ერთი არ არის, მაშინ მკურნალობა უნდა გადაიდოს და პაციენტს ჩაუტარდეს გამოკვლევა *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis*-ზე, ხოლო უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში განხორციელდეს მჭიდრო მონიტორინგი. თუკი შედეგები მიუთითებს *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis*-ით ინფიცირებას, უნდა დაინიშნოს შესაბამისი მკურნალობა და სქესობრივ პარტნიორებს გაეგზავნოთ შეტყობინება შეფასებისა და მკურნალობის მიზნით.(D)
- ურეთრიტის დოკუმენტური დასაბუთების გარეშე ემპირიული მკურნალობა რეკომენდებულია მხოლოდ იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ ინფექციის მაღალი რისკი და მათი დაბრუნება საკონტროლო შეფასებისათვის ნაკლებად სავარაუდოა. ამგვარ პაციენტებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ გონორეასა და ქლამიდიოზზე. ემპირიულად ნამკურნალებ პაციენტთა პარტნიორებს აგრეთვე უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება და მკურნალობა. (D)

12.4 არაგონოკოკური ურეთრიტით დაავადებული პაციენტების მენეჯმენტი

რეკომენდაციები:

- ყველა პაციენტს დადასტურებული ან საექვო ურეთრიტით უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა ქლამიდიასა და გონორეაზე. ქლამიდიაზე ტესტირება მკაცრად რეკომენდებულია მაღალ სენსიტიური და მგრძნობიარე სადიაგნოსტიკო საშუალებების გაზრდილი მოხმარებისა და ხელმისაწვდომობის გამო, აგრეთვე იმიტომაც, რომ სპეციფიურმა დიაგნოსტიკამ შესაძლოა გააძლიეროს პარტნიორთა შეტყობინება და გააუმჯობესოს მკურნალობაზე დამყოლობა, განსაკუთრებით, კონტაქტში მყოფ პირებში¹¹²(II-III). (C)
- მკურნალობა უნდა დაიწყოს დიაგნოზის დასმიდან რაც შეიძლება მალე; ქლამიდიური ურეთრიტის სამკურნალოდ აზიტრომიცინი და დოქსიციკლინი მაღალეფექტური მედიკამენტებია; თუმცა, *M. genitalium*-ით გამოწვეული ინფექცია შესაძლოა, უფრო კარგად დაემორჩილოს აზიტრომიცინით მკურნალობას¹¹³.(D) ერთჯერადი დოზირების რეჟიმების უპირატესობაა მკურნალობაზე პაციენტის უკეთესი დამყოლობა და პირდაპირი მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობა. მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით მედიკამენტები იდეალში უნდა მიეწოდოს კლინიკაში ან სამედიცინო პროვაიდერის ოფისში.

რეკომენდებული სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერადად

ან

დოქსიციკლინი 100 მგ პერორალურად დრეში ორჯერ 7 დღის მანძილზე

ალტერნატიული სქემა

ერიტრომიცინი 500 მგ პერორალურად დღეში ოთხჯერ 7 დღის განმავლობაში

ან

ერიტრომიცინ ეთილსუქცინატი 800მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში 7 დღის მანძილზე

ან

ოფლოქსაცინი 300 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში

ან

ლევოფლოქსაცინი 500 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ 7 დღის განმავლობაში

ურეთრიტით დაავადებული პაციენტების მეთვალყურეობა

რეკომენდაციები:

- პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა–დარიგება დაბრუნების შესახებ, თუკი სიმპტომები პერსისტირებს, ან რეციდივირებს თერაპიის დასრულების შემდეგ;
- მხოლოდ სიმპტომები, ურეთრის ანთების კლინიკური და ლაბორატორიული მტკიცებულებების დადასტურების გარეშე განმეორებითი მკურნალობის საფუძველს არ წარმოადგენს;
- პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია სქესობრივი თავშეკავების შესახებ თერაპიის დაწყებიდან 7 დღის განმავლობაში, რაც უზრუნველყოფს სიმპტომების გაქრობას და აგრეთვე განემარტოთ მათი სქესობრივი პარტნიორების ადექვატური მკურნალობის მნიშვნელობა;
- ტკივილის, დისკომფორტისა და მოშარდვისას გაღიზიანების პერსისტირება 3 თვეზე მეტი დროის განმავლობაში კლინიცისტისათვის მამაკაცებში ქრონიკული პრსტატიტის/მცირე მენჯის ქრონიკული ტკივილის სინდრომის არსებობის შესაძლო საგანგაშო ნიშანი უნდა იყოს;
- იმ პირებს, რომელთა მდგომარეობაც განისაზღვრა, როგორც ახალი სგგდ, უნდა ჩაუტადეთ ტესტირება სხვა სგგდ–ზე, მათ შორის, სიფილისსა და აივ–ინფექციაზე.

პარტნიორთა რეფერალი

არაგონოკოკური ურეთრიტით დაავადებულ პირთა ყველა სქესობრივ პარტნიორს უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება და მკურნალობა, თუკი მათ ჰქონდათ სქესობრივი კონტაქტი დაავადებულ პირთან სიმპტომებამდე 60 დღის განმავლობაში. იმის გამო, რომ სპეციფიურმა დიაგნოზმა შესაძლოა, დააჩქაროს პარტნიორთა შეტყობინება, ტესტირება გონორეასა და ქლამიდიასზე უნდა განხორციელდეს.

მორეციდივე და პერსისტენტული ურეთრიტი

ანტიმიკრობული თერაპიის დაწყებამდე უნდა აღინიშნებოდეს ურეთრიტის ობიექტური სიმპტომები. იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ სიმპტომების პერსისტირება მკურნალობის შემდეგ ურეთრიტის ობიექტური ნიშნების გარეშე, ანტიმიკრობული თერაპიის გახანგრძლივების ღირებულება ნათლად დემონსტრირებული არ არის. პაციენტებს პერსისტენტული ან მორეციდივე ურეთრიტით, შესაძლოა, განმეორებითი მკურნალობა ჩაუტარდეთ საწყისი სქემით, თუკი ისინი არ ემორჩილებოდნენ სამკურნალო რეჟიმს ან თუკი მათ განიცადეს არანამკურნალები სქესობრივი პარტნიორის განმეორებითი ექსპოზიცია. სხვა შემთხვევებში უნდა ჩატარდეს *T. vaginalis*-ზე კულტურალური გამოკვლევა ინტრაურეთრალური ანაფხეკის ან შარდის პირველი პორციის ნიმუშის გამოყენებით¹⁰⁷. დოქსიციკლინით მკურნალობის შემდეგ მორეციდივე ურეთრიტის ზოგიერთი შემთხვევა შესაძლებელია განპირობებული იყოს ტეტრაციკლინ-რეზისტენტული *U. urealyticum*-ით. უროლოგიური გამოკვლევა ხშირად არ ავლენს სპეციფიურ ეტიოლოგიურ ფაქტორს. ქრონიკული არაბაქტერიული პროსტატიტ/მცირე მენჯის ქრონიკული ტკივილის სინდრომით დაავადებული მამაკაცების დაახლოებით 50%-ს აღენიშნება ურეთრალური ანთების გამოვლინება რომელიმე იდენტიფიცირებადი მიკრობული პათოგენის გარეშე. თუკი პაციენტი იცავდა მკურნალობის საწყის რეჟიმს, ხოლო განმეორებითი ექსპოზიცია გამორიცხულია, რეკომენდებულია შემდეგი სამკურნალო სქემები:

რეკომენდებული სქემები

მეტრონიდაზოლი 2გ პერორალურად ერთჯერადად
ან

ტინიდაზოლი 2გ პერორალურად ერთჯერადად
პლუს

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერადად (თუკი არ გამოიყენებოდა პირველი ეპიზოდის დროს)

სპეციალური საკითხები

აივ ინფექცია

გონოკოკურმა ურეთრიტმა, ქლამიდიურმა ურეთრიტმა და არაგონოკოკურმა, არაქლამიდიურმა ურეთრიტმა შესაძლებელია ხელი შეუწყოს აივ-ინფექციის ტრანსმისიას. პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ არაგონოკოკური ურეთრიტი და ამავე დროს არიან აივ-ინფიცირებული, უნდა ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ-ნეგატიურ პირებს.

12.5 ცერვიციტის მქონე პაციენტების მენეჯმენტი

ცერვიციტს ახასიათებს ორი ძირითადი სადიაგნოსტიკო ნიშანი: 1) ენდოცერვიკალურ არხში ან ენდოცერვიკალური ანაფხეკის ნიმუშში ხილული ლორწოვან-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი ენდოცერვიკალური გამონადენი (რომელსაც ჩვეულებრივ, ლორწოვან-ჩირქოვან ცერვიციტს ან უბრალოდ ცერვიციტს უწოდებენ), და 2) ენდოცერვიკალური სისხლდენა, რომლის გამოწვევაც

ადვილად შესაძლებელია ბამბის ტამპონის ნაზი შეხებით ცერვიკალური ღერძის გასწვრივ. შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ერთ–ერთი ან ორივე ამ სიმპტომის არსებობას. ცერვიციტი ხშირად ასიმპტომურად მიმდინარეობს, მაგრამ ზოგიერთი ქალი უჩივის პათოლოგიურ გამონადენს საშოდან ან ინტერმენსტრუალურ სისხლდენას (კერძოდ, სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ). ლეიკორეა (> 10 ლეიკოციტზე მხედველობის ველში ვაგინალური გამონადენის მაღალი ოპტიკური ხარისხის მიკროსკოპიისას) ასოცირებულია საშვილოსნოს ყელის ქლამიდიურ ან გონოკოკურ ინფექციასთან. საშოს ანთების არარსებობის ფონზე, ლეიკორეა შესაძლებელია საშვილოსნოს ყელის ანთების მგრძნობიარე ინდიკატორი იყოს მაღალი უარყოფითი სავარაუდო ღირებულებით¹¹⁴. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთი ექსპერტი ენდოცერვიკალური ანაფხეკის გრამის წესით შეღებვისას პოლიმორფონუკლეარული ლეიკოციტების გაზრდილ რაოდენობას ცერვიციტის სადიანოსტიკო სასარგებლო გამოკვლევად მიიჩნევს, ეს კრიტერიუმი სტანდარტიზებული არ არის. გარდა ამისა, მას დაბალი დადებითი სავარაუდო ღირებულება (PPV) გააჩნია *C. trachomatis* და *N. gonorrhoeae*–თი გამოწვეული ინფექციის სადიანოსტიკოდ და არ არის ხელმისაწვდომი კლინიკათა უმრავლესობაში. და ბოლოს, მიუხედავად იმისა, რომ გრამის წესით შეღებილ ენდოცერვიკალურ გამონადენში GNID–ის არსებობა სპეციფიურია გონოკოკური ცერვიკალური ინფექციისათვის, იგი არამგრძნობიარე მაჩვენებელია, რადგანაც მისი აღმოჩენა შესაძლებელია ინფიცირებული ქალების მხოლოდ 50%–ში.

ეტიოლოგია

ცერვიციტის დროს, როდესაც ხერხდება ეტიოლოგიური მიკროორგანიზმის გამოყოფა, ტიპიურ შემთხვევებში ეს არის *C. trachomatis* ან *N. gonorrhoeae*. ცერვიციტი შესაძლებელია თან სდევდეს ტრიქომონიაზსა და გენიტალურ ჰერპესს (განსაკუთრებით, HSV-2–ით პირველადი ინფიცირების დროს). მიუხედავად ამისა, ცერვიციტის შემთხვევათა უმრავლესობაში გამომწვევის იზოლაცია ვერ ხერხდება, განსაკუთრებით იმ ქალებში, რომელთაც სგგდ–ით ახალი ინფიცირების შედარებით დაბალი რისკი აღენიშნებათ (მაგალითად, 30 წლის ზემოთ ასაკში). იმის შესახებ მონაცემები, რომ *M. genitalium*–ითა და ბაქტერიული ვაგინოზით ინფიცირებას, ისევე, როგორც ხშირ ჩაბანვას შეუძლია ცერვიციტის გამოწვევა, შეზღუდულია^{115,116,117}. გაურკვეველი მიზეზების გამო ცერვიციტი შესაძლებელია პერსისტირებდეს თერაპიის განმეორებითი კურსების მიუხედავად. იმის გამო, რომ პერსისტენტული ცერვიციტის შემთხვევათა უმრავლესობა არ არის გამოწვეული *C. trachomatis* ან *N. gonorrhoeae*–ს რეინფექციით, შესაძლებელია ჩართული იყოს სხვა დეტერმინანტები (მაგ.: ვაგინალური ფლორის პერსისტენტული პათოლოგია, ჩაბანვა ან ქიმიური გამლიზიანებლების ზემოქმედება, ან იდიოპათიური ანთება ექტოპიის ზონაში).

დიაგნოზი

- იმის გამო, რომ ცერვიციტი შესაძლოა წარმოადგენდეს ზედა გენიტალური ტრაქტის ინფექციის (ენდომეტრიტის) სიმპტომს, იმ ქალებს, რომელთაც სამედიცინო დახმარებას მიმართეს ცერვიციტის ახალი ეპიზოდის გამო, უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება მცირე მენჯის ანთებით დაავადებებზე და ტესტირება *C. trachomatis*–სა და *N.*

gonorrhoeae–ზე ყველაზე მგრძობიარე და სპეციფიური ხელმისაწვდომი ტესტით, NAAT–ით. (C)

- ცერვიციტით დაავადებულ ქალებს ასევე უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება ბაქტერიულ ვაგინოზსა და ტრიქომონიაზზე და თუკი ეს მდგომარეობები სახეზეა, უნდა დაინიშნოს მკურნალობა. (C)
- იმის გამო, რომ *T. vaginalis* აღმოსაჩენად მიკროსკოპის მგრძობელობა შედარებით დაბალია (დაახლოებით 50%), ცერვიციტის მქონე სიმპტომურ ქალებს ტრიქომონიაზე მიკროსკოპის უარყოფითი შედეგით, უნდა ჩაუტარდეთ შემდგომი გამოკვლევა (კერძოდ, კულტურალური ან ანტიგენური კვლევა). (C)
- მიუხედავად იმისა, რომ HSV-2 ინფექცია ასოცირებულია ცერვიციტთან, HSV-2–ზე სპეციფიური ტესტირების (კერძოდ, კულტურალური ან სეროლოგიური კვლევის) სარგებელი ამ შემთხვევაში გაურკვეველია. *M. genitalium*–ის აღმოსაჩენი სტანდარტიზებული ტესტები კომერციულ ქსელში ხელმისაწვდომი არ არის.(D)
- NAAT–კვლევა *C. trachomatis*–სა და *N. gonorrhoeae*–ზე ცერვიციტის შესაფასებელ უპირატეს მეთოდად მიიჩნევა და მისი ჩატარება შესაძლებელია როგორც ცერვიკალურ, ისე შარდის ნიმუშებზე. ტრიქომონიაზის არარსებობის ფონზე ვაგინალურ გამონადენში >10 ლეიკოციტზე აღმოჩენა შესაძლებელია სპეციფიურად მიუთითებდეს *C. trachomatis* ან *N. gonorrhoeae*–თი გამოწვეულ ენდოცერვიკლურ ანთებაზე^{114,118, 119}. (C)

მკურნალობა

გადაწყვეტილების მიღება, დაიწყოს თუ არა სავარაუდო მკურნალობა ცერვიციტზე, თუ საჭიროა დიაგნოსტიკური ტესტების პასუხის დალოდება, დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე. *C. trachomatis*–ზე მკურნალობა ანტიბიოტიკებით უნდა დაინიშნოს ამ გავრცელებული სგგდ–ის მაღალი რისკის მქონე ქალებში (მაგ.: ასაკი ≤ 25 წელზე, ან მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორები და დაუცველი სექსი), განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუკი მკურნალობის კონტროლის უზრუნველყოფა შეუძლებელია და სადიაგნოსტიკოდ გამოყენებულ იქნა შედარებით არამგრძობიარე ტესტი (არა NAAT). *N. gonorrhoeae*–ზე კონკურენტული თერაპია ნაჩვენებია იმ შემთხვევაში, თუკი ამ ინფექციის გავრცელება მაღალია (>5%) პაციენტთა გარკვეულ პოპულაციაში (ახალგაზრდა ასაკი და მოხერხებულობა).

რეკომენდებული სქემები სავარაუდო მკურნალობისათვის*

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერადად
ან

დოქსიციკლინი 100 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში

* გაითვალისწინეთ გონოკოკურ ინფექციაზე კონკურენტული მკურნალობის საჭიროება, თუკი მოცემულ პოპულაციაში გონორეის გავრცელება მაღალია.

მორეციდივე და პერსისტენტული ცერვიციტი

ქალებს პერსისტენტული ცერვიციტით უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი შეფასება სგგდ-ის შესაძლო განმეორებით ექსპოზიციაზე და განმეორებით უნდა იქნას გამოკვლეული მისი ვაგინალური ფლორა. იმ შემთხვევაში, თუკი გამოირიცხა სპეციფიური სგგდ-ის გამწვავება და/ან რეინფექცია, სახეზე არა გვაქვს ბაქტერიული ვაგინოზი, ხოლო სქესობრივი პარტნიორები გამოკვლეული და ნამკურნალები არიან, პერსისტენტული ცერვიციტის მართვის ალტერნატივები გაურკვეველია. ასეთ შემთხვევებში პერსისტენტული სიმპტომური ცერვიციტის გამო ანტიბიოტიკოთერაპიის გაგრძელების ან განმეორებითი დანიშვნის ღირებულება უცნობია. ის ქალები, რომელთაც უტარდებათ ამგვარი კურსი, მკურნალობის შემდეგ უნდა დაბრუნდნენ იმის დასადგენად, მოხდა თუ არა ცერვიციტის ლიკვიდაცია. ქალებში, რომელთა პერსისტენტული სიმპტომები თავლსაჩინოდაა დაკავშირებული ცერვიციტთან, შესაძლოა აბლაციური თერაპიის გათვალისწინება გინეკოლოგ-სპეციალისტის მიერ.

მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს იმ რეკომენდაციების მიხედვით, რომელ ინფექციაზეც ქალს უტარდება მკურნალობა. სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში ქალს უნდა მიეცეს რჩევა-დარიგება ხელახალი შეფასებისათვის დაბრუნების შესახებ.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

იმ ქალთა სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი, რომელთაც უტარდებათ მკურნალობა ცერვიციტის გამო, უნდა შეესაბამებოდეს იდენტიფიცირებულ ან საეჭვო სგგდ-ს. პარტნიორებს უნდა გაეგზავნოთ შეტყობინება და ჩაუტარდეთ გამოკვლევა, თუკი პაციენტს აღმოაჩნდა ან საეჭვოა ქლამიდიური, გონოკოკური, ან ტრიქომონადული ინფექცია და დაენიშნოთ მკურნალობა იმ დაავადებაზე, რომელზედაც პაციენტს უტარდება თერაპია. რე-ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით პაციენტებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ერჩიოთ სქესობრივი თავშეკავება მკურნალობის კურსის დასრულებამდე (კერძოდ, ერთჯერადი დოზის რეჟიმიდან ან 7-დღიანი მკურნალობის კურსის დასრულებიდან 7 დღის მანძილზე).

სპეციალური საკითხები

აივ ინფექცია

პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ცერვიციტი და ამავე დროს აივ-ინფექცია, უნდა ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ-ნეგატიურებს. აივ-ინფიცირებულ ქალებში ცერვიციტის მკურნალობა ძალზედ მნიშვნელოვანია, რადგანაც ცერვიციტი აძლიერებს აივ-ვირუსის გამოყოფას საშვილოსნოს ყელში. აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში ცერვიციტის მკურნალობა ამცირებს ვირუსის გამოყოფას საშვილოსნოს ყელში და შეუძლია სავარაუდო სქესობრივ პარტნიორზე აივ-ტრანსმისიის შემცირება¹²⁰.

რეკომენდაციები:

- იმ ქალებს, რომელთაც სამედიცინო დახმარებას მიმართეს ცერვიციტის ახალი ეპიზოდის გამო, უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება მცირე მენჯის ანთებით დაავადებებზე და ტესტირება *C. trachomatis*-სა და *N. gonorrhoeae*-ზე ყველაზე მგრძობიარე და სპეციფიური ხელმისაწვდომი ტესტით, NAAT-ით. (C) ანიშნული გამოკვლევებისათვის ქალი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში.
- ცერვიციტით დაავადებულ ქალებს ასევე უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება ბაქტერიულ ვაგინოზსა და ტრიქომონიაზზე და თუკი ეს მდგომარეობები სახეზეა, უნდა დაინიშნოს მკურნალობა. (C)
- ქალებს პერსისტენტული ცერვიციტით უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი შეფასება სგგდ-ის შესაძლო განმეორებით ექსპოზიციაზე და განმეორებით უნდა იქნას გამოკვლეული მისი ვაგინალური ფლორა. (D)
- რე-ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით პაციენტებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ერჩიოთ სქესობრივი თავშეკავება მკურნალობის კურსის დასრულებამდე (კერძოდ, ერთჯერადი დოზის რეჟიმიდან ან 7-დღიანი მკურნალობის კურსის დასრულებიდან 7 დღის მანძილზე). (D)

13. ქლამიდიური ინფექცია

13.1 ქლამიდიური ინფექცია მოზრდილებსა და მოზარდებში – განმარტება, ეტიოლოგია და პათოგენეზი

1995 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მონაცემებით მსოფლიოში *C. trachomatis* ინფექციის 89 მილიონი შეთხვევა დარეგისტრირდა. აშშ-ში ქლამიდიური გენიტალური ინფექცია ყველაზე ხშირად მოხსენებადი ინფექციური დაავადებაა, ხოლო მისი გავრცელება ყველაზე მაღალია იმ პირებში, რომელთა ასაკიც ≤ 25 წელზე¹²¹. *C. trachomatis*-ით ინფექციას ქალებში შესაძლებელია თან სდევდეს რამდენიმე გართულება; მათ შორის ყველაზე სერიოზულს მიეკუთვნება მცირე მენჯის ანთებითი დაავადება, საშვილოსნოსგარე ორსულობა და უნაყოფობა. ზოგიერთ ქალს, რომელსაც გაურთულებელი ცერვიკალური ინფექცია აღენიშნება, უკვე აქვს ზედა რეპროდუქტიული ტრაქტის ინფექცია.

ასიმპტომური ინფექცია საკმაოდ ხშირია როგორც ქალებში, ისე მამაკაცებში, რის გამოც ქლამიდიური ინფექციის გამოსავლენად სამედიცინო პროვაიდერები ხშირად ეყრდნობიან სკრინინგულ ტესტებს. რეკომენდებულია ყველა იმ სქესობრივად აქტიური ქალის ყოველწლიური სკრინინგი, რომელთა ასაკიც ≤ 25 წელზე¹²², ისევე როგორც უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში რისკ-ფაქტორების არსებობის ფონზე (მაგ.: ვისაც ყავს ახალი სქესობრივი პარტნიორი ან მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორები). *C. trachomatis*-ზე სკრინინგის სარგებელი დამტკიცდა იმ რეგიონებში, სადაც სკრინინგული პროგრამების დახმარებით შემცირდა როგორც ინფექციის გავრცელება და სიხშირე, ისე მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებების შემთხვევები^{123,124} (II). სქესობრივად აქტიურ ახალგაზრდა მამაკაცებში *C.*

trachomatis–ზე რუტინული სკრინინგის შესახებ მტკიცებულებები, რომელიც ემყარება სკრინინგის მოხერხებულობას, ეფექტურობასა და ხარჯთ–ეფექტურობას, არასაკმარისია. თუმცა, სქესობრივად აქტიური ახალგაზრდა მამაკაცების სკრინინგი შესაძლებელია გათვალისწინებულ იქნას იმ კლინიკურ დაწესებულებებში, სადაც ქლამიდიის გავრცელება მაღალია (მაგ.: მოზარდთა კლინიკები, გამოსასწორებელი დაწესებულებები და სგგდ–ის კლინიკები). ყველა პირს უნდა ჩაუტარდეს შესაბამისი რისკის შეფასება, ხოლო ზოგიერთ ქალსა და გარკვეული კატეგორიის მამაკაცებს შესაძლოა აღენიშნებოდეს უფრო ხშირი სკრინინგის ჩვენება.

13.2 დიაგნოსტიკური საკითხები

C. trachomatis–ით უროგენიტალური ინფექციის დიაგნოსტიკა ქალებში შესაძლებელია შარდის ან ედოცერვიქსიდან და საშოდან აღებული ნიმუშების ტესტირების საშუალებით. მამაკაცებში *C. trachomatis*–ით ურეთრალური ინფექციის დიაგნოზი ისმება ურეთრალური ნაცხის ან შარდის გამოკვლევის საფუძველზე. რექტალური *C. trachomatis* ინფექციის დიაგნოსტიკა იმ პირებში, რომლებიც დაკავებული არიან რეცეპტიული ანალური სექსით, შეიძლება რექტალური ნაცხის გამოკვლევით. დიაგნოზის დასასმელად გამოიყენება კულტურალური, პირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის, EIA, ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციისა და NAAT ტესტები, რომელთა საშუალებითაც ხდება *C. trachomatis* აღმოჩენა ენდოცერვიკალური და მამაკაცის ურეთრალური ნაცხის ნიმუშებში¹²⁵. ამ ნიმუშებისათვის ყველაზე სენსიტიურ ტესტად ითვლება NAAT და იგი აგრეთვე დამტკიცებულია შარდის ნიმუშებზე გამოსაყენებლად, ზოგიერთი ტესტის გამოყენება კი ასევე შესაძლებელია ვაგინალურ ნაცხზეც. ტესტების უმრავლესობა, მათ შორის NAAT და ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტი არ არის დამტკიცებული FDA–ს მიერ რექტალური ნაცხის გამოსაკვლევად, ხოლო ამ მიზნისათვის ქლამიდიის კულტურალური გამოკვლევა ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. ზოგიერთი კომერციული ლაბორატორია იყენებს რექტალური ნაცხის NAAT ანალიზს CLIA–ს მოთხოვნების შესაბამისად. პაციენტებს, რომელთაც დაუდგინდათ ქლამიდიური ინფექცია, უნდა ჩაუტარდეთ გამოკვლევა სხვა სგგდ–ზე.

13.3 მკურნალობა

ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობა ახდენს სქესობრივ პარტნიორზე ინფექციის ტრანსმისიის პერვენციას. ამის გარდა, ორსული ქალის მკურნალობა ასევე ახდენს მშობიარობისას ახალშობილზე *C. trachomatis*–ის ტრანსმისიის პრევენციას. სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობა გვეხმარება დიაგნოსტიკურული პაციენტების რე–ინფექციისა და სხვა პარტნიორების ინფიცირების თავიდან აცილებაში.

C. trachomatis–ით კონფექცია ხშირია პაციენტებში გონოკოკური ინფექციით; ამიტომ ასეთი პაციენტების სავარაუდო მკურნალობა ქლამიდიაზე მისაღებია (იხ.: გონოკოკური ინფექცია, გონოკოკურ და ქლამიდიურ ინფექციაზე ორმაგი თერაპია). ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდებული და ალტერნატიული სქემების საშუალებით ხდება ინფექციის განკურნება და სიმპტომების შემსუბუქება.

რეკომენდებული სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერადად

ან

დოქსიციკლინი 100 მგ პერორალურად დრეში ორჯერ 7 დღის განმავლობაში

ალტერნატიული სქემები

ერიტრომიცინი 500 მგ დღეში ოთხჯერ 7 დღის მანძილზე

ან

ერიტრომიცინის ეთილსუქცინატი 800 მგ დღეში ოთხჯერ 7 დღის მანძილზე

ან

ოფლოქსაცინი 300 მგ დღეში ორჯერ 7 დღის მანძილზე

ან

ლევოფლოქსაცინი 500 მგ დღეში ერთხელ 7 დღის მანძილზე

12 რანდომიზებული კვლევის მეტა-ანალიზმა, რომელშიც აზიტრომიცინი შედარებული იყო დოქსიციკლინთან გენიტალური ქლამიდიოზის მკურნალობის მიზნით, აჩვენა, რომ ორივე შემთხვევაში მკურნალობა თანაბრად ეფექტური იყო, მიკრობიოლოგიური განკურნებით შესაბამისად 97%-სა და 98%-ში¹²⁶(I). ეს კვლევები ჩატარდა მოსახლეობაში, სადაც უზრუნველყოფილი იყო მეთვალყურეობა, პაციენტთა დამყოლობა 7-დღიან სამკურნალო სქემაზე ეფექტური იყო, ხოლო მიკრობიოლოგიური გამოსავლის განსაზღვრის მიზნით გამოიყენებოდა კულტურალური კვლევა ან EIA (უფრო სენსიტიური NAAT კვლევის მაგივრად). აზიტრომიცინი ყოველთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს იმ პაციენტთა სამკურნალოდ, რომელთა დამყოლობაც მრავალდღიან სამკურნალო სქემაზე სათუთა.

იმ პაციენტებში, რომელთაც ახასიათებთ არამდგრადი დამოკიდებულება საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ, ცუდად ემორჩილებიან სამკურნალო რეჟიმს, ან მონიტორინგის საკითხები არაპროგნოზირებადია, აზიტრომიცინი შესაძლოა უფრო ხარჯთ-ეფექტური იყოს, რადგანაც იგი ერთჯერადი დოზით მკურნალობის საშუალებას იძლევა პირდაპირი მეთვალყურეობის ქვეშ. თუმცა, დოქსიციკლინი უფრო იაფი ღირს, ვიდრე აზიტრომიცინი და არ ხასიათდება გვერდითი ეფექტების უფრო მაღალი რისკით, ვიდრე აზიტრომიცინი¹²⁶ (I). ერიტრომიცინი შესაძლოა ნაკლებად ეფექტიანი იყოს, ვიდრე აზიტრომიცინი ან დოქსიციკლინი, რაც ძირითადად განპირობებულია ხშირი გასტრო-ინტესტინალური გვერდითი ეფექტებით, რის გამოც დამყოლობა მკურნალობაზე მცირდება. ოფლოქსაცინი და ლევოფლოქსაცინი ეფექტურ სამკურნალო ალტერნატივას წარმოადგენს, მაგრამ უფრო ძვირია და არ იძლევა დოზირების რეჟიმის უპირატესობას. სხვა ქინოლონები ან სანდოლ ეფექტური არ არის ქლამიდიური ინფექციის სამკურნალოდ, ან მათი ეფექტურობა სათანადოდ არ შეფასებულა.

რეკომენდებული თერაპიის მიმართ დამყოლობის მაქსიმალური გაუმჯობესების მიზნით, ქლამიდიური ინფექციის სამკურნალო მედიკამენტები უნდა გაიცეს უშუალოდ დაწესებულებაში, ხოლო პირველი დოზის მიღება უნდა მოხდეს პირდაპირი მეთვალყურეობის

ქვეშ. ტრანსმისიის მინიმალიზაციის მიზნით, ქლამიდიურ ინფექციაზე მკურნალობის პერიოდში პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა–დარიგება სქესობრივი კონტაქტისაგან თავშეკავებაზე ერთჯერადი დოზის სქემის დამთავრებიდან ან 7–დღიანი სამკურნალო სქემის დასრულებიდან 7 დღის მანძილზე. რე–ინფექციის თავიდან აცილების მიზნით პაციენტებს ასევე უნდა ჩაუტარდეთ ინსტრუქტაჟი თავი შეიკავონ სქესობრივი კონტაქტისაგან მანამ, სანამ მათი სქესობრივი პარტნიორებიც არ განიკურნებიან.

13.4 მეთვალყურეობა

ორსული ქალების გარდა, განკურნებაზე ტესტირება (განმეორებითი ტესტირება თერაპიის დასრულებიდან 3–4 კვირაში) რეკომენდებული არ არის, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც თერაპიული დამყოლობა კითხვის ნიშნის ქვეშაა, სიმპტომები პერსისტირებს, ან საეჭვოა რეინფექცია. უფრო მეტიც, ქლამიდიოზზე დიაგნოსტიკური ტესტირების ღირებულება თერაპიის დასრულებიდან 3 კვირაზე ნაკლებ პერიოდში (იმ პაციენტთა იდენტიფიცირების მიზნით, რომლებიც არ დაემორჩილენ თერაპიას), დადგენილი არ არის. შესაძლებელია მივიღოთ ცრუ–ნეგატიური შედეგები, რადგანაც პერსისტენტული ინფექციის შემთხვევაში პროცესში ჩართულია ქლამიდიური მიკროორგანიზმების შეზღუდული რაოდენობა. გარდა ამისა, მკურნალობის კურსის დასრულებიდან 3 კვირაზე ნაკლები დროის შემდეგ NAAT გამოკვლევამ იმ პირებში, რომელთა მკურნალობის კურსი წარმატებული იყო, შესაძლებელია ცრუ–დადებითი შედეგები მოგვცეს მკვდარი მიკროორგანიზმების არსებობის გამო.

C. trachomatis ინფექციის მაღალი გავრცელება აღინიშნება ქალებში, რომელთაც ქლამიდიურ ინფექციაზე მკურნალობა ჩაუტარდათ გასულ რამდენიმე თვეში^{127,128} (III). მკურნალობის შემდგომი ინფექციების უმრავლესობა განპირობებულია რე–ინფექციით, რომელიც ხშირად არანამკურნალები პარტნიორის მიზეზით ვითარდება, ან იმის გამო, რომ პაციენტმა სქესობრივი კონტაქტი დაამყარა ახალ პარტნიორთან, რომელიც ინფიცირებულია *C. trachomatis*-ით. განმეორებითი ინფექცია პირველადთან შედარებით მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებისა და სხვა გართულებების მომატებული რისკით ხასიათდება. ამიტომ უახლოეს წარსულში ინფიცირებული ქალები წარმოადგენენ *C. trachomatis*-ზე განმეორებითი ტესტირებისათვის პრიორიტეტულ ჯგუფს.

რეკომენდაციები:

- კლინიცისტებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ ქლამიდიური ინფექციით დაავადებულ ყველა ქალს შესთავაზონ განმეორებითი ტესტირება მკურნალობის დასრულებიდან დაახლოებით 3 თვეში. (B)
- მკაცრად ნაჩვენებია ქლამიდიური ინფექციაზე ნამკურნალებ ყველა ქალს ჩაუტარდეს განმეორებითი ტესტირება, როდესაც ისინი სამედიცინო დახმარებას მიმართავენ მკურნალობის შემდგომი 3–12 თვის განმავლობაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტი დარწმუნებულია, რომ მისი სქესობრივი პარტნიორი არის ნამკურნალები. (B)

იმის გაცნობიერება, რომ განმეორებითი ტესტირება განსხვავდება განკურნებაზე ტესტირებისაგან, როგორც ეს განხილული იყო ზემოთ, ძალზედ მნიშვნელოვანია. ქლამიდიოზზე განმეორებითი ტესტირების სარგებლის შესახებ მონაცემები უახლოეს წარსულში

ინფიცირებული მამაკაცებში ლიმიტირებულია; თუმცა, ზოგიერთი ინფექციონისტი გვირჩევს მამაკაცების განმეორებით ტესტირებას მკურნალობიდან დაახლოებით 3 თვის შემდეგ.

13.5 სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა–დარიგება, შეატყობინონ საკუთარ სქესობრივ პარტნიორებს, რათა მათ მიმართონ სამედიცინო სამსახურს შეფასების, გამოკვლევისა და მკურნალობის მიზნით. (B)
- სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება, ტესტირება და მკურნალობა, თუკი მათ ჰქონდათ სქესობრივი კონტაქტი ქლამიდიოზით დაავადებულ პაციენტთან სიმპტომების დაწყებამდე 60 დღის განმავლობაში. (D)
- უახლოესი სქესობრივი პარტნიორები უნდა შეფასდეს და ჩაუტარდეს მკურნალობა, იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი უკანასკნელი სქესობრივი კონტაქტის დრო > 60 დღეზე სიმპტომების დაწყებამდე ან დიაგნოზის დასამადე. (D)

იმ შემთხვევაში, თუკი არსებობს ეჭვი, რომ სქესობრივი პარტნიორი არ მიმართავს სამედიცინო სამსახურს შეფასებისა და მკურნალობის მიზნით, ან თუ მენეჯმენტის სხვა სტრატეგიები არაპრაქტიკული ან წარუმატებელია, მაშინ ანტიბიოტიკოთერაპიის მიწოდება (რეცეპტის ან მედიკამენტის სახით) ჰეტეროსექსუალური მამრობითი ან მდედრობითი სქესის პაციენტის მიერ საკუთარი პარტნიორებისათვის შესაძლებელია წარმოადგენდეს ალტერნატიულ მიდგომას (იხ.: [პარტნიორთა შეტყობინება](#)). ამ დრომდე მხოლოდ ლიმიტირებული მონაცემები მეტყველებს ამ სტრატეგიის შემთხვევაში პერსისტენტული ან მორეციდივე ქლამიდიოზის სიხშირის შემცირების ტენდენციის პარტნიორთა სტანდარტულ რეფერალთან შედარებით^{25,27}.

- მამრობითი სქესის პაციენტებმა უნდა შეატყობინონ მდედრობითი სქესის პარტნიორებს ინფექციის შესახებ და მათ უნდა მიეცეთ წერილობითი მასალა მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების (განსაკუთრებით თუკი ის სიმპტომურია) შემთხვევაში გამოკვლევისა და შეფასების მნიშვნელობის შესახებ. (C)
- პაციენტის მიერ განხორციელებული პარტნიორთა თერაპია არ არის რუტინულად რეკომენდებული მამაკაცებისათვის, რომელთაც აქვთ სექსი მამაკაცებთან (MSM), მათ პარტნიორებში თანაარსებული ინფექციების, განსაკუთრებით არადიაგნოსტირებული აივ–ინფექციის მაღალი რისკის გამო.(C)
- პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ ინსტრუქტაჟი სქესობრივი კონტაქტისაგან თავშეკავების შესახებ, მანამ სანამ ის და მისი სქესობრივი პარტნიორი არ დაასრულებენ თერაპიას. თავშეკავება უნდა გაგრძელდეს 7 დღე ერთჯერადი დოზის რეჟიმიდან ან 7დღიანი სქემის დასრულების შემდეგ. (D)

სქესობრივი პარტნიორების დროული მკურნალობა უმნიშვნელოვანესია პაციენტთა ხელახალი რეინფიცირების რისკის შემცირების თვალსაზრისით.

13.6 სპეციალური საკითხები

ორსულობა

რეკომენდაცია:

- ორსულობის შემთხვევაში ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობა უნდა განხორციელდეს მეან-გინეკოლოგისა და ინფექციონისტის ერთდროული მეთვალყურეობით.

დოქსიციკლინი, ოფლოქსაცინი და ლევოფლოქსაცინი ორსულ ქალებში უკუნაჩვენებია. თუმცა, კლინიკური კვლევებითა და გამოცდილებით სავარაუდოა, რომ აზიტრომიცინი უსაფრთხო და ეფექტურია^{129,130,131}(II-III). განმეორებითი ტესტირება (სასურველია NAAT-ის საშუალებით) თერაპიის დასრულებიდან 3 კვირის შემდეგ რეკომენდებულია ყველა ორსული ქალისათვის, რომელთაც მკურნალობა უტარდებათ ქვემოთ ჩამოთვლილი სქემებით, რათა დავრწმუნდეთ თერაპიულ განკურნებაში და იმ გართულებათა წინასწარმეტყველების მიზნით, რომელთა განვითარებაც მოსალოდნელია დედის ან ახალშობილის მხრიდან პერსისტენტული ინფექციის შემთხვევაში. ერთრომიცინთან დაკავშირებული ხშირი გასტრო-ინტესტინალური გვერდითი მოვლენების გამო შესაძლებელია პაციენტის დამყოლობა ალტერნატიულ სამკურნალო სქემაზე არასათანადო იყოს.

რეკომენდებული სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერადად

ან

ამოქსიცილინი 500 მგ პერორალურად სამჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში

ალტერნატიული სქემა

ერთრომიცინი 500 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში

ან

ერთრომიცინი 250 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში 14 დღის განმავლობაში

ან

ერთრომიცინ ეთილსუქცინატი 800 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში

ან

ერთრომიცინ ეთილსუქცინატი 400 მგ პერორალურად ოთხჯერ დღეში 14 დღის განმავლობაში

ერთრომიცინის ესტოლატი უკუნაჩვენებია ორსულობის დროს მედიკამენტური ჰეპატოტოქსიკურობის გამო. იმ შემთხვევაში, როდესაც გასტრო-ინტესტინალური აუტანლობა პრობლემას წარმოადგენს, შესაძლებელია გათვალისწინებულ იქნას ერთრომიცინის მცირე დოზიანი 14-დღიანი რეჟიმები.

აივ ინფექცია. პაციენტებს ქლამიდიური ინფექციითა და ერთდროულად აივ-ინფექციით უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ისეთივე სქემით, როგორც აივ-ნეგატიურებს.

13.7 ქლამიდიური ინფექცია ახალშობილებში

ორსული ქალების პრენატალური სკრინინგით შესაძლებელია ახალშობილთა ქლამიდიური ინფექციის პრევენცია. 25 წელზე ნაკლები ასაკის ორსულ ქალებს ინფექციის მაღალი რისკი აღნიშნებათ. ცალკეულ დაწესებულებაში აღნიშნული რეკომენდაციების გამოყენების მიზანშეწონილობის განსაზღვრის მიზნით შესაძლებელია ქლამიდიური ინფექციის ლოკალური და რეგიონული გავრცელების შესახებ კვლევის ჩატარება.

ახალშობილის *C. trachomatis*-ით ინფექციას იწვევს ინფიცირებული დედის საშვილოსნოს ყელთან პერინატალური ექსპოზიცია. ახალშობილთა თვალის პრობლემების საპროფილაქტიკო ღონისძიებები ვერცხლის ნიტრატით ან ანტიბიოტიკის საცხით არ ახდენს *C. trachomatis*-ის პერინატალური ტრანსმისიის პევენციას დედიდან ჩვილზე. თუმცა, ამ პრეპარატებით ოკულარული პრობლემების პროფილაქტიკა ახდენს თვალის გონოკოკური ინფექციის პრევენციას, ამიტომ იგი უნდა ჩატარდეს (იხ.: [ახალშობილთა ოფთალმიის პროფილაქტიკა](#)).

C. trachomatis-ით საწყისი პერინატალური ინფიცირება მოიცავს თვალის, პირ-ხახის, ურო-გენიტალური ტრაქტისა და სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსის დაზიანებას და იგი შესაძლოა, აღნიშნულ ადგილებში უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. ახალშობილებში *C. trachomatis*-ით ინფიცირება ყველაზე ხშირად ვლინდება კონიუნქტივით, რომელიც ვითარდება დაბადებიდან 5–12 დღეში. *C. trachomatis*-ს აგრეთვე შეუძლია ქვემწვავე აფებრილური პნევმონიის გამოწვევა 1–3 თვის ასკისათვის. *C. trachomatis* წარმოადგენს ახალშობილთა ოფთალმიის ყველაზე ხშირად იდენტიფიცირებად ინფექციურ გამომწვევს, მაგრამ პერინატალური ქლამიდიური ინფექციის, მათ შორის ოფთალმიისა და პნევმონიის დადგენა ნაკლები სიხშირით ხდება, რაც დაკავშირებულია ორსული ქალის პრენატალური სკრინინგისა და მკურნალობის ფართოდ დანერგილ პრაქტიკასთან.

რეკომენდაცია:

- ქლამიდიური ინფექციის არსებობა გასათვალისწინებელია ყველა ახალშობილში, რომელთა ასაკიც ≤ 30 დღეზე და აღნიშნება კონიუნქტივით, განსაკუთრებით, თუკი დედას არანამკურნალები ქლამიდიური ინფექციის ანამნეზი აქვს. (C)

დიაგნოსტიკური საკითხები

ახალშობილებში ქლამიდიური ოფთალმიის დიაგნოსტიკის სენსიტიურ და სპეციფიურ მეთოდებს მიეკუთვნება როგორც ქსოვილოვანი კულტურის, ისე არა-კულტურალური ტესტები (მაგ.: DFA ტესტები, EIA, და NAAT). *C. trachomatis*-ით ინფიცირების სპეციფიური დიაგნოზი მოითხოვს არა მარტო ახალშობილის, არამედ მისი დედისა და სქესობრივი პარტნიორის(ების) მკურნალობას. ახალშობილის ოკულარული ექსუდატი ქლამიდიურ კონიუნქტივითზე შეფასების შემდეგ გამოკვლეულ უნდა იქნას *N. gonorrhoeae*-ზეც. მკურნალობა უნდა განხორციელდეს პედიატრ-ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

რეკომენდებული სქემები

ერთრომიცინი ან მისი ეთილსუქცინატი 50მგ/კგ/დღეში პერორალურად გაყოფილი დღეში
ოთხ მიღებაზე 14 დღის განმავლობაში***

6 კვირაზე ნაკლები ასაკის ახალშობილებში, რომელთაც უტარდებოდა მკურნალობა პერორალური ერთრომიცინით, გამოვლინდა ასოციაცია ამ პრეპარატსა და ინფანტილურ ჰიპერტროფიულ პილოროსტენოზს შორის. ახალშობილებზე, რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდა ერთრომიცინით, უნდა განხორციელდეს მეთვალყურეობა იდიოპათიური ჰიპერტროფიული პილოროსტენოზის (IHPS) სიმპტომების და ნიშნების გამოვლენასთან დაკავშირებით. *** ნეონატალური ქლამიდიური ინფექციის სამკურნალოდ სხვა მაკროლიდების (მაგ.: აზიტრომიცინის ან კლარიტრომიცინის) გამოყენებასთან დაკავშირებით მონაცემები ლიმიტირებულია. ერთი კვლევის შედეგების საფუძველზე, რომელშიც ჩართული იყოს პაციენტთა ლიმიტირებული რაოდენობა, აჩვენა, რომ აზიტრომიცინის ხანმოკლე კურსი 20მგ/კგ/დღეში პერორალურად, დღეში ერთჯერადად 3 დღის განმავლობაში, შესაძლებელია ეფექტური იყოს.

ქლამიდიური ინფექციის ტოპიკური თერაპია არაა დეფინიტიური და არ არსებობს მისი დანიშვნის საჭიროება, როდესაც ტარდება სისტემური მკურნალობა.

მეთვალყურეობა

ერთრომიცინით მკურნალობის ეფექტურობა დაახლოებით 80%-ია; შესაძლებელია საჭირო გახდეს მკურნალობის მეორე კურსი და ამიტომ რეკომენდებულია ახალშობილთა მეთვალყურეობა საწყისი თერაპიის ეფექტურობის განსაზღვრის მიზნით. გასათვალისწინებელია თანმხლები ქლამიდიური პნევმონიის არსებობაც.

დედებისა და მათი სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

რეკომენდაცია:

ქლამიდიური ინფექციით დაავადებული ახალშობილების დედებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება და მკურნალობა (C)

13.8 *C. trachomatis* –ით გამოწვეული ახალშობილთა პნევმონია

ახალშობილებში ქლამიდიური პნევმონიის დამახასიათებელი ნიშნებია: 1) განმეორებითი სტოკატოს ტიპის ხველა ტაქიპნოესთან ერთად და 2) ფილტვების ჰიპერვენტილაცია და ბილატერალური დიფუზური ინფილტრაცია გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე. ხიხინი იშვიათია და ტიპიურ შემთხვევებში ახალშობილებს არ აღენიშნებათ ტემპერატურის მომატება. პერიფერიული ეოზინოფილია (≥ 400 უჯრედზე/მმ³) საკმაოდ ხშირია. იმის გამო, რომ კლინიკური პრეზენტაცია შესაძლებელია სხვადასხვა შემთხვევებში განსხვავდებოდეს, საწყისი მკურნალობა და დაიგნოსტიკური ტესტები უნდა მოიცავდეს *C. trachomatis*-ზე გამოკვლევას 1–3 თვის ასაკის ყველა ახალშობილისათვის, რომელსაც შესაძლოა ჰქონდეს პნევმონია (განსაკუთრებით, არანამკურნალები დედისეული ქლამიდიური ინფექციის შემთხვევაში).(C)

დიაგოსტიკური საკითხები

ქლამიდიაზე ტესტირებისათვის ნიმუშები აღებულ უნდა იქნას ცხვირ-ხახიდან. ქლამიდიური პნევმონიისათვის განმსაზღვრელ სტანდარტად ითვლება ქსოვილოვანი კულტურის გამოკვლევა. არაკულტურალური ტესტები (მაგ.: DFA ტესტები, EIA, და NAAT) შეიძლება გამოვიყენოთ, თუმცა ნაზო-ფარინგეალური ექსუდატის არაკულტურალური ტესტები ოკულარულ ნიმუშებთან შედარებით უფრო დაბალი მგრძობელობითა და სპეციფიურობით ხასითდება. DFA მიეკუთვნება FDA-ს მიერ დამტკიცებულ ერთადერთ ტესტს *C. trachomatis*-ის აღმოსაჩენად ნაზო-ფარინგეალურ ნიმუშებში. თუკი ხდება ტრაქეალური ასპირატის აღება ან ფილტვის ბიოფსია, აუცილებელია მათი გამოკვლევა *C. trachomatis*-ზე.

რეკომენდაცია:

- იმის გამო, რომ ქლამიდიაზე გამოკვლევის შედეგები დაგვიანებით მიიღება, *C. trachomatis*-ით გამოწვეული პნევმონიის მკურნალობის გადაწყვეტილება უფრო ხშირად უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ და რენტგენოგრაფიულ ნიშნებს. ქლამიდიურ ინფექციაზე ტესტირება გვეხმარება ახალშობილთა დაავადების მართვასა და დედისა და მისი სქესობრივი პარტნიორის (ების) მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში. (C)

რეკომენდებული სქემები

ერთრომიცინი ან მისი ეთილსუქცინატი 50 მგ/კგ/დღეში პერორალურად გაყოფილი ოთხ მიღებაზე დღეში 14 დღის განმავლობაში

მეთვალყურეობა

C. trachomatis-ით გამოწვეული პნევმონიის მკურნალობის მიზნით ერთრომიცინის ეფექტურობა დაახლოებით 80%-ია; შესაძლოა საჭირო გახდეს მკურნალობის მეორე კურსიც. ახალშობილთა მეთვალყურეობა აუცილებელია პნევმონიის განკურნების დადგენის მიზნით. ზოგიერთ ახალშობილს ქლამიდიური პნევმონიით მოგვიანებით ბავშვობის პერიოდში აღენიშნებათ ფილტვის ფუნქციების ნორმიდან გადახრა.

დედისა და მისი სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

ქლამიდიური პნევმონიით დაავადებული ახალშობილების დედებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება და მკურნალობა ქლამიდიური ინფექციით დაავადებული მოზრდილების მკურნალობის რეკომენდაციების მიხედვით ([იხ.: ქლამიდიური ინფექცია მოზარდებსა და მოზრდილებში](#)).

ქლამიდიური ინფექციით დაავადებული დედების ახალშობილთა მენეჯმენტი

არანამკურნალები ქლამიდიური ინფექციით დაავადებული დედების ახალშობილებს ინფექციის მაღალი რისკი აღენიშნებათ; თუმცა, პროფილაქტიკური ანტიბიოტიკოთერაპია ნაჩვენები არ არის, ხოლო ამგვარი მკურნალობის ეფექტურობა უცნობია. ახალშობილებს უნდა

ჩაუტარდეთ მეთვალყურეობა, რათა სიმტომების გაჩენისთანავე უზრუნველყოფილ იქნას ადექვატური თერაპია.

ქლამიდიური ინფექცია ბავშვებში

მოზარდობამდელ ასაკში ქლამიდიური ინფექციის მიზეზი შესაძლებელია იყოს სქესობრივი ძალადობა, მიუხედავად იმისა, რომ პერინატალურად გადაცემული *C. trachomatis*-ით გამოწვეული ცხვირ-ხახის, უროგენიტალური ტრაქტისა და სწორი ნაწლავის ინფექცია შესაძლოა პერსისტირებდეს >1 წელზე პერიოდის განმავლობაში (იხ.: [სქესობრივი ძალადობა ბავშვებზე.](#))

დიაგნოსტიკის საკითხები

ქლამიდიაზე არაკულტურალური, არა-ამპლიფიცირებული გამოკვლევის მეთოდები (EIA, DFA) არ უნდა გამოვიყენოთ ცრუ-დადებითი შედეგების შესაძლებლობის გამო. რესპირატორული ტრაქტიდან აღებული ნიმუშების გამოკვლევისას ცრუ-დადებითი შედეგები შეიძლება მივიღოთ ტესტის რეაგენტებთან *C. pneumoniae*-ის ჯვარედინი რეაქციის, ხოლო გენიტალურ და ანალურ ნიმუშებში კი-ფეკალურ ფლორასთან ჯვარედინი რეაქციის გამო.

< 45 კგ-ზე წონის ბავშვებისათვის რეკომენდებული სამკურნალო სქემები

ერთრომიცინი ან მისი ეთილსუქცინატი 50 მგ/კგ/დღეში პერორალურად გაყოფილი ოთხ მიღებაზე დღეში 14 დღის განმავლობაში

≥ 45 კგ-ზე წონის, მაგრამ 8 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებისათვის რეკომენდებული სამკურნალო სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერად დოზად

≥ 8 წელზე ასაკის ბავშვებისათვის რეკომენდებული სამკურნალო სქემები

აზიტრომიცინი 1 გ პერორალურად ერთჯერად დოზად
ან

დოქსიციკლინი 100 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღის განმავლობაში

მართვის სხვა საკითხები

იხ.: [ბავშვებზე სქესობრივი ძალადობა.](#)

მეთვალყურეობა. კულტურალური გამოკვლევის მონიტორინგი აუცილებელია განკურნებაში დარწმუნების მიზნით.

14. გონოკოკური ინფექცია

14.1 გონოკოკური ინფექცია მოზარდებსა და მოზრდილებში – განმარტება, ეპიდემიოლოგია და პათოგენეზი

საქართველოს მასშტაბით გონორეის თვალსაზრისით ქვეყნის საშუალოზე (27,5) მაღალი მაჩვენებელი დაფიქსირდა თბილისში (51,3), სამეგრელოსა (37,6) და მცხეთა-მთიანეთში (27,9). აშშ-ში ყოველწლიურად რეგისტრირდება *N. gonorrhoeae*-თი გამოწვეული ინფექციის ახალი 600 000 შემთხვევა¹²¹. გონორეა მეორე ადგილზეა ყველაზე ხშირად მოხსენებად ბაქტერიულ სგგ ინფექციებს შორის. *N. gonorrhoeae*-თი ურეთრალური ინფექცია მამაკაცების უმრავლესობაში იწვევს სიმპტომებს, რომლებიც მათ აიძულებს საკმაოდ სწრაფად მიმართონ მკურნალობის მიზნით სამედიცინო დაწესებულებას სერიოზული გართულებების თავიდან ასაცილებლად, მაგრამ ეს მკურნალობა შესაძლოა არ იყოს დროული იმისათვის, რათა მოხდეს ინფექციის სხვებზე ტრანსმისიის პრევენცია. ქალებს შორის ინფექციის ზოგიერთი შემთხვევა შეიძლება არ იწვევდეს დამახასიათებელ კლინიკურ სიმპტომებს, მანამ სანამ არ განვითარდება გართულებები (მაგ.: მცირე მენჯის ანთებითი დაავადება). მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების როგორც სიმპტომურ ისე ასიმპტომურ ფორმას შეუძლია გამოიწვიოს შეხორცებითი პროცესი საშვილოსნოს მილებში, რასაც შესაძლოა, მოყვეს უნაყოფობა ან საშვილოსნოსგარე ორსულობა.

იმის გამო, რომ ქალებში გონოკოკური ინფექცია ხშირად ასიმპტომურია, მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში გონორეის კონტროლის მნიშვნელოვანი კომპონენტია სგგდ-ის მაღალი რისკის ქალების სკრინინგი. აშშ-ს პრევენციული სამსახურების სამუშაო ჯგუფი (USPSTF) გვირჩევს სქესობრივად აქტიური ყველა მაღალი რისკის ქალის, მათ შორის, ორსულების სკრინინგს გონორეაზე. 25 წელზე ნაკლები ასაკის ქალებს გონორეული ინფექციის ყველაზე მაღალი რისკი გააჩნიათ. გონორეის სხვა რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება წარსულში გონორეული ინფექცია, სხვა სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება, ახალი ან მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორი, კონდომის არარეგულარული გამოყენება, პროსტიტუცია და წამალდამოკიდებულება. გონორეული ინფექციის გავრცელება ცვალებადობს საზოგადოებებისა და პაციენტთა პოპულაციების მიხედვით. USPSTF არ იძლევა ინფექციის დაბალი რისკის ქალებისა და მამაკაცების სკრინინგის რეკომენდაციას¹³².

14.2 დიაგნოსტიკის საკითხები

გონორეაზე ექვმიტანილი პაციენტი შემდგომი გამოკვლევისათვის უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში.

N. gonorrhoeae-თი ინფიცირებულ სიმპტომურ მამაკაცებში ურეთრალური ნიმუშის გამოკვლევა გრამის წესით შეღებვით, რის შედეგადაც ვლინდება პოლიმორფონუკლარული ლეიკოციტები გრამ-უარყოფით დიპლოკოკებთან ერთად, სადიაგნოსტიკო ტესტად ითვლება მაღალი სპეციფიურობისა (>99%) და მგრძნობელობის (>95%) გამო. თუმცა, უფრო დაბალი მგრძნობელობის გამო გრამის წესით შეღებვა არ შეიძლება საკმარისად ჩაითვალოს ასიმპტომურ მამაკაცებში გონორეული ინფექციის გამოსარიცხად. გარდა ამისა, ენდოცერვიკალური, ფარინგეალური ან რექტალური ნიმუშების გამოკვლევის დროს გრამის წესით შეღებვა ასევე არასაკმარისია ინფექციის აღმოსაჩენად და ამის გამო არ არის

რეკომენდებული. *N. gonorrhoeae*-ზე სპეციფიური ტესტირება რეკომენდებულია მაღალმგრძობიარე და სპეციფიური გამოკვლევის მეთოდების გაზრდილი უტილიზაციისა და ხელმისწვდომობის გამო და აგრეთვე იმიტომაც, რომ სპეციფიური დიაგნოზი შესაძლოა დაგვეხმაროს პარტნიორთა შეტყობინებაში.

N. gonorrhoeae-თი გამოწვეული ინფექციის სპეციფიური დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ენდოცერვიკალური, ვაგინალური, მამაკაცის ურეთრალური ან შარდის ნიმუშების გამოკვლევის შედეგად. *N. gonorrhoeae*-თი გამოწვეული გენიტო-ურინარული ინფექციის გამოსავლენად მოწოდებულია კულტურალური, ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტები და NAAT¹²⁵. კულტურალური და ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტების ჩასატარებლად საჭიროა ქალის ენდოცერვიკალური ან მამაკაცის ურეთრალური ნაცხები. NAAT-ის საშუალებით შესაძლებელია ნიმუშთა უფრო ფართო სპექტრის გამოკვლევა, რადგანაც ისინი დამტკიცებულია FDA-ს მიერ ენდოცერვიკალური, ვაგინალური, მამაკაცის ურეთრალური ნაცხების, აგრეთვე ქალისა და მამაკაცის შარდის ტესტირებისათვის. კულტურალური გამოკვლევა ყველაზე ფართოდ ხელმისაწვდომი გამოკვლევაა *N. gonorrhoeae*-თი ინფექციის სადიაგნოსტიკოდ არაგენიტალურ ადგილებში (მაგ.: სწორი ნაწლავი და ხახა). NAAT-ის ზოგიერთი ტიპის შემთხვევაში შესაძლებელია ჯვარედინი რეაქცია არაგონოკოკურ *Neisseria*-სა და მათთან დაკავშირებულ მიკროორგანიზმებთან, რომელთა აღმოჩენაც ხშირია ხორხში. ზოგიერთ ლაბორატორიაში დაიწყო რექტალური და ფარინგეალური ნიმუშების NAAT-კვლევა CLIA-ს მოთხოვნების შესაბამისად.

იმის გამო, რომ არაკულტურალური ტესტებით შეუძლებელია ანტიმიკრობული მგრძობელობის უზრუნველყოფა, პერსისტენტული გონოკოკური ინფექციის შემთხვევებში კლინიცისტებმა უნდა ჩაატარონ როგორც კულტურალური, ისე ანტიმიკრობული მგრძობელობის გამოკვლევა.

რეკომენდაცია:

- გონორეაზე ტესტირებულ ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა სხვა სგდ-ზე, მათ შორის, ქლამიდიაზე, სიფილისსა და აივ-ინფექციაზე.

14.3 გონოკოკური და ქლამიდიური ინფექციების ორმაგი თერაპია

N. gonorrhoeae-თი ინფიცირებული პაციენტები ხშირად კო-ინფიცირებული არიან *C. trachomatis*-ით; ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შემუშავდა რეკომენდაცია, რომ პაციენტებს, რომელთაც უტარდებათ მკურნალობა გონოკოკური ინფექციის გამო, ასევე რუტინულად უნდა ჩაუტარდეთ თერაპია სამკურნალო სქემით, რომელიც ეფექტურია გაურთულებელი გენიტალური *C. trachomatis*-ით გამოწვეულ ინფექციასთან მიმართებაში¹³³(III). იმის გამო, რომ გონოკოკების უმრავლესობა მგრძობიარეა დოქსიციკლინისა და აზიტრომიცინის მიმართ, რუტინულმა თანა-მკურნალობამ შესაძლოა ხელი შეუშალოს ანტიბიოტიკო-რეზისტენტული *N. gonorrhoeae* -ს განვითარებას.

14.4 ქინოლონ–რეზისტენტული *N. gonorrhoeae* (QRNG)

QRNG აგრძელებენ გავრცელებას, რაც განაპირობებს იმას, რომ გონორეის მკურნალობა ისეთი ქინოლონებით, როგორცაა ციპროფლოქსაცინი, არ შეიძლება ერჩიოს მრავალ რეგიონსა და პოპულაციაში¹³⁴. როგორც წესი, ციპროფლოქსაცინის მიმართ რეზისტენტობა სხვა ფტორქინოლონების მიმართ რეზისტენტობის მაჩვენებელიცაა. QRNG საკმაოდ გავრცელებულია ევროპის ნაწილში, შუა–აღმოსავლეთ აზიასა და წყნარი ოკეანის აუზში, ხოლო მისი გავრცელება მატების ტენდენციით ხასიათდება. წარსულში CDC გვთავაზობდა არ გამოგვეყენებინა ქინოლონები კალიფორნიასა და ჰავაიში ამ ტერიტორიებზე QRNG–ს მაღალი გავრცელების გამო¹³⁵. QRNG–ს გავრცელება გაიზარდა სხვა ტერიტორიებზეც, რამაც გამოიწვია სამკურნალო რეკომენდაციებში ცვლილებების შეტანა. QRNG–ს გავრცელების ზრდა მატულობს და დროთა განმავლობაში ქინოლონების გამოყენება გონორეის სამკურნალოდ რეკომენდებული აღარ იქნება. CDC–ს ვებსაიტზე (<http://www.cdc.gov/std/Gonorrhea/arg/default.htm>) შესაძლებელია უახლესი ინფორმაციის მოძიება. 2004 წელს CDC–ს გონოკოკური იზოლატების გადარჩენის პროექტში (GISP), გამოყოფილი 6 322 გონოკოკიდან 6,8% რეზისტენტული იყო ციპროფლოქსაცინის მიმართ. QRNG–ს გავრცელება უფრო ხშირი იყო მამაკაცებში, რომელთაც სქესობრივი კავშირი ჰქონდათ მამაკაცებთან ჰეტეროსექსუალურ მამაკაცებთან შედარებით (23,9%–2,9%–თან შედარებით). 2004 წელს კალიფორნიისა და ჰავაის ფარგლებს გარეთ QRNG–ს გავრცელება ჰეტეროსექსუალ მამაკაცებში იყო 1,4%¹³⁶.

ქინოლონები არ უნდა გამოვიყენოთ გონორეის სამკურნალოდ MSM –ებში¹³⁷ ან იმ არეებში, სადაც აღინიშნება QRNG–ს მაღალი გავრცელება (მაგ.: აშშ–ში კალიფორნიასა და ჰავაიზე), ან საზღვარგარეთ მოგზაურობისას შეძენილი ინფექციის სამკურნალოდ. იმის გამო, რომ ქინოლონების პერორალური ალტერნატივები ნაკლებადაა, მათი გამოყენების გაგრძელება შესაძლებელია ჰეტეროსექსუალ მამაკაცებსა და ქალებში იმ ტერიტორიებზე, სადაც არ არის ცნობილი რეზისტენტობის მომატებული დონე.

რეკომენდაცია:

- კლინიცისტებმა უნდა შეაგროვონ ანამნეზი სქესობრივი ქცევისა და უახლოეს წარსულში მოგზაურობის შესახებ (მათ შორის, სქესობრივი პარტნიორების მხრიდანაც) იმ პირებისაგან, რომელთაც უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა გონორეაზე, შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის უზრუნველყოფის მიზნით. (C)

როგორც ჩანს, მოსალოდნელია *N. gonorrhoeae*–ს რეზისტენტობის ზრდა ფტორქინოლონებისა და სხვა ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ; ამის გამო, ანტიმიკრობულ რეზისტენტობაზე სახელმწიფო და ადგილობრივი კონტროლი გადამწყვეტია ლოკალური სამკურნალო რეკომენდაციების შესამუშავებლად. ასევე კრიტიკული მნიშვნელობისაა კონტროლი კლინიცისტების მიერ. კლინიცისტებმა, თუ მათ დაადგინეს *N. gonorrhoeae*–თი გამოწვეული ინფექცია იმ პირში, რომელსაც წარსულში უტარდებოდა მკურნალობა რეკომენდებული სქემით და რომელსაც სავარაუდოდ არ განუცდია ხელახალი ექსპოზიცია, უნდა ჩაატარონ კულტურალური კვლევა და შესაბამისი კლინიკური ნიმუშის ტესტირება მგრძნობელობაზე.

რეკომენდებული სქემები*

ცეფტრიაქსონი 125 მგ IM ერთჯერადად

ან

ცეფიქსიმი 400 მგ პერორალურად ერთჯერად დოზად

ან

ციპროფლოქსაცინი 500 მგ პერორალურად ერთჯერადად*

ან

ოფლოქსაცინი 400 მგ პერორალურად ერთჯერადად*

ან

ლევოფლოქსაცინი 250 მგ პერორალურად ერთჯერადად*

პლუს

მკურნალობა ქლამიდიოზზე, თუკი ქლამიდიური ინფექცია გამორიცხული არ არის

* ქინოლონები არ უნდა გამოვიყენოთ ინფექციის სამკურნალოდ MSM-ში ან მათში, ვინც თვითონ ან მისმა პარტნიორმა ახლო წარსულში იმოგზაურა საზღვარგარეთ, კალიფორნიასა და ჰავაიში შეძენილი ინფექციის სამკურნალოდ, ან თუკი ინფექცია შეძენილია იმ ტერიტორიებზე, სადაც QRNG-სგავრცელება მაღალია

რეკომენდებული სქემები MSM-ისათვის ან ჰეტეროსექსუალებისათვის უახლოეს წარსულში მოგზაურობის ანამნეზით*

ცეფტრიაქსონი 125 მგ IM ერთჯერადად

ან

ცეფიქსიმი 400 მგ პერორალურად ერთჯერად დოზად

პლუს

მკურნალობა ქლამიდიოზზე, თუკი ქლამიდიური ინფექცია გამორიცხული არ არის

* ქინოლონები არ უნდა გამოვიყენოთ ინფექციის სამკურნალოდ MSM-ში ან მათში, ვინც თვითონ ან მისმა პარტნიორმა ახლო წარსულში იმოგზაურა საზღვარგარეთ, კალიფორნიასა და ჰავაიში შეძენილი ინფექციის სამკურნალოდ, ან თუკი ინფექცია შეძენილია იმ ტერიტორიებზე, სადაც QRNG-სგავრცელება მაღალია.

რეკომენდებული თერაპიის მიმართ დამყოლობის მაქსიმალური უზრუნველყოფის მიზნით გონოკოკური ინფექციის სამკურნალო მედიკამენტები უნდა გაიცეს უშუალოდ სამკურნალო დაწესებულებაში.

ცეფტრიაქსონის ერთჯერადი ინექცია 125 მგ დოზით უზრუნველყოფს სისხლში მაღალ ბაქტერიციდულ დონეს. ფართო კლინიკური გამოცდილება მიუთითებს, რომ ცეფტრიაქსონი უსაფრთხო და ეფექტურია ყველა ანატომიური ადგილის გაურთულებელი გონორეის

სამკურნალოდ, ანო-რექტალური და ურო-გენიტალური ინფექციის 98,9%-იანი განკურნებით, რაც გამოქვეყნებულია კლინიკური კვლევების მიმოხილვებში¹³⁸(II).

ცეფიქსიმის ანტიმიკრობული სპექტრი ცეფტრიაქსონის ანალოგიურია, მაგრამ 400მგ პერორალური დოზა არ უზრუნველყოფს ისეთივე მდგრად მაღალ ბაქტერიციდულ კონცენტრაციას სისხლში, როგორც ცეფტრიაქსონის 125მგ-იანი დოზა. გამოქვეყნებული კლინიკური კვლევების მონაცემების მიხედვით 400მგ-იანი დოზით ხდება ურო-გენიტალური და ანო-რექტალური გონორეის გაურთულებელ შემთხვევათა 97,4%-ის განკურნება¹³⁸. ცეფიქსიმის უპირატესობა მისი პერორალური დანიშვნის შესაძლებლობაში მდგომარეობს.

ციპროფლოქსაცინი აღარ არის უნივერსალურად ეფექტური პრეპარატი *N. gonorrhoeae*-ს წინააღმდეგ აშშ-ში¹³⁶. თუმცა, ციპროფლოქსაცინი უსაფრთხო, იაფი პრეპარატია და მისი დანიშვნა შესაძლებელია პერორალურად. გამოქვეყნებულ კლინიკური კვლევების მონაცემებში ციპროფლოქსაცინის ერთჯერადი 500მგ-იანი დოზა გაურთულებელი ურო-გენიტალური და ანო-რექტალური ინფექციის თერაპიისას QRNG-ს არარსებობის შემთხვევაში უზრუნველყოფს სისხლში მდგრად მაღალ ბაქტერიციდულ დონეს განკურნების მაღალი (99,8%) პროცენტით¹³⁸.(II) თუკი საეჭვოა QRNG-ს არსებობა, გამოყენებულ უნდა იქნას ინტრამუსკულარული ცეფტრიაქსონი ან პერორალური ცეფიქსიმი. თუკი ამ სქემებიდან არც ერთი არ არის მოხერხებული, მაშინ უნდა გავითვალისწინოთ ამ გაიდლაინში მოცემული ერთ-ერთი არაქინოლონური რეჟიმი.

ციპროფლოქსაცინის ანალოგიურად, ოფლოქსაცინი ასევე აღარ არის უნივერსალურად ეფექტური პრეპარატი *N. gonorrhoeae*-ს წინააღმდეგ აშშ-ში. კლინიკურ კვლევებზე დაყრდნობით ოფლოქსაცინის 400მგ-იანი დოზა ეფექტურია გაურთულებელი უროგენიტალური და ანორექტალური ინფექციის სამკურნალოდ, განკურნების 98,6%-ით¹³⁸.(II) ოფლოქსაცინის ნაცვლად შესაძლებელია ლევოფლოქსაცინის, ანუ ოფლოქსაცინის აქტიური *L*-იზომერის, 250მგ-იანი ტაბლეტის ერთჯერადად გამოყენება.

ალტერნატიული სქემა

სპექტინომიცინი 2 გ ერთჯერადად კუნთში

ან

ცეფალოსპორინის ერთჯერადი დოზა

ან

ქინოლონის ერთჯერადი დოზა

ზოგიერთი სხვა ანტიბიოტიკი აქტიურია *N. gonorrhoeae*-ს მიმართ, მაგრამ არც ერთ მათგანს არ გააჩნია არსებითი უპირატესობა რეკომენდებულ სქემებთან შედარებით. სპექტინომიცინი ძვირია და კეთდება ინექციის სახით; თუმცა, კლინიკური კვლევების მონაცემებიდან გამომდინარე, იგი ეფექტურია გაურთულებელი ურო-გენიტალური და ანო-რექტალური ინფექციის სამკურნალოდ განკურნების 98,2%-ით¹³⁸.(II) სპექტინომიცინი შესაძლოა სასარგებლო იყოს იმ პაციენტთა სამკურნალოდ, რომელთაც აღენიშნებათ ცეფალოსპორინების ან ქინოლონების აუტანლობა.

ცეფტრიაქსონის ერთჯერადი 125 მგ-ისა და ცეფიქსიმის ერთჯერადი 400 მგ-ის გარდა, ცეფალოსპორინების ერთჯერადი დოზით სამკურნალო სქემები, რომლებიც უსაფრთხო და

მაღალ-ეფექტურია გაურთულებელი გონოკოკური ურო-გენიტალური და ანო-რექტალური ინფექციის სამკურნალოდ, მოიცავს ცეფტიზოქსიმს (500 მგ კუნთში), ცეფოქსიტინს (ინიშნება 2 გ კუნთში 1გ პრობენეციდთან ერთად პერორალურად), და ცეფოტაქსიმს (500მგ კუნთში). საინექციო ცეფალოსპორინებიდან არც ერთს არ გააჩნია რაიმე უპირატესობა ცეფტრიაქსონის მიმართ.

ქინოლონების ერთჯერადი დოზის სქემა მოიცავს გატიფლოქსაცინს 400მგ პერორალურად, ნორფლოქსაცინს 800მგ პერორალურად და ლომეფლოქსაცინს 400მგ პერორალურად. როგორც ჩანს, ეს სამკურნალო სქემები უსაფრთხო და ეფექტურია გაურთულებელი გონორეის სამკურნალოდ, მაგრამ მათი გამოყენების შესახებ მონაცემები ლიმიტირებულია. არც ერთი სქემა არ ხასიათდება უპირატესობით ციპროფლოქსაცინის, ოფლოქსაცინის ან ლევოფლოქსაცინის მიმართ და ისინი არაეფექტურია QRNG-ს შემთხვევაში.

ზოგიერთი მტკიცებულების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ ცეფპოდოქსიმი და ცეფუროქსიმ აქსეტილი 1 გ შესაძლოა დამატებითი პერორალური ალტერნატივა იყოს გაურთულებელი ურო-გენიტალური ინფექციის სამკურნალოდ¹³⁹; ცეფპოდოქსიმ პროქსეტილი 200 მგ პერორალურად ნაკლებად ეფექტურია *N. gonorrhoeae*-ს მიმართ, ვიდრე ცეფიქსიმი და აგრეთვე სრულად არ აკმაყოფილებს მინიმალური ეფექტურობის კრიტერიუმებს (დემონსტირებული ეფექტურობა 95%-ზე დაბალი სანდოობის ინტერვალით [CI] შეჯამებული კლინიკური კვლევების $\geq 95\%$ -ში), 96,5% განკურნების სიხშირით (CI = 94.8%-98.9%) უროგენიტალური და რექტალური ინფექციების შემთხვევაში; ფარინგეალური ინფექციის მკურნალობის თვალსაზრისით ეფექტურობა არადამაკმაყოფილებელია-78.9% (CI = 54.5%-94%). ამჟამად ტარდება კლინიკური კვლევები იმის შესაფასებლად, არის თუ არა ცეფპოდოქსიმი 400მგ მისაღები პერორალური ალტერნატივა. პერორალურად ცეფუროქსიმ აქსეტილის 1გ-ით მკურნალობა სრულად არ აკმაყოფილებს მინიმალური ეფექტურობის კრიტერიუმებს უროგენიტალური და რექტალური ინფექციებისათვის (95.9%; CI = 94.5%-97.3%) და მისი ეფექტურობა ფარინგეალური ინფექციის მკურნალობის თვალსაზრისით მიუღებელია (56.9%; CI = 42.2%-70.7%).

აზიტრომიცინი 2გ პერორალურად ეფექტურია გაურთულებელი გონოკოკური ინფექციის სამკურნალოდ, მაგრამ ძვირია და იწვევს გასტრო-ინტესტინალურ დისტრესს, რის გამოც არ არის რეკომენდებული გონორეის სამკურნალოდ. მიუხედავად იმისა, რომ აზიტრომიცინის 1გ-იანი ერთჯერადი სამკურნალო სქემა თეორიულად აკმაყოფილებს ალტერნატიული თერაპიის მოთხოვნებს, იგი არ არის რეკომენდებული შესაძლო მყისიერი ანტიმიკრობული რეზისტენტობის განვითარების გამო. *N. gonorrhoeae* არ არის საკმარისად მგრძობიარე პენიცილინის, ტეტრაციკლინისა და მაკროლიდების (მაგ.: ერითრომიცინის) მიმართ იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ამ ანტიბიოტიკებით მკურნალობას.

ხახის გაურთულებელი გონოკოკური ინფექცია

ხახის გონოკოკური ინფექციის ერადიკაცია უფრო რთულია, ვიდრე ურო-გენიტალური და ანო-რექტალური ინფექციებისა. ანტიმიკრობული სქემების მხოლოდ შეზღუდული რაოდენობითაა შესაძლებელი ხახის გონოკოკური ინფექციის სანდოდ $>90\%$ განკურნება. მიუხედავად იმისა, რომ ხახის ქლამიდიით კო-ინფექცია იშვიათია, ზოგჯერ ადგილი აქვს გენიტალიების კო-

ინფიცირებას. ამის გამო რეკომენდებულია როგორც ქლამიდიოზის, ისე გონოკოკური ინფექციის ერთდროული მკურნალობა.

რეკომენდებული სქემები*

ცეფტრიაქსონი 125 მგ IM ერთჯერადად
ან

ციპროფლოქსაცინი 500 მგ პერორალურად ერთჯერადად*
პლუს

ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობა თუკი ქლამიდიოზი გამორიცხული არ არის

* ქინოლონები არ უნდა გამოვიყენოთ ინფექციის სამკურნალოდ MSM-ში ან მათში, ვინც თვითონ ან მისმა პარტნიორმა ახლო წარსულში იმოგზაურა საზღვარგარეთ, კალიფორნიასა და ჰავაიში შეძენილი ინფექციის სამკურნალოდ, ან თუკი ინფექცია შეძენილია იმ ტერიტორიებზე, სადაც QRNG-ს გავრცელება მაღალია.

რეკომენდებული სქემები MSM-სათვის ან ჰეტეროსექსუალებისათვის უახლოეს წარსულში მოგზაურობის ანამნეზით

ცეფტრიაქსონი 125 მგ ერთჯერადად კუნთში
პლუს

ქლამიდიური ინფექციის მკურნალობა თუკი ქლამიდიოზი გამორიცხული არ არის

14.5 მეთვალყურეობა

პაციენტებს გაურთულებელი გონოკოკური ინფექციით, რომელთაც უტარდებათ მკურნალობა რეკომენდებული სქემებიდან ერთ-ერთით ან ალტერნატიული რეჟიმით, არ სჭირდებათ განკურნებაზე ტესტირება. პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობის შემდეგ ისევ აღენიშნებათ პერსისტენტული სიმპტომები, უნდა ჩაუტარდეთ *N. gonorrhoeae*-ზე კულტურალური კვლევა და გამოყოფილი გონოკოკი გაისინჯოს ანტიმიკრობულ მგრძნობელობაზე. პერსისტენტული ურეთრიტი, ცერვიციტი და პროქტიტი ასევე შესაძლოა გამოწვეული იყოს *C. trachomatis*-ით ან სხვა მიკროორგანიზმით.

N. gonorrhoeae-ს გავრცელების მაღალი დონე აღინიშნება პაციენტებში, რომელთაც დაესვათ გონორეის დიაგნოზი გასული რამდენიმე თვის განმავლობაში^{140,141}.(III) რეკომენდებული სქემებიდან ერთ-ერთი სქემით მკურნალობის შემდეგ იდენტიფიცირებულ ინფექციათა უმრავლესობა განპირობებულია უფრო რე-ინფექციით, ვიდრე მკურნალობის წარუმატებლობით, რაც პაციენტთა უკეთესი განათლებისა და პარტნიორთა შეტყობინების გაუმჯობესების საჭიროებაზე მეტყველებს.

რეკომენდაცია:

- კლინიკისტებმა გონორეაზე ნამკურნალე მკურნალე პაციენტს უნდა შესთავაზონ განმეორებითი ტესტირება მკურნალობის დასრულებიდან 3 თვის შემდეგ. (C)
- თუკი პაციენტები არ მიმართავენ სამედიცინო მომსახურებას განმეორებითი ტესტირებისათვის 3 თვეში, პროვაიდერებს რეკომენდაცია ეძლევათ ამ პაციენტების გამოკვლევის შესახებ მაშინ, როცა ისინი მიმართავენ სამედიცინო მომსახურებას შემდგომი 12 თვის განმავლობაში, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც პაციენტი დარწმუნებულია საკუთარი სქესობრივი პარტნიორების განკურნებაში. (C)

განმეორებითი ტესტირება განსხვავდება თერაპიული წარმატების განსაზღვრისათვის ჩატარებული განკურნების ტესტირებისაგან, რომელიც არ არის რეკომენდებული.

14.6 სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

განკურნებადი სგდ-ის ეფექტური კლინიკური მენეჯმენტი მოითხოვს პაციენტის უახლოესი სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობას რე-ინფექციის პრევენციისა და შემდგომი ტრანსმისიის შემცირების მიზნით.

რეკომენდაცია:

- პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ ინსტრუქტაჟი საკუთარი სქესობრივი პარტნიორების დარწმუნების შესახებ გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის. (C)
- *N. gonorrhoeae*-თი ინფიცირებული პაციენტის სქესობრივ პარტნიორებს, რომელთაც უკანასკნელი სქესობრივი კონტაქტი პაციენტთან ჰქონდათ სიმპტომების გაჩენამდე ან დიაგნოზის დასამდე 60 დღის განმავლობაში, უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება და მკურნალობა *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis*-ით გამოწვეულ ინფექციაზე. (C)
- თუკი პაციენტის უკანასკნელი სქესობრივი კონტაქტის დრო >60დღეზე სიმპტომების დაწყებიდან ან დიაგნოზის დასმის მომენტიდან, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს პაციენტის ყველაზე ბოლო სქესობრივ პარტნიორს. (C)
- პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა-დარიგება თავი შეიკავონ სქესობრივი კონტაქტისაგან თერაპიის დასრულებამდე და მანამ სანამ მას და მის სქესობრივ პარტნიორებს აღარ ექნებათ კლინიკური სიმპტომები. (C)
- პაციენტებში გონორეით, რომელთა სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობის უზრუნველყოფა შეუძლებელია ან ნაკლებად სააღბათოა, ანტიბიოტიკოთერაპიის განხორციელება ჰეტეროსექსუალი მამრობითი ან მდედრობითი სქესობრივი პარტნიორების მიერ (წერილობითი ფორმით ან მედიკამენტის სახით) შესაძლოა წარმოადგენდეს ალტერნატიულ მიდგომას (D)

ამ მიდგომის გამოყენებას ყოველთვის^{25,27} თან უნდა ახლდეს სიმპტომების შესახებ პაციენტის განათლებისა და პარტნიორთა კლინიკური შეფასებისათვის გაგზავნის უზრუნველსაყოფი ძალისხმევა. მამრობითი სქესის პაციენტებმა უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია მათ ქალ

პარტნიორებს საკუთარი ინფიცირების შესახებ და მიეცეთ საგანმანათლებლო მასალა სამედიცინო შეფასების მნიშვნელობაზე მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების თვალსაზრისით (განსაკუთრებით, სიმპტომების არსებობის ფონზე). მდებარეობითი სქესის პარტნიორებში მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებების მკურნალობის შესაძლო უგულვებელყოფა და სხვა სგგდ-ის დიაგნოსტიკის შანსის ხელიდან გაშვების შესაძლებლობა დასაფიქრებელია, თანაც არ ჩატარებულა შედარებითი შეფასება ამ თვალსაზრისით პარტნიორთა უშუალო მიმართვისა და პაციენტის მიერ განხორციელებული თერაპიის მიდგომებს შორის. პაციენტის მიერ მიწოდებული თერაპია გონორეით დაავადებული პაციენტების შემთხვევაში რუტინულად უნდა მოიცავდეს მკურნალობას ქლამიდიოზზეც. ამ მიდგომის გამოყენება, როგორც პარტნიორთა მენეჯმენტის რუტინული სტრატეგიისა, არ შეიძლება MSM-ის შემთხვევაში არადიაგნოსტირებული სგგდ-ის ან აივ-ინფექციის თანაარსებობის მაღალი რისკის გამო.

14.7 სპეციალური საკითხები

ალერგია, აუტანლობა და გვერდითი რეაქციები

იმ პირებს, რომელთაც ცეფალოსპორინების ან ქინოლონების მიმართ აუტანლობა აღენიშნებათ, მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ სპექტინომიციინით. იმის გამო, რომ სპექტინომიციინი არ არის სანდო მედიკამენტი ფარინგეალური გონოკოკური ინფექციის სამკურნალოდ (ეფექტურობა 52%-ია), პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ საეჭვო ან დადასტურებული ფარინგეალური ინფექცია, უნდა ჩაუტარდეთ კულტურალური გამოკვლევა ხახიდან აღებულ ნაცხზე მკურნალობის დასრულებიდან 3–5 დღეში ინფექციის ერადიკაციის დადასტურების მიზნით.

ორსულობა

ორსულებს არ უნდა უმკურნალონ ქინოლონებითა და ტეტრაციკლინით. *N. gonorrhoeae*-ით ინფიცირებულ ამგვარ ქალებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ რეკომენდებული ან ალტერნატიული ცეფალოსპრინით. ცეფალოსპრინის აუტანლობის შემთხვევაში ქალებს უნდა დაენიშნოთ სპექტინომიციინის ერთჯერადი 2გ-იანი დოზა კუნთში. *C. trachomatis*-ის სავარაუდო ან დადასტურებული ინფექციის შემთხვევაში ორსულობის პერიოდში რეკომენდებულია აზიტრომიციინი ან ამოქსიცილინი.

ქინოლონების დანიშვნა მოზარდებში

ფტორქინოლონები არ არის რეკომენდებული 18 წელზე ნაკლები ასაკის პირებში, რადგანაც კვლევებმა აჩვენა, რომ მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ სასახსრე ხრტილის დაზიანება ზოგიერთ ახალგაზრდა ცხოველში. თუმცა, ქინოლონებთან დაკავშირებული სახსრების დაზიანება ბავშვებში, რომელთაც მკურნალობა უტარდებოდათ პროლონგირებული ციპროფლოქსაცინის რეჟიმით, არ დაფიქსირებულა¹⁴².(II-III) ამის გამო, ბავშვებს, რომელთა წონაც > 45 კგ, შესაძლებელია მკურნალობა ჩაუტარდეთ მოზრდილებისათვის რეკომენდებული ერთ-ერთი სქემით (იხ.: [გონოკოკური ინფექცია](#)).

აივ ინფექცია

პაციენტებს გონოკოკური ინფექციითა და თანაარსებული აივ-ით, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ისეთივე სამკურნალო სქემით, როგორც აივ-ნეგატიურებს.

გონოკოკური კონიუნქტივიტი

აშშ-ს მოზარდთა შორის გონოკოკური კონიუნქტივიტის მკურნალობაზე ჩატარებული 12 კვლევის საფუძველზე დადგინდა, რომ კვლევაში მონაწილე ყველა პირი დაემორჩილა ცეფტრიაქსონის 1გ-იანი დოზის ერთჯერად ინექციას კუნთში¹⁴³.(II) ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციები ასახავენ სგგდ-ის სფეროში გამოცდილი ექსპერტების შეხედულებებს.

რეკომენდებული სქემები

ცეფტრიაქსონი 1 გ კუნთში ერთჯერადად

გაითვალისწინეთ ინფიცირებული თვალის ამორეცხვის შესაძლებლობა ფიზიოლოგიური ხსნარის საშუალებით.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა-დარიგება, დაარწმუნონ საკუთარი სქესობრივი პარტნიორები შეფასებისა და მკურნალობის აუცილებლობაში (იხ.: [გონოკოკური ინფექცია, სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი](#)).

14.8 დისემინირებული გონოკოკური ინფექცია (DGI)

DGI-ს იწვევს გონოკოკური ბაქტერიემია. DGI-ს ხშირად თან სდევს კანის პეტეჩიური ან პუსტულარული დაზიანება, ასიმეტრიული ართრალგია, ტენოსინოვიტი, ან სეპტიური ართრიტი. დროდადრო ინფექცია შესაძლოა გართულდეს პერიჰეპატიტით და იშვიათად ენდოკარდიტით ან მენინგიტით. *N. gonorrhoeae*-ს ზოგიერთ შტამს, რომელიც იწვევს DGI-ს, შეუძლია მინიმალური გენიტალური ანთების გამოწვევა.

CDC-ს მიერ გამოქვეყნებული სგგდ-ის მკურნალობის ბოლო გაიდლაინის შემდეგ DGI-ს მკურნალობის შესახებ მოზრდილებში კვლევები არ ჩატარებულა. DGI-ს მკურნალობის რეკომენდაციები ასახავენ ექსპერტთა აზრს. რეკომენდებული რეჟიმის დროს წარუმატებელი მკურნალობის ფაქტები არ დაფიქსირებულა. დისემინირებული გონოკოკური ინფექციის მკურნალობა უნდა განხორციელდეს საავადმყოფოში ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

იმ პაციენტთა სქესობრივ პარტნიორებში რომელთაც აღენიშნებათ DGI, გონოკოკური ინფექცია ხშირად ასიმპტომურია. ისევე როგორც გაურთულებელი გონოკოკური ინფექციის შემთხვევაში, პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა-დარიგება, დაარწმუნონ საკუთარი სქესობრივი პარტნიორები, მიმართონ სამედიცინო მომსახურებას შეფასებისა და მკურნალობის მიზნით (იხ.: [გონოკოკური ინფექცია, სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი](#)).

14.9 გონოკოკური ინფექცია ახალშობილებში

ახალშობილებში გონოკოკური ინფექციის განვითარება ჩვეულებრივ, წარმოადგენს მშობიარობის პერიოდში ინფიცირებული ცერვიკალური ექსუდატის ზემოქმედების შედეგს. ის ჩვეულებრივ, მწვავე დაავადებაა, რომელიც დაბადებიდან 2–5 დღეში ვლინდება. ახალშობილებში ინფექციის გავრცელება დამოკიდებულია ორსულ ქალებში ინფექციის გავრცელების მაჩვენებელზე, იმაზე, ტარდება თუ არა ორსულთა სკრინინგი გონორეაზე და იღებს თუ არა ახალშობილი ოკულარული პრობლემების საპროფილაქტიკო საშუალებებს. *N. gonorrhoeae*–თი განპირობებული ინფექციის ყველაზე მძიმე მანიფესტაციას ახალშობილებში წარმოადგენს ნეონატალური ოფთალმია და სეფსისი, რომელიც შესაძლებელია მოიცავდეს ართრიტსა და მენინგიტს. ნაკლებად მძიმე გამოვლინებებს მიეკუთვნება რინიტი, ვაგინიტი, ურეთრიტი და რეინფიცირება ფეტალური მონიტორინგის განმახორციელებელ დაწესებულებებში. ახალშობილებში გონოკოკური ინფექციის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ხორციელდება სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში.

რეკომენდაციები:

- *C. trachomatis* –ით ერთდროული ინფიცირება გასათვალისწინებელია მაშინ, როცა მკურნალობის შემდეგ არ ხდება მდგომარეობის გაუმჯობესება. როგორც დედას, ისე ახალშობილს უნდა ჩაუტარდეს გამოკვლევა ქლამიდიურ ინფექციაზე იმ მომენტში, როდესაც ტარდება ტესტირება გონორეაზე
- ცეფტრიაქსონი სიფრთხილით უნდა დაენიშნოს ახალშობილებს ჰიპერბილირუბინემიით, განსაკუთრებით, დღენაკლულობის შემთხვევაში.
- გონოკოკური ოფთალმიით დაავადებული ახალშობილები უნდა მოთავსდნენ ჰოსპიტალში და ჩაუტარდეთ შეფასება დისემინირებული ინფექციის კლინიკური ნიშნების არსებობაზე (მაგ.: სეფსისი, ართრიტი და მენინგიტი). ცეფტრიაქსონის ერთჯერადი დოზა წარმოადგენს გონოკოკური კონიუნქტივიტის ადექვატურ თერაპიას.
- გონოკოკური ინფექციის მქონე ახალშობილთა დედები და მათი სქესობრივი პარტნიორები უნდა შეფასდნენ და ჩაუტარდეთ მკურნალობა მოზრდილებში გონოკოკური ინფექციის მკურნალობის რეკომენდაციების მიხედვით

14.10 გონოკოკური ინფექცია ბავშვებში

მოზარდობამდელი ასაკის ბავშვებში გონოკოკური ინფექციის უხშირესი მიზეზია სქესობრივი ძალადობა (იხ.: [სქესობრივი ძალადობა ბავშვებში](#)). მოზარდობამდელი ასაკის გოგონებში გონოკოკური ინფექციის უხშირესი გამოვლინებაა ვაგინიტი. ვაგინალური ინფექციის შემდეგ მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების განვითარება ბავშვებში ნაკლებად გავრცელებულია, ვიდრე მოზრდილებში. სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებში *N. gonorrhoeae*–თი ფარინგელური და ანო–რექტალური ინფექცია გავრცელებული და ხშირად ასიმპტომურია.

დიაგნოსტიკის საკითხები

ბავშვებში *N. gonorrhoeae*-ს ინფექციის დიაგნოზთან დაკავშირებული სამრთლებრივი საკითხების გამო, ამ შემთხვევებში დიაგნოზის დასასმელად გამოყენებულ უნდა იქნას მხოლოდ *N. gonorrhoeae*-ს გამოყოფის სტანდარტული კულტურალური გამოკვლევა, ხოლო დიაგნოსტიკისათვის ისინი უნდა გაიგზავნონ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. გონოკოკებზე არა-კულტურალური გამოკვლევის ტესტები (მაგ.: ნაცხის შეღებვა გრამის წესით, ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაცია, EIA, და NAAT) არ უნდა გამოვიყენოთ სტანდარტული კულტურის გარეშე; ამ ტესტებიდან არც ერთი არ არის დამტკიცებული პირ-ხახიდან, სწორი ნაწლავიდან, ან ბავშვის გენიტალური ტრექტიდან აღებული ნიმუშების გამოსაკვლევად. საშოდან, ურეთრიდან, ხახიდან ან სწორი ნაწლავიდან აღებული ნიმუშები გადატანილ უნდა იქნეს სელექტიურ ნიადაგზე *N. gonorrhoeae*-ს იზოლაციის მიზნით, ხოლო *N. gonorrhoeae*-ს წინასწარი იზოლატები საბოლოოდ უნდა დადასტურდეს სულ მცირე ორი გამოკვლევით, რომლებიც განსხვავებული პრინციპებით ტარდება (მაგ.: ბიოქიმიური, ფერმენტული სუბსტრატი, ან სეროლოგიური). იზოლატები უნდა შეინახონ დამატებითი ან განმეორებითი ტესტირების საჭიროების მიზნით.

რეკომენდებული სამკურნალო სქემები ბავშვებისათვის, რომელთა წონაც >45 კგ

მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მოზრდილებისათვის რეკომენდებული ერთ-ერთი სამკურნალო სქემით ([იხ.: გონოკოკური ინფექცია](#))

ფტორქინოლონები არ არის რეკომენდებული 18 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებისათვის, რადგანაც მათ შეუძლიათ სასახსრე ხრტილის დაზიანება ახალგაზრდა ცხოველებში. თუმცა, ქინოლონებთან აშკარად დაკავშირებული ამგვარი დაზიანების დაფიქსირება ბავშვებში, რომელთაც უტარდებოდათ მკურნალობა ქინოლონებით, მათ შორის, მრავალჯერადი დოზის რეჟიმითაც კი, არ მომხდარა.

რეკომენდებული სამკურნალო სქემები ბავშვებისათვის, რომელთა წონაც ≤ 45 კგ და რომელთაც აღენიშნებათ გაურთულებელი გონოკოკური ვულვო-ვაგინიტი, ცერვიციტი, ურეთრიტი, ფარინგიტი, ან პროქტიტი

ცეფტრიაქსონი 125 მგ IM ერთჯერადად

ალტერნატიული სქემა

სპექტინომიცინი 40 მგ/კგ (მაქსიმალური დოზა: 2 გ) IM შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ერთჯერადი დოზის სახით, მაგრამ ამგვარი მკურნალობა არ არის სანდო ფარინგეალური ინფექციის დროს. ზოგიერთი სპეციალისტი ბავშვებში გონოკოკური ინფექციის სამკურნალოდ იყენებს ცეფიქსიმს იმის გამო, რომ მისი დანიშვნა შესაძლებელია პერორალურად; თუმცა, ამ მიზნისათვის ცეფიქსიმის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესახებ მონაცემები გამოქვეყნებული არ არის.

რეკომენდებული სამკურნალო სქემა ბავშვებისათვის, რომელთა წონაც ≤ 45 კგ და რომელთაც აღენიშნებათ ბაქტერიემია ან ართრიტი

ცეფტრიაქსონი 50 მგ/კგ (მაქსიმალური დოზა: 1 გ) IM ან IV ერთჯერადი დღიური დოზის სახით 7 დღის მანძილზე

რეკომენდებული სამკურნალო სქემა ბავშვებისათვის, რომელთა წონაც >45 კგ და რომელთაც აღენიშნებათ ბაქტერიემია ან ართრიტი

ცეფტრიაქსონი 50 მგ/კგ IM ან IV ერთჯერადი დღიური დოზის სახით 7 დღის მანძილზე

რეკომენდაციები:

- ბავშვებს გონოკოკური ინფექციის შემთხვევაში მკურნალობა და მონიტორინგი უნდა ჩატარდეთ პედიატრი–ინფექციონისტის მეთვალყურეობით;
- ცეფტრიაქსონის გამოყენების შემთხვევაში კულტურალური კვლევის მონიტორინგი საჭირო აღარ არის;
- თუკი ფარინგიტის სამკურნალოდ გამოიყენება სპექტინომიცინი, მკურნალობის ეფექტურობაში დასარწმუნებლად აუცილებელია კულტურალური გამოკვლევის მონიტორინგი;
- ბავშვებში რეკომენდებულია მხოლოდ პარენტერალური ცეფალოსპორინების გამოყენება. ცეფტრიაქსონი დამტკიცებულია ყველა სახის გონოკოკური ინფექციის სამკურნალოდ ბავშვებში;
- ორალური ცეფალოსპორინების ხმარება ბავშვებში გონოკოკური ინფექციის მკურნალობის მიზნით ადექვატურად შესწავლილი არ არის;
- ყველა ბავშვს გონოკოკური ინფექციით უნდა ჩატარდეს შეფასება *C. trachomatis*–ით კო–ინფიცირების დადგენის მიზნით (სქესობრივ ძალადობასთან დაკავშირებული საკითხების გარკვევის მიზნით იხ.: [სქესობრივი ძალადობა ბავშვებში](#)).

15. დაავადებები, რომლებიც ხასიათდებიან ვაგინალური გამონადენით

15.1 ვაგინალური ინფექციის განმარტება, ეტიოლოგია და პათოგენეზი

ვაგინიტი ჩვეულებრივ, ხასიათდება გამონადენით საშოდან და/ან ვულვის ქავილითა და გაღიზიანებით, რომელთან ერთადაც შესაძლებელია აღინიშნებოდეს სუნი. სამი ყველაზე ხშირი დაავადება, რომლებიც ასოცირებულია საშოდან გამონადენთან, არის ბაქტერიული ვაგინოზი BV (ნორმალური ვაგინალური ფლორის ჩანაცვლება ანაერობული მიკროორგანიზმების, მიკოპლაზმებისა და *Gardnerella vaginalis*–ის ჭარბი ზრდით), ტრიქომონიაზი (*T. vaginalis*), და კანდიდოზი (ძირითადად გამოწვეული *Candida albicans*–ით). ზოგჯერ ცერვიციტმაც შესაძლოა გამოიწვიოს გამონადენი საშოდან. მიუხედავად იმისა, რომ კანდიდოზური ვულვო–ვაგინიტი

(VVC) ჩვეულებრივ, სქესობრივი გზით არ გადაეცემა, იგი ჩართულია ამ ნაწილში, რადგანაც ეს პათოლოგია ხშირად გვხვდება ქალებში, რომელთაც უტარდებათ შეფასება სგგდ–ზე.

საშოდან პათოლოგიური გამონადენის ეტიოლოგიის განსაზღვრის მიზნით სხვადასხვა დიაგნოსტიკური მეთოდები არსებობს. ლაბორატორიული ტესტები ვაგინიტის მიზეზების დასადგენად წარუმატებელი ქალთა მხოლოდ მცირე ნაწილშია. ვაგინალური სიმპტომების მიზეზი ჩვეულებრივ, შესაძლებელია დადგინდეს გამონადენის pH-ისა და სველი ნაცხების მიკროსკოპიის გზით. საშოდან გამონადენის pH შესაძლებელია განისაზღვროს სპეციალური pH ქაღალდის ზოლებით. მომატებული pH (კერძოდ >4,5) დამახასიათებელია ბაქტერიული ვაგინოზისათვის ან ტრიქომონიაზისათვის, მაგრამ ეს მაჩვენებელი შეიძლება არ იყოს მაღალ–სპეციფიური. გამონადენის შემდგომი კვლევა შესაძლებელია ერთი ნიმუშის დასველებით 0,9%-იანი ფიზიოლოგიურ ხსნარის ორი წვეთით, ხოლო მეორე ნიმუშისა კი კალიუმის ჰიდროქსიდის (KOH) 10%-იან ხსნარით. ამინის (თევზის) სუნი, რომელიც ვითარდება KOH-ის დაწვეთებისთანავე, მიუთითებს BV-ის არსებობაზე. ნაცხს ზემოდან ეფარება საფარი მინა და ხდება მისი გამოკვლევა მიკროსკოპის საშუალებით. მოძრავი *T. vaginalis* ან გასაღებისებრი უჯრედები (ეპითელიური უჯრედები, რომელთა კიდებებიც დაჩრდილულია ბაქტერიის მიერ), რომლებიც დამახასიათებელია BV-სათვის, ჩვეულებრივ ადვილად იდენტიფიცირდება ფიზიოლოგიურ ხსნარით დამუშავებულ ნიმუშებში. ლეიკოციტების არსებობა ტრიქომონადების ან საფუარა სოკოების გარეშე ჩვეულებრივ, მიუთითებს ცერვიციტზე (იხ.: ცერვიციტი). საფუარა სოკოების ან *Candida*-ს ფსევდოჰიპების აღმოჩენა უფრო ადვილი შესაძლებელია KOH-იან ნიმუშებში. თუმცა, ტრიქომონადების ან ფსევდოჰიპების არარსებობას არ შეუძლია ამ დაავადებების გამორიცხვა, რადგანაც რამდენიმე კვლევაში დადასტურდა ამ პათოგენების არსებობა კულტურალურ გამოკვლევასა და PCR-კვლევაში, უარყოფითი მიკროსკოპიული შედეგის შემდეგ. ვულვის ანთების ობიექტური ნიშნების არსებობა ვაგინალური პათოგენების არარსებობის ფონზე, გამონადენის მინიმალური რაოდენობით, მიუთითებს ვულვის მექანიკურ, ქიმიურ, ალერგიულ ან სხვა არაინფექციური მიზეზებით გაღიზიანებას. *T. vaginalis*-ზე კულტურალური გამოკვლევა მიკროსკოპიასთან შედარებით უფო მგრძობიარეა. იმ დაწესებულებებში, სადაც მიკროსკოპია ხელმისაწვდომი არ არის, ვაგინიტის სადიაგნოსტიკოდ შესაძლებელია ალტერნატიული ტესტების გამოყენება.

15.2 ბაქტერიული ვაგინოზი

BV წარმოადგენს პოლიმიკრობულ კლინიკურ სინდრომს, რასაც იწვევს საშოს H₂O₂-ის მაპროდუცირებელი ნორმალური *Lactobacillus* sp.-ის ჩანაცვლება ანაერობული ბაქტერიების (მაგ.: *Prevotella* sp. და *Mobiluncus* sp.), აგრეთვე *G. vaginalis*, და *Mycoplasma hominis* მაღალი კონცენტრაციით. BV მიეკუთვნება საშოდან გამონადენის ან სუნის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს; ამის მიუხედავად, BV-ის მქონე ქალთა დაახლოებით 50%-ს არ აღენიშნება სიმპტომები. მიკრობული ალტერაციის მიზეზები სრულად შესწავლილი არ არის. BV ასოცირებულია მრავლობით სქესობრივ პარტნიორებთან, ახალი სქესობრივი პარტნიორის შექმნასთან, შხაპის ხშირ მიღებასა და ვაგინალური ლაქტობაცილების ნაკლებობასთან; რამდენადაა BV სქესობრივი გზით გადამდები პათოგენის შექმნის შედეგი, გაურკვეველია. ქალები, რომლებიც არასოდეს ყოფილან სქესობრივად აქტიური, იშვიათად ავადდებიან.

მამრობითი სქესის სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობის სარგებელი BV-ის რეციდივების პრევენციის მიზნით დადასტურებული არ არის.

15.2.1. დიაგნოსტიკის საკითხები

რეკომენდაცია:

- ოჯახის ექიმმა BV-ს დიაგნოზი შეიძლება დასვას კლინიკური ნიშნების ან საშოს ნაცხის გრამის წესით შეღებვის საფუძველზე. კლინიკური კრიტერიუმებისათვის საჭიროა ქვემოთ ჩამოთვლილიდან სამი ან მეტი სიმპტომის არსებობა:(C)
 - ჰომოგენური, თხელი გამონადენი საშოდან, რომელიც რბილად ედება საშოს კედლებს;
 - გასაღებისებრი უჯრედების არსებობა მიკროსკოპიული გამოკვლევისას
 - საშოდან გამონადენის pH>4,5 და
 - საშოს გამონადენის თევზის სუნი 10%-იანი KOH -ის დამატების შემდეგ (ე.წ. სუნის ტესტი).

როდესაც გამოიყენება გრამის წესით შეღებვა, BV-სათვის დამახასიათებელი ლაქტობაცილების (გრძელი გრამ-დადებითი ჩხირების), გრამ-უარყოფითი და გრამ-ვარიანტული კოკების (მაგ.: *G. vaginalis*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, და პეპტოსტრეპტოკოკის), აგრეთვე რკალისებრი გრამ-უარყოფითი ჩხირების (*Mobiluncus*) შედარებითი კონცენტრაციის განსაზღვრა ითვლება BV-ს ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტად. *G. vaginalis*-ის კულტურის მიღება, როგორც სადიაგნოსტიკო საშუალება, რეკომენდებული არ არის იმის გამო, რომ ეს გამოკვლევა არ არის სპეციფიური. თუმცა, *G. vaginalis*-ის მაღალი კონცენტრაციების შემთხვევაში დნმ-ის სინჯებზე დაფუძნებულმა ტესტმა (Affirm™ VP III, Becton Dickinson, Sparks, Maryland) შესაძლოა კლინიკური გამოყენება ჰპოვოს. საშვილოსნოს ყელის Pap-ტესტი დაბალი მგრძობიანობის გამო არ გამოიყენება BV-ს დიაგნოზის დასასმელად. კომერციულად ხელმისაწვდომ სხვა ტესტებს, რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელია BV-ს დიაგნოსტიკისათვის, მიეკუთვნება მომატებული pH-ის დასადგენი ტესტი, ტრიმეთილამინისა (QuickVue Advance Quidel, San Diego, California) და პროლინამინოპეპტიდაზის (Pip Activity TestCard™, Quidel, San Diego, California) ტესტები.

15.2.2. მკურნალობა

არაორსულ ქალებში BV-ის მკურნალობის დადგენილ სარგებელს მიეკუთვნება: 1) ინფექციის ვაგინალური სიმპტომებისა და ნიშნების შემსუბუქება და 2) ინფექციის რისკის შემცირება აბორტის ან ჰისტერექტომიის შემდეგ. სხვა პოტენციური სარგებელი შესაძლოა იყოს სხვა ინფექციების (მაგ.: აივ-ინფექცია და სხვა სგგდ) რისკის შემცირება. ყველა ქალს სიმპტომური დაავადებით ესაჭიროება მკურნალობა.

BV ორსულობის პერიოდში ასოცირებულია ორსულობის არარსასურველ გამოსავალთან, მათ შორის, სანაყოფე გარსის ნაადრევ რღვევასთან, ნაადრევ მშობიარობასთან, ინტრამნიონურ ინფექციასა და მშობიარობის შემდგომ ენდომეტრიტთან. ორსულ ქალებში BV-ს თერაპიის დადგენილ სარგებელს მიეკუთვნება ვაგინალური სიმპტომებისა და ნიშნების შემსუბუქება. თერაპიის დამატებით პოტენციურ სარგებელს შეიძლება შეადგენდეს: 1) BV-სთან ასოცირებული ინფექციური გართულებების შემცირება ორსულობის პერიოდში და 2) სხვა

ინფექციების (მაგ.: სხვა სგგდ-ისა და აივ-ინფექციის) რისკის შემცირება. რამდენიმე კვლევის შედეგმა აჩვენა, რომ BV-ით დაავადებული იმ ორსული ქალების მკურნალობამ, რომელთაც ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკი აღენიშნებათ (კერძოდ, მათ, რომელთაც წარსულში ჰქონდათ ნაადრევი მშობიარობის ფაქტი) შესაძლოა შეამციროს ნაადრევი მშობიარობის რისკი^{144,145,146}.(II)

რეკომენდაცია:

- კლინიცისტმა უნდა გაითვალისწინოს ასიმპტომური BV-ით დაავადებული მაღალი რისკის მქონე ორსული ქალების შეფასებისა და მკურნალობის საკითხი ნაადრევი მშობიარობის რისკის შემცირების მიზნით (B).

BV-სათვის დამახასიათებელი ბაქტერიული ფლორა აღმოჩენილია იმ ქალების ენდომეტრიუმსა და საშვილოსნოს მილებში, რომელთაც აღენიშნებათ მცირე მენჯის ანთებითი დაავადება. BV ასოცირებულია მცირე მენჯის ანთებით დაავადებასთან, ენდომეტრიტთან, აგრეთვე საშოს ბაგეების ცელულიტთან ინვაზიური პროცედურების, მათ შორის, ენდომეტრიული ბიოფსიის, ჰისტერექტომიის, ჰისტეროსალპინგოგრაფიის, საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების ჩადგმის, საკეისრო კვეთისა და საშვილოსნოს კიურეტაჟის შემდეგ. ორი რანდომიზებული კვლევის შედეგმა აჩვენა, რომ BV-ს მკურნალობა მეტრონიდაზოლით მნიშვნელოვნად ამცირებს აბორტის შემდგომი მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების სიხშირეს^{147,148}.(II) სამმა კვლევამ, რომლებშიც ფასდებოდა ანაერობული ანტიმიკრობული დაცვის (მაგ.: მეტრონიდაზოლის) გამოყენება აბორტის წინა რუტინული პროფილაქტიკისათვის, აგრეთვე შვიდმა კვლევამ, რომლებიც აფასებდნენ ამ დამატებით დაცვას ქალებისათვის, რომელთაც უტარდებოდა ჰისტერექტომია, აჩვენა პოსტოპერაციული ინფექციური გართულებების მნიშვნელოვანი შემცირება^{147,148,149,150,151,152,153,154,155}.(I)

რეკომენდაცია:

- BV-სთან ასოცირებული პოსტოპერაციული ინფექციური გართულებების მაღალი რისკის გამო ქირურგიული აბორტის ან ჰისტერექტომიის ჩატარებამდე სასურველია ქალების სკრინინგი და საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა BV-ზე რუტინულ პროფილაქტიკასთან ერთად. (B)

თუმცა, სხვა ინვაზიური პროცედურების წინ ასიმპტომური BV-ის მკურნალობის სარეკომენდაციოდ საჭიროა მეტი ინფორმაცია.

რეკომენდებული სქემა

მეტრონიდაზოლი 500 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღის განმავლობაში

ან
მეტრონიდაზოლის 0.75%-იანი გელი, ერთი სრული აპლიკაცია (5გ) ინტრავაგინალურად, დღეში ერთხელ 5 დღის განმავლობაში

ან
კლინდამიცინის 2%-იანი კრემი ერთი სავსე აპლიკატორი (5 გ) საშოში ძილის წინ 7 დღის განმავლობაში

პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა-დარიგება ალკოჰოლის მორიდების შესახებ მეტრონიდაზოლით მკურნალობის პერიოდში და მისი დასრულებიდან 24 საათის განმავლობაში. კლინდამიცინის კრემი ზეთოვან საფუძველზეა დამზადებული და მას შეუძლია შეასუსტოს ლაქტეისის კონდომებისა და დიაფრაგმების სიმტკიცე ხმარებიდან 5 დღის განმავლობაში. ტოპიკური კლინდამიცინის პრეპარატები არ უნდა გამოვიყენოთ ორსულობის მეორე ნახევარში.

მეტრონიდაზოლის რეკომენდებული სქემები თანაბრად ეფექტურია. ერთ-ერთ რანდომიზებულ კვლევაში შეფასდა მეტრონიდაზოლის 0,75%-იანი ინტრავაგინალური გელის დღეში ერთხელ გამოყენების კლინიკური ექვივალენტობა დღეში ორჯერად ხმარებასთან შედარებით და დადასტურდა თანაბარი განკურნების სიხშირე თერაპიიდან 1 თვის შემდეგ .

ალტერნატიული სქემები

კლინდამიცინი 300 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღე ან

კლინდამიცინის ბურთულები 100 მგ ინტრავაგინალურად ძილის წინ 3 დღე

2გ მეტრონიდაზოლის ერთჯერადი დოზით მკურნალობა ყველაზე დაბალი ეფექტურობით ხასიათდება BV-ის სამკურნალოდ და მეტად აღარ არის რეკომენდებული, როგორც ალტერნატიული სქემა. მეტრონიდაზოლის 750მგ-იანი ნელა გამოთავისუფლებადი ტალეტები დღეში ერთხელ 7 დღის განმავლობაში და კლინდამიცინის ინტრავაგინალური კრემის ერთჯერადი დოზა მკურნალობის ალტერნატივას წარმოადგენს. გამოქვეყნებული მონაცემები, რომლებიც ადარებენ ამ რეჟიმების კლინიკურ და მიკრობიოლოგიურ ექვივალენტურობას სხვა რეჟიმებთან მიმართებაში, შეზღუდულია. განკურნების სიხშირე კლინდამიცინის ინტრავაგინალურ კრემსა და ბურთულებს შორის არ გასხვავდება¹⁵⁶.

რამდენიმე კვლევაში შეფასდა ლაქტობაცილების ინტრავაგინალური სანთლების კლინიკური და მიკრობიოლოგიური ეფექტურობა ნორმალური ფლორის აღდგენისა და BV-ის მკურნალობის მიზნით. თუმცა, ამჟამად ხელმისაწვდომი ლაქტობაცილების სანთლებიდან არც ერთი არ აღმოჩნდა პლაცებოზე უკეთესი კლინიკური ან მიკრობიოლოგიური განკურნების თვალსაზრისით თერაპიიდან 1 თვის შემდეგ. შხაპის გამოყენების შესახებ მკურნალობისა ან სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით მონაცემები არ მოიპოვება.

მეთვალყურეობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- სიმპტომების აღაგების შემთხვევაში საკონტროლო ვიზიტი საჭირო აღარ არის.(D)
- იმის გამო, რომ BV-ის რეციდივები იშვიათი არ არის, ქალებს უნდა ერჩიოთ დამატებითი მკურნალობისათვის დაბრუნება სიმპტომების გაჩენის შემთხვევაში. (C)
- მორეციდივე დაავადების სამკურნალოდ შესაძლოა გამოყენებულ იქნას საწყისისაგან განსხვავებული სამკურნალო რეჟიმი. თუმცა, ქალებს მრავლობითი რეციდივებით მეთვალყურეობა უნდა ჩაუტარდეთ სპეციალისტთან ერთად. (B)
- პერსისტენტული BV-ის შემთხვევაში რეკომენდებულია თერაპიის დასრულების შემდეგ 6 თვის მანძილზე მეტრონიდაზოლის 0,75%-იანი გელის გამოყენება კვირაში ორჯერ კლინიკური განკურნების შენარჩუნების თვალსაზრისით ¹⁵⁷(II,B).

- ქალების პასუხი სამკურნალო სქემაზე და რეციდივის ალბათობა არ არის დამოკიდებული მათი სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობაზე. ამიტომ სქესობრივი პარტნიორის რუტინული მკურნალობა რეკომენდებული არ არის.(B)

15.2.3. სპეციალური საკითხები

რეკომენდებული თერაპიის აუტანლობა ან ალერგია

მეტრონიდაზოლზე ალერგიის ან აუტანლობის შემხვევაში რეკომენდებულია კლინდამიცინის ინტრავაგინალური კრემი. მეტრონიდაზოლის ინტრავაგინალური კრემის გათვალისწინება შესაძლებელია პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ სისტემურ მეტრონიდაზოლს, მაგრამ ორალური მეტრონიდაზოლის მიმართ ალერგიულ პაციენტებს არ უნდა დაენიშნოთ ეს პრეპარატი ინტრავაგინალურად.

ორსულობა

სიმპტომური დაავადების შემთხვევაში ყვეალ ორსულ ქალს ესაჭიროება მკურნალობა. BV ასოცირებულია ორსულობის არასასურველ გამოსავალთან (მაგ.: სანაყოფე გარსის ნაადრევი რღვევა, ქორიო-ამნიონიტი, ნაადრევი მშობიარობა, ინტრა-ამნიონური ინფექცია, მშობიარობის შემდგომი ენდომეტრიტი და საკეისრო კვეთის შემდგომი ჭრილობის ინფექცია). ზოგიერთი სპეციალისტი არჩევს სისტემური თერაპიის გამოყენებას შესაძლო ზედა გენიტალური ტრაქტის ინფექციის მკურნალობის მიზნით.

ასიმპტომური BV-ის მკურნალობამ ორსულებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკი (კერძოდ, წარსულში ნაადრევი მშობიარობის ანამნეზი), რეკომენდებული პერორალური სამკურნალო სქემებით შეამცირა ნაადრევი მშობიარობის რისკი 3–4 რანდომიზებულ კონტროლიტრებად კვლევაში^{144,145,158,159}(I); ზოგიერთი სპეციალისტი გვირჩევს ასეთი ქალების სკრინინგსა და პერორალურ მკურნალობას. თუმცა, ოპტიმალური სამკურნალო რეჟიმი დადგენილი არ არის. სკრინინგი (თუკი ტარდება) და მკურნალობა უნდა ჩატარდეს პირველ პრენატალურ ვიზიტზე.

ორ კვლევაში, რომელშიც ფასდებოდა მეტრონიდაზოლის ეფექტურობა ორსულობის პერიოდში, გამოიყენებოდა 250მგ-იანი სქემა^{144,145}. თუმცა, ზოგიერთი სპეციალისტი არჩევს 500მგ-იანი სქემის გამოყენებას დღეში ორჯერ ორსულობის დროს. ერთ-ერთ მცირე კვლევაში დადგინდა, რომ მეტრონიდაზოლის 500მგ-იანი ტაბლეტების დღეში ორჯერ პერორალური გამოყენება მეტრონიდაზოლის გელის ეფექტურობის ექვივალენტური იყო განკურნების 70%-იანი სიხშირით¹⁶⁰(II). ეს სქემები არ იყო ეფექტური ნაადრევი მშობიარობის შემცირების თვალსაზრისით ქალთა რომელიმე ჯგუფში. მრავლობითმა კვლევებმა და მეტა-ანალიზმა არ აჩვენა ასოციაცია ორსულობის პერიოდში მეტრონიდაზოლის გამოყენებასა და ახალშობილზე ტერატოგენურ ან მუტაგენურ ეფექტებს შორის^{161,162,163}.(I).

რეკომენდებული სამკურნალო სქემები ორსულებისათვის

მეტრონიდაზოლი 500 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღის მანძილზე
ან

მეტრონიდაზოლი 250მგ პერორალურად დღეში სამჯერ 7 დღის მანძილზე
ან

კლინდამიცინი 300 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღის მანძილზე

ამცირებს თუ არა BV–ით დაავადებული, ნაადრევი მშობიარობის დაბალი რისკის მქონე ასიმპტომური ქალების მკურნალობა ორსულობის არასასურველ გამოსავალს, ნათელი არ არის. ერთ–ერთმა კვლევამ, რომელშიც გამოიყენებოდა ორალური კლინდამიცინი, აჩვენა სპონტანური ნაადრევი მშობიარობის რიცხვის შემცირება¹⁴⁶. რამდენიმე კვლევა ჩატარებული ინტრავაგინალური კლინდამიცინის გამოყენების შესახებ ორსულობის პერიოდში ნაადრევი მშობიარობის რიცხვის შემცირებისა და ასიმპტომური BV–ის მკურნალობის მიზნით. ერთ–ერთმა კვლევამ, რომელშიც ქალებს მკურნალობა უტარდებოდა გესტაციის 20 კვირამდე, აჩვენა ნაადრევი მშობიარობის რიცხვის შემცირება¹⁶⁴(II). დანარჩენ სამ კვლევაში ინტრავაგინალური კლინდამიცინის კრემი ინიშნებოდა გესტაციის მე–16–32–ე კვირაზე და აღინიშნა არასასურველი გამოსავლების (კერძოდ, დაბადებისას დაბალი წონისა და ნეონატალური ინფექციის) მატება ახალშობილებში^{165,166,167}(I–II).

რეკომენდაცია:

- ინტრავაგინალური კლინდამიცინის კრემის გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ ორსულობის პირველ ნახევარში არასასურველი გამოსავლების (კერძოდ, დაბადებისას დაბალი წონისა და ნეონატალური ინფექციის) მატების გამო ორსულობის მეორე ნახევარში მისი გამოყენების დროს. (A)
- BV–ს მკურნალობას ასიმპტომურ ორსულ ქალებში, რომელთაც ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკი აღენიშნებათ, შეუძლია ორსულობის არასასურველი გამოსავლების პრევენცია. ამიტომ მკურნალობის კურსის დასრულებიდან 1 თვეში უნდა გავითვალისწინოთ საკონტროლო ვიზიტის საჭიროება თერაპიის ეფექტურობის შეფასების მიზნით.(B)

აივ ინფექცია

BV–თი დაავადებულ და აივ–ინფექციით ერთდროულად კო–ინფიცირებულ ქალებს ისეთივე მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ, როგორც აივ–ნეგატიურებს. როგორც ჩანს, აივ–დადებით ქალებში BV–ს პერსისტირების უფრო მაღალი ალბათობა ახასიათებს.

15.3 ტრიქომონიაზი – ეტიოლოგია, დიაგნოზი, მკურნალობა

ტრიქომონიაზს იწვევს პროტოზოა *T. vaginalis*. *T. vaginalis*–ით ინფიცირებულ ზოგიერთ მამაკაცს შესაძლოა არ აღენიშნებოდეს სიმპტომები; ზოგიერთს კი უვლინდება არაგონოკოკური ურეთრიტი. მრავალ ინფიცირებულ ქალს აღენიშნება სიმპტომები, რომლებიც ხასიათდება დიფუზური, სუნიანი, მოყვითალო–მომწვანო გამონადენით საშოდან და ვულვის ქავილით, თუმცა, ზოგიერთ ქალს სიმპტომები ან არა აქვს, ან მათი გამოხატულება მინიმალურია.

ვაგინალური ტრიქომონიაზის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, ისმება საშოს გამონადენის მიკროსკოპიის საფუძველზე, მაგრამ ეს გამოკვლევა დაბალი მგრძობელობით (დაახლოებით 60%–70%) ხასიათდება და მოითხოვს სველი პრეპარატის სასწრაფო გამოკვლევას ოპტიმალური შედეგის მისაღებად.¹⁶⁸ ტრიქომონიაზის სადიაგნოსტიკოდ დამტკიცებულ სხვა ტესტებს მიეკუთვნება OSOM–ტრიქომონაზე სწრაფი ტესტი (Genzyme Diagnostics, Cambridge, Massachusetts), კაპილარული ნაკადის იმუნოქრომატოგრაფიული ტექნოლოგიით კვლევა და Affirm™ VP III (Becton Dickenson, San Jose, California), ნუკლეინის მჟავას ტესტი, რომლითაც ფასდება *T. vaginalis*, *G. vaginalis*, და *C. albicans*–ის არსებობა. ორივე ეს ტესტი ტარდება საშოს გამონადენზე და ხასიათდება >83% მგრძობელობითა და >97% სპეციფიურობით. ორივე ტესტი მიეკუთვნება შეხედულებისამებრ საიდანგოსტიკო ტესტებს. OSOM ტრიქომონაზე სწრაფი ტესტის შედეგები მიიღება დაახლოებით 10 წუთში, ხოლო Affirm™ VP III ტესტისა კი – 45 წუთის განმავლობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ტესტები სავარაუდოდ უფრო მგრძობიარეა, ვიდრე საშოს სველი წესით დამზადებული პრეპარატის მიკროსკოპია, შესაძლოა ცრუ დადებითი შედეგების მიღება, განსაკუთრებით, ინფექციის დაბალი გავრცელების მქონე მოსახლეობაში. დიაგნოსტიკის ყველაზე მგრძობიარე და სპეციფიური კომერციულად ხელმისაწვდომი გამოკვლევაა კულტურალური კვლევა. იმ ქალებში, სადაც საექვოა ტრიქომონიაზის არსებობა, მაგრამ დიაგნოზი არ დასტურდება მიკროსკოპიით, უნდა განხორციელდეს ვაგინალური სეკრეტის კულტივირება *T. vaginalis*–ზე.¹⁶⁹ (II-III)

მამაკაცებში სველი პრეპარატის მიკროსკოპია არამგრძობიარე გამოკვლევაა და ოპტიმალური დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა ურეთრალური ნაცხის, შარდისა და სპერმის კულტურალური კვლევა. *T. vaginalis*–ზე PCR–ტესტი შესაძლებელია გამოიყენებოდეს კომერციულ ლაბორატორიებში, რომელთაც შემუშავებული აქვთ საკუთარი PCR–ტესტები.

რეკომენდაცია:

- ქალებს, რომელთაც აღენიშნებათ დიფუზური, სუნიანი, მოყვითალო–მომწვანო გამონადენით საშოდან და ვულვის ქავილი, უნდა ჩაუტარდეთ საშოს ნაცხის სველი პრეპარატის მიკროსკოპია ტრიქომონიაზის დასადგენად;(D)
- იმ ქალებში, სადაც საექვოა ტრიქომონიაზის არსებობა, მაგრამ დიაგნოზი არ დასტურდება მიკროსკოპიით, უნდა განხორციელდეს ვაგინალური სეკრეტის კულტივირება *T. vaginalis*–ზე.(B)
- მამაკაცებში სველი პრეპარატის მიკროსკოპია არამგრძობიარე გამოკვლევაა და ოპტიმალური დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა ურეთრალური ნაცხის, შარდისა და სპერმის კულტურალური კვლევა.(B)

რეკომენდებული სამკურნალო სქემები

მეტრონიდაზოლი 2 გ პერორალურად ერთჯერადად
ან

ტინიდაზოლი 2 გ პერორალურად ერთჯერადად

ალტერნატიული სქემა

მეტრონიდაზოლი 500 მგ დღეში ორჯერ 7 დღის განმავლობაში

პაციენტებს უნდა ერჩიოთ მოერიდონ ალკოჰოლს მეტრონიდაზოლით ან ტინიდაზოლით მკურნალობის პერიოდში. ალკოჰოლისაგან თავშეკავება უნდა გაგრძელდეს 24 საათი მეტრონიდაზოლის შეწყვეტიდან და 72 საათი ტინიდაზოლის შეწყვეტის შემდეგ.

ნიტრომიდაზოლები მიეკუთვნება მედიკამენტების ერთადერთ კლასს, რომელიც სასარგებლოა ტრიქომონიაზის პერორალური თუ პარენტრალური თერაპიის მიზნით. ამ წამლებიდან საქართველოში ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ ხელმისაწვდომია მეტრონიდაზოლი და ტინიდაზოლი. რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევებში მეტრონიდაზოლის რეკომენდებული რეჟიმით განკურნება აღინიშნა დაახლოებით 90%–95%–ში, ხოლო ტინიდაზოლის რეკომენდებული სქემით მკურნალობისას განკურნების სიხშირე იყო დაახლოებით 86%–100%. სქესობრივი პარტნიორების შესაბამის მკურნალობას შეუძლია ამ მაჩვენებლების გაუმჯობესება. რანდომიზებულმა კონტროლირებადმა კვლევებმა, რომლებშიც დარდებოდა მეტრონიდაზოლისა და ტინიდაზოლის 2გ ერთჯერადი სამკურნალო სქემები, აჩვენა, რომ ტინიდაზოლი მეტრონიდაზოლთან შედარებით ექვივალენტური ან უკეთესი ეფექტით ხასიათდება პარაზიტოლოგიური განკურნებისა და სიმპტომების შემსუბუქების თვალსაზრისით¹⁷⁰(I). პაციენტებისა და მათი სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობა იწვევს სიმპტომების შემსუბუქებას, მიკრობიოლოგიურ განკურნებასა და ტრანსმისიის შემცირებას.

მეტრონიდაზოლის გელი შედარებით ნაკლებ ეფექტურია ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ (<50%), ვიდრე ორალური მეტრონიდაზოლი. ანტიმიკრობული პრეპარატების ტოპიკური აპლიკაცია (მაგ.: მეტრონიდაზოლის გელის) ნაკლებად სავარაუდოა, რომ აღწევდეს თერაპიულ დონეს ურეთრაში ან პერივავინალურ ჯირკვლებში; ამიტომ გელის გამოყენება რეკომენდებული არ არის. ზოგიერთი სხვა ლოკალურად სახმარი ანტიმიკრობული პრეპარატები დროდადრო გამოიყენება ტრიქომონიაზის სამკურნალოდ; თუმცა, ამ პრეპარატებს სავარაუდოდ, არ უნდა ახასიათებდეთ უფრო მაღალი ეფექტურობა, ვიდრე მეტრონიდაზოლის გელს.

15.3.1 მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა აუცილებელია ქალებისა და მამაკაცებისათვის, რომელთაც აღარ აღენიშნებათ სიმპტომები მკურნალობის შემდეგ ან თავიდანვე ასიმპტომურები იყვნენ. *T. vaginalis*-ის ზოგიერთ შტამს შესაძლებელია მეტრონიდაზოლის მიმართ შემცირებული მგრძობელობა ახასიათებდეს; თუმცა, ამ მიკროორგანიზმის მიერ გამოწვეული ინფექციების უმრავლესობა ემორჩილება მკურნალობას ტინიდაზოლით ან მეტრონიდაზოლის უფრო მაღალი დოზებით. ვაგინალური ტრიქომონიაზის დაახლოებით 2%–5%–ში დაფიქსირდა მეტრონიდაზოლის მიმართ უმნიშვნელო რეზისტენტობა. მნიშვნელოვნად გამოხატული რეზისტენტობა იშვიათია.

ტინიდაზოლს აქვს ნახევარდაშლის უფრო ხანგრძლივი პერიოდი და გენიტო–ურინარულ ტრაქტში აღწევს უფრო მაღალ კონცენტრაციას, ვიდრე მეტრონიდაზოლი. დამატებით, *T. vaginalis*-ის მრავალ იზოლატს ტინიდაზოლის მიმართ უფრო დაბალი მინიმალური ინჰიბიტორული კონცენტრაცია (MICs) აღენიშნება, ვიდრე მეტრონიდაზოლის მიმართ¹⁷⁰(I).

რეკომენდაციები:

- თუკი მკურნალობის წარუმატებლობას ადგილი აქვს მეტრონიდაზოლის 2გ ერთჯერადი დოზის გამოყენებისას და რე-ინფექცია გამოირიცხებია, პაციენტს შესაძლებელია მკურნალობა ჩაუტრდეს მეტრონიდაზოლით 500მგ–ით დღეში ორჯერ პერორალურად 7 დღის განმავლობაში ან ტინიდაზოლის ერთჯერადი 2გ დოზით.(B)
- პაციენტებისათვის, რომლებიც არ დაემორჩილენ არც ამ სქემებით მკურნალობას, უნდა გაითვალისწინონ მეტრონიდაზოლის ან ტინიდაზოლის 2გ–ით მკურნალობა პერორალურად 5 დღის განმავლობაში.(C)
- თუკი ეს სქემებიც არაეფექტურია, შემდგომი მართვის საკითხები განხილულ უნდა იქნას სპეციალისტთან ერთად. კონსულტაცია იდეალში უნდა მოიცავდეს *T. vaginalis*-ის მგრძობელობის განსაზღვრას მეტრონიდაზოლისა და ტინიდაზოლის მიმართ. (B)
- *T. vaginalis*-ით დაავადებულ პაციენტების სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა. პაციენტებს უნდა ერჩიოთ თავი შეიკავონ სქესობრივი კონტაქტისაგან მათი და სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობის პერიოდში (ე.ი. მკურნალობის დასრულებამდე და სანამ პაციენტი და მისი პარტნიორები არ გახდებიან ასიმპტომური). (C)

15.3.2. სპეციალური საკითხები

ალერგია, აუტანლობა და გვერდითი რეაქციები

როგორც მეტრონიდაზოლი, ისე ტინიდაზოლი მიეკუთვნება ნიტროიმიდაზოლებს. ნიტროიმიდაზოლების მიმართ დაუყოვნებელი ალერგიული რეაქციის მქონე პაციენტების მართვა შესაძლებელია ჩატარდეს მეტრონიდაზოლით დესენსიბილიზაციის ფონზე სპეციალისტთან კონსულტაციის საფუძველზე^{171,172}. ნიტროიმიდაზოლებისაგან გასხვავებული ტოპიკური მედიკამენტებით მკურნალობა შესაძლებელია ვცადოთ, მაგრამ განკურნების სიხშირე დაბალია (<50%).

ორსულობა

ვაგინალური ტრიქომონიაზი ასოცირებულია ორსულობის არასასურველ გამოსავალთან, განსაკუთრებით სანაყოფე გარსის ნაადრევ რღვევასთან, ნაადრევ მშობიარობასთან და დაბადებისას დაბალ წონასთან. თუმცა, არსებული მონაცემებით არ ხერხდება იმის დამტკიცება, რომ მეტრონიდაზოლით მკურნალობა ამცირებს პერინატალურ ავადობას. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ კვლევაში სავარაუდოა დღენაკლულობის ან დაბადებისას დაბალი წონის გაზრდილი შესაძლებლობა მეტრონიდაზოლით მკურნალობის შემდეგ, კვლევათა შეზღუდული რაოდენობა არ იძლევა მკურნალობის რისკის შესახებ გადამწყვეტი დასკვნების გაკეთების

საშუალებას^{173,174}(II-III). *T. vaginalis*-ზე მკურნალობით შესაძლებელია ორსულობის პერიოდში საშოდან გამონადენის სიმპტომების შემსუბუქება და ახალშობილის რესპირატორული ან გენიტალური ინფექციისა და შემდომი სქესობრივი ტრანსმისიის პრევენცია. სგდ–ს ზოგიერთი ექსპერტი არჩევს მკურნალობის გადადებას ასიმპტომურ ორსულ ქალებში გესტაციის 37 კვირამდე. დამატებით, ამ ორსულ ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ ადექვატური კონსულტირება კონდომის გამოყენებისა და სქესობრივი ტრანსმისიის რისკის შესახებ.

ქალებს შესაძლოა უმკურნალონ 2გ მეტრონიდაზოლის ერთჯერადი დოზით. მეტრონიდაზოლი ორსულობის დროს B კატეგორიას მიეკუთვნება (ცხოველებზე ჩატარებულმა კვლევებმა ვერ აღმოაჩინა ნაყოფზე მავნე ზემოქმედების მტკიცებულება, მაგრამ ორსულ ქალებში ადექვატური კარგად კონტროლირებადი კვლევები არ ჩატარებულა). მრავალრიცხოვანმა კვლევებმა და მეტა-ანალიზებმა არ აჩვენა მყარი ასოციაცია ორსულობის პერიოდში მეტრონიდაზოლის გამოყენებასა და ახალშობილებში ტერატოგენურ ან მუტაგენურ ეფექტებს შორის^{175,161,162}. ტინიდაზოლის გამოყენება ორსულობის პერიოდში C კატეგორიას მიეკუთვნება (ცხოველებზე ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა არასასურველი გამოსავლების რიცხვის მატება, ხოლო ორსულ ქალებში ადექვატური კარგად კონტროლირებადი კვლევები არ ჩატარებულა) და მისი უსაფრთხოება ორსულ ქალებში კარგად შესწავლილი არ არის.

რეკომენდაციები:

- ორსული ქალების მკურნალობა ტრიქომონიაზზე სასურველია სპეციალისტის მეთვალყურეობით;(D)
- ტრიქომონიაზით დაავადებულ ორსულ ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ ადექვატური კონსულტირება კონდომის გამოყენებისა და სქესობრივი ტრანსმისიის რისკის შესახებ;(C)
- ტინიდაზოლის გამოყენება ორსულ ქალებში რეკომენდებული არ არის;(D)
- მეძუძურ ქალებში, რომელთაც დანიშნული აქვთ მეტრონიდაზოლი, ძუძუთი კვების შეჩერება მკურნალობის პერიოდში და უკანასკნელი დოზიდან 12–24 საათის განმავლობაში, ამცირებს მეტრონიდაზოლის ზემოქმედებას ჩვილზე.(C)
- ტინიდაზოლის გამოყენების შემთხვევაში ძუძუთი კვების შეწყვეტა ნაჩვენებია მკურნალობის პერიოდში და უკანასკნელი დოზის მიღებიდან 3 დღის განმავლობაში. (C)

აივ ინფექცია

პაციენტებს აივ–ინფექციისა და ტრიქომონიაზის თანაარსებობით უნდა ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ–ნეგატიური პირებს. ტრიქომონიაზის სიხშირე, პერსისტირება და რეციდივები აივ–ინფიცირებულ ქალებში არ კორელირებს იმუნური სტატუსის მდგომარეობასთან.

15.4 ვულვო–ვაგინალური კანდიდოზი (VVC) – ეტიოლოგია, ეპიდემიოლოგია

VVC–ს ჩვეულებრივ, იწვევს *C. albicans* sp. ან საფუარა სოკო. VVC–ს ტიპური სიმპტომებია ქავილის დაუძლეველი სურვილი, სამოს გაღიზიანება, დისპარეუნია, დიზურია და პათოლოგიური გამონადენი საშოდან. ამ სიმპტომებიდან არც ერთი არ არის სპეციფიური VVC–სათვის. დადგენილია, რომ ქალების დაახლოებით 75%–ს აღენიშნება VVC–ს ერთი ეპიზოდი

მაინც, ხოლო 40–45%–ს შეიძლება ჰქონდეთ ორი ან მეტი ეპიზოდი. კლინიკური პრეზენტაციის, მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის, მასპინძლის ფაქტორებისა და თერაპიაზე პასუხის საფუძველზე VVC შესაძლებელია კლასიფიცირდეს, როგორც გართულებული ან გაურთულებელი (ცხრილი 2).. ქალთა დაახლოებით 10–20%–ს შესაძლებელია აღენიშნებოდეთ გართულებული VVC, რომელიც მოითხოვს დიაგნოსტიკური და თერაპიული საკითხების საგულდაგულო განხილვას.

გაურთულებელი VVC

15.4.1 დიაგნოსტიკის საკითხები გაურთულებელი VVC–ს დროს

კანდიდოზური ვაგინიტი დიაგნოზი სავარაუდოა კლინიკური ნიშნებით, დიზურიის, ვულვის ქავილის, ტკივილის, შეშუპებისა და ჰიპერემიის არსებობისას. სიმპტომები მოიცავს ვულვის შეშუპებას, ექსკორიაციებს ან სქელი ხაჭოსებრი გამონადენის არსებობას. დიაგნოზის დასმა შესაძლებელია ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ სიმპტომები და ნიშნები, ხოლო 1) ვაგინალური სეკრეტის სველი პრეპარატის (ფიზიოლოგიური ხსნარით ან 10% KOH–ით დამუშავებისას) გრამის წესით შეღებვისას ვლინდება საფუარა სოკოები ან ფსევდოჰიპები ან 2) კულტურალური ან სხვა ტესტით მიიღება დადებითი შედეგი საფუარა სოკოზე. კანდიდოზური ვაგინიტი ასოცირებულია საშოს ნორმალურ pH–თან (<4.5). სველ პრეპარატზე 10%–იანი KOH–ის გამოყენება აუმჯობესებს საფუარა სოკოსა და მიცელას ვიზუალიზაციას ცელულარული მასალის რღვევის გამო, რომელსაც შეუძლია დაჩრდილოს საფუარა ან ფსევდოჰიპა.

რეკომენდაცია:

- სველი ნაცხის გამოკვლევა KOH–იან პრეპარატზე უნდა ჩატარდეს ყველა ქალს VVC–ს სიმპტომებით და დადებითი შედეგის შემთხვევაში მათ მიიღონ შესაბამისი მკურნალობა¹³⁷(C).
- იმ შემთხვევაში, თუკი სველი ნაცხის შედეგი უარყოფითია, შესაძლებელია გავითვალისწინოთ კულტურალური გამოკვლევა ქალებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ კლინიკური ნიშნები ან მრავლობითი სიმპტომები;(D)
- თუკი კანდიდას კულტურალური კვლევის ჩატარება შეუძლებელია, ხოლო სველი ნაცხის შედეგი კი უარყოფითი, სიმპტომურ ქალებში VVC–ს ნიშნებით გასინჯვისას, შეიძლება ემპირიული მკურნალობის გათვალისწინება.(D)
- *Candida*–ს იდენტიფიცირება კულტურალური მეთოდით სიმპტომებისა და ნიშნების არარსებობისას არ წარმოადგენს მკურნალობის ჩვენებას, რადგანაც ქალთა დაახლოებით 10–20% წარმოადგენს *Candida sp.*–ისა და სხვა საფუარა სოკოების ფარულ მტარებელს საშოში. (D)

VVC შესაძლოა განვითარდეს სგგდ–თან ერთად. ჯანმრთელ ქალთა უმრავლესობას გაურთულებელი VVC–თი არ აღენიშნებათ იდენტიფიცირებადი ხელშემწყობი ფაქტორები.

BOX 2. ვულვო-ვაგინალური კანდიდოზის (VVC) კლასიფიკაცია

გაურთულებელი VVC	გართულებული VVC
<ul style="list-style-type: none"> • სპორადული ან იშვიათი VVC და • საშუალო ან მსუბუქი ხარისხის VVC და • <i>Candida albicans</i>-ის იდენტიფიცირების ალბათობა და • არა-იმუნოკომპრომეტირებული ქალი 	<ul style="list-style-type: none"> • მორეციდივე VVC ან • მძიმე VVC ან • არა-ალბიკანსური კანდიდიოზი ან • ქალები არაკონტროლირებადი დიაბეტით, უნარშეზღუდული, ან იმუნოსუპრესიის ფონზე, ან ორსულობის დროს

15.4.2. მკურნალობა

ტოპიკური საშუალებების ხანმოკლე კურსი (კერძოდ, ერთჯერადი დოზა და სამდღიანი კურსები) ეფექტურად მკურნალობს გაურთულებელ VVC-ს. აზოლის კლასის მედიკამენტების ტოპიკური აპლიკაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე **ნისტატინი**. აზოლებით მკურნალობის შედეგად სიმპტომები მცირდება და კულტურალური გამოკვლევის შედეგები უარყოფითი ხდება იმ პაციენტთა 80–90%-ში, ვინც ბოლომდე ასრულებს თერაპიას¹⁷⁶.(III)

რეკომენდებული სქემები

ინტრავაგინალური საშუალებები:

ბუტოკონაზოლის 2%-იანი კრემი 5გ ინტრავაგინალურად 3 დღის მანძილზე*
ან

ბუტოკონაზოლის 2%-იანი კრემი 5გ (შენელებული გამოთავისუფლების ბუტოკონაზოლი), ერთი ინტრავაგინალური აპლიკაცია
ან

კლოტრიმაზოლი 1% კრემი 5 გ ინტრავაგინალურად 7–14 დღის მანძილზე*
ან

კლოტრიმაზოლი 100 მგ ვაგინალური ტაბლეტები 7 დღის განმავლობაში
ან

კლოტრიმაზოლი 100 მგ ვაგინალური ტაბლეტები დრეში ორჯერ 3 დღის განმავლობაში
ან

მიკონაზოლი 2% –იანი კრემი 5გ ინტრავაგინალურად 7 დღის მანძილზე*
ან

მიკონაზოლი 100 მგ ვაგინალური სანთლები, დღეში ერთხელ 7 დღე*
ან

მიკონაზოლი 200 მგ ვაგინალური სანთლები, დღეში ერთხელ 3 დღე*
OR

მიკონაზოლი 1200 მგ ვაგინალური სანთლები, ერთხელ 1 დღე*

ან

ნისტატინი 100,000-ერთეულიანი ვაგინალური ტაბლეტები, ერთი ტაბლეტი დღეში 14 დღე

ან

თიოკონაზოლი 6.5%—იანი საცხი 5 გ ინტრავაგინალურად ერთჯერადი აპლიკაციის სახით*

OR

ტერკონაზოლი 0.4% —იანი კრემი 5 გრამი ინტრავაგინალურად 7 დღის მანძილზე

ან

ტერკონაზოლი 0.8% —იანი კრემი 5 გრამი ინტრავაგინალურად 3 დღის მანძილზე

ან

ტერკონაზოლი 80 მგ საშოს სანთლები, დღეში ერთხელ 3 დღე

პერორალური საშუალებები:

ფლუკონაზოლი 150 მგ ორალური ტაბლეტები, ერთი ტაბლეტი ერთჯერადად

* პატენტირებული პრეპარატი ურეცეპტო გაყიდვის ქსელში.

მოცემულ სქემაში მითითებული კრემები და სანთლები ზეთოვან საფუძველზეა დამზადებული და ამდენად, მათი გამოყენებისას შესაძლებელია ლატექსის კონდომების სიმტკიცის შესუსტება.

ბუტაკონაზოლის, კლოტრიმაზოლის, მიკონაზოლისა და თიოკონაზოლის ინტრავაგინალური პრეპარატები ხელმისაწვდომია ურეცეპტო ქსელში (OTC). წარსულში VVC–ს დიაგნოსტიკის ფაქტი არ ზრდის მათ მიერ საკუთარი მდგომარეობის დიაგნოსტიკის ალბათობა;

რეკომენდაცია:

- ყველა ქალს, რომლებიც უჩივიან სიმპტომების პერსისტირებას OTC პრეპარატების გამოყენების შემდეგ, ან რომელთაც სიმპტომების რეციდივი განუვითარდათ 2 თვის განმავლობაში, შეფასება უნდა ჩატარდეთ ლაბორატორიული ტესტებით.(C)
- პაციენტებს უნდა ერჩიოთ დაბრუნება საკონტროლო ვიზიტისათვის მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც სიმპტომები პერსისტირებს ან რეციდივირებს საწყისი პრეზენტაციიდან 2 თვის განმავლობაში. (C)

OTC პრეპარატების არასაჭირო და შეუსაბამო გამოყენება საკმაოდ ხშირია და ამან შესაძლებელია გამოიწვიოს ვულვო–ვაგინიტის სხვა ეტიოლოგიური ფაქტორების მკურნალობის გადადება, რასაც არასასურველი კლინიკური შედეგები შეიძლება მოჰყვეს¹⁷⁷.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

VVC ჩვეულებრივ არ ვითარდება სქესობრივი კონტაქტის შემდეგ; სქესობრივი პარტნიორების მკურნალობა რეკომენდებული არ არის, მაგრამ გასათვალისწინებელია იმ ქალებში, რომელთაც მორეციდივე ინფექცია აღენიშნებათ. მამრობითი სქესის სქესობრივი პარტნიორების მცირე რაოდენობაში შესაძლებელია გამოვლინდეს ბალანიტი, რომელიც ხასითდება

ერთემატოზული უბნის გაჩენით პენისის თავზე ქავილთან და გალიზიანებასთან ერთად. ასეთ მამაკაცებში სასარგებლოა ტოპიკური ანტიფუნგალური მედიკამენტების გამოყენება სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით.

15.4.3. სპეციფიური საკითხები

ალერგია, აუტანლობა და გვერდითი ეფექტები

ტოპიკური აგენტები ჩვეულებრივ, არ იწვევენ სისტემურ გვერდით ეფექტებს, თუმცა შესაძლებელია ლოკალური წვისა და გალიზიანების განვითარება. პერორალურ საშუალებებს დროდადრო შეუძლიათ გულისრევის, მუცლის ტკივილისა და თავის ტკივილის გამოწვევა. პერორალური აზოლებით მკურნალობა იშვიათ შემთხვევებში ასოცირებული იყო ღვიძლის ფერმენტების დონის მატებასთან. კლინიკურად მნიშვნელოვანი ურთიერთქმედების განვითარება შესაძლებელია, როდესაც ეს მედიკამენტები ინიშნება ისეთ წამლებთან ერთად, როგორცაა ასტემიზოლი, კალციუმის არხების ბლოკერები, ციზაპრიდი, ვარფარინი, ციკლოსპორინი A, პერორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტები, ფენიტონი, პროტეაზას ინჰიბიტორები, ტაკროლიმუსი, ტერფენადინი, თეოფილინი, ტრიმეტრექსატი და რიფამპიცინი.

გართულებული VVC

მორეციდივე კანდიდოზური ვულვო-ვაგინიტი (RVVC)

RVVC, ჩვეულებრივ განისაზღვრება, როგორც სიმპტომური VVC-ს ოთხი ან მეტი ეპიზოდი 1 წლის განმავლობაში. იგი გვხვდება ქალთა მცირე პროცენტში (<5%). RVVC-ს პათოგენეზი კარგად შესწავლილი არ არის და RVVC-ს მქონე ქალთა უმრავლესობას არ აღენიშნება ხილული წინასწარგანმწყობი ან თანმხლები მდგომარეობები. პაციენტებში RVVC-თი უნდა ჩატარდეს ვაგინალური ნიმუშის კულტურალური გამოკვლევა კლინიკური დიაგნოზის დადასტურებისა და უჩვეულო შტამების, მათ შორის არა-ალბიკანსური სოკოების, განსაკუთრებით *Candida glabrata*-ს იდენტიფიცირების მიზნით (*C. glabrata* არ ქმნის ფსევდოჰიპას ან ჰიპას და მისი ამოცნობა მიკროსკოპიისას ძნელია). მორეციდივე RVVC-ს შემთხვევაში პაციენტთა დაახლოებით 10–20%-ში ვლინდება *C. glabrata* ან სხვა არა-ალბიკანსური კანდიდები. შესაბამისი ანტიმიკოზური თერაპია არ არის ისეთი ეფექტური ამ პათოგენების მიმართ, როგორც *C. albicans*-ის შემთხვევაში.

მკურნალობა

RVVC -ს ყველა ინდივიდუალური ეპიზოდი, რომელსაც იწვევს *C. albicans*, კარგად ემორჩილება პერორალური ან ტოპიკური აზოლებით ხანმოკლე თერაპიის კურსს. თუმცა, კლინიკური და მიკოლოგიური კონტროლის შენარჩუნების მიზნით ზოგიერთი კლინიციისტი გვთავაზობს საწყისი თერაპიის უფრო დიდ ხანგრძლივობას (მაგ.: ტოპიკური თერაპიის 7–14 დღე, ან 100მგ, 150 მგ, ან 200მგ ფლუკონაზოლის პერორალური დოზა ყოველ მესამე დღეს ერთობლიობაში 3 დოზის გამოყენებით (1-ლ, მე-4 და მე-7 დღეს) მიკოლოგიური რემისიის მისაღწევად შემანარჩუნებელი ანტიფუნგალური თერაპიის დაწყებამდე.

შემანარჩუნებელი რეჟიმი

ორალური ფლუკონაზოლი (კერძოდ, 100მგ, 200მგ, ან 150მგ დოზით) კვირაში ერთხელ 6 თვის განმავლობაში წარმოადგენს პირველი რიგის თერაპიას. თუკი ამ სქემის გამოყენება მოუხერხებელია, ზოგი სპეციალისტი გვირჩევს ტოპიკური კლოტრიმაზოლის 200მგ-ის გამოყენებას კვირაში ორჯერ, კლოტრიმაზოლის (500მგ-იანი ვაგინალური სანთლები კვირაში ერთხელ), ან სხვა ტოპიკური საშუალებების პერიოდულ ხმარებას.

სუპრესიული შემანარჩუნებელი ანტიფუნგალური თერაპია ეფექტურია RVVC-ს შემცირების თვალსაზრისით. თუმცა, ქალების დაახლოებით 30–50%-ს შესაძლოა მაინც ჰქონდეს დაავადების რეციდივი შემანარჩუნებელი თერაპიის შეწყვეტის შემდეგ. პარტნიორთა რუტინული მკურნალობის შესახებ მონაცემები ურთიერთსაწინააღმდეგოა. ვაგინალური *C. albicans*-ის რეზისტენტობა აზოლების მიმართ იშვიათია და მგრძობელობის ტესტირება გამართლებული არ არის ინდივიდუალური მკურნალობის რეკომენდაციის თვალსაზრისით.

მძიმე VVC

მძიმე ვულვო-ვაგინიტი (კერძოდ, ვულვის გაფართოებული ერთემა, შემუშება, ექსკორიაციები და ფისტულების ფორმირება) ასოცირებულია კლინიკური განკურნების უფრი დაბალ სიხშირესთან პაციენტებში, რომელთაც მკურნალობა უტარდებათ ტოპიკური ან პერორალური მედიკამენტების ხანმოკლე კურსით. რეკომენდებულია ტოპიკური აზოლის 7–14 დღიანი კურსი ან 150მგ ფლუკონაზოლი ორი თანმიმდევრული დოზა (მეორე დოზა საწყისი დოზიდან 72 საათის შემდეგ).

არა-ალბიკანსური VVC

არა-ალბიკანსური VVC-ს ოპტიმალური მკურნალობის სქემები უცნობია. ალტერნატივებს მიეკუთვნება თერაპიის გახანგრძლივება (7–14 დღე) არაფლუკონაზოლური აზოლით (ორალური ან ტოპიკური), რომელიც პირველი რიგის თერაპიას წარმოადგენს. რეციდივის შემთხვევაში რეკომენდებულია ბორის მჟავა 600მგ-იანი ჟელატინოზური კაფსულის სახით ინტრავაგინალურად დღეში ორჯერ 2 კვირის მნაძილზე. ამ სქემებს კლინიკური და მიკოლოგიური ერადიკაციის დაახლოებით 70%-იანი მაჩვენებელი ახასიათებთ¹⁷⁸. სიმპტომების რეციდივირების შემთხვევაში რეკომენდებულია სპეციალისტთან გაგზავნა.

კომპრომეტირებული მასპინძელი

ქალები თანმხლები დამამძიმებელი სამედიცინო მდგომარეობებით (მაგ.: არაკონტროლირებადი დიაბეტი, კოტრიკოსტეროიდებით მკურნალობა) იმდენად კარგად არ ემორჩილებიან თერაპიის ხანმოკლე კურსს. ამ შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს მოდიფიცირებადი მდგომარეობების კორექციის მცდელობა და ამავე დროს საჭიროა ანტიმიკოზური თერაპიის კურსის გახანგრძლივება (ე.ი. 7–14 დღემდე).

ორსულობა

VVC ხშირია ორსულობის პერიოდში. ამ დროს რეკომენდებულია მხოლოდ ტოპიკური თერაპია აზოლებით 7 დღის განმავლობაში.

აივ-ინფექცია

VVC-ს მკურნალობა აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში იხ. აივ ინფექციის ნაციონალურ გაიდლაინში.

16. მცირე მენჯის ანთებითი დაავადება (PID) – განმარტება, ეტიოლოგია, პათოგენეზი

მცირე მენჯის ანთებითი დაავადება მოიცავს ქალის ზედა სასქესო ტრაქტის ანთებით დაავადებათა სპექტრს, მათ შორის ენდომეტრიტის, სალპინგიტის, ტუბო-ოვარიული აბსცესისა და მცირე მენჯის პერიტონიტის რომელიმე კომბინაციას. სქესობრივი გზით გადამდები მიკროორგანიზმები, განსაკუთრებით, *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis*, აღმოჩენილია მრავალ შემთხვევაში; თუმცა, მიკროორგანიზმები, რომლებიც შედიან ვაგინალური ფლორის შემადგენლობაში (მაგ.: ანაერობები, *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, ნაწლავური გრამ-უარყოფითი ჩხირები, და *Streptococcus agalactiae*), ასევე ასოცირებულია მცირე მენჯის ანთებით დაავადებასთან (PID). ამათ გარდა, ციტომეგალოვირუსი (CMV), *M. hominis*, *U. urealyticum*, და *M. genitalium* შესაძლოა ასოცირებული იყოს მენჯის ანთებითი დაავადების ზოგიერთ შემთხვევასთან. ყველა ქალს მწვავე PID-ის დიაგნოზით უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება *N. gonorrhoeae*-სა და *C. trachomatis*-ზე და აგრეთვე სკრინინგი აივ-ინფექციაზე.

16.1 დიაგნოსტიკის საკითხები

მწვავე PID-ის დიაგნოსტიკა საკმაოდ ძნელია სიმპტომებისა და ნიშნების ფართო ვარიაციების გამო. მრავალ ქალს PID-ით აღენიშნება სუბკლინიკური ან მსუბუქი სიმპტომები. დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დაგვიანება სავარაუდოდ იწვევს ზედა სასქესო ტრაქტის მხრიდან ანთებითი გართულებების განვითარებას. ლაპარასკოპია გამოიყენება სალპინგიტის ზუსტი დიაგნოზის დასმისა და სრული ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის მიზნით. თუმცა, ამ დიაგნოსტიკური საშუალების გამოყენება ხშირად არ არის ხელმისაწვდომი და მისი გამართლება საკმაოდ ძნელია, როდესაც სიმპტომები მსუბუქია ან გაურკვეველი. უფრო მეტიც, ლაპარასკოპიის საშუალებით არ ხდება ენდომეტრიტის დიაგნოსტიკა და შესაძლებელია ვერ მოხდეს საშვილოსნოს მილების ფარული ანთების დადგენა. აქედან გამომდინარე, PID-ის დიაგნოზი, ჩვეულებრივ, ემყარება კლინიკურ ნიშნებს.

მწვავე PID-ის კლინიკური დიაგნოზი ზუსტი არ არის^{179,180}.(III) არსებული მონაცემები მიუთითებს იმის შესახებ, რომ სიმპტომური PID-ის კლინიკურ დიაგნოზს სალპინგიტის არსებობის თვალსაზრისით ახასიათებს დადებითი სავარაუდო ღირებულება (PPV) 65–90% ლაპარასკოპიასთან შედარებით. მწვავე PID-ის კლინიკური დიაგნოზის PPV დამოკიდებულია პოპულაციის ეპიდემიოლოგიურ მახასიათებლებზე და უფრო მაღალია სქესობრივად აქტიურ ახალგაზრდა ქალებში (განსაკუთრებით, მოზარდებში), პაციენტებში, რომლებიც მიმართავენ სგგდ-ის კლინიკებს, ან სხვა დაწესებულებებში, სადაც გონორეისა და ქლამიდიური ინფექციის გავრცელება მაღალია. ყველა შემთხვევაში მხოლოდ ანამნეზური, ფიზიკალური ან ლაბორატორიული მონაცემები არ არის არც სპეციფიური და არც მგრძნობიარე (ე.ი. შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს როგორც PID-ის ყველა შემთხვევის დასადგენად, ისე იმ

ქალების გამოსარიცხადაც, რომელთაც არ აღენიშნებათ PID) მწვავე PID-ის დიაგნოზის დასასმელად. დიაგნოსტიკური ნიშნების კომბინაცია, რომელიც აუმჯობესებს მგრძნობელობას (PID-ის მქონე ქალთა მეტი რაოდენობის აღმოჩენა), ან სპეციფიურობას (PID-ის არმქონე ქალთა მეტი რაოდენობის გამორიცხვა), მეორეს ხარჯზე ხდება. მაგალითად თუ ორი ან მეტი ნიშნის არსებობა გამორიცხავს ქალთა მეტ რაოდენობას, რომელთაც არა აქვთ PID, ამავე დროს ამცირებს PID-ის მქონე იდენტიფიცირებული ქალების რიცხვს.

PID-ის მრავალი ეპიზოდი შეუცნობლად მიმდინარეობს. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში სიმპტომები არა გვაქვს, სხვა შემთხვევების დიაგნოსტიკა არ ხდება იმის გამო, რომ პაციენტი ან სამედიცინო პროვაიდერი ვერ ახდენს მსუბუქი ან არასპეციფიური სიმპტომებისა და ნიშნების (მაგ.: ანომალიური სისხლდენა, დისპარეუნია, ვაგინალური გამონადენი) განსაზღვრას.

რეკომენდაცია:

- დიაგნოსტიკის სირთულისა და ქალის რეპროდუქციული ჯანმრთელობისათვის პოტენციური ზიანის გამო, თითქოსდა გარეგნულად მსუბუქი ან სუბკლინიკური მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების შემთხვევაშიც კი, ოჯახის ექიმმა უნდა შეინარჩუნონ მისი დიაგნოსტიკის დაბალი ზღურბლი.(D)

ოპტიმალური სამკურნალო რეჟიმი და ადრეული მკურნალობის გრძელვადიანი გამოსავალი ასიმპტომური ან სუბკლინიკური PID-ის შემთხვევაში უცნობია. ქვემოთ მოყვანილი რეკომენდაციები PID-ის დიაგნოსტიკისათვის განკუთვნილია იმისთვის, რომ დაეხმაროს სამედიცინო პროვაიდერებს იმის გარკვევაში, როდისაა საეჭვო PID და როდის უნდა მოიძიონ დამატებითი ინფორმაცია დიაგნოზში გარკვეულობის შეტანის მიზნით. მუცლის ქვედა არის ტკივილის სხვა გავრცელებული მიზეზების (მაგ.: საშვილოსნოსგარე ორსულობა, მწვავე აპენდიციტი და ფუნქციური ტკივილი) დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სავარაუდოდ არ უნდა შემცირდეს PID-ის საწინააღმდეგო ანტიმიკრობული ემპირიული თერაპიის დაწყების ფონზე.

PID-ის ემპირიული თერაპია უნდა დაიწყოს სქესობრივად აქტიურ ახალგაზრდა ქალებსა და სხვა ქალებში სგდ-ის მაღალი რისკით, თუკი მათ აღენიშნებათ მუცლის ქვედა არის ტკივილი, დაავადების სხვა მიზეზის დადგენა PID-ის გარდა, არ ხდება და თუკი მცირე მენჯის გასინჯვისას სახეზეა ერთი ან მეტი ქვემოთ მოყვანილი მინიმალური კრიტერიუმი:

მტკივნეულობა საშვილოსნოს ყელის ან საშვილოსნოს ან დანამატების მოძრაობისას.

სამივე მინიმალური კრიტერიუმის არსებობის აუცილებლობას ემპირიული მკურნალობის დასაწყებად შეუძლია გამოიწვიოს PID-ის დიაგნოზის არასაკმარისი მგრძნობელობა. ქვედა გენიტალური ტრექტის ანთების ნიშნების არსებობა დამატებით სამიდან ერთ-ერთ მინიმალურ კრიტერიუმთან ერთად, ზრდის დიაგნოზის სპეციფიურობას. ემპირიული მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღებამდე კლინიცისტმა ასევე უნდა გაითვალისწინოს პაციენტის რისკის პროფილი სგდ-ის მიმართ.

ხშირად საჭიროა უფრო საგულდაგულოდ შემუშავებული დიაგნოსტიკური შეფასება, რადგანაც არასწორმა დიაგნოზმა ან მართვამ შესაძლოა არასაჭირო ავადობა გამოიწვიოს. ქვემოთ

მოყვანილი დამატებითი კრიტერიუმების გამოყენება შეიძლება მინიმალური კრიტერიუმების სპეციფიურობის გაუმჯობესებისა და PID-ის დიაგნოზის გამყარების მიზნით:

- ტემპერატურა პირის ღრუში $>101^{\circ}\text{F}$ ($>38.3^{\circ}\text{C}$),
- პათოლოგიური ცერვიკალური ან ვაგინალური ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი,
- საშოს სეკრეტის ფიზიოლოგიური ხსნარით დამუშავებული პრეპარატის მიკროსკოპიისას უხვი რაოდენობით ლეიკოციტების არსებობა,
- ედს-ის მომატება,
- C-რეაქტიული ცილის მომატება,
- *N. gonorrhoeae* ან *C. trachomatis*-ით ცერვიკალური ინფექციის ლაბორატორიული დადასტურება.

PID-ის მქონე ქალთა უმრავლესობას აღენიშნება ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ცერვიკალური გამონადენი ან საშოს სეკრეტის ფიზიოლოგიური ხსნარით დამუშავებული პრეპარატის მიკროსკოპიისას უხვი რაოდენობით ლეიკოციტების არსებობა. იმ შემთხვევაში, თუკი ცერვიკალური გამონადენი ნორმალურია, ხოლო ვაგინალური სეკრეტის სველ პრეპარატზე არ ვლინდება ლეიკოციტები, PID-ის დიაგნოზი ნაკლებად სავარაუდოა და საჭიროა ტკივილის სხვა მიზეზების ძიება. ვაგინალური გამონადენის სველი პრეპარატის საშუალებით შესაძლებელია სხვა თანაარსებული ინფექციების (მაგ.: ბაქტერიული ვაგინოზისა და ტრიქომონიაზის) გამოვლენა.

PID -ის დიაგნოსტიკის ყველაზე სპეციფიურ კრიტერიუმებს მიეკუთვნება¹⁸¹:

- ენდომეტრიუმის ბიოფსია ენდომეტრიტის ჰისტოპათოლოგიური ნიშნებით;
- ტრანსვაგინალური სონოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა, რითაც ხდება გასქელებული, სითხით სავსე საშვილოსნოს მილების გამოვლენა მცირე მენჯში თავისუფალ სითხესთან ან ტუბო-ოვარიულ კომპლექსთან ერთად ან მის გარეშე, ან დოპლერული კვლევით სავარაუდო მცირე მენჯის ინფექცია (მაგ.: საშვილოსნოს მილების ჰიპერემია); და
- PID-ისათვის დამახასიათებელი ლაპარასკოპიული პათოლოგიური ნიშნები.

აღნიშნული უფრო ფართო კვლევების ჩართვა დიაგნოსტიკურ შეფასებაში შესაძლოა გამართლებული იყოს ზოგ შემთხვევაში. ენდომეტრიუმის ბიოფსია გამართლებულია იმ ქალებში, რომელთაც უტარდებათ ლაპარასკოპია და არ აღენიშნებათ სალპინგიტის ვიზუალური ნიშნები, რადგანაც ზოგიერთ ქალს PID-ით აქვს მხოლოდ ენდომეტრიტი.

16.2 მკურნალობა

PID-ის სამკურნალო რეჟიმი ემპირიულად უნდა მოიცავდეს სავარაუდო გამომწვევი მიკრობების ფართო სპექტრს. რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევებში ხანმოკლე მეთვალყურეობის რეჟიმით დადგინდა რამდენიმე ანტიმიკრობული სამკურნალო სქემის ეფექტურობა კლინიკური და მიკრობიოლოგიური განკურნების თვალსაზრისით. თუმცა, კვლევათა მხოლოდ მცირე რაოდენობაში ფასდებოდა და დარდებოდა ერთმანეთს ეს სქემები

ენდომეტრიუმსა და ფალოპის მილებში ინფექციის ელიმინაციასთან მიმართებაში ან ისაზღვრებოდა შორეული გართულებების (მაგ.: უნაყოფობა და ექტოპიური ორსულობა) სიხშირე ანტიმიკრობული თერაპიის შემდეგ^{182,183} (II).

ყველა სამკურნალო სქემა ეფექტური უნდა იყოს *N. gonorrhoeae* და *C. trachomatis*-ის წინააღმდეგ, რადგანაც ამ მიკროორგანიზმებზე ენდოცერვიკალური სკრინინგის უარყოფითი შედეგი არ გამორიცხავს ზედა რეპროდუქციული ტრაქტის ინფექციას. ანაერობების ერადიკაციის საჭიროება ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ PID, საბოლოოდ დადგენილი არ არის. ანაერობული ბაქტერიების გამოყოფა მოხერხდა იმ ქალების ზედა რეპროდუქციული ტრაქტიდან, რომელთაც ჰქონდათ PID, ხოლო *in vitro* კვლევების მონაცემებით აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთ ანაერობს (მაგ.:, *Bacteroides fragilis*) შეუძლია ტუბარიული ან ეპითელიარული დესტრუქციის გამოწვევა. გარდა ამისა, BV ხშირია იმ ქალებში, რომელთაც აღენიშნებათ PID¹⁸⁴ (III). სანამ არ დადასტურდება, რომ სამკურნალო სქემები, რომლებიც ადექვატურად არ მოიცავენ ამ მიკრობთა სრულ სპექტრს, ისეთივე ეფექტურია შორეული შედეგების (მაგ.: უნაყოფობისა და საშვილოსნოსგარე ორსულობის) პრევენციის თვალსაზრისით, როგორც ამ მიკრობების საწინააღმდეგო სამკურნალო სქემები, გასათვალისწინებელია ანაერობული აქტივობის მქონე პრეპარატების გამოყენება¹⁸⁵.

რეკომენდაცია:

- მცირე მენჯის ანთებითი დაავადების მკურნალობა უნდა დაიწყოს მაშინვე, როგორც კი დაისმება წინასწარი დიაგნოზი, რადგანაც შორეული გართულებების პრევენცია დამოკიდებულია შესაბამისი ანტიბიოტიკის დაუყოვნებელ დანიშვნაზე. მკურნალობისათვის პაციენტი უნდა გაიგზავნოს გინეკოლოგთან¹⁸⁶ (III,C);
- ქალებში მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის PID-ით, ამბულატორიულ თერაპიას შეუძლია ხანმოკლე და შორეული გართულებების ისეთივე სიხშირით პრევენცია, როგორც ჰოსპიტალური მკურნალობის დროს.(C)
- მცირე მენჯის ანთებით დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში რეკომენდებულია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია(D)

ჰოსპიტალიზაციისათვის ქვემოთ მოყვანილია შემდეგი კრიტერიუმები:

- თუ შეუძლებელია ქირურგიული გადაუდებელი მდგომარეობის (მაგ.: აპენდიციტის) გამორიცხვა;
- პაციენტი ორსულადაა;
- პაციენტი კლინიკურად არ ემორჩილება პერორალურ ანტიმიკრობულ თერაპიას;
- პაციენტს არ შეუძლია შეასრულოს ან ვერ იტანს ამბულატორიულ ან პერორალურ მკურნალო სქემას;
- პაციენტს აქვს მძიმე დაავადება, გულისრევა, პირღებინება, ან მაღალი ცხელება; და
- პაციენტს აქვს ტუბო-ოვარიული აბსცესი.

მრავალი პრაქტიკოსი უპირატესობას ანიჭებს მოზარდი ქალების ჰოსპიტალიზაციას, თუ მათი მდგომარეობა განისაზღვრება, როგორც მწვავე PID. მტკიცებულებები მოზარდების PID-ის სამკურნალოდ ჰოსპიტალიზაციის სარგებელის შესახებ ხელმისაწვდომი არ არის. უფრო ახალგაზრდა ქალებს მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის PID-ით ერთნაირი გამოსავალი აღენიშნებათ როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური თერაპიის შემდეგ. უფრო მეტიც, კლინიკური პასუხი ამბულატორიულ მკურნალობაზე ერთნაირია ახალგაზრდა და უფრო ასაკოვან ქალებს შორის. მწვავე PID-ის მქონე მოზარდების ჰოსპიტალიზაცია უნდა ემყარებოდეს იმავე კრიტერიუმებს, რომლებიც გამოიყენება უფრო ასაკოვანი ქალებისათვის. აქვს თუ არა გარკვეული სარგებელი გვიანი რეპროდუქციული ასაკის ქალების ჰოსპიტალიზაციას PID-ის მკურნალობის თვალსაზრისით, აგრეთვე გაურკვეველია, თუმცა ≥ 35 წელზე ასაკის ქალებს, რომლებიც ჰოსპიტალიზებული არიან PID-ის დიაგნოზით, უფრო ახალგაზრდა ქალებთან შედარებით გართულებული კლინიკური მიმდინარეობის მეტი ალბათობა აღენიშნებათ.

პარენტერალური მკურნალობა

მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის PID-ის შემთხვევაში, როგორც ჩანს, პარენტერალური და პერორალური თერაპია თანაბრად ეფექტურია. მრავალ რანდომიზებულ კვლევაში გამოვლინდა როგორც პარენტერალური, ისე პერორალური სამკურნალო სქემების ეფექტურობა^{187,188,189}. (II) კლინიკური კვლევების უმრავლესობაში გამოიყენებოდა პარენტერალური მკურნალობა სულ მცირე, 48 საათის განმავლობაში მას შემდეგ, რაც პაციენტს არსებითი კლინიკური გაუმჯობესება აღენიშნებოდა. პერორალურ თერაპიაზე გადასვლისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ კლინიკური გამოცდილებით, მისი დაწყება ჩვეულებრივ, შესაძლებელია კლინიკური გაუმჯობესებიდან 24 საათის შემდეგ. კლინიციკტა უმრავლესობა გვირჩევს სულ მცირე 24 საათის განმავლობაში პირდაპირ მეთვალყურეობას პაციენტებზე, რომელთაც აქვთ ტუბო-ოვარიული აბსცესი. მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია პრეპარატები, რომელთაც აქვთ ანაერობული მოცვა, კერძოდ, ცეფოტეტანი, ცეფოქსიტინი, დოქსიციკლინი, კლინდამიცინი, გენტამიცინი, მეტრონიდაზოლი, ლევოფლოქსაცინი ან ამპიცილინი/სულბაქტამი.

პერორალური მკურნალობა

პერორალური თერაპია გასათვალისწინებელია მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის PID-ის შემთხვევაში, რადგანაც კლინიკური გამოსავლები პარენტერალური რეჟიმით ნამკურნალებ ქალებსა და პერორალური სქემით ნამკურნალებ ქალებს შორის ამ შემთხვევაში ანალოგიურია. პაციენტები, რომლებიც არ ემორჩილებიან პერორალურ თერაპიას 72 საათის განმავლობაში, ხელახლა უნდა შეფსდნენ დიაგნოზის სისწორის დადგენის მიზნით და დაენიშნოთ პარენტერალური თერაპია ამბულატორიულად ან ჰოსპიტალში. პერორალური თერაპიის მიზნით გამოიყენება ლევოფლოქსაცინი, მეტრონიდაზოლი, დოქსიციკლინი ან ცეფოქსიტინი. მკურნალობა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სპეციალისტის მეთვალყურეობით.

16.3 მეთვალყურეობა

პაციენტებს უნდა აღენიშნებოდეთ არსებითი კლინიკური გაუმჯობესება (მაგ.: ტემპერატურის დაცემა; პირდაპირი ან რეფლექტორული აბდომინალური მგრძნობელობის შემცირება; და საშვილოსნოს, დანამატებისა და ცერვიკალური მგრძნობელობის შემცირება შეხებისას)

თერაპიის დაწყებიდან 3 დღეში. თუკი პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ამ პერიოდის განმავლობაში, მას ჩვეულებრივ, ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია, დამატებითი სადიაგნოსტიკო ტესტები და ქირურგიული ჩარევა.

თუკი ამბულატორიული პერორალური ან პარენტერალური მკურნალობიდან 72 საათის განმავლობაში არ აღენიშნება კლინიკური გაუმჯობესება (ზემოთ აღწერილი კლინიკური გაუმჯობესების კრიტერიუმების გამოყენებით), უნდა ჩატარდეს გასინჯვა. ამ შემთხვევაში რეკომენდებულია შემდგომი ჰოსპიტალიზაცია, პარენტერალური თერაპია და დიაგნოსტიკური შეფასება, მათ შორის, დიაგნოსტიკური ლაპარასკოპიის გათვალისწინება ალტერნატიული დიაგნოზის გამორიცხვის მიზნით. სგდ–ს ზოგი სპეციალისტი ასევე გვირჩევს განმეორებით სკრინინგს *C. trachomatis*–სა და *N. gonorrhoeae* –ზე თერაპიის დასრულებიდან 4–6 კვირის შემდეგ ქალებში ამ ინფექციების დოკუმენტურად დადასტურებული არსებობით. ყველა ქალს მწვავე PID–ით უნდა შესთავაზონ აივ–ტესტირება.

სქესობრივი პარტნიორების მართვა

PID–ით დაავადებული ქალების მამარობითი სქესის პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ გამოკვლევა და მკურნალობა, თუკი მათ პაციენტთან სქესობრივი კონტაქტი ჰქონდათ სიმპტომების დაწყებამდე 60 დღის განმავლობაში. შეფასება და მკურნალობა იმპერატიულია, პაციენტის რეინფექციის რისკისა და სქესობრივი პარტნიორის ურეთრალური გონოკოკური ან ქლამიდიური ინფექციის მაღალი ალბათობის გამო. *C. trachomatis* და/ან *N. gonorrhoeae*–თი გამოწვეული PID–ით დაავადებული ქალების მამარობითი სქესის პარტნიორებს ხშირად არ აღენიშნებათ სიმპტომები.

სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ ემპირიული მკურნალობა ისეთი სამკურნალო სქემით, რომელიც ეფექტურია ამ ორივე ინფექციის მიმართ, მიუხედავად PID–ის ეტიოლოგიისა და ინფიცირებული ქალის ორგანიზმიდან იზოლირებული პათოგენებისა. იმ კლინიკებშიც კი, სადაც მხოლოდ ქალებს უტარდებათ მკურნალობა, უნდა მოხდეს იმის ორგანიზება, რომ მკურნალობა ჩაუტარდეს იმ ქალთა სქესობრივ პარტნიორებსაც, რომელთაც აღენიშნებათ PID. როდესაც მამარობითი სქესის პარტნიორებისათვის მომსახურების მიწოდება მოუხერხებელია, სამედიცინო პროვაიდერები უნდა დარწმუნდნენ იმაში, რომ სქესობრივი პარტნიორები გაიგზავნენ შესაბამისი მკურნალობისათვის.

პრევენცია

მაღალი რისკის ქალების სკრინინგისა და მკურნალობის საშუალებით ქლამიდიური ინფექციის პრევენცია ამცირებს PID–ის სიხშირეს¹²³. თეორიულად PID–ის შემთხვევათა უმრავლესობის პრევენცია შესაძლებელია ყველა ქალის ან მაღალი რისკის ქალების (ასაკიდან და სხვა ფაქტორებიდან გამომდინარე) სკრინინგით დნმ–ის ამპლიფიკაციის ტესტის საშუალებით ცერვიკალური ნიმუშებიდან (ქალებში, რომელთაც უტარდებათ ბიმანუალური გასინჯვა) და შარდის ნიმუშებიდან (ქალებში, რომელთაც ბიმანუალური გასინჯვა არ უტარდებათ). მიუხედავად იმისა, რომ BV ასოცირებულია PID–თან, რამდენადაა შესაძლებელი PID–ის სიხშირის შემცირება BV–ის მქონე ქალთა იდენტიფიცირებისა და მკურნალობის გზით, გაურკვეველია.

სპეციფიური საკითხები

ორსულობა. დედის ავადობისა და ნაადრევი მშობიარობის მაღალი რისკის გამო, ორსულ ქალს, საექვო PID-ით, უნდა ჩაუტარდეს ჰოსპიტალიზაცია და პარენტერალური მკურნალობა ანტიბიოტიკებით.

აივ ინფექცია. PID-ის კლინიკური მანიფესტაციის განსხვავება აივ-ინფიცირებულ და აივ-ნეგატიურ ქალებს შორის კარგად განსზღვრული არ არის. წარსულში ჩატარებულ ობსერვაციულ კვლევებში PID-ის მქონე აივ-ინფიცირებულ ქალებში უფრო მაღალი იყო ქირურგიული ჩარევის საჭიროების ალბათობა. უფრო ყოვლისმომცველმა ობსერვაციულმა და კონტროლირებადმა კვლევებმა (რომლებიც გამოქვეყნდა [2002 წლის სგგდ-ის მკურნალობის გაიდლაინის](#) შემდეგ) აჩვენა, რომ PID-ით დაავადებულ აივ-ინფიცირებულ ქალებს არაინფიცირებულ საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით ანალოგიური სიმპტომები აღენიშნებოდათ^{123,190,191,192}(I-II). მათ უფრო მეტი ალბათობით უვლინდებოდათ ტუბო-ოვარიული აბსცესი, მაგრამ სტანდარტულ პარენტერალურ ან პერორალურ ანტიმიკრობულ რეჟიმებს ემორჩილებოდნენ ისეთივე წარმატებით, როგორც აივ-ნეგატიური ქალები. მიკრობიოლოგიური გამოკვლევის შედეგები აივ-ინფიცირებულ და აივ-ნეგატიურ ქალებში ერთნაირი იყო, გარდა იმისა, რომ აივ-ინფიცირებულ ქალებს აღენიშნებოდათ თანაარსებული *M. hominis*, კანდიდოზური, სტრეპტოკოკური და HPV-ინფექციის, ასევე HPV-სთან დაკავშირებული ციტოლოგიური ანომალიების უფრო მაღალი მაჩვენებლები. მოითხოვს თუ არა PID-ით დაავადებული აივ-ინფიცირებული იმუნოდეფიციტური ქალების მდგომარეობა უფრო აგრესიულ ჩარევას (მაგ.: ჰოსპიტალიზაციას ან პარენტერალურ ანტიმიკრობულ თერაპიას), განსაზღვრული არ არის.

საშვილოსნოსშიდა ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება (IUD, სპირალი). IUD სულ უფრო პოპულარული ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება ხდება ქალებისათვის. ბაზარზე არის როგორც სპილენძის, ისე ლევონორგესტრელის შემცველი სპირალები. სპირალთან ასოცირებული PID-ის რისკი შემოიფარგლება ჩადგმიდან 3 კვირიანი პერიოდით და არ არის ხშირი შემდგომში¹⁹³.(III) თუ გავითვალისწინებთ სპირალის პოპულარობას, პრაქტიკოსები შესაძლოა, შეეჩებონ PID-ის არსებობას სპირალის მომხმარებლებში.

არ არსებობს მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ საჭიროა სპირალის ამოღება მწვავე PID-ის დიაგნოზის შემთხვევაში. თუმცა, თუკი სპირალი ადგილზე რჩება, საჭიროა სიფრთხილე, ხოლო მჭიდრო კლინიკური მეთვალყურეობა სავალდებულოა. წარუმატებელი მკურნალობისა და მორეციდივე PID-ის სიხშირე ქალებში, რომლებიც აგრძელებენ სპირალის მოხმარებას, უცნობია. არ არსებობს მონაცემები ანტიბიოტიკის შერჩევისა და მკურნალობის გამოსავლის შესახებ სპირალის ტიპიდან (კერძოდ, სპილენძის თუ ლევონორგესტრელის შემცველი) გამომდინარე.

17. ეპიდდემიტი – განმარტება, ეპიდემიოლოგია, ეტიოპათოგენები

მწვავე ეპიდდემიტი კლინიკური სინდრომია, რომელიც ხასიათდება სათესლეს დანამატის მტკივნეულობით, შემუპებითა და ანთებით 6 კვირაზე ნაკლები დროის განმავლობაში. ქრონიკული ეპიდდემიტი ხასიათდება სიმპტომების 3–თვიანი ან მეტი ხანგრძლივობით, რაც ვლინდება დისკომფორტითა და/ან ტკივილით სკროტუმის, სათესლის ან სათესლის დანამატის არეში, რომლის ლოკალიზებაც ხერხდება კლინიკური გასინჯვისას. ქრონიკული ეპიდდემიტი თავის მხრივ, იყოფა ქრონიკულ ანთებით ეპიდდემიტად, ობსტრუქციულ ქრონიკულ ეპიდდემიტად და ეპიდდემალგიად¹⁹⁴.

35 წელზე ნაკლები ასაკის სქესობრივად აქტიურ მამაკაცებს შორის მწვავე ეპიდდემიტის ხშირი გამომწვევია *C. trachomatis* ან *N. gonorrhoeae*. სქესობრივი გზით გადამდები ნაწლავური მიკროორგანიზმების (მაგ.: *Escherichia coli*–*b*) მიერ გამოწვეული მწვავე ეპიდდემიტი ასევე გვხვდება მამაკაცებში, რომლებიც წარმოადგენენ აქტიურ პარტნიორებს ანალური სექსის დროს. სქესობრივად გადამდებ მწვავე ეპიდდემიტს ჩვეულებრივ, თან ახლავს ურეთრიტი, რომელიც ხშირად ასიმპტომურია და ჩვეულებრივ, არასოდეს ახლავს ბაქტერიურია. 35 წელზე მეტი ასაკის მამაკაცებში სქესობრივად გადამდები ეპიდდემიტი იშვიათია. თუმცა, ბაქტერიურია, რომელიც მეორადად დაკავშირებულია საშარდე სისტემის ობსტრუქციულ პათოლოგიასთან, შედარებით ხშირია. ამ ჯგუფში არა–სქესობრივად გადამდები ეპიდდემიტი ასოცირებულია საშარდე ტრაქტზე ინსტრუმენტულ ჩარევასთან ან ქირურგიულ მანიპულაციასთან, სისტემურ დაავადებასა ან იმუნოსუპრესიასთან.

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა უმრავლესობის მკურნალობა შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში, ჰოსპიტალიზაცია გასათვალისწინებელია მაშინ, როცა მძიმე ტკივილის საფუძველზე სავარაუდოა სხვა დიაგნოზი (მაგ.: სათესლის შემოგრება, სათესლის ინფარქტი ან აბსცესი), ან როდესაც პაციენტს აღენიშნება ცხელება, ან არ ემორჩილება ანტიმიკრობულ სამკურნალო სქემას.

17.1 დიაგნოსტიკის საკითხები

მწვავე ეპიდდემიტის დროს მამაკაცებს ტიპურ შემთხვევებში, აღენიშნებათ უნილატერალური სათესლის მტკივნეულობა და მომატებული მგრძნობელობა; ჩვეულებრივ, სახეზეა ჰიდროცელე და სათესლის დანამატის პალპირებადი შემუპება. მიუხედავად იმისა, რომ ანთება და შემუპება ხშირად იწყება სათესლე დანამატის კუდში, მათ ახასიათებთ გავრცელების ტენდენცია და შესაძლოა ჩაითრიონ მთლიანად დანამატი და სათესლეც კი. სათესლე ბაგირაკი ჩვეულებრივ, შემუპებული და მგრძნობიარეა. ყველა შემთხვევაში გასათვალისწინებელია სათესლის შემოგრება, რომელიც გადაუდებელ ქირურგიულ მდგომარეობას მიეკუთვნება, მაგრამ იგი უფრო ხშირად ვითარდება მოზარდებში, ან მამაკაცებში ანთების ან ინფექციის ობიექტური ნიშნების გარეშე. შემოგრებაზე სასწრაფო ტესტირება შესაძლოა ნაჩვენები იყოს მაშინ, როცა ტკივილი იწყება უეცრად, იგი ძლიერია, ან თუ საწყისი გამოკვლევის დროს გამოყენებული ტესტების შედეგები არ მეტყველებს ურეთრიტის ან საშარდე ტრაქტის ინფექციის სასარგებლოდ. თუკი დიაგნოზი კითხვის ნიშნის ქვეშაა, აუცილებელია სპეციალისტის სასწრაფო კონსულტაცია, რადგანაც შესაძლებელია სათესლის სიცოცხლისუნარიანობის დაზიანება. დიაგნოსტიკის ყველაზე ზუსტ მეთოდს მიეკუთვნება სკროტუმის

რადიონუკლიდური სკანირება, თუმცა ის რუტინულად ხელმისაწვდომი არ არის. ფერადი დოპლერით ულტრასონოგრაფიას 70% მგრძნობელობა და 88% სპეციფიურობა ახასიათებს ეპიდდემიის დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით.

რეკომენდაცია:

ეპიდდემიებზე მამაკაცის შეფასება უნდა მოიცავდეს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთს:

- ურეთრალური გამონადენის გრამის წესით შეღებვა, რომელშიც ვლინდება ≥ 5 ლეიკოციტზე ზეთოვანი მიკროსკოპიის ველში. გრამის წესით შეღებვა წარმოადგენს უპირატეს სწრაფ სადიაგნოსტიკო ტესტს ურეთრიტის შესაფასებლად. იგი მაღალსპეციფიური და მგრძნობიარეა როგორც ურეთრიტის, ასევე გონოკოკური ინფექციის არსებობის ან არარსებობის დოკუმენტირების თვალსაზრისით. გონოკოკური ინფექციის დიაგნოზი ისმება გრამის წესით შეღებილ ურეთრალური ნაცხში გრამ-უარყოფითი დიპლოკოკების შემცველი ლეიკოციტების აღმოჩენისას.(II,B)
- შარდის პირველ პორციაში დადებითი ლეიკოციტ-ესთერაზული ტესტი, ან პირველი პორციის შარდის ნალექის მიკროსკოპული გამოკვლევისას ≥ 10 ლეიკოციტზე მხედველობის ველში.(II,B)

კულტურა, ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტი, და ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი ხელმისაწვდომია *N. gonorrhoeae*-სა და *C. trachomatis*-ის აღმოსაჩენად. კულტივირებისა და ნუკლეინის მჟავას ჰიბრიდიზაციის ტესტებისათვის გამოიყენება ურეთრალური ნაცხები, მაშინ როცა ამპლიფიკაცია შესაძლოა ჩატარდეს შარდზე. უფრო მაღალი მგრძნობელობის გამო ამპლიფიკაციის ტესტს უპირატესობა ენიჭება *C. trachomatis*-ის აღმოჩენის მიზნით. რისკიდან გამომდინარე, პაციენტებს, რომელთა მდგომარეობაც შეფასდა, როგორც ახლად შეძენილი სგგდ, უნდა ჩუტარდეთ გამოკვლევა სხვა სგგდ-ზეც.

17.2 მკურნალობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- ლაბორატორიული ტესტების შედეგების მიღებამდე რეკომენდებულია ემპირიული თერაპია, რისთვისაც პაციენტი უნდა გაიგზავნოს უროლოგთან. (D)

C. trachomatis ან *N. gonorrhoeae*-თი გამოწვეული მწვავე ეპიდდემიის მკურნალობის მიზნებია: 1) ინფექციის მიკრობიოლოგიური განკურნება, 2) სიმპტომებისა და ნიშნების შემსუბუქება, 3) სხვა პირებზე ტრანსმისიის პრვენცია და 4) პოტენციური გართულებების (მაგ.: უნაყოფობის ან ქრონიკული ტკივილის) სიხშირის შემცირება. მედიკამენტურ თერაპიასთან ერთად ცხელებისა და ლოკალური ანთების ჩაქრობამდე რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი, სათესლის პარკის ელევაცია და ანალგეტიკების მიღება.

რეკომენდებული რეჟიმები

მწვავე ეპიდდემიისათვის, რომლის გამომწვევიც სავარაუდოდ ქლამიდია ან გონოკოკია:

ცეფტრიაქსონი 250 მგ IM ერთჯერადად

პლუს

დოქსიციკლინი 100მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 10 დღის მანძილზე

მწვავე ეპიდდემიისათვის, რომლის გამომწვევიც სავარაუდოდ ნაწლავური ფლორაა ან ცეფალოსპორინებისა ან/და ტეტრაციკლინის მიმართ ალერგიის დროს:

ოფლოქსაცინი 300 მგ დღეში ორჯერ პერორალურად 10 დღის მანძილზე

ან

ლევოფლოქსაცინი 500 მგ დღეში ერთხელ 10 დღის მანძილზე

17.3 მეთვალყურეობა

მკურნალობის დაწყებიდან 3 დღეში გაუმჯობესების არარსებობისას საჭიროა როგორც დიაგნოზის, ისე სამკურნალო სქემის განმეორებითი შეფასება. ანტიმიკრობული თერაპიის დასრულების შემდეგ დარჩენილი შემუპება და მგრძობელობა სრულყოფილად უნდა შეფასდეს. დიფ-დიაგნოზი მოიცავს სიმსივნეს, აბსცესს, სათესლის ინფარქტს, სათესლის კიბოს, ტუბერკულოზსა და სოკოვან ეპიდდემიას.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:

- მწვავე ეპიდდემიის შემთხვევაში, თუკი მისი დადასტურებული ან სავარაუდო გამომწვევი *N. gonorrhoeae* ან *C. trachomatis*-ია, პაციენტს უნდა ერჩიოს სქესობრივი პარტნიორების დარწმუნება შეფასებისა და მკურნალობის აუცილებლობაში, თუკი სქესობრივი კონტაქტის დრო არ აღემატება სიმპტომების გაჩენამდე 60 დღეს;(C)
- პაციენტებს უდა ერჩიოთ სქესობრივი კონტაქტისაგან თავშეკავება მანამ, სანამ ისინი და მათი სქესობრივი პარტნიორები არ განიკურნებიან (ე.ი. თერაპიის დასრულებამდე და სიმპტომების გაქრობამდე). (C)

17.4 სპეციფიური საკითხები

აივ ინფექცია

პაციენტებმა გაურთულებელი მწვავე ეპიდდემიითა და თანაარსებული აივ-ინფექციით უნდა მიიღონ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ-ნეგატიურმა პირებმა. თუმცა, იმუნოსუპრესირებულ პაციენტებში იმუნოკომპეტენტურებთან შედარებით სოკო და მიკობაქტერია ეპიდდემიის უფრო ხშირი გამომწვევებია.

18. HPV (ადამიანის პაპილომა ვირუსის) ინფექცია – გნმარტება, ეტიოლოგია, ეპიდემიოლოგია

არსებობს HPV-ს 100 ტიპზე მეტი. გენიტალური ტრაქტის ინფიცირება შეუძლია მათგან 30 ტიპზე მეტს. HPV ინფექციათა უმრავლესობა ასიმპტომურია, შეუცნობელი, ან სუბკლინიკური. გენიტალური HPV ინფექცია გავრცელებული და ჩვეულებრივ, თვით-ლიმიტირებადია. გენიტალური HPV ინფექცია უფრო ხშირად ვითარდება, ვიდრე ხილული გენიტალური მექეჭები ორივე სქესის წარმომადგენლებში და ცერვიკალური უჯრედების ცვლილება ქალებში.

გენიტალურმა HPV ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს [გენიტალური მექეჭების](#) განვითარება, რომლებიც ჩვეულებრივ, ასოციებულია HPV-ს მე-6 ამ მე-11 ტიპებთან. HPV-ს სხვა ტიპები, რომლებიც აინფიცირებენ ანო-გენიტალურ არეს (ე.წ. მაღალი რისკის ტიპები 16, 18, 31, 33 და 35) მყარ კავშირშია საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიასთან. HPV-ს მაღალი რისკის ტიპებით პერსისტენტული ინფექცია წარმოადგენს საშვილოსნოს ყელის ნეოპლაზიის ყველზე მიშვნელოვან რისკ-ფაქტორს.

18.1 HPV ტესტები

HPV ინფექციის გადამწყვეტი დიაგნოზი ეფუძნება ვირუსის ნუკლეინის მჟავას (ე.ი. დნმ-ის ან რნმ-ის) ან კაპსიდის ცილის აღმოჩენას. ტესტები, რომელთა საშუალებითაც ხდება ვირუსის დნმ-ის აღმოჩენა საშვილოსნოს ყელიდან ანაფხეკ უჯრედებში, ხელმისაწვდომია და შესაძლოა სასრგებლო იყოს იმ ქალთა ტრიაჟისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ გაურკვეველი მნიშვნელობის ატიპიური სკვამოზური უჯრედები (ASC-US) ან სკრინინგის მიზით ≥ 30 წლის ასაკის ქალებისათვის Pap-ტესტთან ერთად (იხ.: [ცერვიკალური კიბოს სკრინინგი ქალებში, რომლებიც მიმართავენ სგდ კლინიკებს, ან აღენიშნებათ სგდ-ის ანამნეზი](#)). ასეთ სიტუაციებში თუკი ქალს უდგინდება HPV ინფექციის არსებობა, მას უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება იმის შესახებ, რომ HPV ინფექცია გავრცელებულია, იგი ხშირად გადაეცემა სქესობრივ პარტნიორებს შორის და რომ ინფექცია ხშირად თავისთავად გადის. თუკი ადგილი აქვს Pap-ტესტის ან ბიოფსიის შედეგების რაიმე ტიპის ნორმიდან გადახრას, რეკომენდებულია შემდგომი შეფასება. HPV-ტესტის საშუალებით ქალების ან მამაკაცების სკრინინგი ზემოთ აღნიშნული რეკომენდაციების გარეშე ცერვიკალური კიბოს სკრინინგის ფარგლებში რეკომენდებული არ არის.

18.2 მკურნალობა

გენიტალური მექეჭების ან ცერვიკალური სკვამოზური ინტრაეპითელიარული დაზიანების (SIL) არარსებობის შემთხვევაში მკურნალობა სუბკლინიკურ გენიტალურ HPV ინფექციაზე რეკომენდებული არ არის, იმის მიუხედავად, რა ტესტით ხდება ინფექციის დადგენა: კოლპოსკოპიით, ბიოფსიით, ძმარმჟავას აპლიკაციით თუ HPV-ს სადიაგნოსტიკო ლაბორატორიული ტესტების საშუალებით. გენიტალური HPV ინფექცია ხშირად თავისთავად გადის, ხოლო თერაპია, რომელიც ახდენს მის ერადიკაციას, დადგენილი არ არის. თანაარსებული SIL-ის ფონზე მართვა უნდ ეფუძნებოდეს ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს.

19. გენიტალური მეჭეჭები – განმარტება, ეპიდემიოლოგია, ეტიოპათოგენები, დიაგნოსტიკა

HPV-ს მე-6 და მე-11 ტიპები ყველაზე ხშირად დგინდება გენიტალური მეჭეჭების დიაგნოზის დასმის მომენტში ან მანამდე; თუმცა, HPV-ზე ტესტირების გამოყენება გენიტალური მეჭეჭების შემთხვევაში რეკომენდებული არ არის¹⁹⁵.

გენიტალური მეჭეჭები, ჩვეულებრივ, წარმოადგენს ბრტყელ, პაპულარულ ან ყვავილოვანი ზრდის წარმონაქმნს გენიტალიების ლორწოვან გარსზე. გენიტალური მეჭეჭების დიაგნოზი ისმება ვიზუალური დათვალიერების საფუძველზე და შესაძლებელია დადასტურდეს ბიოფსიით, თუმცა ბიოფსია საჭიროა მხოლოდ გარკვეულ გარემოებებში (მაგ.: როცა დიაგნოზი გაურკვეველია, დაზიანებები არ ემორჩილება სტანდარტულ თერაპიას, დაავადება მძიმდება თერაპიის პერიოდში, პაციენტი იმუნოკომპრომეტირებულია, ან მეჭეჭები პიგმენტირებული, ინდურირებული, ფიქსირებული, სისხლმდენი ან დაწყლულებულია). HPV-ს ნუკლეინის მჟავას ტესტის რუტინული გამოყენების სასარგებლოდ ხილული გენიტალური მეჭეჭების დიაგნოზისა და მართვის მიზნით მონაცემები არ არსებობს.

3–5%-იანი ძმარმჟავას აპლიკაცია, ჩვეულებრივ, HPV-თი ინფიცირებული გენიტალური ლორწოვანი გარსის ფერის თეთრად შეცვლას იწვევს. თუმცა, ძმარმჟავს ტესტი არ წარმოადგენს სპეციფიურ გამოკვლევას HPV ინფექციისათვის, ხოლო ამ პროცედურის სპეციფიურობა და მგრძობელობა სკრინინგის მიზნით განსაზღვრული არ არის. ამიტომ ამ პროცედურის რუტინული გამოყენება HPV ინფექციის სკრინინგის მიზნით რეკომენდებული არ არის. თუმცა ზოგიერთმა კლინიკისტმა, რომელთაც გააჩნიათ გამოცდილება გენიტალური მეჭეჭების მართვაში, დაადგინა, რომ ეს ტესტი სასარგებლოა ბრტყელი გენიტალური მეჭეჭების იდენტიფიცირების მიზნით.

გარეთა სასქესო ორგანოებთან (კერძოდ, პენისზე, ვულვაზე, სკროტუმზე, შორისსა და პერიანალურ კანზე) ერთად გენიტალური მეჭეჭები შეიძლება გაჩნდეს საშვილოსნოს ყელსა და საშოში, ურეთრაში, ანუსსა და პირის ღრუში. ინტრა-ანალური მეჭეჭები უფრო ხშირია იმ პირებში, რომელთაც ჰქონდათ რეცეპტიული ანალური სექსი; ეს მეჭეჭები განსხვავდება პერიანალური მეჭეჭებისაგან, რომლებიც შესაძლებელია განვითარდეს მამაკაცებსა და ქალებში ანამნეზში ანალური სექსის გარეშე. გენიტალიების გარდა, HPV-ს მე-6 და მე-11 ტიპები ასოცირებულია კონიუნქტივის, ნაზალურ, ორალურ და ლარინგეალურ მეჭეჭებთან. გენიტალური მეჭეჭები ხშირად ასიმპტომურია, მაგრამ ანატომიური არისა და ზომიდან გამომდინარე, ისინი შეიძლება იყოს მტკივნეული, ფაშარი ან ქავანა.

HPV-ს 16, 18, 31, 33 და 35 ტიპები იშვიათად გვხვდება ხილულ გენიტალურ მეჭეჭებში და ასოცირებულია გარეთა სასქესო ორგანოების (ე.ი. ვულვის, პენისისა და ანუსის) სქვამოზურ ინტაეპითელიარულ ნეოპლაზიასთან (ე.ი. სქვამოზურუჯრედოვანი carcinoma in situ, პაპულოზური ბოუენოიდი, ქეირატის ერითროპლაზია, ან გენიტალიების ბოუენის დაავადება). HPV-ს ეს ტიპები ასევე ასოცირებულია ვაგინალურ, ანალურ, ცერვიკალურ ინტრაეპითელიარულ ნეოპლაზიასთან, ანოგენიტალურ და თავისა და კისრის ზოგიერთ

სქვამოზურ–უჯრედოვან კარცინომასთან¹⁹⁶(IV). პაციენტები ხილული გენიტალური მეჭეჭებით ხშირად ინფიცირებული არიან HPV–ს მრავლობითი ტიპებით.

რეკომენდაცია:

- ვიზუალური დათვალიერების საფუძველზე გენიტალურ მეჭეჭებზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტი უნდა გაიგზავნოს გინეკოლოგთან დიაგნოზის დადასტურების მიზნით(D).

19.1 მკურნალობა

ხილული გენიტალური მეჭეჭების პირველადი მიზანია მეჭეჭების მოცილება. პაციენტთა უმრავლესობაში მკურნალობით შესძლებელია მეჭეჭებისაგან თვისუფალი პერიოდების მიღწევა¹⁹⁶. მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში გენიტალური მეჭეჭები შესაძლოა თავისთავდ გაქრენ, დარჩენ უცვლელად, ან მოიმატონ ზომაში ან რაოდენობაში. მკურნალობა სავარაუდოდ ამცირებს, მაგრამ არ ახდენს HPV ინფექციის ელიმინაციას. არსებული მონაცემები მიუთითებს იმაზე, რომ გენიტალური მეჭეჭების ამჟამად ხელმისაწვდომი თერაპიის სქემებით შესაძლებელია HPV ინფექციის შემცირება, მაგრამ სავარაუდოდ არა სრული ერადიკაცია. რამდენად მოქმედებს მკურნალობის შედეგად HPV ვირუსული დნმ–ის შემცირება მომავალში ინფექციის ტრანსმისიაზე, გაურკვეველი რჩება. მტკიცებულებები არ მიუთითებს იმაზე, რომ გენიტალური მეჭეჭების არსებობა ან მათი მკურნალობა ასოცირებულია საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარებასთან.

რეკომენდაცია:

- გენიტალური მეჭეჭების მკურნალობა უნდა ემყარებოდეს პაციენტის პრეფერენციებს, ხელმისაწვდომ რესურსებსა და სამედიცინო პროვაიდერის გამოცდილებას. პაციენტი მკურნალობისაგან უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში; (D)
- იმის გამო, რომ მკურნალობის ზემოქმედება HPV–ს მომავალი ტრანსმისიის შემცირებაზე გაურკვეველია და არსებობს სპონტანური განკურნების ალბათობა, ზოგიერთი პირისათვის მისაღები ალტერნატივაა მკურნალობისაგან თავშეკავება და სპონტანური განკურნების დალოდება, რის შესახებაც გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს შესაბამის სფეროში გამოცდილების მქონე სპეციალისტმა (D).

პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნება <10 გენიტალური მეჭეჭი, საერთო ფართობით 0.5–1.0 სმ². ეს მეჭეჭები ექვემდებარება მკურნალობის სხვადასხვა სქემებს. ფაქტორებს, რომელთაც შესაძლოა ზემოქმედება მოახდინონ მკურნალობის შერჩევაზე, მიეკუთვნება მეჭეჭის ზომა, მათი რაოდენობა, მეჭეჭის ანატომიური ადგილმდებარეობა, მისი მორფოლოგია, პაციენტის პრეფერენცია, მკურნალობის ღირებულება, ნდობა, გვერდითი ეფექტები და პროვაიდერის გამოცდილება. ფაქტორებს, რომელთაც შეუძლიათ იმოქმედონ სამკურნალო რეჟიმის დაქვემდებარებაზე, მიეკუთვნება პაციენტის იმუნური სისტემის მდგომარეობა და დამყოლობა თერაპიაზე. პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება სრული მკურნალობის კურსი და არა ერთჯერადი თერაპია. ზოგადად, მეჭეჭები, რომლებიც მდებარეობენ სველ ზედაპირებზე, უფრო კარგად ემორჩილება ტოპიკურ თერაპიას, ვიდრე მშრალ ზედაპირებზე განლაგებული მეჭეჭები.

რეკომენდებული სქემები გარეთა გენიტალური მეჭეჭებისათვის

პაციენტის მიერ გახორციელებადი:

პოდოფილოქსის 0,5%-იანი ხსნარი ან გელი. პაციენტმა პოდოფილოქსის ხსნარი უნდა წაუსვას ზამბის ტამპონის საშუალებით, ხოლო პოდოფილოქსის გელი კი – თითის საშუალებით ხილულ გენიტალურ მეჭეჭებს დღეში ორჯერ სამი დღის მანძილზე, რასაც თან უნდა სდევდეს მკურნალობსაგან თავისუფალი 4 დღე. ამ ციკლის გამეორება შესაძლებელია საჭიროების შემთხვევაში ოთხჯერ. მეჭეჭების სამკურნალო არეალის საერთო ფართი არ უნდა აღემატებოდეს 10სმ²-ს, ხოლო პოდოფილოქსის საერთო რაოდენობა უნდა შეიზღუდოს დღეში 0,5 მლ–მდე. შესაძლებლობის შემთხვევაში კარგია, თუკი საწყის აპლიკაციას გააკეთებს სამედიცინო წარმომადგენელი და აჩვენებს პაციენტს როგორც აპლიკაციის ტექნიკას, ისე მეჭეჭებს, რომელთაც უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა. პოდოფილოქსის უსაფრთხოება ორსულობის პერიოდში დადგენილი არ არის.

ან

იმიქიმოდის 5% –იანი კრემი. პაციენტებმა უნდა გაიკეთონ იმიქიმოდის კრემის აპლიკაცია დღეში ერთხელ ძილის წინ, კვირაში სამჯერ 16 კვირის განმავლობაში. სამკურნალო არეალი უნდა ჩამოიბანოს საპნით აპლიკაციიდან 6–10 საათის შემდეგ. იმიქიმოდის უსაფრთხოება ორსულობის პერიოდში დადგენილი არ არის.

პროვაიდერის მიერ განხორციელებადი:

კრიოთერაპია თხევადი აზოტით ან კრიო–ზონდით. განმეორებითი აპლიკაცია ყოველ 1–2 კვირაში ერთხელ.

ან

პოდოფილინის ცვილი 10%–25%–იანი ნაყენი ბენზონთან ერთად. მისი მცირე რაოდენობა უნდა წაესვას თითოეულ მეჭეჭს და დარჩეს ჰაერზე გასაშრობად. საჭიროების შემთხვევაში მკურნალობა შესაძლოა განმეორდეს ყოველკვირეულად. სისტემურ აბსორბციასა და ტოქსიკურობასთან დაკავშირებული გართულებების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგი რეკომენდაციებით: 1) აპლიკაცია უნდა შეიზღუდოს პოდოფილინის <0,5 მლ–მდე და სამკურნალო არეალის საერთო ფართის <10სმ²–ზე ერთი სეანსის დროს, და 2) იმ არეში, სადაც ინიშნება პოდოფილინი, არ უნდა აღინიშნებოდეს ღია დაზიანებები ან ჭრილობები. ზოგირთი სპეციალისტი თვლის, რომ პრეპარატი ფრთხილად უნდა ჩამოიბანოს აპლიკაციიდან 1–4 საათში ლოკალური გალიზიანების თავიდან აცილების მიზნით. პოდოფილინის უსაფრთხოება ორსულობის პერიოდში დადგენილი არ არის.

ან

ტრიქლორმმარმჟავა (TCA) ან ბიქლორმმარმჟავა (BCA) 80%–90%. მცირე დოზა უნდა წაესვას მხოლოდ მეჭეჭებს და დარჩეს გასაშრობად, რომლის დროსაც ვითარდება თეთრი „მოყინვა“. თუკი აპლიკაციის სახით გამოყენებულია მჟავას ჭარბი რაოდენობა, სამკურნალო მიდამოს უნდა მიეფრქვიოს ტალკი, ნატრიუმის ბიკარბონატი (ე.წ. საჭმელი სოდა), ან თხევადი საპონი არარეაქტიული მჟავის მოცილების მიზნით. საჭიროების შემთხვევაში ამ მკურნალობის გამეორება შესაძლებელია ყოველკვირეულად.

ან

ქირურგიული მოცილება ტანგენციალური მაკრატლით, ტანგენციალური სამართებლით ამოჭრის, კიურეტაჟის, ან ელექტროქირურგიული მეთოდის საშუალებით.

ალტერნატიული სქემა

დაზიანებისშიდა ინტერფერონი

ან

ლაზერული ქირურგია

პოდოფილოქსის 0,5%-იანი ხსნარი ან გელი, ანტიმიკოზური პრეპარატი, რომელიც ანადგურებს მეჭეჭს, შედარებით იაფი, სახმარად ადვილი, უსაფრთხო და პაციენტის მიერ თვით-განხორციელებადი სამკურნალო საშუალებაა. პაციენტთა უმრავლესობას მკურნალობის შემდეგ აღენიშნება მსუბუქიდან საშუალო სიმძიმემდე ლოკალური ტკივილი ან გაღიზიანება. იმიქიმოდი წარმოადგენს ტოპიკურ იმუნოსტიმულატორს, რომელიც ასტიმულირებს ინტერფერონისა და სხვა ციტოკინების პროდუქციას; იმიქიმოდის გამოყენებასთან ხშირდაა დაკავშირებული ლოკალური ანთებითი რეაქციები; ეს რეაქციები მოიცავს ჰიპერემიასა და გაღიზიანებას და ჩვეულებრივ, საშუალო სიმძიმის ან მსუბუქია. ტრადიციულად იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც იყენებენ თვით-განხორციელებად სამკურნალო სქემებს, საკონტროლო ვიზიტი საჭირო აღარ არის. თუმცა, კონტროლო შესაძლოა, სასარგებლო იყოს თერაპიის პერიოდში რამდენიმე კვირა, რათა დადგინდეს რამდენად ადექვატურად ხდება მედიკამენტის გამოყენება და შეფასდეს მკურნალობაზე პასუხი.

ცერვიკალური მეჭეჭების მკურნალობასთან დაკავშირებული რეკომენდაცია:

- ქალებში, რომელთაც აქვთ ეგზოფიტური ცერვიკალური მეჭეჭები, მკურნალობის დაწყებამდე უნდა გამოირიცხოს მაღალი ხარისხის SIL. ეგზოფიტური ცერვიკალური მეჭეჭების მენეჯმენტი უნდა მოიცავდეს სპეციალისტის კონსულტაციას.(C)

19.2 კონსულტირება

გენიტალური HPV ინფექცია

განათლება და კონსულტირება გენიტალური მეჭეჭების მქონე პაციენტების მართვის არსებითი შემადგენელი ასპექტებია. პაციენტთა განათლება შესაძლებელია საგანმანათლებლო მასალების, მათ შორის ლიფლეტების, ჰოთლაინებისა და ვებსაიტების საშუალებით ¹⁹⁷.

რეკომენდაცია:

- გენიტალური მეჭეჭების მქონე პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება დაავადების ბუნების, გადაცემის გზებისა და პრევენციის მეთოდების შესახებ. მცდელობა მიმართული უნდა იყოს ქვემოთ მოყვანილი საკვანძო მესიჯების გადაცემისაკენ: (D)
 - გენიტალური HPV ინფექცია გავრცელებულია სქესობრივად აქტიურ მოზრდილებში. სქესობრივად აქტიური მოზრდილების უმრავლესობას ეს ინფექცია შეიძლება ჰქონდეს საკუთარი სოცოცხლის რომელიმე ეტაპზე, თუმცა მათმა უმრავლესობამ შეიძლება არც კი იცოდეს ამის შესახებ, რადგანაც ინფექციას ძირითადად არ ახასიათებს სიმპტომები და იგი თვით-ლიმიტრებადია;

- გენიტალური HPV ინფექცია, ჩვეულებრივ სქესობრივი გზით გადაეცემა. ინკუბაციური პერიოდი (კერძოდ, ინტერვალი საწყის ექსპოზიციასა და დადგენილ დაავადებასა ან ინფექციას შორის) ვარიაბელურია და ინფიცირების დროისა და წყაროს განსაზღვრა ხშირად რთულია. პაციენტის დიაგნოზის დადგენის მომენტისათვის სქესობრივი პარტნიორები, ჩვეულებრივ ინფიცირებული არიან მიუხედავად იმისა, რომ მათ შესაძლოა არც აღენიშნებოდეთ ინფექციის სიმპტომები და ნიშნები;
- არც HPV ტესტების გამოყენებისა და არც HPV ინფექციის დიაგნოსტიკის შესახებ სქესობრივ პარტნიორებში რეკომენდაციები არ არის დადგენილი. HPV ინფექცია ჩვეულებრივ გადაეცემა სქესობრივ პარტნიორს, მაგრამ იგი ძირითადად თავისთავად გადის.

გენიტალური მეჭეჭებთან დაკავშირებული ინფორმაცია:

- გენიტალურ მეჭეჭებს იწვევს HPV-ინფექციის სპეციფიური ტიპები. გენიტალური მეჭეჭების გამომწვევი ტიპები განსხვავდება ცერვიკალური ან სხვა ანო-გენიტალური კიბოს გამომწვევი ტიპებისაგან;
- ადამიანი შესაძლოა ინფიცირებული იყოს გენიტალური მეჭეჭების გამომწვევი HPV-ს ტიპებით, მაგრამ არასოდეს გამოუვლინდეს სიმპტომები. რატომ უვითარდება გენიტალური HPV-თი ინფიცირებულ ზოგიერთ პირს მეჭეჭები და ზოგს კი – არა, გაურკვეველია. ამაში სავარაუდოდ გადაწყვეტ როლს ასრულებს იმუნური სტატუსი;
- გენიტალური მეჭეჭის განვითარება ჩვეულებრივ, კეთილთვისებიანია, მაგრამ მათი რეციდივები მკურნალობიდან პირველი რამდენიმე თვის მანძილზე საკმაოდ ხშირია. გენიტალური მეჭეჭების მკურნალობას შეუძლია HPV-ინფექციის შემცირება, მაგრამ რამდენად ამცირებს მკურნალობა HPV-ს ტრანსმისიის რისკს სქესობრივ პარტნიორზე, გაურკვეველია. ინფექციურობის ხანგრძლივობა მეჭეჭების მკურნალობის შემდეგ უცნობია;
- კონდომებს შეუძლიათ შემაცირონ HPV-სთან ასოცირებული დაავადებების (მაგ.: გენიტალური მეჭეჭებისა და საშვილოსოს ყელის კიბოს) რისკი. კონდომის რეგულარული გამოყენება ასევე დაკავშირებულია გენიტალური HPV-ს რისკის შემცირებასთანაც¹⁴.(II). HPV ინფექცია შეიძლება განვითარდეს იმ არეებში, რომლებიც არ არის დაცული კონდომით (მაგ.: სკროტუმი, ვულვა, ან პერიანუსი).

რეკომენდაცია:

- სქესობრივად აქტიურ ყველა პაციენტს უნდა ერჩიოს კონდომის გამოყენება გენიტალური HPV ინფექციის რისკის შემცირების მიზნით (B);
- გენიტალური მეჭეჭების არსებობა არ წარმოადგენს HPV-ზე ტესტირების, Pap-ტესტის სიხშირის ცვლილების ან კოლპოსკოპიის ჩვენებას.(C)
- HPV-ზე ტესტირება არ არის ნაჩვენები გენიტალური მეჭეჭების მქონე პაციენტებისა ან მათი სქესობრივი პარტნიორებისათვის.(D)

19.3 მეთვალყურეობა

საკონტოლო შეფასება შეიძლება დაგვეხმაროს ხილული გენიტალური მეჭეჭის გაქრობის შემდეგ. პაციენტებს უნდა მიეცეთ გაფრთხილება თვალყური ადევნონ რეციდივებს, რომელთა ალბათობაც ყველაზე ხშირი პირველი 3 თვის განმავლობაშია. გარეთა გენიტალური მეჭეჭების იდენტიფიცირება შეიძლება რთული იყოს, ამიტომ პაციენტისათვის შესაძლოა სასარგებლო იყოს საკონტოლო შეფასება მკურნალობის დასრულებიდან 3 თვეში. უფრო ადრეული საკონტოლო ვიზიტი ასევე შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის მეჭეჭის გაქრობის დადასტურების, თერაპიის მიმდინარეობის ან მისი გართულებების მკურნალობის, აგრეთვე პაციენტის განათლებისა და კონსულტირებისათვის დმატებითი შესაძლებლობის მიღების მიზნით. ქალებს უნდა ერჩიოთ რეგულარული Pap სკრინინგის ჩატარება, ისევე როგორც იმ ქალებს, რომელთაც არა აქვთ გენიტალური მეჭეჭები.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

რეკომენდაცია:

- გენიტალური მეჭეჭების მართვის პროცესში არ არის აუცილებელი სქესობრივი პარტნიორების გამოკვლევა, რადგანაც მონაცემები არ მეტყველებს იმის სასარგებლოდ, რომ რე-ინფექციას შეუძლია შეასრულოს წამყვანი როლი რეციდივის განვითარებაში. (D)
- გენიტალური მეჭეჭების მკურნალობა მხოლოდ მომავალი ტრანსმისიის პრევენციის მიზნით რეკომენდებული არ არის, რადგანაც მკურნალობის ეფექტურობა ინფექციურობის შემცირების თვალსაზრისით უცნობია. (D)
- გენიტალური მეჭეჭებით დაავადებული პაციენტების სქესობრივი პარტნიორებისათვის რეკომენდებულია კონსულტირება და გამოკვლევა იმის შესაფასებლად, აქვთ თუ არა მათაც გენიტალური მეჭეჭები ან სხვა სგგდ. (D)
- გენიტალური მეჭეჭებით დაავადებული პაციენტების მდებდრობითი სქესის სქესობრივ პარტნიორებს უნდა შევახსენოთ, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ციტოლოგიური სკრინინგი რეკომენდებულია სქესობრივად აქტიური ყველა ქალისათვის. (D)

სქესობრივი პარტნიორების კონსულტირება მათთვის ქმნის შესაძლებლობას: 1) გაიგონ, რომ HPV ინფექცია გავრცელებულია და სავარაუდოდ აქვს ორივე პარტნიორს და 2) ქალ პარტნიორებს ჩაუტარდეთ შეფასება და სკრინინგი სგგდ-ზე და პაპ-ტესტი.

19.4 სპეციალური საკითხები

ორსულობა

იმიქიმოდი, პოდოფილინი და პოდოფილოქსი არ უნდა გამოვიყენოთ ორსულობის პერიოდში. თუმცა, იმის გამო, რომ გენიტალურ მეჭეჭებს ორსულობის პერიოდში შეიძლება ახასიათებდეთ პროლიფერაციისა და გაფაშარების ტენდენცია, მრავალი სპეციალისტი იხრება მათი მოცილების სასარგებლოდ ორსულობის დროს. მე-6 და მე-11 ტიპის HPV ვირუსებს შეუძლიათ რესპირატორული პაპილომატოზის გამოწვევა ჩვილებსა და ბავშვებში. ტრანსმისიის გზები (კერძოდ, ტრანსპლაცენტარული, პერინატალური, ან პოსტნატალური) ბოლომდე გარკვეული

არ არის. რამდენად ახდენს საკეისრო კვეთა რესპირატორული პაპილომატოზის პრევენციას, გაურკვეველია, ამიტომ საკეისრო კვეთა არ უნდა გაკეთდეს მხოლოდ HPV ინფექციის ახალშობილზე ტრანსმისიის პრევენციის მიზნით. საკეისრო კვეთა შესაძლოა ნაჩვენები იყოს იმ შემთხვევაში, როცა გენიტალური მეჭეჭების გამო მენჯის გამოსავალი ჩაკეტილია ან საშოსმხრივმა მშობიარობამ შესაძლოა გამოიწვიოს ჭარბი სისხლდენა. გენიტალური მეჭეჭების მქონე ორსულ ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება მათი ახალშობილების ან ბავშვების ხორხის მეჭეჭების (მორეციდიევ რესპირატორული პაპილომატოზის) ალბათობის მცირე, მაგრამ მაინც შესაძლო რისკის შესახებ¹⁹⁸. (II) კონტროლირებადი კვლევებით არ დასტურდება, რომ საკეისრო კვეთა ახდენს ამ მდგომარეობის პრევენციას.

რეკომენდაცია:

- გენიტალური მეჭეჭების მქონე ორსულ ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება მათი ახალშობილების ან ბავშვების ხორხის მეჭეჭების (მორეციდიევ რესპირატორული პაპილომატოზის) ალბათობის მცირე, მაგრამ მაინც შესაძლო რისკის შესახებ (B).

აივ ინფექცია

არ არსებობს მონაცემები იმის სასარგებლოდ, რომ სამკურნალო სქემები გარეთა გენიტალური მეჭეჭების შემთხვევაში უნდა განსხვავდებოდეს აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში. თუმცა აივ-ინფექციის ან სხვა მიზეზების გამო იმუნოსუპრესირებულ პირებს შესაძლოა აღენიშნებოდეთ მეჭეჭების მეტი რაოდენობა ან ფართი, იმდენად კარგად არ ემორჩილებოდნენ გენიტალური მეჭეჭების მკურნალობას, როგორც იმუნოკომპეტენტური პირები და აღენიშნებოდეთ მკურნალობის შემდეგ უფრო ხშირი რეციდივები^{199,200}. სქვამოზურ-უჯრედული კარცინომა, რომელიც ვითარდება გენიტალურ მეჭეჭში ან ემსგავსება მას, უფრო გავრცელებულია იმუნო სუპრესირებულ პირებში, რის გამოც ბიოფსიის საჭიროება დიაგნოზის დადასტურების მიზნით ამ დროს უფრო ხშირია. ჰომოსექსუალ აივ-ინფიცირებულ პირებში ანალური კიბოს მომატებული სიხშირის გამო სგდ-ს ზოგი ექსპერტი გვირჩევს ამ პოპულაციაში სკრინინგს ანალურ SIL-ზე ციტოლოგიური გამოკვლევის საშუალებით, თუმცა, მტკიცებულებები ანალური ინტრაეპითელიარული ნეპოლაზის ბუნების, სკრინინგული მეთოდების სანდოობის, მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის, აგრეთვე სკრინინგული მიდგომის პროგრამული ხელშემწყობი ფაქტორების შესახებ ლიმიტირებულია. მანამ სანამ არ შემუშავდება ახალი მონაცემები ანალური SIL-ის სკრინინგის თაობაზე, ამ სკრინინგული მიდგომის რეკომენდაცია შეუძლებელია.

სქვამოზურ-უჯრედული Carcinoma in Situ

პაციენტები, რომელთაც დაესვათ სქვამოზურ-უჯრედული carcinoma in situ-ს დიაგნოზი, უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან. ასეთ შემთხვევებში ჩვეულებრივ, ეფექტურია აბლაციური მკურნალობა, მაგრამ საჭიროა საგულდაგულო მეთვალყურეობა. ამ პათოლოგიის ფონზე გარეთა სასქესო ორგანოების სქვამოზურ-უჯრედული ინვაზიური კარცინომის განვითარების რისკი იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში უცნობია, თუმცა, სავარაუდოდ დაბალი უნდა იყოს. იმ

მამაკცთა მდედრობითი სქესის პარტნიორებს, რომელთაც აღენიშნებათ სქვამოზურ-უჯრედული carcinoma in situ, ცერვიკალური პათოლოგიების უფრო მაღალი რისკი აქვთ.

20. სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოზე ქალებში, რომლებიც მიმართავენ სგგდ-ის კლინიკებს ან აქვთ სგგდ-ის ანამნეზი

სგგდ-ის ანამნეზის მქონე ქალებს შესაძლოა საშვილოსნოს ყელის კიბოს მომატებული რისკი აღენიშნებოდეთ, ხოლო ქალებს, რომლებიც მიმართავენ სგგდ-ის კლინიკებს შეიძლება ჰქონდეთ სხვა რისკ-ფაქტორები, რაც მათ კიდევ უფრო დიდი რისკის ქვეშ აყენებს. გავრცელების შემსწავლელი კვლევები აჩვენებს, რომ საშვილოსნოს ყელის კიბოს-წინარე მდგომარეობები ხუთჯერ უფრო ხშირია იმ ქალებში, რომლებიც მიმართავენ სგგდ-ის კლინიკებს, ვიდრე იმ ქალებში, რომლებიც აკითხავენ ოჯახის დაგეგმვის კლინიკებს²⁰¹. სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოზე პაპ-ტესტის გამოყენებით წარმოადგენს ეფექტურ, იაფ სკრინინგ-ტესტს, რომლითაც შეიძლება საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბოს პრევენცია. რეკომენდაციები საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის პერიოდულობაზე ცვალებადობს ქვეყნების მიხედვით, მაგრამ ამერიკის კიბოს საზოგადოებისა და ამერიკის მეანობა-გინეკოლოგიის კოლეჯის გაიდალინებით რეკომენდებულია ყოველწლიური სკრინინგი 21-30 წლის ასაკის ქალებისათვის, ხოლო შემდეგ 2-3 წელიწადში ერთხელ ქალებისათვის, რომელთა ასაკიც ≥ 30 წელზე, თუკი წინა ყოველწლიური პაპ-ტესტის შედეგი ნეგატიურია^{202,203}.

რეკომენდაციები

- იმ ვიზიტის პერიოდში, როცა ტარდება ბიმანუალური გასინჯვა სგგდ-ზე სკრინინგის მიზნით, სამედიცინო წარმომადგენელმა უნდა გამოიკითხოს პაციენტის ყველაზე ბოლო პაპ-ტესტის შედეგის შესახებ და მასთან ერთად განიხილოს შემდეგი ინფორმაცია: (C)
 - პაპ-ტესტის მიზანი და მნიშვნელობა;
 - რეგულარული ტესტირების აუცილებლობა 21-65 წლის ასაკობრივ ჯგუფში;
 - რამდენად შესაძლებელია პაპ-ტესტის აღება ამ ვიზიტის დროს;
 - თუკი პაპ-ტესტი არ ტარდება მოცემულ ვიზიტზე, ადგილობრივი პროვაიდერების და რეფერალური კლინიკების დასახელება, რომელთაც შეუძლიათ პაპ-ტესტის ჩატარება და ჩვენების შემთხვევაში შედეგებზე ადექვატური კონტროლის უზრუნველყოფა.

თუკი ქალს არ ჩატარებია პაპ-ტესტი გასული 12 თვის განმავლობაში, მისი ჩატარება შესაძლებელია როგორც მცირე მენჯის რუტინული გამოკვლევის შემადგენელი ნაწილისა. სამედიცინო პროვაიდერებმა უნდა იცოდნენ, რომ ქალები ხშირად ერთმანეთთან აიგივებენ გინეკოლოგიურ გასინჯვასა და პაპ-ტესტს, მათ სჯერათ, რომ პაპ-ტესტი აღებულ იქნა მაშინ, როცა სინამდვილეში მხოლოდ გინეკოლოგიური გასინჯვა ჩატარდათ. ამიტომ მათ შესაძლოა არასწორად შეაფასონ უკანასკნელი პაპ-ტესტირების თარიღი. აქედან გამომდინარე, საოჯახო მედიცინის ცენტრებში საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის პროტოკოლის არსებობა მკაცრად რეკომენდებულია და რუტინული კლინიკური შეფასების დროს პაპ-ტესტის ჩატარება

კი – აუცილებლად გასათვალისწინებელი იმ ქალებში, რომელთაც არა აქვთ წერილობით დოკუმენტირებული ნორმალურ პაპ–ტესტის შედეგი უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

ქალისთვის შესაძლოა, სასარგებლო იყოს, მიეწოდოს ნაბეჭდი ინფორმაცია პაპ–ტესტის შესახებ და ფორმა, რომელშიც დაფიქსირებული იქნება პაპ–ტესტის აღების ფაქტი მისი კლინიკაში ვიზიტის პერიოდში. თუკი შესაძლებელია, პაპ–ტესტის შედეგის ასლი, უნდა მიეცეს პაციენტს მისი სამედიცინო ჩანაწერებისათვის.

20.1 მეთვალყურეობა

კლინიკებს, რომლებიც ატარებენ სკრინინგს საშვილოსნოს ყელის კიბოზე, რეკომენდაცია ეძლევათ, გამოიყენონ ციტოპათოლოგიური ლაბორატორია, რომელიც აღრიცხავს შედეგს ბეტესდას სისტემური კლასიფიკაციით^{204,†††} თუკი პაპ–ტესტის შედეგები პათოლოგიურია, შემდგომი მეთვალყურეობა ორგანიზებულ უნდა იქნას პათოლოგიური ცერვიკალური ციტოლოგიის მენეჯმენტის ASCCP–ს კონსენსუსური გაიდლაინების მიხედვით^{203,205}. თუკი საოჯახო მედიცინის ცენტრში არსებული რესურსებით შეუძლებელია პათოლოგიური შედეგების შემდგომი მეთვალყურეობის ორგანიზება, ადგილზე უნდა იყოს პროტოკოლები იმ ქალთათვის, რომელთაც ესაჭიროებათ რეფერალი და შემდგომი მენეჯმენტი. თუკი პაპ–ტესტის შედეგი მიუთითებს დაბალი ან მაღალი ხარისხის SIL–ზე, პაციენტი აუცილებლად უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან ქვედა სასქესო ტრაქტის კოლპოსკოპიისათვის და თუ ნაჩვენებია კოლპოსკოპიური ბიოფსიისათვის. პაციენტებისათვის პაპ–ტესტის ორაზროვანი შედეგით, რაც მიუთითებს ASC-US–ს, შემდგომი სამოქმედო გეგმისათვის მოწოდებულია სამი ალტერნატივა: 1) სასწრაფო კოლპოსკოპია, 2) განმეორებითი პაპ–ტესტი 6 თვეში ერთხელ სამჯერ, და 3) ტესტი HPV–ის დნმ–ზე. ASC-US შემთხვევაში ქალები შესაძლოა წარმოადგენდნენ სასწრაფო კოლპოსკოპიის კანდიდატებს, თუკი არსებობს ეჭვი ქალის დამყოლობაზე რეკომენდებული მეთვალყურეობის მიმართ ან სხვა კლინიკური ჩვენებების დროს. მაღალი ხარისხის ჰისტოლოგიური ცვლილებების არსებობა ASC-US–ის შემდეგ პაპ–ტესტის საშუალებით ჩვეულებრივ შემთხვევათა <10%–ში გვხვდება.

თუკი ASC-US –ის შედეგების მისაღვევებლად გამოიყენება განმეორებითი პაპ–ტესტი, იგი უნდა ჩატარდეს 6–თვიანი ინტერვალებით, სანამ სამი ნორმალური შედეგი არ მიიღება ქალის დუბრუნებამდე მისი ასაკობრივი ჯგუფისათვის მისაღებ ნორმალურ სკრინინგულ ინტერვალში. თუკი მომდევნო პაპ–ტესტში აღინიშნება SIL–ის პროგრესირება, მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს პათოლოგიური ცერვიკალური ციტოლოგიის მენეჯმენტის ASCCP–ს კონსენსუსური გაიდლაინების მიხედვით (კერძოდ, ხშირი კოლპოსკოპია და პირდაპირი ცერვიკალური ბიოფსია). თუკი იდენტიფიცირებულია HPV–საგან განსხვავებული სპეციფიური ინფექცია, პაციენტს შეიძლება დასჭირდეს განმეორებითი პაპ–ტესტი ამ ინფექციის მკურნალობის შემდეგ. შემთხვევათა უმრავლესობაში, ზოგიერთი მძიმე ინფექციის არსებობის

^{†††} ცერვიკალური/ვაგინალური ციტოლოგიური შედეგების აღრიცხვის ბეტესდას სისტემა პათოლოგიური შედეგებისათვის იყენებს ტერმინებს „დაბალი ხარისხის SIL“ და „მაღალი ხარისხის SIL“²⁰⁴. დაბალი ხარისხის SIL მოიცავს HPV–სთან ასოცირებულ ციტოლოგიურ ცვლილებებსა და მსუბუქ დისპლაზიას. მაღალი ხარისხის SIL მოიცავს ციტოლოგიურ ცვლილებებს, რომლებიც ასოცირებულია საშუალო ხარისხის დისპლაზიასთან, მძიმე დისპლაზიასა და carcinoma in situ–სთან. ციტოლოგიური შედეგები უნდა განვასხვავოთ ჰისტოლოგიური შედეგებისაგან, რომლებიც მიიღება ბიოპტატის გამოკვლევისას.

შემთხვევაშიც კი პაპ-ტესტი შეიძლება დამაკმაყოფილებელი იყოს შეფასებისათვის, ასე რომ მათი წაკითხვა შესაძლებელია და საბოლოო დასკვნის დადებას არ სჭირდება მკურნალობა და განმეორებითი პაპ-ტესტი.

ASC-US Pap-ტესტის შედეგების მქონე ქალთა მენეჯმენტის მესამე სტრატეგია მოიცავს HPV-ს დნმ-ზე ტესტირებას. იმის გამო, რომ HPV-ზე ტესტირება ყველა კლინიკაში შესაძლებელი არ არის არასაკმარისი რესურსების გამო, ამგვარი კვლევის ჩატარება შეიძლება სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. თუკი მაღალი რისკის HPV დნმ-ის ტესტი დადებითია, ქალები დაუყოვნებლივ იგზავნიან კოლპოსკოპიურ გამოკვლევაზე, და ჩვენების შემთხვევაში პირდაპირ ცერვიკალურ ბიოფსიაზე. იმის გამო, რომ კლინიკების უმრავლესობას, მათ შორის, საოჯახო მედიცინის ცენტრებს არ შეუძლიათ შესაბამისი მეთვალყურეობის ორგანიზება ქალებისათვის, რომელთა პაპ-ტესტის შედეგი განისაზღვრება, როგორც დაბალი ან მაღალი ხარისხის SIL ან ASC-US, მათ ხშირად სჭირდებათ რეფრალი სხვა კლინიკებში კოლპოსკოპიისა და ბიოფსიისათვის. კლინიკებმა, რომლებიც ატარებენ პაპ-ტესტით სკრინინგს, მაგრამ პათოლოგიური შედეგის შემთხვევაში არ შეუძლიათ კოლპოსკოპიის უზრუნველყოფა ადგილზე, უნდა მოახდინონ რეფრალის ორგანიზება სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც: 1) პაციენტს სწრაფად ჩაუტარდება შეფასება და მკურნალობა, და 2) შეფასების შედეგი მიეწოდება გამგზავნ დაწესებულებას. კლინიკებმა უნდა შეიმუშავონ პროტოკოლები, რომლითაც მოხდება იმ ქალების იდენტიფიცირება, რომელთაც გააცდინეს საკონტროლო ვიზიტი, ისე, რომ შესაძლებელი იყოს ამ ქალების ლოკალიზება და მოწვევა საჭირო კვლევებისა და მენეჯმენტის მიზნით, ხოლო ამგვარი პროტოკოლების ხელახალი შეფასება უნდა მოხდეს რუტინულად. პაპ-ტესტის შედეგები, განმეორებითი ვიზიტის ტიპი და ადგილი, აგრეთვე საკონტროლო ვიზიტის შედეგები ნათლად უნდა იყოს დოკუმენტირებული პაციენტის სამედიცინო რუქაში. კოლპოსკოპიური და ბიოფსიური სერვისების ჩამოყალიბება ადგილობრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტში, განსაკუთრებით გარემოებებში, როცა რეფერალი გართულებულია ხოლო მეთვალყურეობა – გაურკვეველი, გასათვალისწინებელია თუკი არსებობს ხელმისაწვდომი რესურსები.

რეკომენდაციები:

Pap-ტესტის ჩატარებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი საკითხები:(D)

- პაპ-ტესტი არ უნდა გამოვიყენოთ სგგდ-ზე სკრინინგის მიზნით;
- ყველა ქალს სქესობრივი ორიენტაციის მიუხედავად (ჰეტეროსექსუალებსა და მათ, ვინც თავის თავს თვლის ლესბოსელად ან ბისექსუალად) საოჯახო მედიცინის კლინიკაში უნდა ერჩიოს სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოზე;
- თუკი ქალს აღენიშნება მენუესი, პაპ-ტესტი უნდა გადაიდოს და ქალს ერჩიოს მისი ჩატარება პირველივე შესაძლებლობისთანავე;
- ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენის გამო პაპ-ტესტი არ უნდა გადაიდოს. ტესტის ჩატარება შესაძლებელია გამონადენის ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული ბამბის ტამპონით ფრთხილად მოცილების შემდეგ;

- გარეთა სასქესო ორგანოების მექანიკური შემთხვევაში ქალებს არ ესაჭიროებათ უფო ხშირი სკრინინგი პაპ-ტესტის საშუალებით, ვიდრე იმ ქალებს, რომელთაც ეს პათოლოგია არ აღენიშნებათ, თუკი არ არის სხვა ჩვენება;
- პაპ-ტესტისა და სხვა ცერვიკო-ვაგინალური გამოსაკვლევი ნიმუშების აღების თანმიმდევრობა, როგორც ჩანს, არ უნდა მოქმედებდეს ტესტის შედეგებზე ან მათ ინტერპრეტაციაზე. ამიტომ, როცა ტარდება ნიმუშების აღება კულტურალური ან სგდ-ის სხვა გამოკვლევისათვის, პაპ-ტესტი შესაძლებელია აღებულ იქნეს ბოლოს;
- ქალებს, რომელთაც ჩაუტარდათ ჰისტერექტომია, არ ესაჭიროებათ რუტინული პაპ-ტესტი, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ჰისტერექტომია გაკეთდა საშვილოსნოს ყელის კიბოს ან მისი წინარე მდგომარეობის გამო. ასეთ სიტუაციაში, თუ შესაძლებელია, ქალებს უნდა ერჩიოთ მეთვალყურეობა იმ სამედიცინო პროვაიდერის მიერ, რომელიც უწევდა მას მომსახურებას ჰისტერექტომიის დროს. თუკი ყელი რჩება ჰისტერექტომიის შემდეგ, ქალს რეგულარულად უნდა ჩაუტარდეს პაპ-ტესტი;
- სამედიცინო პროვაიდერები, რომელთაც ჩაუტარდათ ბაზისური სწავლება პაპ-ტესტის აღების საკითხებში და კლინიკები, სადაც გამოიყენება ხარისხის უზრუნველყოფის მარტივი მეთოდები, უფრო ნაკლები სიხშირით იღებენ ტექნიკურად არადამაკმაყოფილებელ ტესტებს. ციტო-ჯაგრისების გამოყენება აგრეთვე აუმჯობესებს ტექნიკურად დამაკმაყოფილებელი შედეგების რიცხვს.

რამდენადაც მტკიცებულებების საფუძველზე გამართლებულია ტრიაჟის მიზნით ASC-US Pap-ტესტის შედეგის მქონე ქალთა ტესტირება HPV-ზე, ამის ჩატარება არ არის მისაღები მისაღები საოჯახო მედიცინის ცენტრში შეზღუდული რესურსების გამო. HPV-ტესტირების ხარჯთ-ეფექტურობის შესაფასებელი კვლევები ASC-US Pap-ტესტის შედეგების მქონე ქალთა ტრიაჟის მიზნით ამჟამად მიმდინარეობს. შესაძლოა ამ თავლსაზრისით უფრო ხარჯთ-ეფექტურ სტრატეგიას წარმოადგენდეს საწყისი ვიზიტის დროს, როდესაც პაპ-ტესტს იღებენ, თხევად ნიადაგზე მოთავსებული ცერვიკალური ნაცხის მასალის შეგროვება (ე.წ. ციტოლოგია თხევად საფუძველზე ან ცალკე აღებული ნაცხი, რომელიც ინახება HPV-ს დნმ-ის სატრანსპორტო ნიადაგზე). როდესაც პაპ-ტესტის შედეგი ხელმისაწვდომია, HPV-ს დნმ-ის ტესტირება, თუკი ნაჩვენებია, შესაძლოა ჩატარდეს ნარჩენ მასალაზე, ისე, რომ საჭირო არ გახდეს პაციენტის დამატებითი ვიზიტი კლინიკაში.

ციტოლოგია თხევად საფუძველზე წარმოადგენს საყოველთაოდ მიღებული პაპ-ტესტის ალტერნატივას; მას უფრო მაღალი მგრძობელობა ახასიათებს SIL-ის აღმოჩენის თვალსაზრისით და შესაძლოა ASC-US-ის მქონე ქალების HPV-ტესტირებისათვის წარმოადგენდეს დამხმარე საშუალებას. თუმცა, თხევად საფუძველიან ციტოლოგიურ გამოკვლევას უფრო დაბალი სპეციფიურობა ახასიათებს, რასაც თან სდევს მეტი ცრუ დადებითი შედეგები, და აქედან გამომდინარე, ადმინისტრაციული და პაციენტის სახსრების უფრო მეტი დანახარჯი, რასაც შეუძლია შეამციროს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგის ხარჯთ-ეფექტურობა და გაზარდოს პაციენტისათვის ზიანის რისკი შემდგომი საკონტროლო არასაჭირო ტესტების ჩატარების აუცილებლობის გამო.

20.2 სპეციალური საკითხები

ორსულები

ორსულ ქალებს უნდა ჩაუტარდეთ პაპ-ტესტი, როგორც რუტინული პრენატალური მეთვალყურეობის ნაწილი. ორსულებში პაპ-ტესტის აღების მიზნით შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ციტო-ჯაგრისი ან აიერსის შპადელი.

აივ ინფექცია

რამდენიმე კვლევაში დადასტურდა SIL-ის გავრცელების ზრდა აივ-ინფიცირებულ ქალებში^{206,207}.(III) რეკომენდაციები აივ-ინფიცირებულ ქალებში პაპ-ტესტის საშუალებით სკრინინგის შესახებ იხ. აივ/შიდს-ის მართვის ნაციონალურ გაიდლაინში.

21. სგდ რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია ვაქცინაციით

ზოგიერთი სგდ-ის პრევენცია ეფექტურადაა შესაძლებელი კონტაქტამდე ვაქცინაციით. გარკვეული სგდ-ის, მათ შორის, HIV-ისა HSV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინები ამჟამად შექმნის პროცესშია ან გადიან კლინიკურ კვლევებს. თუმცა, ამჟამად ხელმისაწვდომ ვაქცინებს მიეკუთვნება ვაქცინები HAV, HBV, და HPV-ინფექციების პრევენციისათვის. ვაქცინაციის სტრატეგია მიმართულია ამ ხელმისაწვდომი ვაქცინების ინტეგრირებისაკენ სგდ-ის პრევენციისა და მკურნალობის აქტივობებში.

ყველა პირს, რომელთაც უტარდებათ შეფასება ან მკურნალობა სგდ-ზე და ჯერ არიან ვაქცინირებული, უნდა ჩაუტარდეთ აცრა B ჰეპატიტის წინააღმდეგ. დამატებით, ზოგიერთ პირს (მაგ.: MSM-სა და არალეგალური წამლების მომხმარებლებს) უნდა ჩაუტარდეს აცრა A ჰეპატიტზე. A ჰეპატიტისა და HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინაცია არ შედის ვაქცინაციის სახელმწიფო პროგრამაში, თუმცა მათი ჩატარება შესაძლებელია კერძო სამედიცინო კლინიკებში.

21.1. ცხრილი: HPV-ს საწინააღმდეგო ვაქცინის დანიშვნის ინფორმაცია

გამოყენება	HPV 6, 11-ის მიერ გამოწვეული გენიტალური მეჭეჭების პრევენცია
	HPV 16, 18-ის მიერ გამოწვეული საშვილოსნოს ყელისა და ანო-გენიტალური კიბოსა და კიბოსწინარე მდგომარეობების პრევენცია
	(არ გამოიყენება აქტიური გენიტალური მეჭეჭებისა და ანო-გენიტალური კიბოს წინააღმდეგ სამკურნალოდ)
ჩვენება	აშშ-ში მდედროთი სქესის წარმომადგენლები; დამტკიცებული ასაკობრივი ჯგუფია 9-26 წწ, ხოლო რეკომენდებულია ვაქცინაცია 11-12 წლის ასაკში
	მაქსიმალურად ეფექტურია კონტაქტამდე ვაქცინაცია
წინასწარი სკრინინგი	არ ტარდება

დოზირება	სამი ინტრამუსკულარული ინექცია 6 თვის განმავლობაში: 1–ლ დღეს, 2 თვეში, და 6 თვეში
	არ არის ცოცხალი ვაქცინა
	შესაძლოა გაკეთდეს ასაკისათვის შესაბამის სხვა ვაქცინებთან ერთად
მოცვა	აშშ–ს შესაბამისი ასკობრივი ჯგუფის ქალების დაახლოებით 15%
ფასი	დაახლოებით 360 ლარი – ერთი სერია
გვერდითი ეფექტები	საინექციო ადგილას: ტკივილი(84%), შეშუპება (25%), ჰიპერემია (25%), და ქავილი (3%)
მომავალში	შესაძლოა გამოყენება მამაკაცებში კოლექტიური იმუნიტეტისათვის

2006 წელს FDA–ს მიერ დამტკიცდა ორი ანტივირუსული პროფილაქტიკური ვაქცინა: ადამიანის პაპილომა–ვირუსისა (HPV) და ჰერპეს–ზოსტერის (HZ) საწინააღმდეგო ვაქცინები. მათი დანერგვა, სავარაუდოდ, ზეგავლენას მოახდენს ამ ვირუსებთან დაკავშირებულ ავადობაზე.

HPV–ს საწინააღმდეგო კვადრивალენტური ვაქცინა (Gardasil®, Merck and Co; Rahway, NJ) წარმოადგენს ვირუსის 6, 11, 16 და 18 ტიპების L1 კაპსიდური პროტეინისაგან მიღებულ რეკომბინანტულ ვირუსისმაგვარი ნაწილაკების ნარევს. 6 თვის განმავლობაში გასაკეთებელი სამი დოზის ღირებულებაა \$360. ამგვარი სქემით ვაქცინაცია ამცირებს ამ ოთხი ტიპით გამოწვეულ ინფექციებს დახლოებით 90%–ით სამი წლის შემდეგ. იგი დამტკიცებულია ქალთა 9–26 წლის ასაკობრივ ჯგუფში გამოსაყენებლად, ხოლო რეკომენდებულია აცრების დაწყება 11–12 წლის ასაკისათვის. ხმარებამდე არ არის საჭირო წინასწარი HPV ან Pap–ტესტირება. HPV–ს საწინააღმდეგო მეორე ვაქცინას მიეკუთვნება ბივალენტური ვაქცინა ვირუსის მე–16 და მე–18 ტიპების ნარევიდან, რომელიც ჯერ კიდევ შემუშავების სტადიაშია და მისი გამოყენება ჯერ არ დამტკიცებულა.

2006 წლის ივნისში დამტკიცების მომენტიდან ამერიკაში 9–26 წლის ასაკის ქალების 36,6 მილიონიდან მხოლოდ 5,33 მილიონმა(14,6%–მა) მიიღო აღნიშნული ვაქცინა. მთელს მსოფლიოში კიდევ გაკეთდა დაახლოებით 3,33 მილიონი ვაქცინა. ამ დაბალი ათვისების შესაძლო მიზეზებია ღირებულება, დამყოლობა, განათლება და სგდ–ის წინააღმდეგ ვაქცინაციის შესახებ წარმოდგენა. თუმცა, ევროპაში ვაქცინა დამტკიცებულია როგორც ქალებისათვის (9–26 წლის ასაკში) ისე მამაკაცებისათვისაც (9–15 წლის ასაკობრივ ჯგუფში). ბიჭების ვაქცინაციის მიზეზი მდგომარეობს იმაში, რომ შემცირდეს ანო–გენიტალური კიბოს სიხშირე, ისევე როგორც შეიქმნას მოსახლეობის იმუნური ფენა, რათა შემცირდეს საშვილოსნოს ყელის კიბოს სიხშირე არავაქცინირებულ ქალებში. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ–ში ყოველწლიურად HPV–სთან დაკავშირებული ინფექციების პრევენციისა და მკურნალობის მიზნით იხარჯება დაახლოებით \$4 ბილიონი, ამ ვაქცინის შემდგომი გავრცელება მთელს მსოფლიოში განსაკუთრებით სასარგებლო იქნება განვითარებადი ქვეყნებისათვის, სადაც არ არის დანერგილი სკრინინგის აგრესიული პროგრამები.

21.2 ჰეპატიტი A – განმარტება, ეპიდემიოლოგია, ეტიოპათოგენები

A ჰეპატიტს, რომელსაც იწვევს HAV–ინფექცია, აქვს დაახლოებით 28 დღიანი ინკუბაციური პერიოდი (ვარიაცია: 15–50 დღე). HAV–ვირუსი მრავლდება ღვიძლში და მალე კონცენტრაციით გამოიყოფა ფეკალურ მასებში კლინიკური დაავადების გამოვლინებამდე 2 კვირისა და მისი დაწყებიდან 1 კვირის განმავლობაში. HAV–ინფექცია თვით–ლიმიტირებადი დაავადებაა, რომელიც არ იწვევს ქრონიკული ინფექციის ან ღვიძლის ქრონიკული დაავადების განვითარებას. თუმცა, პაციენტების დაახლოებით 10–15%–ს შესაძლოა განუვითარდეს სიმპტომების რეციდივი მწვავე დაავადებიდან 6 თვის განმავლობაში. ღვიძლის მწვავე უკმარისობა A ჰეპატიტის გამო იშვიათია (საერთო ფატალური შემთხვევების რიცხვი: 0,5%). სიმპტომური ინფექციის რისკი პირდაპირ კავშირშია ასაკთან; მოზრდილთა 80%–ზე მეტში სახეზეა სიმპტომები, რომლებიც დამახასიათებელია მწვავე ვირუსული ჰეპატიტისათვის და ბავშვების უმრავლესობაში ხასიათდება ასიმპტომური ან შეუცნობელი მიმდინარეობით. HAV–ინფექციის საწინააღმდეგოდ გამომუშავებული ანტისხეულები პერსისტირებს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და უზრუნველყოფს დაცვას რე–ინფექციის წინააღმდეგ.

HAV–ინფექციის პირველადი გადაცემის გზა ფეკალურ–ორალურია, პიროვნების პიროვნებასთან ან დაბინძურებულ საკვებთან და წყალთან კონტაქტის შედეგად. მიუხედავად იმისა, რომ ვირემია ვითარდება ინფიცირების ადრეულ ვადაზე და შესაძლოა პერსისტირებდეს სიმპტომების დაწყებიდან რამდენიმე კვირის განმავლობაში, HAV–ის სისხლით გადაცემა უჩვეულოა. HAV–ის აღმოჩენა დროდადრო შესაძლებელია ექსპერმენტულად ინფიცირებული ცხოველების ნერწყვში, მაგრამ ტრანსმისია ნერწყვის საშუალებით დემონსტრირებული არ იქნა.

A ჰეპატიტის აღრიცხულ შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარში არ აღინიშნება სპეციფიური რისკ–ფაქტორების არსებობა. დადგენილი რისკ–ფაქტორების მქონე მოზრდილებს შორის შემთხვევათა უმრავლესობა გვხვდება MSM–ში, არალეგალური წამლების მომხმარებლებსა და უცხო ქვეყნებში მოგზაურებში²⁰⁸. იმის გამო, რომ HAV–ის ტრანსმისია სქესობრივი აქტივობის დროს სავარაუდოდ ხდება ფეკალურ–ორალური კონტაქტის გამო, ის მეთოდები, რომლებიც ტიპიურ შემთხვევებში გამოიყენება სგდ–ის პევენციისათვის (მაგ.: კონდომის გამოყენება) არ ახდენს HAV ტრანსმისიის თავიდან აცილებას. გარდა ამისა, პირადი ჰიგიენის ხელშეწყობისაკებ მიმართული ღონისძიებები არ არის წარმატებული A ჰეპატიტის აფეთქებების შეჩერების მიზნით. ვაქცინაცია ყველაზე ეფექტური საშუალებაა HAV–ტრანსმისიის პრევენციისათვის იმ პირებს შორის, რომელთაც ინფექციის რისკი აღენიშნებათ და რომელთაგანაც ბევრმა შეიძლება მიმართოს მომსახურებისათვის სგდ–ის კლინიკებს.

21.2.1 დიაგნოზი

A ჰეპატიტის დიაგნოზის დასმა არ შეიძლება მხოლოდ კლინიკური ნიშნების საფუძველზე და აუცილებელია სეროლოგიური ტესტირება. HAV–ის საწინააღმდეგო IgM ანტისხეულების არსებობა მწვავე ინფექციის სადიაგნოსტიკოა. ტოტალურ ანტი–HAV ანტისხეულებზე დადებითი ტესტი მიუთითებს იმუნიტეტს HAV–ინფექციის წინააღმდეგ, მაგრამ მისი საშუალებით შეუძლებელია ამჟამინდელი ინფიცირებისა და წარსულში გადატანილი დაავადების განსხვავება. მიუხედავად იმისა, რომ ანტი–HAV ტესტები ჩვეულებრივ საკმარისად მგრძობიარე არ არის იმისათვის, რომ განისაზღვროს დაცვითი ანტისხეულების დაბალი დონე

ვაქცინაციის შემდეგ, ისინი შესაძლოა მაინც დადებითი იყოს A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის შემდეგ.

21.2.2 მკურნალობა

პაციენტებს მწვავე A ჰეპატიტით ჩვეულებრივ, მხოლოდ მხარდამჭერი მკურნალობა ესაჭიროებათ, დიეტისა და აქტივობის შეზღუდვის გარეშე. ჰოსპიტალიზაცია შეიძლება დასჭირდეთ პაციენტებს, რომელთაც უვითარდებათ დეჰიდრატაცია ლებინების გამო და აუცილებელია მათთვის, ვისაც ღვიძლის მწვავე უკმარისობის ნიშნები აღენიშნება. მედიკამენტები, რომელთაც შეუძლიათ ღვიძლის დაზიანება, ან რომლებიც მეტაბოლიზდებიან ღვიძლში, სიფრთხილით უნდა დაინიშნოს A ჰეპატიტით დაავადებულებში.

21.2.3 პრევენცია

HAV ინფექციის პრევენციისათვის ხელმისაწვდომია ორი პროდუქტი: A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა და იმუნოგლობულინი (Ig) კუნთში. A ჰეპატიტის ვაქცინა მზადდება ფორმალინით ინაქტივირებული, უჯრედული კულტურით მიღებული HAV-დან და აშშ-ში ხელმისაწვდომია 1995 წლიდან, დასაწყისში პირებისათვის, რომელთა ასაკიც ≥ 2 წელზე. 2005 წელს ვაქცინა დამტკიცდა FDA-ს მიერ პირებისათვის, რომელთა ასაკიც ≥ 12 თვეზე. ინტრამუსკულარულად ორი დოზის სახით დანიშვნის შემდეგ ეს ვაქცინა იწვევს დამცველი ანტისხეულების შესაბამისი დონის გამომუშავებას თითქმის ყველა მოზრდილში. პირველი დოზიდან 1 თვეში, მოზრდილთა 94–100%-ს აქვს დამცველი ანტისხეულები; მოზრდილთა 100%-ს ანტისხეულები უმუშავდება მეორე დოზის მიღების შემდეგ. რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევებში კონტაქტამდე A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის ერთი დოზის დანიშვნა შემთხვევათა 94–100%-ში ეფექტური იყო კლინიკური A ჰეპატიტის განვითარების პრევენციის თვალსაზრისით²⁰⁹. ანტისხეულების შემცირების კინეტიკური მოდელი გვიჩვენებს, რომ მათი დამცველი დონე პერსისტირებს სულ მცირე, 20 წლის განმავლობაში.

რეკომენდებული რეჟიმი: A ჰეპატიტის ვაქცინაციის დოზირება და გრაფიკი

ვაქცინა	ასაკი (წელი)	დოზა*	რაოდენობა(მლ)	ორი დოზის გრაფიკი(mos) †
HAVRIX§	1-18	720 (EL.U.)	0.5	0, 6–12
	>18	1,440 (EL.U.)	1.0	0, 6–12
VAQTA¶	1-18	25 (U)	0.5	0, 6–18
	>18	50 (U)	1.0	0, 6–18

* EL.U. = ენზიმური იმუნოსორბენტული კვლევა (ELISA) U = ერთეული.

† 0 თვე წარმოადგენს საწყისი დოზის დაწყებას; მომდევნო რიცხვები მიუთითებს დროის ინტერვალს საწყისი დოზის შემდეგ

§ A ჰეპატიტის ვაქცინა, ინაქტივირებული, GlaxoSmithKline Biologicals. ეს ვაქცინა ასევე ლიცენზირებულია 3-დოზიანი სერიისათვის ბავშვებში, რომელთა ასაკიც 1–18 წელია, 360 EL.U., 0.5-მლ დოზა 0, 1, და 6–12 თვეში.

¶ A ჰეპატიტის ვაქცინა, ინაქტივირებული, Merck & Co., Inc.

კომბინირებული A და B ჰეპატიტის ვაქცინები შეიქმნა და ლიცენზირებულია 3-დოზიანი სერიის სახით ≥ 18 წელზე ასაკის მოზრდილებისათვის (იხ.: [ცხრილი 3, ჰეპატიტი B](#)). როდესაც ის ინიშნება კუნთში 0-, 1-, და 6-თვიანი ინტერვალის სქემით, ვაქცინა მონოვალენტურის ექვივალენტური იმუნურობით ხასიათდება.

- A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა ნაჩვენებია ბავშვებისა და მოზრდებისათვის, რომელთა ასაკიც < 19 წელზე ბავშვთა ვაქცინაციის პროგრამაში.
- იმუნოგლობულინი წარმოადგენს ადამიანის პლაზმიდან მიღებული იმუნოგლობულინების სტერილურ ხსნარს, რომლის დამუშავებაც ხდება ეთანოლის ცივი ფრაქციონირებით. აშშ-ში იმუნოგლობულინი მზადდება მხოლოდ იმ პლაზმისაგან, რომელიც გაივლის ტესტირებას და ნეგატიურია B ჰეპატიტის ზედაპირულ ანტიგენზე, ანტისხეულებზე აივ-ისა და HCV-ს წინააღმდეგ, აგრეთვე HCV-ს რნმ-ზე. დამატებით, იმუნოგლობულინის დასამზადებლად გამოყენებული პროცესის დროს ხდება ვირუსების (მაგ.: HBV, HCV და აივ-ის) ინაქტივაცია. როდესაც იმუნოგლობულინი ინიშნება კუნთში HAV-ის ზემოქმედებამდე ან მისი ზემოქმედების შემდეგ 2 კვირის განმავლობაში, იგი 85%-ზე მაღალ ეფექტურობას ამჟღავნებს HAV ინფექციის პრევენციაში.

რეკომენდაცია:

- შემდეგი ჯგუფის პაციენტებს, რომელთაც მაღალი ალბათობით შესაძლოა იმკურნალონ სგდ-ის გამო, უნდა ერჩიონ A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია: 1) ყველა MSM-ს; 2) არალეგალური წამლების (როგორც ინექციურის, ისე არაინექციურის) მომხმარებლებს და

3) ღვიძლის ქრონიკული დაავადებით დაავადებულებს, მათ შორის, პირებს ქრონიკული HBV და HCV ინფექციით, რომელთაც ღვიძლის ქრონიკული დაზიანების ნიშნები აქვთ.

მგრძნობელობაზე ვაქცინაციამდელი სეროლოგიური ტესტირება

მოსახლეობის დაახლოებით ერთ მესამედს აღენიშნება გადატანილი HAV ინფექციის სეროლოგიური მტკიცებულება, რომელიც ასაკთან ერთად პირდაპირპროპორციულად იზრდება და 75%-ს აღწევს 70 წელზე მეტი ასაკის პირებში. HAV ინფექციაზე სკრინინგი შესაძლოა ხარჯთ-ეფექტური იყოს იმ პოპულაციაში, სადაც ინფექციის გავრცელება სავარაუდოდ მაღლია (მაგ.: 40 წელზე მეტი ასაკის პირებში და პირები, რომლებიც HAV ინფექციის ენდემიური გავრცელების ტერიტორიაზე დაიბადნენ). ტესტირების პოტენციური ხარჯთ-ეფექტურობა უნდა შეფასდეს მისი ფასისა და იმის საპირისპიროდ, რომ ტესტირებამ შესაძლოა შემოქმდება მოახდინოს ვაქცინაციის დაწყებაზე. უკვე იმუნური პირის ვაქცინაცია საზიანო არ არის.

ცხრილი №3

მოზარდებისა და მოზრდილებისათვის ამჟამად ლიცენზირებული B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის რეკომენდებული დოზები

ჯგუფი	ერთანტიგენიანი ვაქცინა				კომბინირებული ვაქცინა	
	რეკომბინაჟი HB®		ენგერიქსი-B®		თვირნიქსი®*	
	დოზა (µg) †	რაოდენობა (მლ)	დოზა (µg) †	რაოდენობა (მლ)	დოზა (µg) †	რაოდენობა (მლ)
11–19 წლის მოზარდები [§]	5	0.5	10	0.5	NA	NA
11–15 წლის მოზარდები**	10	1.0	NA	NA	NA	NA
≥20 წელზე მოზრდილები	10	1.0	20	1.0	20	1.0
< 20 წელზე ჰემოდიალიზზე მყოფი და სხვა იმუნოკომპრომეტირებული პირები [§]	5	0.5	10	0.5	NA	NA
≥20 წელზე ჰემოდიალიზზე მყოფი და სხვა იმუნოკომპრომეტირებული პირები	40	1.0	40 ^{§§}	2.0	NA	NA

* კომბინირებული A და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა. ეს ვაქცინა რეკომენდებულია პირებისათვის, რომელთა ასაკიც >18 წელზე და აღენიშნებათ B და A ჰეპატიტის ვირუსული ინფექციის მაღალი რისკი.

† რეკომბინანტული B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენის ცილა მიკროგრამების დოზით.

§ პედატრიული ფორმულა, რომელიც ინიშნება 3-დოზიანი სქემით; უფრო მაღალი დოზები შესაძლოა უფრო იმუნოგენური იყოს, მაგრამ შესაბამისი რეკომენდაციები შემუშავებული არ

არის.

¶ NA –არ გამოიყენება.

** მოზრდილების ფორმულა, რომელიც ინიშნება ორ დოზად.

დიალიზის ფორმულა, რომელიც ინიშნება 3-დოზიანი სქემით 0, 1, და 6 თვის ინტერვალით
§§ მოზრდილების ფორმულის ორი 1.0-მლ დოზა, რომელიც ინიშნება ერთ ადგილას 4-დოზიანი სქემით 0, 1, 2, და 6 თვის ინტერვალით.

ვაქცინაციის შემდგომი სეროლოგიური ტესტირება

ვაქცინაციის შემდგომი სეროლოგიური ტესტირება ნაჩვენები არ არის, რადგანაც პაციენტთა უმრავლესობა შესაბამისად პასუხობს ვაქცინის შეყვანას. გარდა ამისა, კომერციულად ხელმისაწვდომი სეროლოგიური ტესტების უმრავლესობა საკმარისად მგრძობიარე არ არის იმისათვის, რომ განსაზღვროს ვაქცინაციით პროდუცირებული ანტისხეულების დაბალი, მაგრამ დაცვისათვის საკმარისი დონე.

ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა

წარსულში არავაქცინირებული პირები, რომელთაც განიცადეს HAV–ის ზემოქმედება (კერძოდ, საყოფაცხოვრებო ან სქესობრივი კონტაქტით, ან არალეგალური წამლების გაზიარებით პირთან, რომელიც დაავადებულია A ჰეპატიტით) უნდა აიცრან იმუნოგლობულინის ერთი დოზით კუნთში (0,02მლ/კგ) კონტაქტიდან რაც შეიძლება მალე, მაგრამ არა უგვიანეს 2 კვირისა. პირებს, რომელთაც მიიღეს A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა HAV–ის ზემოქმედებამდე სულ მცირე, 1 თვით ადრე, არ ესაჭიროებათ იმუნოგლობულინი. თუკი A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა რეკომენდებულია იმ პირისათვის, რომელსაც უკეთდება იმუნოგლობულინი, იგი შეიძლება გაკეთდეს ერთდროულად განსხვავებულ ანატომიურ საინექციო ადგილში. მხოლოდ A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის გამოყენება არ არის რეკომენდებული ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკისათვის.

21.2.4 სპეციალური საკითხები

მონაცემები იმის შესახებ, რომ ღვიძლის ქრონიკული დაავადების ან აივ–ინფექციის მქონე პირების ვაქცინაცია უფრო დაბალი სერორეაქტიულობის დონით ან ანტისხეულების ნაკლები კონცენტრაციით ხასიათდება, ლიმიტირებულია²¹⁰. აივ–ინფიცირებულ პირებში ანტისხეულების პასუხი შესაძლოა პირდაპირ კავშირში იყოს CD4+ უჯრედების დონესთან.

21.3 B ჰეპატიტი – განმარტება, ეპიდემიოლოგია, ეტიოპათოგენეზი

B ჰეპატიტს იწვევს HBV ვირუსით ინფექცია. ინკუბაციური პერიოდი კონტაქტიდან სიმპტომების გაჩენამდე შეადგენს 6 კვირიდან 6 თვემდე შუალედს. HBV ვირუსი ყველაზე მაღალი კონცენტრაციით გვხვდება სიხლში და შედარებით დაბალი კონცენტრაციით ორგანიზმის სხვა სითხეებში (მაგ.: სპერმაში, საშოს გამონადენსა და ჭრილობის ექსუდატში). HBV ინფექცია შესაძლოა იყოს თვით–ლიმიტირებადი ან ქრონიკული. მოზრდილებში ახლად შეძენილი HBV–ინფექციის შემთხვევათა მხოლოდ დაახლოებით ნახევარია სიმპტომური, ხოლო აღრიცხული შემთხვევების დაახლოებით 1%-ში ვითარდება ღვიძლის მწვავე უკმარისობა და სიკვდილი. ქრონიკული ინფექციის რისკი უკუპროპორციულ კავშირშია ინფიცირების

პერიოდში პაციენტის ასაკთან: ინფიცირებული ახალშობილების დახლოებით 90% და 6 წელზე ნაკლებია ასაკის ბავშვთა 30% ინფიცირების შემდეგ ხდებიან ქრონიკული ინფექციის მტარებლები, რაც მოზრდილებში მხოლოდ 2–6%-ს შეადგენს. ქრონიკული HBV ინფექციით დაავადებულ პირებში ნაადრევი სიკვდილის რისკი ციროზის ან ჰეპატოცელულური კარცინომის გამო 15–25%-ია.

HBV-ს ტრანსმისია ხდება ინფიცირებულ სისხლთან ან სისხლის შემცველ სხვა სითხეებთან კანის ან ლორწოვანი გარსების კონტაქტის შედეგად. პირველადი რისკ-ფაქტორი, რომელიც ასოცირებულია მოზრადებსა და მოზრდილებში ინფექციასთან, არის ინფიცირებულ პარტნიორთან დაუცველი სექსი, ან დაუცველი სექსი ერთზე მეტ სქესობრივ პარტნიორთან, MSM, სხვა სგგდ-ის ანამნეზი და არალეგალური საინექციო წამლების მოხმარება.

სტრატეგია, რომელიც მიმართულია HBV ინფექციის ელიმინაციისაკენ, მოიცავს: 1) პრენატალური ინფიცირების პრევენციას ყველა ორსული ქალის რუტინული სკრინინგის საშუალებით HBsAg-ზე და HBsAg-დადებითი და HBsAg-ის თვალსაზრისით უცნობი სტატუსის მქონე დედების ახალშობილთა იმუნოპროფილაქტიკას, 2) ახალშობილთა რუტინულ ვაქცინაციას. 3) წარსულში არავაქცინირებული ბავშვებისა და 18 წლამდე ასაკის მოზარდების ვაქცინაციას, 4) წარსულში არავაქცინირებული ინფექციის მაღალი რისკის მქონე მოზარდების ვაქცინაციას. ახალშობილებსა და მოზარდებში მიღწეულ იქნა ვაქცინაციის მოცვის მაღალი მაჩვენებელი აქედან გამომდინარე მწვავე B ჰეპატიტის სიხშირის შემცირებით^{211,212}. ამის საპირისპიროდ, ვაქცინაციის მოცვა მაღალი რისკის მოზრდილთა უმრავლესობაში (კერძოდ, პირებში, რომელთაც ჰქონდათ სქესობრივი კონტაქტი ერთზე მეტ პარტნიორთან გასული 6 თვის მანძილზე, MSM-სა და საინექციო წამალმომხმარებლებში) ისევ დაბალი რჩება, რის გამოც ახალი ინფექციების უმრავლესობა ვითარდება ძირითადად ამ მაღალი რისკის ჯგუფში^{213,214,215}. დაწესებულებები, რომლებშიც ხორციელდება მაღალი რისკის ჯგუფის მოზრდილების სამედიცინო მომსახურება, წარმოადგენს იდეალურ ადგილს B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციისათვის HBV-ინფექციის მაღალი რისკის მქონე მოზრდილებში. ყველა არავაქცინირებული პირი, რომელიც მიმართავს აღნიშნულ დაწესებულებებს, უნდა შეფასდეს B ჰეპატიტის რისკის თვალსაზრისით და ჩაუტარდეს B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.

21.3.1 დიაგნოზი

მწვავე ან ქრონიკული HBV ინფექციის დიაგნოზი მოითხოვს სეროლოგიურ გამოკვლევას ([ცხრილი №4](#)). HBsAg აღინიშნება როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ინფექციის დროსაც. B ჰეპატიტის კორ-ანტიგენის საწინააღმდეგო IgM კლასის ანტისხეულების (IgM anti-HBc) არსებობა მწვავე ან ახლო წარსულში შეძენილი HBV ინფექციის მანიშნებელია. ანტისხეულები HBsAg-ის მიმართ (anti-HBs) გამომუშავდება ინფექციის ჩამთავრების შემდეგ და წარმოადგენს HBV-ს ერთდერო ანტისხეულ-მარკერს, რომელიც აღინიშნება იმუნიზაციის შემდეგ. HBsAg-ისა და საერთო ანტი-HBc-ს არსებობა ნეგატიური ანტი-HBc IgM-ის ფონზე ქრონიკულ HBV ინფექციაზე მიუთითებს. მხოლოდ ანტი-HBc-ს არსებობა შესაძლოა მიუთითებდეს ცრუ-დადებით შედეგზე ან მწვავე, რეკონვალესცენციურ ან ქრონიკულ ინფექციაზე.

სეროლოგიური ტესტების შედეგების ინტერპრეტაცია* B ჰეპატიტის ვირუსული ინფექციის დროს

სეროლოგიური მარკერი				
HBsAg†	საერთო ანტი-HBc‡	IgM‡ ანტი-HBc	ანტი-HBs**	ინტერპრეტაცია
-	-	-	-	არასოდეს ინფიცირებულა
+++	-	-	-	ადრეული მწვავე ინფექცია (18 დღემდე) ვაკცინაციის შემდეგ
+	+	+	-	მწვავე ინფექცია
-	+	+	-	მწვავე ინფექცია რეკონვალესცენციის პერიოდში
-	+	-	+	წარსულში ინფიცირებიდან გაჯანმრთელებული და იმუნური
+	+	-	-	ქრონიკული ინფექცია
-	+	-	-	ცრუ-დადებითი (ე.ი. მგრძნობიარე); წარსულში ინფიცირებული; დაბალი ხარისხის ქრონიკული ინფექცია, §§ პასიური ტრანსფერი ახალშობილზე HBsAg-დადებითი დედისაგან
-	-	-	+	იმუნურია, თუკი კონცენტრაცია ≥ 10 მIU/მლ¶¶; პასიური ტრანსფერი HBIG-ს დანიშვნის შემდეგ***

* ნეგატიური ტესტის შედეგის სიმბოლოა “-,” ხოლო დადებითი ტესტის შედეგის სიმბოლოა “+.”

† B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი.

‡ ანტისხეულები B ჰეპატიტის კორ-ანტიგენის მიმართ

¶ იმუნოგლობულინი M.

** ანტისხეულები HBsAg-ის მიმართ.

†† იმაში დასარწმუნელად, რომ HBsAg-ზე დადებითი ტესტის შედეგები ცრუ დადებითი არ არის, განმეორებითი ტესტირება HBsAg-ზე უნდა ჩატარდეს ლიცენზირებული (და თუ შესაძლებელია გამანეიტრალებელი დამადასტურებელი) ტესტით

‡‡ მხოლოდ ანტი-HBc-ზე დადებითი პირების ინფექციურობის აღბათობა დაბალია, უჩვეულო გარემოებების გარდა, მათ შორის, სისხლის დიდ რაოდენობასთან პირდაპირი პერკუტანური კონტაქტი (მაგ.: სისხლის ტრანსფუზია ან ორგანოთა ტრანსპლანტაცია)

¶¶ მილი-ინტერნაციონალური ერთეული ერთ მილილიტრზე

*** B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინი.

21.3.2. მკურნალობა

მწვავე B ჰეპატიტის შემთხვევაში სპეციფიური თერაპია არ არსებობს; მკურნალობა მხარდამჭერია. ქრონიკული HBV ინფექციის შემთხვევაში პაციენტი უნდა გაიგზავნოს შეფასებისათვის ღვიძლის ქრონიკული დაავადების მკურნალობის დარგში გამოცდილ

ექსპერტთან. FDA-ს მიერ დამტკიცებული თერაპიული საშუალებებით ქრონიკული B ჰეპატიტის წინააღმდეგ შესაძლებელია HBV-ვირუსის რეპლიკაციის არსებითი დათრგუნვა და ზოგიერთ პაციენტში ღვიძლის დაავადების რემისიის მიღწევა. გარდა ამისა, პაციენტებისათვის ქრონიკული B ჰეპატიტით შესაძლოა სასარგებლო იყოს ჰეპატო-ცელულარულ კარცინომაზე სკრინინგი დაავადების ადრეულ სტადიაზე.

21.3.3. პრევენცია

B ჰეპატიტის პრევენციის მიზნით დამტკიცებულია ორი პროდუქტი. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინი (HBIG) და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა. HBIG უზრუნველყოფს დროებით (კერძოდ, 3–6 თვის განმავლობაში) დაცვას HBV ინფექციისაგან და ტიპიურ შემთხვევებში გამოიყენება კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით, ან როგორც B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის დამატება წარსულში არავაქცინირებულ პირებში, ან მხოლოდ იმ პირებში, რომლებიც შესაბამისად არ პასუხობენ ვაქცინაციას. HBIG მზადდება ანტი-HBs-ის მაღალი კონცენტრაციის შემცველი პლაზმისაგან. მისი რეკომენდებული დოზაა 0,06 მლ/კგ.

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა შეიცავს საფუარადან რეკომბინანტული დნმ ტექნოლოგიით მიღებულ HBsAg-ს და უზრუნველყოფს დაცვას HBV ინფექციისაგან, როგორც კონტაქტამდე ისე კონტაქტის შემდგომი იმუნიზაციის მიზით გამოყენებისას. ამჟამად ხელმისაწვდომ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მონოვალენტურ ვაქცინებს მოზრდილებისა და მოზარდებისათვის მიეკუთვნება რეკომბივავქსი HB® (Merck and Co., Inc., Whitehouse Station, New Jersey) და ენგერიქსი-B® (GlaxoSmithKline Biologicals, Pittsburgh, Pennsylvania). კომბინირებული ვაქცინა მოზრდილებსა და მოზარდებში გამოყენების მიზნით (რომელიც შეიცავს A და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინებს), ტვირნიქსი® (GlaxoSmithKline Biologicals, Pittsburgh, Pennsylvania), აგრეთვე ხელმისაწვდომია. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის რეკომენდებული დოზა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკსა და გამოყენებულ პროდუქტზე ([ცხრილი №3](#)).

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის გრაფიკის შერჩევას, სამედიცინო პროვაიდერმა უნდა გაითვალისწინოს ვაქცინაციის სერიის დასრულების აუცილებლობა. მოზარდებისა და მოზრდილებისათვის დამტკიცებული გრაფიკი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ორივე მონოვალენტური ვაქცინისათვის (ე.ი. ენგერიქსი-B® და რეკომბივავქსი HB®) მოიცავს: ერთიმეორის მიყოლებით 0, 1, და 6 თვიან, 0,1, და 4 თვიან და 0, 2, და 4 თვიან ინტერვალს. 4 დოზიანი სქემა ენგერიქსი B®-ისათვის 0, 1, 2, და 12 თვეში ლიცენზირებულია ყველა ასაკობრივ ჯგუფში. 2-დოზიანი სქემა რეკომბივავქსი HB®-ის მოზრდილთა ფორმულისათვის (10 µg) ლიცენზირებულია 11–15 წლის ასაკის მოზარდებისათვის. მეორე დოზის მიღებისას 15 წელზე მეტი ასაკის მოზარდები გადაყვანილ უნდა იქნან 3-დოზიან სერიაზე, სადაც დოზა 2 და 3 შეიცავს პედიატრიულ ფორმულას (5 µg) შესაბამისი კალენდრით. ტვირნიქსი® შეიძლება დაენიშნოს ≥ 18 წელზე ასაკის პირებს როგორც HAV ისე HBV ინფექციების რისკით 0,1, და 6 თვიანი ინტერვალთ.

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა უნდა გაკეთდეს ინტრამუსკულარულად დელტოიდურ კუნთში და შესაძლოა დაინიშნოს ერთდროულად სხვა ვაქცინასთან. მოზარდებისა და მოზრდილებისათვის ნემსის სიგრძე უნდა იყოს 1–2 დუიმი, რაც დამოკიდებულია რეციპიენტის

წონაზე (1 დუიმი მდედრობითი სქესის პაციენტებისათვის, რომელთა წონაც < 70კგ), 1,5 დუიმი მამაკაცებისათვის წონით<120კგ, და 2 დუიმი მამაკაცებისათვის, რომელთა წონაც >120კგ და ქალებისათვის რომელთა წონაც >100კგ. რეკომენდებულია 22–დან 25 კალიბრამდე შპრიცის გამოყენება. თუკი ვაქცინაციის სერია წყდება ვაქცინის პირველადი მეორე დოზის შემდეგ, გამოტოვებული დოზა უნდა გაკეთდეს რაც შეიძლება მალე. სერიის თავიდან დაწყება დოზის გამოტოვების შემთხვევაში აუცილებელი არ არის.

40 წელზე ნაკლები ასაკის ჯანმრთელ მოზრდილებსა და მოზარდებში ვაქცინის პირველი დოზის შემდეგ დაახლოებით 10–55%–ს აღენიშნება ანტისხეულების დაცვითი პასუხი (ანტი-HBs ≥ 10 mIU/მლ), 75%–ს მეორე დოზის შემდეგ, ხოლო 90%–ზე მეტს მესამე დოზის შემდეგ. ვაქცინით პროდუცირებული იმუნური მეხსიერება ნარჩუნდება სულ მცირე, 15–20 წლის განმავლობაში. იმუნოკომპეტენტურ პირებში ანტისხეულების პერიოდული ტესტირება საჭირო არ არის და ვაქცინის ბუსტერ–დოზაც რეკომენდებული არ არის.

B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია კარგი ამტანობით ხასიათდება რეციპიენტთა უმრავლესობაში. საინექციო ადგილას მტკივნეულობა და დაბალი ტემპერატურული რეაქცია აღირიცხა რეციპიენტთა მცირე რაოდენობაში. მტკიცებულება B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის გაკეთებასა და ანაფილაქსიურ რეაქციას შორის მოიპოვება, მაგრამ მისი სიხშირე დაახლოებით 1 შემთხვევაა 1,1, მილიონ დოზაზე ბავშვებსა და მოზარდებში. სიკვდილის შემთხვევები ანაფილაქსიის შემდეგ არ ყოფლა. ვაქცინა უკუნაჩვენებია პირებში ანაფილაქსიის ანამნეზით B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის წინა დოზაზე, ან ვისაც აღენიშნება დადგენილი ანაფილაქსიური რეაქცია ვაქცინის რომელიმე კომპონენტის მიმართ. სხვა მიზეზობრივი კავშირი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის გაკეთებას და სხვა გვერდით ეფექტებს შორის არ დადგენილა.

რეკომენდაცია:

- B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია რეკომენდებულია ყველა არავაქცინირებული მოზარდისათვის, HBV ინფექციის რისკის მქონე ყველა არავაქცინირებული მოზრდილისა და იმ მოზრდილებისათვის, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო მომსახურებას HBV ინფექციისაგან თავდაცვის მიზნით. მოზრდილებისათვის სპეციფიური რისკ–ფაქტორების გაცნობა არ არის აუცილებელი ვაქცინაციისათვის.(C)
- B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია რუტინულად უნდა ერჩიოს ყველა არავაქცინირებულ პირს, ვინც სგგდ–ზე სამკურნალოდ მიმართავს საოჯახო მედიცინის ცენტრს. (C)

სხვა დაწესებულებებს, სადაც ყველა არავაქცინირებულ მოზრდილს უნდა ჩაუტარდეს შეფასება B ჰეპატიტის რისკზე და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, მიეკუთვნება გამოსასწორებელი დაწესებულებები, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო ადგილები და პრევენციული სამსახურები, ჰომოსექსუალი მამაკაცების მომსახურე კლინიკები და აივ–ინფექციაზე გამოკვლევისა და სამკურნალო დაწესებულებები. ყველა პირს, რომელთაც უტარდებათ კლინიკური მომსახურება აღნიშნულ დაწესებულებებში, უნდა ერჩიოთ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, იმ შემთხვევების გარდა, თუკი მათ ვაქცინაციის სანდო ანამნეზი აქვთ (კერძოდ, წერილობითი დათარიღებული ჩანაწერი თითოეული დოზისა და

სრული სერიის შესახებ). ყველა შემთხვევაში ვაქცინაცია უნდა დაიწყოს მაშინაც კი, თუკი მისი დასრულება გარანტირებული არ არის.

ვაქცინაციამდე ანტისხეულების სკრინინგი

ვაქცინაციამდელმა სეროლოგიურმა სკრინინგმა მგრძნობელობაზე შესაძლოა შეამციროს იმ მოზრდილთა პოპულაციის ვაქცინაციის ხარჯები, რომლებშიც HBV ინფექციის გავრცელების მაღალი მაჩვენებლებია მოსალოდნელი (კერძოდ >20–30%) (მაგ.: არალეგალური საინექციო წამლების მომხმარებლებსა და ჰომოსექსუალ მამაკაცებში, განსაკუთრებით, უფრო მაღალ ასაკობრივ ჯგუფში). გარდა ამისა, ვაქცინაციამდე ტესტირება მგრძნობელობაზე რეკომენდებულია HBsAg-ზე დადებითი პირების არავაქცინირებული ოჯახის წევრებისათვის, მათი სქესობრივი და საზიარო შპრიცის მომხმარებელი პარტნიორებისათვის.

ანტი-HBc წარმოადგენს არჩევის ტესტს ვაქცინაციამდე ტესტირების მიზნით. ანტი-HBc-ზე დადებითი პირებს უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება HBsAg-ზე. თუკი პირი განისაზღვრება, როგორც HBsAg-ნეგატიური, შემდგომი ქმედება საჭირო აღარ არის. თუკი პირი დადგინდება, როგორც HBsAg-დადებითი, იგი უნდა გაიგზავნოს სამედიცინო მეთვალყურეობისათვის, მათ შორის, კონსულტირებისა და ანტივირუსული მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღების მიზნით შეფასებაზე (იხ.: [HBsAg-დადებითი პირების მართვა](#)). გარდა ამისა, HBsAg-დადებითი პირის ყველა ოჯახის წევრს, სქესობრივ პარტნიორსა და საზიარო შპრიცის მომხმარებელ კონტაქტს უნდა ჩაუტარდეს ვაქცინაცია.

სეროლოგიური ტესტირება არ უნდა წარმოადგენდეს ბარიერს მგრძნობიარე პირის ვაქცინაციისათვის, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც პოპულაცია ძნელად მისადგომია. სიტუაციათა უმრავლესობაში ვაქცინის პირველი დოზა უნდა გაკეთდეს სეროლოგიური ტესტირებისათვის სისხლის აღებისთანავე. HBV-ინფექციის მიმართ მწვავე, გადატანილი ინფექციის ან ჩატარებული ვაქცინაციის გამო იმუნური პირების ვაქცინაცია არ ზრდის გვერდითი ეფექტების რისკს.

პოსტვაქცინაციური ტესტირება სეროლოგიური პასუხის შეფასების მიზნით

მოზრადებისა და მოზრდილების რუტინული ვაქცინაციის შემდეგ სეროლოგიური ტესტირება იმუნურობის შეფასების მიზნით აუცილებელი არ არის იმ პირებისათვის, რომელთა შემდგომი კლინიკური მენეჯმენტიც დამოკიდებულია მათი იმუნური სატატუსის ცოდნაზე (მაგ.: ჯანდაცვის მუშაკები ან საზოგადოებრივი უსაფრთხოების მუშაკები სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან კანისა და ლორწოვანი გარსების ხანგრძლივი კონტაქტით). დამატებით, ტესტირება რეკომენდებულია: 1) აივ-ინფიცირებულსა და სხვა იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში რევაქცინაციის საჭიროებისა და შემდგომი საკონტროლო ტესტების ტიპის დადგენის მიზნით; და 2) HBsAg-ზე დადებითი პაციენტების სქესობრივ და საზიარო შპრიცის მომხმარებელ პარტნიორებში რევაქცინაციის საჭიროებისა და სხვა მეთოდების დადგენის მიზნით HBV ინფექციისაგან თავდასაცავად.

კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკა

კონტაქტის შემდგომი როგორც პასიური ისე აქტიური პროფილაქტიკა HBIG-ითა და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინით და აქტიური პროფილაქტიკა მხოლოდ B ჰეპატიტის

საწინააღმდეგო ვაქცინით მაღალეფექტურია ინფექციის ტრანსმისიის პრევენციის თვალსაზრისით HBV-სთან კონტაქტის შემდეგ. ცალკე აღებულმა მხოლოდ HBIG-ით პროფილაქტიკამაც გვიჩვენა ეფექტურობა HBV ტრანსმისიის პრევენციის თვალსაზრისით, მაგრამ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის ხელმისაწვდომობისას HBIG ტიპიურ შემთხვევებში გამოიყენება, როგორც დამატება ვაქცინაზე.

HBsAg-დადებით წყაროსთან კონტაქტი - რეკომენდაცია: (C)

- არავაქცინირებულ პირებსა და იმ პირებს, რომელთაც ცნობილია, რომ არ განუვითარდათ იმუნიტეტი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის სრული სერიის შემდეგ, უნდა გაუკეთდეთ როგორც HBIG, ისე ჰეპატიტის ვაქცინა HBsAg-დადებითი წყაროდან მიღებულ სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან განსაზღვრული, იდენტიფიცირებადი კონტაქტიდან რაც შეიძლება მალე (სასურველია ≤ 24 საათზე). (იხ.: [ცხრილი №5](#)). B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა HBIG-თან ერთად უნდა გაკეთდეს განსხვავებულ საინექციო არეში, ხოლო ვაქცინაციის სერია უნდა დასრულდეს ასაკისათვის შესაბამისი დოზითა და სქემით.
- კონტაქტში მყოფ პირებს, რომლებიც იმყოფებიან ვაქცინაციის პროცესში, მაგრამ რომელთაც არ დაუსრულებიათ ვაქცინაციის სერია, უნდა გაუკეთდეთ HBIG-ის შესაბამისი დოზა (ე.ი. 0.06 მლ/კგ) და მათ უნდა დაასრულონ ვაქცინაციის სერია.
- კონტაქტში მყოფი პირები, რომელთათვისაც ცნობილია, რომ გამოუმუშავდათ იმუნიტეტი ვაქცინაციაზე, ითვლებიან ინფექციისაგან დაცულად და აღარ საჭიროებენ შემდგომ ვაქცინაციას. პირებს, რომელთაც აქვთ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის სერიის დოკუმენტურად დასაბუთებული ჩანაწერი, მაგრამ არ ჩატარებიათ ვაქცინაციის შემდგომი ტესტირება, უნდა გაუკეთდეთ ვაქცინის ერთჯერადი ბუსტერ-დოზა.

ალტერნატიულად, ამ პირების მართვა შესაძლებელია იმ გაიდალინების მიხედვით, რომლებიც განკუთვნილია სისხლსა და სისხლის შემცველ სითხეებთან პროფესიული კონტაქტის მქონე პირების მენეჯმენტისათვის.

B ჰეპატიტის კონტაქტის შემდგომი იმუნოპროფილაქტიკის გაიდლაინი არავაკცინირებულ პირებში, რომელთაც ჰქონდათ გარკვეული იდენტიფიცირებადი კონტაქტი სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან

კონტაქტის მიზეზი		სავარაუდო ქმედება
HBsAg*-დადებითი წყაროსთან განსაზღვრული კონტაქტი	HBsAg-ზე დადებით სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან კონტაქტი კანით (მაგ.: ნაკაწრი ან ნემსის ჩხვლეტა) ან ლორწოვანი გარსის საშუალებით	B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაკცინის და B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინის (HBIG)† დანიშვნა
	HBsAg-ზე დადებით პირთან სქესობრივი ან საზიარო შპრიცით კონტაქტი	B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაკცინის და HBIG† დანიშვნა
	HBsAg-ზე დადებითი პირის მიერ სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი	B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაკცინის და HBIG† დანიშვნა
HBsAg*-ზე უცნობი სტატუსის წყაროსთან განსაზღვრული კონტაქტი	HBsAg-ზე უცნობი სტატუსის მქონე პირის მიერ სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი	B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაკცინის დანიშვნა†
	HBsAg-ზე უცნობი სტატუსის პირის სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან კონტაქტი კანით (მაგ.: ნაკაწრი ან ნემსის ჩხვლეტა) ან ლორწოვანი გარსის საშუალებით	B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაკცინის დანიშვნა†

*B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენი.

† იმუნოპროფილაქტიკა უნდა დაინიშნოს კონტაქტიდან რაც შეიძლება მალე, სასურველია ≤ 24 საათზე. კველები იმ ინტერვალის შესახებ, რომლის დროსაც კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკა მაქსიმალურად ეფექტურია, შეზღუდულია, მაგრამ ინტერვალი არ უნდა აღემატებოდეს 7 დღეს კანით კონტაქტიდან და 14 დღეს სქესობრივი კონტაქტიდან. B ჰეპატიტის ვაკცინაციის სერია უნდა დასულდეს.

უცნობი HBsAg-სტატუსის წყაროსთან კონტაქტი-რეკომენდაცია:(C)

- არავაქცინირებულ პირებს, რომელთაც ჰქონდათ განსაზღვრული, იდენტიფიცირებადი კონტაქტი HBsAg-ის მიხედვით უცნობი სტატუსის წყაროდან მიღებულ სისხლთან ან სისხლის შემცველ სითხეებთან, უნდა ჩაუტარდეთ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, რომლის პირველი დოზაც უნდა გაკეთდეს კონტაქტიდან რაც შეიძლება მალე (სასურველია 24 საათის განმავლობაში), ხოლო სერია უნდა დასრულდეს ასაკისათვის შესაბამისი დოზითა და სქემით. კონტაქტში მყოფ პირებმა, რომელთაც არ ჩატარებთ ვაქცინაციის სრული სერია, უნდა დაასულონ იგი. კონტაქტში მყოფ პირებს დოკუმენტირებულად ჩაწერილი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დასრულებული სერიით აღარ ესაჭიროებათ შემდგომი მკურნალობა.

21.3.4. სპეციალური საკითხები

ორსულობა. სგგდ-ზე მომსახურების ჩატარების დროს ყველა ორსულ ქალს უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება HBsAg-ზე მიუხედავად იმისა, იყო თუ არა ის წარსულში ტესტირებული ან ვაქცინირებული. HBsAg-ზე დადებითი ყველა ქალი უნდა გაიგზავნოს პერინატალური B ჰეპატიტის პრევენციის პროგრამის ადგილობრივ ან სახელმწიფო დაწესებულებაში. HBsAg-ზე უარყოფით ყველა ორსულ ქალს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას მიმართავენ სგგდ-ზე მკურნალობის მიზნით და რომელთაც წარსულში არ ჩატარებიათ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია, უნდა ჩაუტარდეთ აცრა B ჰეპატიტის წინააღმდეგ.

აივ ინფექცია. აივ ინფექციამ შესაძლოა მოახდინოს ზემოქმედება B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დროს იმუნური პასუხის გამომუშავებაზე. აივ-ინფიცირებულ პირებს ვაქცინის მესამე დოზის მიღებიდან 1-2 თვეში უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება ანტი-HBs-ზე (იხ.: [ვაქცინაციის შემდგომი ტესტირება სეროლოგიურ პასუხზე](#)). პასუხის ხარისხი შესაძლოა გაიზარდოს დოზირების რეჟიმის მოდიფიცირებით, მათ შორის, ანტიგენის სტანდარტული დოზის გაორმაგებითა და დამატებითი დოზის დანიშვნით.

HBsAg-ზე დადებითი პაციენტების მენეჯმენტი

ყველა პირი HBsAg-ზე დადებითი ლაბორატორიული შედეგით უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ კლინიკაში.

რეკომენდაციები:

- ქრონიკული HBV ინფექციის დადასტურების მიზნით HBsAg-დადებით პირებს უნდა ჩაუტარდეთ განმეორებითი ტესტირება. IgM ანტი-HBc-ს არარსებობა ან HBsAg-ის პერსისტირება 6 თვის განმავლობაში ქრონიკულ HBV ინფექციაზე მიუთითებს.
- ქრონიკული HBV ინფექციით დაავადებული პირები უნდა გაიგზავნონ შეფასებისათვის ღვიძლის ქრონიკული დაავადების მართვის საკითხებში გამოცდილ სპეციალისტთან, ქრონიკული B ჰეპატიტით დაავადებული ზოგიერთი პირისათვის შესაძლოა სასარგებლო იყოს ანტივირუსული მკურნალობის ადრეული დაწყება ან სკრინინგი ჰეპატოცელულარული კარცინომის ადრეულ ეტაპზე დადგენის მიზნით.

- უნდა დადგინდეს ქრონიკულად ინფიცირებული პირების ყველა საყოფაცხოვრებო, სქესობრივი თუ საზიარო შპრიცის მომხმარებელი პარტნიორი. თუკი ეს პირები არ არიან ვაქცინირებული, მათ უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება HBV ინფექციის მიმართ მგრძობელობაზე (იხ. [ანტისხეულების სკრინინგი ვაქცინაციამდე](#)) და გაუკეთდეთ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის პირველი დოზა სეროლოგიური ტესტირებისათვის სისხლის ნიმუშის აღებისთანავე. მგრძობიარე პირებმა უნდა დაასრულონ ვაქცინაციის სერია ასაკისათვის შესაბამისი ვაქცინის დოზითა და სქემით. პირებმა, რომლებიც სრულად არიან აცრილი, უნდა დაასრულონ ვაქცინაციის სერია.
- HBsAg-ზე დადებითი პირების სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება ინფიცირებული სითხეებთან (მაგ.: სპერმასა და საშოს გამონადენთან) კონტაქტისაგან თავდაცვის მეთოდების შესახებ (მაგ.: კონდომები), მიუხედავად იმისა, თუკი მათ აღენიშნებოდათ იმუნიტეტი ვაქცინაციის შემდეგ (ანტი-HBs >10 მიუ/მლ) ან ინფიცირებული იყვნენ წარსულში (ანტი-HBc დადებითი).
- სხვებისათვის ტრანსმისიის პრევენციის ან რისკის შემცირების მიზნით HBsAg-დადებით პირებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია ოჯახის წევრებისათვის, სქესობრივი და საზიარო შპრიცების მომხმარებელი პარტნიორებისათვის ინფექციის ტრანსმისიის რისკის შესახებ და ამგვარი პირების მიერ B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის აუცილებლობის თაობაზე. HBsAg-დადებით პირებს ასევე უნდა ერჩიოთ:
 - სქესობრივი აქტიურობის დროს ისეთი მეთოდების გამოყენება (მაგ.: კონდომების), რომლებიც უზრუნველყოფენ არაიმუნური სქესობრივი პარტნიორების HBV ინფექციისაგან დაცვას მანამ, სანამ პარტნიორი შეძლებს აიცრას ხოლო მისი იმუნიტეტი ოფიციალურად დადასტურდება;
 - დაზიანებული კანის დაფარვა ინფიცირებული სისხლის ან გამონადენის გავრცელების პრევენციის მიზნით;
 - სისხლის, პლაზმის, ორგანოს, სხვა ქსოვილების ან სპერმის დონორობისაგან თავშეკავება; და
 - სისხლით შესაძლო დაბინძურების შემცველი საყოფაცხოვრებო საგნების (მაგ.: კბილის ჯაგრისის, საპარსის ან სხვა პირადი საინექციო აღჭურვილობის) ურთიერთ გაზიარებისაგან თავშეკავება.
- ღვიძლის შემდგომი დაზიანებისაგან დაცვის მიზნით HBsAg-დადებით პირებს უნდა ერჩიოთ:
 - ალკოჰოლის მოხმარების თავიდან არიდება ან შემცირება ალკოჰოლის ღვიძლზე მავნე ზემოქმედების გამო;
 - რაიმე ახალი მედიკამენტის, მათ შორის OTC და ჰერბალური მედიცინის საშუალებების მიღების დაწყებისაგან თავშეკავება ექიმთან კონსულტაციის გარეშე;
 - A ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩატარება, თუკი სახეზეა ღვიძლის დაავადება.

სამედიცინო ან სტომატოლოგიური მომსახურების დროს HBsAg-დადებით პირებს უნდა ერჩიოთ მიაწოდონ ინფორმაცია მათ HBsAg-სტატუსზე პასუხისმგებელ დაწესებულებას, რათა მათ შესაბამისი შეფასება და მენეჯმენტი ჩაუტარდეთ. HBsAg-დადებითი ორსული ქალების

შესახებ ინფორმაცია ხელმისაწვდომია მოცემულ გაიდლაინში (იხ.: [სპეციალური პოპულაციები, ორსული ქალები](#)). გასათვალისწინებელია კონსულტირების სხვა მესიჯებიც.

- HBV-ს ტრანსმისია არ ხდება მოხვევის, ხველის, საკვებისა და წყლის საშუალებით, ჭიქებისა და თევშების გაზიარებით, ან შემთხვევითი კონტაქტით.
- პაციენტი არ უნდა გათავისუფლდეს სამსახურიდან, სკოლიდან, თამაშიდან, ბავშვის მოვლისა ან სხვა საქმიანობისაგან მხოლოდ იმიტომ, რომ იგი ინფიცირებულია HBV-თი.
- მხარდამჭერ ჯგუფებში ჩართვა შესაძლოა პაციენტს დაეხმაროს ქრონიკულ HBV ინფექციასთან გამკლავებაში

21.4 ჰეპატიტი C – განმარტება, ეპიდემიოლოგია, ეტიოპათოგენეზი

C ჰეპატიტის ვირუსით ინფექცია (HCV) წარმოადგენს სისხლით გავრცელებად ყველაზე ხშირ ინფექციას აშშ-ში. დაახლოებით 2,7 მილიონი პირი ქრონიკულად ინფიცირებულია²¹⁶. მიუხედავად იმისა, რომ HCV არ არის სქესობრივად აქტიურად გადამდები, საინექციო წამალმომხმარებლის გამო ინფექციის მაღალი რისკის მქონე პირებმა შესაძლოა მიმართონ სამედიცინო დახმარებას სგგდ-ის კლინიკებში, აივ-ტესტირების და კონსულტირების დაწესებულებებში, გამოსასწორებელ კოლონიებში, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სტაციონარებსა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სხვა დაწესებულებებში, სადაც ხელმისაწვდომია სგგდ-ისა და აივ-ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სერვისები.

HCV-თი ახლად ინფიცირებულ პირებს ტიპიურ შემთხვევებში სიმპტომები ან არ აღენიშნებათ ან მსუბუქი კლინიკური დაავადება აქვთ. HCV-ს რნმ-ის აღმოჩენა სისხლში შესაძლებელია კონტაქტიდან 1–3 კვირაში. კონტაქტიდან HCV-ს მიმართ ანტისხეულების (ანტი-HCV) სეროკონვერსიამდე საშუალო ინტერვალი 8–9 კვირაა, ხოლო ანტი-HCV-ს განსაზღვრა შესაძლებელია კონტაქტიდან 6 თვის შემდეგ ინფიცირებულ პირთა 97%-ზე მეტში. ქრონიკული HCV ინფექცია ვითარდება HCV-ინფიცირებულ პირთა 60–85%-ში; ქრონიკულად ინფიცირებული პირების დაახლოებით 60–70%-ს ღვიძლის აქტიური დაავადების ნიშნები აღენიშნებათ. ინფიცირებული პირების უმრავლესობამ შესაძლოა, არც იცოდეს საკუთარი დაავადების შესახებ, რადგანაც ისინი კლინიკურად ავად არ არიან. თუმცა, ინფიცირებული პირები წარმოადგენენ სხვებზე ინფექციის გადაცემის წყაროს და აღენიშნებათ ღვიძლის ქრონიკული დაავადებისა და HCV-სთან დაკავშირებული სხვა ქრონიკულ დაავადებების მომატებული რისკი ინფიცირებიდან ათეულობით წლის შემდეგ.

HCV ყველაზე ეფექტურად გადაეცემა ინფიცირებულ სისხლთან ფართო ან განმეორებითი პერკუტანური კონტაქტის შემდეგ (კერძოდ, არასკრინირებული დონორის სისხლის გადასხმის ან საინექციო წამლების მოხმარების შედეგად), თუმცა, ნაკლებად ეფექტურად HCV-ს ტრანსმისია შესაძლოა ასევე წარმოადგენდეს პროფესიული, პერინატალური და სქესობრივი კონტაქტის შედეგსაც.

HCV-ს ტრანსმისიაში სქესობრივი აქტიურობის როლი ურთიერთსაწინააღმდეგოა. საკონტროლო შემთხვევათა კვლევებში ნაჩვენებია იქნა ასოციაცია HCV ინფექციასა და მასთან სქესობრივ კონტაქტს, ან მრავლობით სქესობრივ პარტნიორებთან კონტაქტს შორის. მეთვალყურეობის მონაცემები აგრეთვე მიუთითებს იმის შესახებ, რომ მწვავე HCV ინფექციით

დაავადებული პირების დაახლოებით 15–20%-ს აღენიშნება სქესობრივი კონტაქტის ანამნეზი სხვა რისკ ფაქტორების არარსებობის ფონზე^{216,217}. მწვავე HCV ინფექციის შემთხვევათა აღრიცხვა აივ–პოზიტიურ MSM–ში, რომლებიც უარყოფენ საინექციო წამლების მოხმარებას, მიუთითებს იმის შესახებ, რომ ეს ინფექცია ხშირად ასოცირებულია სხვა სგდ–თან (მაგ.: სიფილისთან)^{218,219}. ამის საპირისპიროდ, HCV ინფექციის დაბალი გავრცელება (საშუალოდ 1,5%) აღინიშნა იმ ხანგრძლივი ურთიერთობების მქონე სქესობრივ წყვილთა შემწავლელ კვლევაში, რომელთაც ჰქონდათ ქრონიკულ HCV ინფექცია და არ აღენიშნებოდათ ინფექციის სხვა რისკ–ფაქტორები, ხოლო მრავალრიცხოვანი გამოქვეყნებული კვლევებით დადგინდა, რომ HCV ინფექციის გავრცელება MSM–ში, რომლებიც უარყოფდნენ საინექციო წამლების მოხმარებას არ აღემატებოდა ამ ინფექციის სიხშირეს ჰეტეროსექსუალებში^{220,221,222}.(II-III). იმის გამო, რომ სისხლით გადამდები ვირუსების სქესობრივი ტრანსმისია უფრო ეფექტურია ჰომოსექსუალ მამაკაცებში ჰეტეროსექსუალ მამაკაცებსა და ქალებთან შედარებით, მიზეზი, რის გამოც HCV ინფექციის მაჩვენებელი არ არის მნიშვნელოვნად მაღალი MSM–ში ჰეტეროსექსუალებთან შედარებით, უცნობია. მთლიანობაში ეს კვლევები მიუთითებს, რომ HCV ინფექციის სქესობრივი ტრანსმისია შესაძლებელია, მაგრამ არაეფექტური. იმის დასადგენად, რამდენად შეიძლება გაიზარდოს HCV ინფექციის სქესობრივი ტრანსმისია აივ–ინფექციის ან სხვა სგდ–ის კონტექსტში, საჭიროა დამატებითი მონაცემები.

რეკომენდაცია:

- ანტი-HCV–ზე ტესტირება რეკომენდებულია ასიმპტომური პირების რუტინული სკრინინგისათვის მათი ინფექციის რისკის გათვალისწინებით ან ინფექციასთან ცნობილი კონტაქტის არსებობის საფუძველზე (B).

21.4.1 დიაგნოზი და მკურნალობა

HCV ინფექციაზე გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს ტესტს HCV–ს საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე (კერძოდ იმუნოანალიზი, EIA, გაძლიერებული ქემილუმინესცენციური ანალიზი და თუ რეკომენდებულია, დამატებითი ანტისხეულების ტესტი)²²³.

HCV ინფექციაზე კონსულტირებულ და ტესტირებულ პირებს, თუკი მათ დაუდგინდათ ანტი–HCV–ზე დადებითი შედეგი, უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება რეფერალის ან სპეციალისტის კონსულტაციის საშუალებით აქტიური ინფექციის არსებობაზე, ღვიძლის ქრონიკული დაავადების არსებობაზე ან განვითარებაზე და მკურნალობის შესაძლებლობაზე. HCV ვირუსული რნმ–ის აღმოსაჩენად შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ჯაჭვური პოლიმერაზული რეაქცია შეიძლება გამოვიყენოთ მიმდინარე HCV ინფექციის დასადასტურებლად, ხოლო ალანინამინოტრანსფერაზის (ალტ) მომატებული დონე ღვიძლის ქრონიკული დაავადების ბიოქიმიური მაჩვენებელია. ქრონიკული C ჰეპატიტით დაავადებულებისათვის კომბინირებული თერაპია პეგილირებული ინტერფერონითა და რიბავირინით წარმოადგენს არჩევის მკურნალობას. მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის ანტივირუსული მკურნალობის სფეროში მიღწეული წარმატებების გამო კლინიცისტებმა უნდა გაიარონ კონსულტაცია C ჰეპატიტის მენეჯმენტის დარგის ექსპერტებთან.

21.4.2 პრევენცია

C ჰეპატიტის საწინააღმდეგი ვაქცინა შემუშავებული არ არის, ხოლო იმუნოგლობულინით პროფილაქტიკა არაეფექტურია HCV ინფექციის პრევენციისათვის კონტაქტის შემდეგ. HCV ინფექციისა და დაავადების ტვირთის შემცირება მოითხოვს როგორც პირველადი ისე მეორადი პრევენციული აქტივობის იმპლემენტაციას²¹⁷. პირველადი პრევენცია ახდენს HCV ტრანსმისიის ელიმინაციას ან შემცირებას; მეორეული პრევენციული აქტივობა ამცირებს ღვიძლისა და სხვა ქრონიკული დაავადებების სიხშირეს HCV-ინფიცირებულ პირებში მათი იდენტიფიცირებისა და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი სამედიცინო მენეჯმენტისა და ანტივირუსული თერაპიის გზით.

რეკომენდაცია:

- პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში სამედიცინო მომსახურებისათვის მისულ პირებს უნდა ჩაუტარდეთ სკრინინგი იმათი იდენტიფიცირებისათვის, რომელთაც უნდა ერჩიოთ კონსულტირება და ტესტირება HCV-ზე. (B)
 - პირველადი ჯანდაცვისა და სხვა დაწესებულებებში, რომლებშიც თავმოყრილია სისხლით გადამდები ინფექციების მაღალი რისკის მქონე პირთა დიდი რაოდენობა (მაგ.: გამოსასწორებელ დაწესებულებებში), მთავარ რისკ-ფაქტორს, რომლის გამოც უნდა ჩატარდეს სკრინინგი HCV-ინფექციაზე, მიეკუთვნება არალეგალური წამლების საინექციო მომხმარებლობა.(B)
 - ყველა აივ-ინფიცირებულ პირს ასევე უნდა შესთავაზონ HCV-ინფექციაზე კონსულტირება და ტესტირება. სხვა რისკ-ფაქტორებს, რომელთა შემთხვევაშიც რეკომენდებულია რუტინული სკრინინგი HCV ინფექციაზე, მიეკუთვნება პირები: (C)
- რომელთაც სისხლის გადასხმა ან ორგანოთა ტრანსპლანტაცია ჩაუტარდათ 1992 წლის ივლისამდე
 - რომლებიც შემადედეგელი ფაქტორის კონცენტრატს ღებულობდნენ 1987 წლამდე;
 - ვინც იმყოფებოდა ხანგრძლივ დიალიზზე და
 - ღვიძლის დაავადების კლინიკური ნიშნებითა და სიმპტომებით (მაგ.: პათოლოგიური ალტ)

ანტი-HCV-ზე დადებითი შედეგის შემთხვევაში (იხ.: [დიაგნოზი და მკურნალობა](#)) პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე: 1) როგორ დაიცვან ღვიძლი შემდგომი დაზიანებისაგან, 2) როგორ აიცილონ თავიდან ინფექციის ტრანსმისია სხვებზე, და 3) ღვიძლის ქრონიკული დაავადების თვალსაზრისით სამედიცინო შეფასების აუცილებლობასა და შესაძლო მკურნალობის მეთოდებზე.

რეკომენდაციები:

- შემდგომი დაზიანებისაგან ღვიძლის დაცვის მიზნით HCV-პოზიტიურ პირებს უნდა ერჩიოთ ალკოჰოლისა და ნებისმიერი ახალი წამლის (მათ შორის, OTC და მცენარეული პრეპარატების) მორიდება საკუთარ ექიმთან კონსულტაციის გარეშე;(C)

- სხვა პირებზე ტრანსმისიის შემცირების მიზნით HCV-პოზიტიურ პირებს უნდა ერჩიოთ: 1) არ გახდნენ სისხლის, ორგანოების, სხვა ქსოვილებისა თუ სპერმის დონორები; 2) სხვებმა არ იხმარონ მათი პირადი საგნები, რომელზედაც შესაძლოა იყოს სისხლი (მაგ.: კბილის ჯაგრისი ან საპარსი); და 3) კანის ნაჭრილობებისა და დაზიანების დაფარვა, რათა თავიდან აიცილონ ინფიცირებული სისხლის ან გამონადენის გავრცელება. HCV-დადებით პირებს ერთი სტაბილური სქესობრივი პარტნიორით არ ესაჭიროებათ საკუთარი სქესობრივი პრაქტიკის შეცვლა. მათ საკუთარ პარტნიორთან უნდა განიხილონ ინფექციის გადაცემის უმნიშვნელო, მაგრამ არსებული რისკი და გადაწყვიტონ კონსულტირებისა და შეფასების საჭიროება. HCV-დადებით ქალებს არ ესაჭიროებათ ორსულობისაგან თავდაცვა ან ძუძუთი კვებაზე უარის თქმა.(B)
- HCV-დადებითი პირები უნდა შეფასდნენ (რეფერალის ან კონსულტაციის საშუალებით) ღვიძლის ქრონიკული დაავადების არსებობის ან განვითარების თვალსაზრისით, მათ შორის, ჩაუტარდეთ ღვიძლის ფუნქციური სინჯების გამოკვლევა, ღვიძლის დაავადების სიმძიმის შეფასება, შესაძლო სამკურნალო საშუალებების განხილვა და A და B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის საჭიროების გადაწყვეტა.(C)
- იმ პირებს, რომელთა ტესტის შედეგიც ანტი-HCV-ზე უარყოფითია და რომელთაც ჰქონდათ კონტაქტი ინფექციასთან, უნდა განემარტოთ, რომ ისინი არ არიან ინფიცირებული.
- შედეგის მიუხედავად, არალეგალური საინექციო წამლების მოხმარებლებს უნდა ჩაუტარდეთ კონსულტირება შემდეგ საკითხებზე:
 - საინექციო წამლების მოხმარებაზე უარის თქმა;
 - ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების სამკურნალო პროგრამაში ჩართვა და მკურნალობის კურსის გავლა, მათ შორის, რეციდივების პრევენცია;
 - საინექციო წამლების მოხმარების გაგრძელების შემთხვევაში საზოგადოებრივი და პირადი ჯანმრთელობის რისკის შემცირების მიზნით შემდეგი ქმედებების განხორციელება:
 - არაოსდეს გამოიყენოთ საზიარო შპირიცი, წყალი, ან წამლის დასამზადებელი ალჭურვილობა განმეორებით;
 - გამოიყენეთ მხოლოდ სანდო წყაროდან (მაგალითად აფთიაქში) შეძენილი შპირიციები;
 - წამლის მომზადებისა და ინექციის მიზნით გამოიყენეთ მხოლოდ ახალი, სტერილური შპირიცი;
 - თუ შესაძლებელია, წამლის მომზადებისას გამოიყენეთ სტერილური წყალი, წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოიყენეთ სუფთა წყალი სანდო წყაროდან (მაგ.: ონკანის ახალი წყალი);
 - წამლის მოსამზადებლად გამოიყენეთ ახლი დეზინფიცირებული კონტეინერი და ახალი ფილტრი.
 - ინექციამდე საინექციო ადგილი გაწმინდეთ ალკოჰოლიანი ახალი ტამპონით;
 - ერთჯერადი ხმარების შემდეგ შპირიციები უსაფრთხოდ გაანდგურეთ, და
 - ჩაიტარეთ ვაქცინაცია A და B ჰეპატიტების წინააღმდეგ.

კონტაქტის შემდგომი მეთვალყურეობა

HCV-ს საწინააღმდეგო კონტაქტის შემდგომი ეფექტური პროფილაქტიკა არ არსებობს. ტესტირება HCV-ინფექციის განვითარებაზე რეკომენდებულია ჯანდაცვის მუშაკებისათვის HCV-დადებით სისხლთან კანის ან ლოწოვანი გარსის საშუალებით კონტაქტის შემდეგ და HCV-დადებითი დედების ახალშობილებისათვის.

21.4.3 სპეციალური საკითხები

ორსულობა

HCV-ზე რუტიუნული ტესტირება არ არის რეკომენდებული ყველა ორსული ქალისათვის. HCV-ინფექციის ცნობილი რისკ-ფაქტორის შემთხვევაში ორსულ ქალს უნდა ერჩიოს კონსულტირება და ტესტირება. პაციენტებს უნდა განემარტოთ, რომ დაახლოებით 100 ინფიცირებული ქალის 5 ახალშობილს აღენიშნება HCV-ინფექცია. ინფიცირება ძირითადად ვითარდება მშობიარობის განმავლობაში ან მშობიარობის დროისათვის და მისი რისკის შესამცირებლად სამკურნალო ან სამშობიარო მეთოდი არ არსებობს. რისკი მატულობს, თუკი დედას მშობიარობის მომენტისათვის აღენიშნება ვირუსემია და ასევე უფრო მაღალია (2–3-ჯერ) ქალის აივ-ინფექციით კო-ინფიცირების შემთხვევაში. ძუძუთი კვებით, როგორც ჩანს, HCV-ვირუსის ტრანსმისია არ ხდება, თუმცა, HCV-დადებითმა დედებმა თავი უნდა შეიკავონ ძუძუთი კვებისაგან დვრილების დახეთქვის ან სისხლმდენობის შემთხვევაში. HCV-დადებითი დედების ახალშობილებს უნდა ჩაუტარდეთ ტესტირება HCV-ინფექციაზე და დადებითი შედეგის შემთხვევაში შეფასდეს ღვიძლის ქრონიკული დაავადების არსებობა.

აივ ინფექცია

აივ/HCV კოინფექციის მაღალი გავრცელებისა და კოინფიცირებული პაციენტების კლინიკური მართვის კრიტიკული მნიშვნელობის საკითხების გამო, ყველა აივ-ინფიცირებულ პირს უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება HCV-ზე. იხ. აივ/შიდს-ის მართვის ნაციონალური გაიდლაინი.

22. პროქტიტი, პროქტოკოლიტი და ენტერიტი – განმარტება, ეპიდემიოლოგია

სქესობრივად გადამდებ გასტრო-ინტესტინალურ სინდრომებში შედის პროქტიტი, პროქტოკოლიტი და ენტერიტი. ამ სინდრომების შეფასება უნდა მოიცავდეს შესაბამის სადიაგნოსტიკო პროცედურას (მაგ.: ანოსკოპია ან სიგმოიდოსკოპია, განავლის ანალიზი და კულტურალური გამოკვლევა).

პროქტიტი სწორი ნაწლავის (კერძოდ, დისტალური 10–12 სმ-ის) ანთებაა, რომელიც შესაძლოა ასოცირებული იყოს ანო-რექტალურ ტკივილთან, ტენეზიმებთან ან რექტალურ გამონადენთან. აივ-ინფექციით კოინფიცირებულ პაციენტებში ამ დაავადების ყველაზე ხშირ სქესობრივად გადამდებ გამომწვევებს მიეკუთვნება *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* (მათ შორის LGV სეროვარები), *T. pallidum*, და HSV. ჰერპესული პროქტიტი შესაძლოა განსაკუთრებით მძიმე იყოს. პროქტიტი ძირითადად იმ პირებში ვითარდება, რომლებიც დაკავებული არიან რეცეპტიული ანალური სქესობრივი კავშირით.

22.1 კლინიკური სიმპტომატიკა

პროექტო-კოლიტი ასოცირებულია პროქტიტის სიმპტომების ფონზე დიარეასა ან აბდომინალურ კრამპებთან და ანუსიდან 12 სმ-ით ზემოთ კოლინჯის ლორწოვანი გარსის ანთებასთან. განავლის მიკროსკოპიისას, პათოგენიდან გამომდინარე, შესაძლებელია ფეკალური ლეიკოციტების აღმოჩენა. პათოგენურ მიკროორგანიზმებს მიეკუთვნება *Campylobacter* sp., *Shigella* sp., *Entamoeba histolytica*, და იშვიათად, *C. trachomatis*-ის LGV სეროვარები. იმუნოსუპრესირებულ აივ-ინფიცირებულ პირებში შესაძლოა ეტიოლოგიური ფაქტორები იყოს ციტომეგალოვირუსი და სხვა ოპორტუნისტული აგენტები. პროექტოკოლიტის განვითარება, გამომწვევიდან გამომდინარე, შესაძლებელია მოხდეს ორალური გზით და ორალურ-ანალური კონტაქტით.

ენტერიტისათვის ჩვეულებრივ, დამახასიათებელია დიარეა და აბდომინალური კრამპები პროქტიტის ან პროექტო-კოლიტის სიმპტომების გარეშე. იგი გვხვდება იმ პირებს შორის, რომელთა სექსუალური პრაქტიკაც მოიცავს ორალურ-ანალურ კონტაქტს. სხვა მხრივ ჯანმრთელ პირებში ყველაზე ხშირი გამომწვევია *Giardia lamblia*.

რეკომენდაცია:

- როდესაც MSM-ის სოციალურ ან სქესობრივ გარემოში ვითრდება გასტრო-ინტესტინალური დაავადებების აფეთქება, კლინიცისტებმა უნდა გაითვალისწინონ გადაცემის სქესობრივი გზა და შესაბამისად წარმართონ კონსულტირება. (D)

აივ-ინფიცირებულ პაციენტებში გასტრო-ინტესტინალური დაავადება შესაძლოა გამოიწვიოს სხვა ეტიოლოგიურმა აგენტებმა, რომლებიც ჩვეულებრივ, არ არის სქესობრივი გზით გადამდები, მათ შორის, CMV, *Mycobacterium avium-intracellulare*, *Salmonella* sp., *Campylobacter* sp., *Shigella* sp., *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, და *Isospora*. *Giardia*-ს აღმოსაჩენად შესაძლოა საჭირო გახდეს განავლის მრავალჯერადი ანალიზი, ხოლო კრიპტოსპორიდოზისა და მიკოსპორიდოზის სადიაგნოსტიკოდ საჭიროა განავლის სპეციალური პრეპარატები. გარდა ამისა, ენტერიტი შესაძლოა პირდაპირ აივ-ინფექციამაც გამოიწვიოს.

22.2 დიაგნოსტიკა

როდესაც ლაბორატორიული სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობები ხელმისაწვდომია, გადაწყვეტილება სპეციფიურ დიაგნოზს უნდა ეფუძნებოდეს. ყველა ენტეროინფექციის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები მოცემული გაიდლაინის ფარგლებს გარეთაა.

22.3 მკურნალობა

მწვავე პროქტიტი ხანმოკლე ანამნეზით იმ პირებში, რომელთაც ახლო წარსულში მონაწილეობა მიიღეს რეცეპტიულ ანალურ სქესობრივ კავშირში, ჩვეულებრივ, სქესობრივი გზით შეძენილია^{224,225}. ასეთ პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ ანოსკოპია და შეფასება HSV, *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, და *T. pallidum*-ის ინფექციებზე, რისთვისაც ისინი უნდა გაიგზავნონ საკონსულტაციოდ პროქტოლოგ-ვენეროლოგთან.

პაციენტებს დოკუმენტირებული ან საექვო ჰერპესული პროქტიტით მდგომარეობის მართვა უნდა ჩატარდეთ ისევე, როგორც გენიტალური ჰერპესის შემთხვევაში (იხ.: [გენიტალური HSV ინფექცია](#)). თუკი ანოსკოპიის დროს ვლინდება ლორწოვანი გარსის წყლულები ან დათვალეირებისას პერიანალური წყლულები, სავარაუდო თერაპია უნდა მოიცადეს გენიტალური ჰერპესის სამკურნალო სქემას. გარდა ამისა, გათვალისწინებულ უნდა იქნას LGV პროქტიტი და პროქტო-კოლიტიც. LGV-ზე შესაბამის დიაგნოსტიკური ტესტირება უნდა განხორციელდეს სახელმწიფო ან ლოკალური სტანდარტების მიხედვით და დაინიშნოს დოქსიციკლინით მკურნალობა 100მგ პერორალურად დღეში ორჯერ სამი კვირის განმავლობაში.

22.4 მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა უნდა ემყარებოდეს სპეციფიურ ეტიოლოგიასა და კლინიკური სიმპტომების სიმძიმეს. რე-ინფექციის განსხვავება წარუმატებელი მკურნალობისაგან შესაძლოა საკმაოდ რთული იყოს.

სქესობრივი პარტნიორების მენეჯმენტი

სქესობრივად გადამდები ნაწლავური ინფექციით დაავადებული პაციენტის პარტნიორს უნდა ჩატარდეს გამოკვლევა იმ დაავადებებზე, რომელთა დიაგნოსტიკაც მოხდა მოცემულ პაციენტში.

23. ექტოპარაზიტული ინფექციები

23.1 ბოქვენის პედიკულოზი – განმარტება, ეტიოპათოგენეზი

ბოქვენის პედიკულოზის შემთხვევაში პაციენტი ჩვეულებრივ, მიმართავს სამედიცინო მომსახურებას ქავილის ან იმის გამო, რომ შენიშნა წილები ბოქვენის თმაზე. ბოქვენის პედიკულოზი ჩვეულებრივ, სქესობრივი გზით გადაეცემა.

23.1.1 რეკომენდებული სამკურნალო სქემა

პერმეტრინის 1%-იანი კრემის აპლიკაცია დაზიანებულ არეში და ჩამოხანვა 10 წუთში
ან

პირეტრინის პიპერონილ ბუტოქსიდთან ერთად აპლიკაცია დაზიანებულ არეში და ჩამოხანვა 10 წუთში

ალტერნატიული სამკურნალო სქემა

მალათიონის 0.5% ლოსიონის აპლიკაცია 8–12 საათის განმავლობაში და შემეგ ჩამოხანვა
ან

ივერმექტინი 250 აგ/კგ განმეორებით 2 კვირაში

პედიკულოციდების მიმართ რეზისტენტობა მატულობს და ფართოდაა გავრცელებული. როდესაც წარუმატებელი მკურნალობის მიზეზი რეზისტენტობაა, შესაძლებელია მალათიონის გამოყენება²²⁶. მალათიონის უფრო ხანგრძლივი აპლიკაციის საჭიროება და მისი სუნი მას უფრო ნაკლებად მიმზიდველს ხდის სხვა პედიკულოციდებთან შედარებით. ივერმექტინი წარმატებით გამოიყენებოდა ტილების სამკურნალოდ, მაგრამ ამ პრეპარატზე კვლევათა მხოლოდ მცირე რაოდენობაა ჩატარებული.

ლინდანი არ არის რეკომენდებული პირველი რიგის სამკურნალო საშუალებად ტოქსიკურობის გამო. მისი გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ, როგორც ალტერნატივისა, როდესაც სხვა მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დარღვეულია ან სხვა მკურნალობა წარუმატებელი აღმოჩნდა. ლინდანის ტოქსიკურობა, რომელიც გამოიხატება კრუნჩხვებითა და აპლასტიური ანემიით, არ იქნა დაფიქსირებული, თუკი მისი გამოყენების დრო ლიმიტირებულია 4 წუთით. პერმეტრინი ლინდანთან შედარებით ნაკლები ტოქსიკური პოტენციალით ხასიათდება.

23.1.2 მართვის სხვა მოსაზრებები

რეკომენდებული სამკურნალო საშუალებების აპლიკაცია არ შეიძლება თვალის არეში. წამწამების პედიკულოზის მკურნალობა უნდა განხორციელდეს თვალის ოკლუზიური საცხის აპლიკაციით ქუთუთოების კიდეებზე დღეში ორჯერ 10 დღის განმავლობაში. უნდა ჩატარდეს საწოლის თეთრეულისა და ტანსაცმლის დეკონტამინაცია (კერძოდ, მანქანური რეცხვა, მანქანური შრობა ცხელი ციკლის რეჟიმის გამოყენებით, ან მშრალი წმენდა) ან სხეულთან კონტაქტს მოშორდეს სულ მცირე, 72 საათის განმავლობაში. საცხოვრებელი ფართის დეზინფექცია საჭირო არ არის.

რეკომენდაცია:

- ბოქვენის პედიკულოზით დაავადებული პაციენტებს უნდა შევთავაზოთ გამოკვლევა სხვა სგდ-ზე. (D)

მეთვალყურეობა

პაციენტებს განმეორებითი შეფასება უნდა ჩაუტარდეთ 1 კვირაში, თუკი სიმპტომები პერსისტირებს. განმეორებითი მკურნალობა შესაძლოა აუცილებელი იყოს, თუკი კანის თმაში გადასვლის ადგილებში ვლინდება წილების ან კვერცხების არსებობა. იმ პაციენტებს, რომლებიც არ დაემორჩილენ ერთ-ერთი რეკომენდებული რეჟიმით მკურნალობას, განმეორებითი მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ ალტერნატიული სქემით.

სქესობრივი პარტნიორების მართვა

გასული თვის განმავლობაში კონტაქტში მყოფ სქესობრივ პარტნიორებს უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა. პაციენტმა უნდა შეიკავოს თავი სქესობრივი კონტაქტისაგან, მანამ სანამ ის და მისი პარტნიორი არ დაასრულებენ მკურნალობას და განმეორებით არ შეფასდებიან პერსისტენტული დაავადების გამორცხვის მიზნით.

23.1.3 სპეციალური საკითხები

ორსულობა

ორსულ ქალებს მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ პერმეტრინით ან პირეტრინით პიპერინოლ ბუტოქსიდთან ერთად; ლინდანი ორსულობის პერიოდში უკუნაჩვენებია.

აივ ინფექცია

პაციენტებს ბოქვენის პედიკულოზითა და ამავე დროს აივ-ინფექციით უნდა ჩაუტარდეთ ისეთივე მკურნალობა, როგორც აივ-ნეგატიურ პაციენტებს.

23.2 მუნი – განმარტება, ეტიოლოგია, პათოგენეზი

მუნის პრედომინანტური სიმპტომი ქავილია. *Sarcoptes scabiei*-ის მიმართ სენსიბილიზაცია ვითარდება ქავილის დაწყებამდე. *Sarcoptes scabiei*-ით ინფესტირების საწყისი მომენტიდან სენსიბილიზაციის განვითარებამდე რამდენიმე კვირა გადის. თუმცა, ქავილი შეიძლება განვითარდეს შესაბამისი ინფესტაციიდან 24 საათის შემდეგაც. მოზრდილებში მუნი, ჩვეულებრივ, სქესობრივი გზითაა შეძენილი, მაშინ როცა ბავშვებში ეს ასე არ არის.

23.2.1 რეკომენდებული სამკურნალო სქემა

პერმეტრინის კრემის (5%) აპლიკაცია სხეულის ყველა ნაწილზე კისრის ქვემოთ და 8–14 საათის შემდეგ ჩამოხანვა

ან

ივერმექტინი 200µg/კგ პერორალურად, რომელიც უნდა გამეორდეს 2 კვირაში.

ალტერნატიული სამკურნალო სქემა

ლინდანის (1%) ლოსიონის 1 უნცია ან კრემის 30 გ-ის თხელი ფენის აპლიკაცია სხეულის ყველა ნაწილზე კისრის ქვემოთ და 8 საათის შემდეგ საგულდაგულოდ ჩამოხანვა

ლინდანი არ არის რეკომენდებული პირველი არჩევის სამკურნალო საშუალებად ტოქსიკურობის გამო. მისი გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ, როგორც ალტერნატივისა, როდესაც სხვა მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დარღვეულია ან სხვა მკურნალობა წარუმატებელი აღმოჩნდა.

ლინდანი არ უნდა იქნას გამოყენებული აბაზანის ან შხაპის მიღებისთანავე, გავრცელებული დერმატიტით დაავადებულებში, ორსულ და მეძუძურ ქალებში, ან 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში. ლინდანისადმი რეზისტენტობა მსოფლიოში საკმაოდ გავრცელებულია. ლინდანის გამოყენებისას აბაზანის მიღების შემდეგ ან გავრცელებული დერმატიტის მქონე პაციენტებში დაფიქსირდა კრუნჩხვების განვითარება. ასევე დაფიქსირებულია აპლასტიური ანემიის ფაქტები ლინდანის გამოყენების შედეგ.

პერმეტრინი ეფექტური და უსაფრთხოა და ნაკლებ ძვირია, ვიდრე ივერმექტინი. ერთ-ერთმა კვლევამ აჩვენა სიკვდილობის ზრდა ხანდაზმულ, უნარშეზღუდულ პაციენტებში, რომლებიც

ღებულობდნენ ივერმექტინს, მაგრამ ეს დაკვირვება არ დადასტურებულა შემდგომ მოხსენებებში²²⁷.

23.2.2. მართვის სხვა საკითხები

უნდა ჩატარდეს საწოლის თეთრეულისა და ტანსაცმლის დეკონტამინაცია (კერძოდ, მანქანური რეცხვა, მანქანური შრობა ცხელი ციკლის რეჟიმის გამოყენებით, ან მშრალი წმენდა) ან სხეულთან კონტაქტს მოშორდეს სულ მცირე, 72 საათის განმავლობაში. საცხოვრებელი ფართის დეზინფექცია საჭირო არ არის.

ქერქოვანი მუნი

ქერქოვანი მუნი (ე.წ. ნორვეგიული მუნი) წარმოადგენს აგრესიულ ინფესტაციას, რომელიც ჩვეულებრივ, ვითარდება იმუნოდეფიციტის მქონე, უნარშეზღუდულ ან ნაკვებობა-დაქვეითებულ პირებში. ქერქოვანი მუნის განვითარების რისკი აღენიშნებათ იმ პაციენტებს, რომლებიც იმყოფებიან სისტემურ ან ძლიერი ტოპიკური სტეროიდებით ხანგრძლივ თერაპიაზე, ორგანოთა ტრანსპლანტატების რეციპიენტებს, გონებრივად ჩამორჩენილ ან ფსიქიურად დაავადებულ პირებს, აივ-ინფიცირებულ ან ადამიანის T-ლიმფოტროპული ვირუს-1-ით ინფიცირებულ პირებს და სხვადასხვა ჰემატოლოგიური ავთვისებიანი დაავადებებით დაავადებულებს. ქერქოვანი მუნს მეტი კონტაგიოზურობა ახასიათებს ჩვეულებრივ მუნთან შედარებით. კონტროლირებადი თერაპიული კვლევები ქერქოვანი მუნის შესახებ არ ჩატარებულა და ადექვატური მკურნალობის საკითხები გაურკვეველი რჩება. მკურნალობა წარუმატებელი შეიძლება აღმოჩნდეს მხოლოდ ტოპიკური სკაბიციდის ან პერორალური ივერმექტინის გამოყენების ფონზე. ამ დარგის ზოგი სპეციალისტი გვირჩევს კომბინირებულ თერაპიას ტოპიკური სკაბიციდითა და პერორალური ივერმექტინით, ან განმეორებით მკურნალობას ივერმექტინით 200 $\mu\text{g}/\text{კგ}$ 1ლ, მე-15 და 29-ე დღეს. ლინდანის გამოყენებას უნდა მოვერიდოთ გაშიშვლებულ კანზე ნეიროტოქსიკური ზემოქმედების შესაძლებლობის გამო. პაციენტს ფრჩხილები უნდა მოეჭრას ძირში ზედმეტი ქავილისაგან გაღიზიანების თავიდან აცილების მიზნით.

23.2.3 მეთვალყურეობა

პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ გამონაყარი და ქავილი შეიძლება პერსისტირებდეს მკურნალობიდან 2 კვირის განმავლობაში. 2 კვირაზე მეტი დროის მანძილზე დარჩენილი სიმპტომებისა და ნიშნების ახსნა შესაძლებელია სხვადასხვა ფაქტორით. მკურნალობის წარუმატებლობა შესაძლოა განპირობებული იყოს სკაბიციდის მიმართ რეზისტენტობით ან ტოპიკური სკაბიციდის არასაკმარისი აპლიკაციით. ქერქოვანი მუნის შემთხვევაში პაციენტებს შესაძლოა სკაბიციდის ცუდი პენეტრაცია აღენიშნებოდეთ გასქელებულ, გარქოვანებულ კანში და ეს ძნელად მისაწვდომ არეები წარმოადგენდეს პარაზიტების ფარულ თავშესაფარს. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ამ პაციენტების ფრჩხილებს. ოჯახის წევრებისაგან რეინფექცია შესაძლებელია მაშინ, თუკი არ ხდება კონტაქტში მყოფი პირების შესაბამისი მკურნალობა და საწოლის თეთრეულისა და ტანსაცმლის შესაბამისი დამუშავება. მკურნალობის წარმატებისა და რეინფექციის თავიდან არიდების შემთხვევაშიც კი სიმპტომები შესაძლოა პერსისტირებდეს ან გაუარესდეს კიდევ ალერგიული დერმატიტის განვითარების გამო. და ბოლოს, საყოფაცხოვრებო ტილებმა

შესაძლოა გამოიწვიონ სიმპტომების პერსისტირება ანტიგენებს შორის ჯვარედინი რეაქციის არსებობის გამო. ზოგი სპეციალისტი გვირჩევს განმეორებით მკურნალობას 1–2 კვირის შემდეგ იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც სიმპტომები კიდევ აღენიშნებათ; სხვები განმეორებით მკურნალობას გვირჩევენ მხოლოდ ცოცხალი ტილების არსებობის შემთხვევაში. პაციენტებს, რომლებიც არ ემორჩილებიან რეკომენდებულ მკურნალობას, განმეორებითი თერაპია უნდა ჩაუტარდეთ ალტერნატიული სქემით დერმატოლოგის მეთვალყურეობით.

სქესობრივი პარტნიორებისა და საყოფაცხოვრებო კონტაქტში მყოფი პირების მართვა

უკანასკნელი თვის განმავლობაში როგორც სქესობრივი პარტნიორები, ისე მჭიდრო საყოფაცხოვრებო კონტაქტში მყოფი პირები უნდა გამოვიკვლიოთ და ვუმკურნალოთ.

საზოგადოებაში, თავშესაფრებსა და სხვა ინსტიტუციონალურ დაწესებულებებში აფეთქებების მართვა

მუნის ეპიდემიები ხშირია თავშესაფრებში, საავადმყოფოებში, სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებსა და სხვა საზოგადოებრივ ადგილებში. ეპიდემიის კონტროლის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ რისკის ჯგუფის მთლიანი პოპულაციის მკურნალობით. ასეთ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია ივერმექტინის გამოყენება, განსაკუთრებით, თუკი ტოპიკური სკაბიციდით მკურნალობა წარუმატებელია. ეპიდემიების მართვა უნდა განხორციელდეს სპეციალისტთან კონსულტაციის საფუძველზე.

23.2.4 სპეციალური საკითხები

ახალშობილები, პატარა ბავშვები და მეძუძური ან ორსული ქალები

ახალშობილებს, პატარა ბავშვებსა და მეძუძურ ან ორსულ ქალებს მკურნალობა არ უნდა ჩაუტარდეთ ლინდანიტ. მათთვის შესაძლებელია პერმეტრინის გამოყენება. ივერმექტინი არ არის რეკომენდებული ორსული ან მეძუძური პაციენტებისათვის. 15 კგ–ზე დაბალი წონის ბავშვებში ივერმექტინის უსაფრთხოება დადგენილი არ არის.

აივ ინფექცია – პაციენტებს გაურთულებელი მუნითა და ერთდროულად აივ–ინფექციით მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ დერმატოლოგისა და ინფექციონისტის მეთვალყურეობით.

24. სქესობრივი ძალადობა და სგდ

24.1 განმარტება

მოზრდილები და მოზარდები

აღნიშნულ გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები შემოიფარგლება სქესობრივად გადამდები ინფექციებისა და ამგვარი ინფექციების მართვისას ხშირად იდენტიფიცირებადი მდგომარეობების დადგენით, პროფილაქტიკითა და მკურნალობით. ობიექტური მონაცემების დოკუმენტაცია, არამიკრობიოლოგიური ნიმუშების შეგროვება სასამართლო ექსპერტიზის

მიზნებისათვის და პოტენციური ორსულობისა ან ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ტრავმის მენეჯმენტი აღნიშნული გაიდლაინის ფარგლებს სცდება. სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლის გასინჯვა უნდა ჩატარდეს გამოცდილი კლინიცისტის მიერ მსხვერპლისათვის შემდგომი ტრავმის არიდების მიზნით. სგგდ–ზე გენიტალური ან სხვა ნიმუშების აღების შესახებ გადაწყვეტილება ინდივიდუალურად უნდა იქნას მიღებული; მსხვერპლისათვის ზრუნვის სისტემა აწყობილი უნდა იყოს ისე, რომ გარანტირებული იყოს უწყვეტობა (მათ შორის, ტესტის შედეგების დროული გადახედვა), მხარდაჭერა და საწყისი გასინჯვისას დანიშნული რომელიმე თერაპიული ან პროფილაქტიკური სამკურნალო სქემის მიმართ გვერდითი რეაქციების მონიტორინგი. კანონი სასტიკად ზღუდავს მსხვერპლის წარსული სქესობრივი ანამნეზის, მათ შორის წარსულში შეძენილი სგგდ–ის მტკიცებულებად გამოყენებას, როგორც მცდელობას იმისა, რომ დაკნინდეს მსხვერპლის ჩვენების სანდოობა. ნიმუშების შეგროვება საწყისი გასინჯვისას სგგდ–ის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისათვის მსხვერპლსა და კლინიცისტს საშუალებას აძლევს გადადოს ემპირიული პროფილაქტიკური ანტიმკრობულ მკურნალობის დაწყება. სქესობრივად აქტიურ მოზრდილებში სქესობრივი ძალადობის შემდეგ სგგდ ინფექციის დადგენა შესაძლოა უფრო მნიშვნელოვანი იყოს პაციენტის ფსიქოლოგიური და სამედიცინო მართვის თვალსაზრისით, ვიდრე სასამართლო მიზნებისათვის, რადგანაც ინფექცია შესაძლოა ძალადობამდე იყოს შეძენილი.

24.2 სქესობრივი ძალადობის შედეგად შეძენილი სგგდ–ის ეპიდემიოლოგია

სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლ ქალებს შორის ყველაზე ხშირად ხდება ტრიქომონიაზის, ბაქტერიული ვაგინოზის, გონორეისა და ქლამიდიური ინფექციის დიაგნოზის დადგენა. იმის გამო, რომ ამ ინფექციების გავრცელება ახალგაზრდა სქესობრივად აქტიურ ქალებში მაღალია, მათი არსებობა აუცილებლად არ მიუთითებს ძალადობის პერიოდში ინფიცირებაზე. თუმცა, ძალადობის შემდგომი გასინჯვა წარმოადგენს სქესობრივად გადამდები ინფექციების პრევენციისა და იდენტიფიცირების შესაძლებლობას, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ისინი შეძენილი ძალადობის დროს. ქალებში ქლამიდიური და გონოკოკური ინფექცია განსაკუთრებული ზრუნვის საგანს წარმოადგენს აღმავალი ინფექციის შესაძლებლობის გამო. გარდა ამისა, შესაძლებელია HBV–ინფექციის პრევენცია B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინის კონტაქტის შემდგომი დანიშვნის გზით. საჭიროების შემთხვევაში რეპროდუქციული ასაკის მსხვერპლი ქალები უნდა გამოვიკვლიოთ ორსულობაზე.

24.3 სქესობრივი გზით გადამდებ ინფექციებზე შეფასება

24.3.1. საწყისი გასინჯვა

სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი საწყისი გასინჯვისათვის უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში. საწყისი გასინჯვა უნდა მოიცავდეს შემდეგ პროცედურებს:

- *N. gonorrhoeae*–სა და *C. trachomatis*–ზე ტესტირება იმ ადგილებიდან აღებული ნიმუშების ტესტირება, სადაც მოხდა პენეტრაცია ან პენეტრაციის მცდელობა.

- *N. gonorrhoeae*–სა და *C. trachomatis*–ის კულტურა ან ნუკლეინის მჟავას ამპლიფიკაციის ტესტი. NAAT–კვლევას უპირატესობა ენიჭება *C. trachomatis*–ის აღმოჩენის თვალსაზრისით.
- საშოს ნაცხის სველი პრეპარატისა და კულტურის გამოკვლევა *T. vaginalis* ინფექციაზე. თუკი საშოდან გამონადენი სუნია ან სახეზეა ქავილი, სველი პრეპარატი უნდა გაისინჯოს ვაგინალურ კანდიდოზსა და ბაქტერიულ ვაგინოზზეც.
- აივ–ინფექციაზე, B ჰეპატიტსა და სიფილისზე პლაზმური ნიმუშების აღება სწრაფი დიაგნოსტიკის მიზნით (იხ.: სქესობრივი ძალადობა, ნაწილები: [პროფილაქტიკა, აივ–ინფექციის შეძენის რისკი და საკონტროლო გასინჯვა ძალადობის შემდეგ](#)).

24.3.2. საკონტროლო გასინჯვა

ძალადობის შემდგომი საწყისი გასინჯვის შემდეგ საკონტროლო გასინჯვა საშუალებას გვაძლევს: 1) დადგინდეს ძალადობის პერიოდში ან მას შემდეგ შეძენილი ახალი ინფექცია, 2) დასრულდეს B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია ჩვენების შემთხვევაში, 3) დასრულდეს სხავ სგდ–ის შესახებ კონსულიტირება და მკურნალობა და 4) თუკი დანიშნულია კონტაქტის შემდგომი საპროფილაქტიკო მედიკამენტები, განხორციელდეს მათი გვერდითი ეფექტებისა და მკურნალობაზე დამყოლობის მონიტორინგი.

სგდ–ზე გასინჯვა უნდა გამეორდეს ძალადობიდან 1–2 კვირის განმავლობაში. იმის გამო, რომ ძალადობისას შეძენილი ინფექციური აგენტების კონცენტრაცია შესაძლოა საკმარისი არ იყოს იმისათვის, რომ ტესტმა დადებითი შედეგი მოგვცეს პირველივე გასინჯვისას, ტესტირება უნდა გამეორდეს საკონტროლო ვიზიტის დროს, იმ შემთხვევების გარდა თუკი დანიშნულია პროფილაქტიკური მკურნალობა. თუკი მკურნალობა დაინიშნა, ტესტირება უნდა ჩატარდეს მხოლოდ მაშინ, როცა მსხვერპლი აღნიშნავს სიმპტომებს. თუკი მკურნალობა არ დანიშნულა, საკონტროლო ვიზიტი უნდა დაინიშნოს 1 კვირაში რათა უზრუნველყოფილ იქნას ტესტის დადებითი შედეგების სწრაფი განხილვა მსხვერპლთან ერთად და დაინიშნოს მკურნალობა. სეროლოგიური ტესტირება სიფილისსა და აივ–ინფექციაზე უნდა გამეორდეს ძალადობიდან 6 კვირაში, 3 თვესა და 6 თვეში, თუკი საწყისი შედეგები უარყოფითი იყო, ხოლო მოძალადეში ამ ინფექციების გამორიცხვა შეუძლებელია ([იხ.:სქესობრივი ძალადობა, აივ–ინფექციის შეძენის რისკი](#)).

24.3.3. პროფილაქტიკა

პრევენციული თერაპიის მიზნით ოჯახის ექიმმა უნდა შესთავაზოს შემდეგი ალტერნატივები:

- კონტაქტის შემდგომი B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია HBIG–ის გარეშე ადექვატურად უზრუნველყოფს HBV ინფექციის საწინააღმდეგო დაცვას. B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლს უნდა გაუკეთდეს საწყისი გასინჯვის დროს, თუკი მას არ ჩატარებია წარსულში აცრა. ვაქცინის შემდგომი დოზები უნდა გაკეთდეს პირველი დოზიდან 1–2 და 4–6 თვის შემდეგ.
- ქლამიდიაზე, გონორეაზე, ტრიქომონიაზსა და ბაქტერიულ ვაგინოზზე ემპირიული ანტიმიკრობული მკურნალობა.

- გადაუდებელი კონტრაცეფციის შეთავაზება, თუკი ძალადობას შესაძლოა მოყვეს მსხვერპლის ორსულობა.

რეკომენდებული სქემები

ცეფტრიაქსონი 125 მგ IM ერთჯერადად

პლუს

მეტრონიდაზოლი 2 გ ერთჯერადად პერორალურად

პლუს

აზითრომიცინი 1 გ ერთჯერადად პერორალურად

ან

დოქსიციკლინი 100 მგ პერორალურად დღეში ორჯერ 7 დღე

ალტერნატიული მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში მიმართეთ ამ გაიდლაინის განყოფილებას, რომელში განხილულია სპეციფიური გამომწვევი აგენტები. ამ რეჟიმების ეფექტურობა სქესობრივი ძალადობის შემდეგ ინფექციის პრევენციის მიზნით შეფასებული არ არის. კლინიკისტებმა პაციენტებს უნდა ჩაუტარონ კონსულტირება ამ სამკურნალო სქემებთან ასოცირებულ შესაძლო სარგებელსა და ტოქსიკურობასთან დაკავშირებით; ამ კომბინაციის გამოყენებისას შესაძლოა გასტრო-ინტესტინალური გვერდითი ეფექტების განვითარება. სამედიცინო პროვაიდერმა აგრეთვე უნდა გაითვალისწინოს ანტიემეტური მედიკამენტების დანიშვნის საჭიროება, განსაკუთრებით გადაუდებელი კონტრაცეფციის გამოყენების შემთხვევაში.

24.3.4 მართვის სხვა საკითხები

რეკომენდაცია:

- საწყისი გასინჯვისას და თუ ნაჩვენებია საკონტროლო გასინჯვების დროსაც პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება შემდეგ საკითხებზე: 1) სგგდ-ის სიმპტომები და სასწრაფო გასინჯვის აუცილებლობა სიმპტომების გაჩენის შემთხვევაში და 2) სქესობრივი კავშირისაგან თავშეკავება პროფილაქტიკური მკურნალობის დასრულებამდე(D).

აივ ინფიცირების რისკი

აივ სეროკონვერსია განვითარებულა იმ პირებში, რომელთა ერთადერთი ცნობილი რისკ-ფაქტორიც ყოფილა სქესობრივი ძალადობა ან სქესობრივი შეურაცხყოფა, მაგრამ სავარაუდოდ ამ ალბათობის სიხშირე დაბალია. ურთიერთთანხმობის საფუძველზე განხორციელებლი სქესობრივი კავშირის შედეგად აივ-ტრანსმისიის რისკი ვაგინალური სექსის შემთხვევაში 0,1–0,2%-ია, ხოლო რეცეპტიული ანალური სექსის შემთხვევაში – 0,5–3%²²⁸. ორალური სექსის საშუალებით აივ-ინფექციის ტრანსმისიის რისკი გაცილებით დაბალია. ძალადობის სპეციფიური გარემოებების (მაგ.: ტრავმა, მათ შორის სისხლდენა) გამო აივ-ტრანსმისიის რისკი შესაძლოა გაიზარდოს ვაგინალური, ანალური ან ორალური პენეტრაციის შემთხვევაში. რისკი დამოკიდებულია ეაკულატის კონტაქტის ადგილზე; ეაკულატის ვირუსულ ტვირთსა და მოძალადესა ან მსხვერპლში სგგდ-ის ან გენიტალური დაზიანებების არსებობაზე.

ბავშვებს შესაძლოა მომატებული რისკი აღენიშნებოდეთ, რადგანაც ბავშვის სქესობრივი შეურაცხყოფა ხშირად ასოცირებულია ძალადობის მრავალჯერად ეპიზოდებთან, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს ლორწოვანი გარსის ტრავმა (იხ.: [ბავშვების სქესობრივი შეურაცხყოფა და მათზე სქესობრივი ძალადობა](#)).

ზიდოვუდინით კონტაქტის შემდგომი თერაპია ასოცირებული იყო აივ-ინფიცირების რისკის შემცირებასთან ჯანდაცვის მუშაკების კვლევაში, რომელთაც კანით კონტაქტი ჰქონდათ აივ-ინფიცირებულ სისხლთან²²⁹(III). ამ კვლევისა და ცხოველებზე ჩატარებული კვლევების საფუძველზე კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკა რეკომენდებულია სამედიცინო მუშაკებისათვის, რომელთაც პროფესიული კონტაქტი აქვთ აივ-ინფიცირებულ სისხლთან²¹⁵. ამ კვლევის შედეგები განზოგადოებულ იქნა აივ-ექსპოზიციის სხვა ტიპებზეც, მათ შორის სქესობრივ ძალადობაზე²³⁰. თუკი ადგილი ჰქონდა აივ-ინფექციის ზემოქმედებას, კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის დაწყება რაც შეიძლება მალე, სავარაუდოდ ზრდის მის სარგებელს. მიუხედავად იმისა, რომ გადამწყვეტი დასკვნის გაკეთება ძალადობის შემდეგ კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის შესახებ არ შეიძლება, ძალადობის დროს აივ-თან კონტაქტის შესაძლებლობა უნდა შეფასდეს პირველივე გასინჯვაზე. აივ-ინფექციის პრევენციის თვალსაზრისით კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის სავარაუდო სარგებელი აგრეთვე განხილულ უნდა იქნას ძალადობის მსხვერპლთან ერთად, თუკი აივ-ინფიცირების რისკი არსებობს.

მომალადის აივ-ინფიცირების ალბათობა, აივ-ტრანსმისიის რისკის გამამლიერებელი ნებისმიერი ხელშემწყობი გარემოება კონტაქტის დროს, შემთხვევიდან გასული დრო, ისევე როგორც კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის პოტენციური სარგებელი და რისკი, უნდა წარმოადგენდეს იმ ფაქტორებს, რომელთა საფუძველზეც სამედიცინო წარმომადგენელმა უნდა შეიმუშავოს რეკომენდაცია კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის შესახებ და დაარწმუნოს ძალადობის მსხვერპლი ამ რეკომენდაციის მიღებაში²³⁰. როგორც წესი, ძალადობის მსხვერპლის გასინჯვის მომენტისათვის მომალადის აივ-ინფიცირებულობის სტატუსის განსაზღვრა შეუძლებელია. ამიტომ სამედიცინო წარმომადგენელმა უნდა შეაფასოს მომალადის ნებისმიერი ქმედება, რომელიც აივ-ინფექციის რისკზე შეიძლება მიუთითებდეს (მაგ.: მამაკაცი, რომელსაც აქვს სქესობრივი კავშირი სხვა მამაკაცთან ან არის საინექციო წამლების მომხმარებელი), აივ/შიდს-ის ლოკალური ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობა და ძალადობის მახასიათებლები. როდესაც მომალადის აივ-სტატუსი უცნობია, ფაქტორებს, რომელთა საფუძველზეც შესაძლებელია აივ-ტრანსმისიის მომატებული რისკის დადგენა, მიეკუთვნება: 1) პენეტრაცია მოხდა ვაგინალურად თუ ანალურად; 2) მოხდა თუ არა ეაკულაცია ლორწოვან გარსებზე; 3) ჰქონდა თუ არა ადგილი მრავლობით ძალადობას; 4) ჰქონდა თუ არა ადგილი ლორწოვანი გარსის დაზიანებას მომალადეში ან მსხვერპლში და 5) ძალადობის, მომალადის ან მსხვერპლის სხვა მახასიათებლები, რომელთაც შეიძლება გაზრადონ აივ-ტრანსმისიის რისკი.

რეკომენდაცია:

- ოჯახის ექიმმა უნდა შეაფასოს მომალადის აივ-ინფიცირების ალბათობა, აივ-ტრანსმისიის რისკის გამამლიერებელი ნებისმიერი ხელშემწყობი გარემოება კონტაქტის დროს, შემთხვევიდან გასული დრო, ისევე როგორც კონტაქტის შემდგომი

პროფილაქტიკის პოტენციური სარგებელი და რისკი და ამის საფუძველზე შესთავაზოს ძალადობის მსხვერპლს კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკა.(D)

ძალადობიდან 72 საათის განმავლობაში მოზარდი და მოზარდული მხვერპლის კონტაქტის შემდგომი შეფასების რეკომენდაციები:

- შეაფასეთ აივ-ინფექციის რისკი მოძალადეში;
- შეაფასეთ ძალადობასთან დაკავშირებული გარემოებები, რასაც შეუძლია აივ-ტრანსმისიის რისკის გაზრდა;
- კონტაქტის შემდგომი პროფილაქტიკის საჭიროების შემთხვევაში გაიარეთ კონსულტაცია აივ-ინფექციის მკურნალობის ექსპერტთან;
- თუკი მსხვერპლს აღენიშნება ძალადობის შედეგად აივ-ტრანსმისიის მაღალი რისკი, მასთან ერთად განიხილიეთ ანტი-რეტროვირუსული პროფილაქტიკა, მისი ტოქსიკურობისა და დაუმტკიცებელი სარგებელის ჩათვლით;
- ჩაატარეთ ტესტირება აივ-ანტისხეულებზე საწყისი შეფასებისას და გაიმეორეთ 6 კვირაში, 3 თვესა და 6 თვეში.

25. ბავშვების სქესობრივი შეურაცხყოფა ან მათზე ძალადობა

25.1 განმარტება, ეპიდემიოლოგია

ამ გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები შემოიფარგლება სგგდ-ის იდენტიფიცირებითა და მკურნალობით. ბავშვებზე სქესობრივი ძალადობის ფსიქო-სოციალური ასპექტების მენეჯმენტი ამ რეკომენდაციების ფარგლებს გარეთაა.

სქესობრივად გადამდები აგენტის დადგენა ბავშვში ნეონატალური პერიოდის ფარგლებს გარეთ სქესობრივ ძალადობაზე მიუთითებს. ამგვარი სქესობრივად გადამდები აგენტის იდენტიფიცირების მნიშვნელობა ასეთ ბავშვებში, როგორც ბავშვზე შესაძლო სქესობრივი ძალადობის მტკიცებულებებისა, ცვალებადობს პათოგენის მიხედვით. პოსტნატალურ პერიოდში შეძენილი გონორეა, სიფილისი და არატრანსფუზიული, არაპერინატალურად გადაცემული აივ-ინფექცია ჩვეულებრივ, სქესობრივი ძალადობის სადიაგნოსტიკო ნიშნებია. სქესობრივი ძალადობა საეჭვოა გენიტალური ჰერპესის დიაგნოზის დადგენისას. სქესობრივი ძალადობის გამოკვლევა იმ ბავშვებში, რომელთაც შესაძლოა ჰქონდეთ სავარაუდოდ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექცია, უნდა ჩატარდეს ბავშვთა შეურაცხყოფის, უარყოფისა და ძალადობის დარგის გამოცდილი სპეციალისტის რეკომენდაციების საფუძველზე. შესაძლო სქესობრივი გზით შეძენილი ინფექციისა და ბავშვზე საეჭვო ძალადობის შესახებ მოხსენების სოციალური მნიშვნელობა განსხვავებულია სპეციფიური მიკროორგანიზმიდან გამომდინარე ([ცხრილი №6](#)). ყველა შემთხვევაში, სადაც ბავშვს დაესვა სქესობრივად გადამდები ინფექციის დიაგნოზი, უნდა განხორციელდეს ძალისხმევა, რათა დადგინდეს სქესობრივი შეურაცხყოფის ფაქტი, მათ შორის, დიაგნოსტიკური ტესტების ჩასატარებლად სხვა გავრცელებული სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებისათვის²³¹.

ზოგად წესს იმის შესახებ, რომ სქესობრივად გადამდები ინფექცია ნეონატალური პერიოდის გარდა, სქესობრივი ძალადობის მაჩვენებელია, აქვს გარკვეული გამონაკლისიც. მაგალითად *C. trachomatis*-ით რექტალური ან გენიტალური ინფექცია პატარა ბავშვებში, შესაძლოა

პერინატალურად შეძენილი იფექციის შედეგი იყოს და ზოგიერთ შემთხვევაში ხანგრძლივად, 2–3 წლის განმავლობაში პერსისტირებდეს. გენიტალური მექეჭების დიაგნოზი დაფიქსირებულა ბავშვებში, რომელთაც განუცდიათ სქესობრივი ძალადობა, მაგრამ მისი ფაქტი აღრიცხულა იმ ბავშვებშიც. რომელთაც სქესობრივი შეურაცხყოფის სხვა არავითარი მტკიცებულება არ აღენიშნებოდათ. ბაქტერიული ვაგინოზიც დაფიქსირებულა სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებში, მაგრამ მხოლოდ ამ უკანასკნელის არსებობა არ ამტკიცებს სქესობრივ ძალადობას. HBV ინფექციის შემთხვევათა უმრავლესობა ბავშვებში წარმოადგენს იმ პირებთან საყოფაცხოვრებო კონტაქტის შედეგს, რომლებიც დაავადებული არიან ქრონიკული HBV ინფექციით.

სქესობრივი ძალადობის შესაძლებლობა მკაცრად უნდა გავითვალისწინოთ იმ შემთხვევაში, როცა ვერ ხერხდება დასაბუთებული ახსნის მოძებნა სქესობრივად გადამდები ინფექციის არასქესობრივი გზით ტრანსმისიის გასამართლებლად. როდესაც სქესობრივი ძალადობის ერთადერთ მტკიცებულებას წარმოადგენს მიკროორგანიზმის გამოყოფა ან სქესობრივად გადამდები აგენტის მიმართ ანტისხეულების აღმოჩენა, ეს შედეგები უნდა დადასტურდეს და დასკვნები გაკეთდეს სიფროთხილით.

ცხრილი №6

გავრცელებული სქესობრივად გადმდები (ST) ან სქესობრივთან ასოცირებული (SA) ინფექციების მნიშვნელობა ჩვილებსა და პრე-პუბერტატული პერიოდის ბავშვებში სქესობრივი ძალადობის დიაგნოსტიკასა და ანგარიშგებაში

დადასტურებული ST/SA	სქესობრივი ძალადობის მტკიცებულება	სავარაუდო ქმედება
გონორეა*	სადიაგნოსტიკო†	ანგარიში†
სიფილისი*	სადიაგნოსტიკო	ანგარიში†
ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი¶	სადიაგნოსტიკო	ანგარიში†
Chlamydia trachomatis*	სადიაგნოსტიკო†	ანგარიში†
Trichomonas vaginalis	ძალზედ საეჭვოა	ანგარიში†
Condylomata acuminata (ანოგენიტალურ მექეჭები)*	საეჭვოა	ანგარიში†
გენიტალური ჰერპესი*	საეჭვოა	ანგარიში**
ბაქტერიული ვაგინოზი	დასკვნის გაკეთება ჭირს	სამედიცინო მეთვალყურეობა

ადაპტირებულია: Kellogg N, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. ბავშვებზე სქესობრივი ძალადობის შეფასება. Pediatrics 2005;116:506–12

* თუკი არ არის სავარაუდოდ პერინატალურად შეძენილი და იშვიათი არასქესობრივი ვერტიკალური ტრანსმისია გამორიცხულია.

† მიუხედავად იმისა, რომ კულტურა ოქროს სტანდარტად ითვლება, მიმდინარე კვლევებში სწავლობენ ნუკლეინის მჟავის ამპლიფიკაციის ტესტის, როგორც ალტერნატიული სადიაგნოსტიკო მეთოდის გამოყენებას.

§ ანგარიში სააგენტოში, რომელიც პასუხისმგებელია ბავშვებზე საექვო ძალადობის ანგარიშების მიღებაზე.

¶ თუკი პერინატალური ან ტრანსფუზიის გზით შეძენა გამორიცხულია.

**იმ შემთხვევების გარდა, როცა აუტონოკულაციის ანამნეზი თვალსაჩინოა.

25.2. სქესობრივად გადამდებ ინფექციებზე შეფასება

რეკომენდაცია:

- სქესობრივი ძალადობის ან შეურაცხყოფის ფაქტზე ბავშვის გამოკვლევა უნდა განხორციელდეს ისეთი მეთოდით, რომელიც მაქსიმალურად შეამცირებს ბავშვის ტრავმასა და ტკივილს. პრე-პუბერტატული ასაკის ბავშვებში ვაგინალური ნიმუშების შეგროვება, შესაძლოა, ძალზედ არაკომფორტული იყოს და უნდა განხორციელდეს გამოცდილი კლინიცისტის მიერ ბავშვისათვის ფსიქოლოგიური და ფიზიკური ტრავმის თავიდან აცილების მიზნით. (C)
- გენიტალური თუ სხვა ნიმუშების აღების გადაწყვეტილება ბავშვის სგგდ–ზე შეფასების მიზნით ინდივიდუალურ საფუძველზე უნდა განხორციელდეს. ქვემოთ ჩამოთვლილია სიტუაციები, რომლებიც სგგდ–ის მაღალ რისკზე მიუთითებენ და გულისხმობენ ტესტირებაზე მკაცრ ჩვენებას. (B)
- ბავშვს აქვს ან ჰქონდა სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც მიუთითებენ სგგდ–ზე ან ინფექციაზე, რომელიც შეიძლება შეძენილი იყოს სქესობრივი გზით, სქესობრივ ძალადობაზე ექვის არარსებობის შემთხვევაშიც კი. ნიშნებს, რომლებიც ასოცირებულია დადასტურებულ სგგდ დიაგნოზთან, მიეკუთვნება საშოდან გამონადენი ან ტკივილი, გენიტალიების ქავილი ან სუნი, შარდის სიმპტომები და გენიტალური წყლულები ან დაზიანებები.
- თუკი საექვო მოძალადეს დადგენილი აქვს სგგდ ან სგგდ–ს მაღალი რისკი აღენიშნება (მაგ.: მრავლობითი სქესობრივი პარტნიორები ან სგგდ–ს ანამნეზი);
- ბავშვის სიბლინგ–და–ძმას, ოჯახში სხვა ბავშვს, მოზრდილს, ან მის სოციალურ გარემოცვას იმ მომენტში აღენიშნება სგგდ.
- პაციენტი ან მშობელი მოითხოვს ტესტირებას.
- გენიტალური, ორალური ან ანალური პენეტრაციის, ან ეაკულაციის მტკიცებულება სახეზეა.

ბავშვებზე ძალადობის შეფასების პროცესში უნდა ჩაირთოს სამართალდამცავი ორგანოები ან ბავშვთა დაცვის სამსახურები, ხოლო მასთან დაკავშირებული სგგდ–ის მართვა უნდა განხორციელდეს პედიატრი–ვენეროლოგის მეთვალყურეობით.

რეკომენდაცია საწყისი გასინჯვასთან დაკავშირებით:(D)

საწყისი გასინჯვისას უნდა განხორციელდეს:

- გენიტალური, პერიანალური და ორალური არეების ვიზუალური ინსპექცია გენიტალური გამონადენის, სუნის, სისხლდენის, გაღიზიანების, მეჭეჭებისა და წყლულოვანი დაზიანებების არსებობის დასადგენად. ზოგიერთი სგგდ–ს კლინიკური მანიფესტაცია ბავშვებში განსხვავებულია მოზრდილებისაგან. მაგალითად HSV ინფექციის შემთხვევაში, შესაძლოა, არ აღინიშნებოდეს ტიპური ბუშტუკოვანი დაზიანებები. იმის გამო, რომ ეს ინფექცია იწვევს ეჭვს სქესობრივ ძალადობაზე, ნიმუშები აღებულ უნდა იქნას ყველა ვეზიკულური თუ წყლულოვანი გენიტალური ან პერიანალური დაზიანებიდან, რომლებიც თავსებადია გენიტალურ ჰერპესთან და შემდეგ გაიგზავნოს ვირუსული კულტურის გამოკვლევაზე;
- გაგზავნა სპეციალიზირებულ კლინიკაში *N. gonorrhoeae*-ს კულტურალური გამოკვლევისათვის ნიმუშების შესაგროვებლად ხახიდან და ანუსიდან როგორც გოგონებში, ისე ბიჭებში, საშოდან გოგონებში და ურეთრიდან ბიჭებში;
- გაგზავნა *C. trachomatis*-ის კულტურალურ გამოკვლევაზე ნიმუშებისა, რომლებიც აღებულია გოგონებისა და ბიჭების ანუსიდან და გოგონების საშოდან. ზოგიერთი მონაცემი მიუთითებს, რომ პრეპუბერტატული ასკის ბიჭებისათვის *C. trachomatis*-ის აღმოჩენის ალბათობა ურეთრიდან ძალზედ დაბალია ინტრაურთრალური ნაცხის აღებისას მიყენებული ტრავმის გასამართლებლად. თუმცა, ურეთრის გარეთა ხვრელის ნიმუში აღებულ უნდა იქნეს ურეთრალური გამონადენის არსებობის შემთხვევაში. *C. trachomatis*-ის ფარინგელური ნიმუშების აღება არ არის რეკომენდებული არც ბიჭებისა და არც გოგონებისათვის, რადგანაც მისი ზრდა ამ შემთხვევაში მცირეა, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს პერინატალური ინფექციის პერსისტირებას ჩვილობის პერიოდში და ზოგიერთ ლაბორატორიაში არ არსებობს *C. trachomatis*-ისა და *C. pneumoniae*-ს განმასხვავებელი სისტემები;
- *T. vaginalis*-სა და ბაქტერიულ ვაგინოზზე კულტურა და ვაგინალური ნაცხის სველი პრეპარატის გამოკვლევა;
- გაგზავნა პლაზმის ნიმუშების დაუყოვნებელი შემოწმების, შემდგომი ანალიზებისათვის შენახვისა და საკონტროლო სეროლოგიურ ტესტებთან შედარების მიზნით. პლაზმა დაუყოვნებლივ უნდა შემოწმდეს სქესობრივად გადამდები აგენტების მიმართ ანტისხეულების არსებობაზე. იმ აგენტებს, რომელთა დასადგენადაც არსებობს შესაბამისი ტესტები, მიეკუთვნება: *T. pallidum*, აივ–ინფექცია და HBV. გადაწყვეტილება, რომელ აგენტზე ჩატარდეს სეროლოგიური ტესტირება, მიღებულ უნდა იქნას კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე (იხ.: [სქესობრივი ძალადობა. ძალადობიდან 12 კვირის შემდეგ გასინჯვა](#));
- ძალადობის მსხვერპლ ბავშვებში გასათვალისწინებელია ტესტირება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულებაზე. აივ–ინფექციაზე ტესტირების გადაწყვეტილება უნა ემყარებოდეს ინდივიდუალურ საფუძველს და დამოკიდებულია მოძალადეში აივ–ინფექციის

ალბათობაზე. ანტირეტროვირუსული PEP-ის გათვალისწინების შემთხვევაში საჭიროა აივ-ინფიცირებული ბავშვების მკურნალობის სპეციალისტის კონსულტაცია.

რეკომენდაცია აივ-თან დაკავშირებული კონტაქტის შემდგომ შეფასებაზე ბავშვებში სქესობრივი ძალადობიდან 72 საათის განმავლობაში:(D)

- აივ/შიდს-ის ლოკალური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების გადახედვა და მოძალადის აივ-ინფექციის რისკის შეფასება;
- ძალადობის გარემოებების შეფასება, რომელთაც შესაძლოა იმოქმედონ აივ-ტრანსმისიის რისკზე;
- PEP-ის საჭიროების შემთხვევაში აივ-ინფიცირებულ ბავშვთა მკურნალობის სპეციალისტის კონსულტაცია;
- თუკი ბავშვს აღენიშნება ძალადობის გამო აივ-ტრანსმისიის მომატებული რისკი, განიხილეთ PEP-ის შესაძლებლობა ბავშვის მზრუნველთან ერთად მისი ტოქსიკურობისა და უცნობი ეფექტურობის ჩათვლით;
- გააგზავნეთ აივ-ანტისხეულებზე ტესტირებისათვის საწყისი შეფასებისას, 6 კვირაში, 3 თვეში და 6 თვეში.

25.3 საკონტროლო გასინჯვა ძალადობის შემდეგ

იმ გარემოებებში, როდესაც სიფილისის, აივ-ინფექციის ან B ჰეპატიტის ტრანსმისია საეჭვოა, მაგრამ საწყისი ტესტები უარყოფითია, რეკომენდებულია განმეორებითი გასინჯვა ბოლო საეჭვო ძალადობის ეპიზოდიდან 6 კვირაში, 3 თვეში და 6 თვეში, რათა გავიდეს საკმარისი დრო ინფექციური აგენტის მიმართ ანტისხეულების გამომუშავებისათვის. გარდა ამისა, HBsAg-ზე ტესტირების შედეგების ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს სიფრთხილით, რადგანაც HBV ინფექცია შესაძლოა არასქესობრივი გზით გადაეცეს. გადაწყვეტილება იმის შესახებ, რომელი ტესტი უნდა ჩატარდეს, მიიღება ინდივიდუალურ საფუძველზე.

25.4 სავარაუდო მკურნალობა

ბავშვის მიერ სგგდ-ს, როგორც სქესობრივი ძალადობის შედეგის შექმნის რისკი, სათანადოდ შესწავლილი არ არის. სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლი ბავშვების სავარაუდო მკურნალობა რეკომენდებული არ არის შემდეგი მიზეზების გამო: 1) სგგდ-ის უმრავლესობის სიხშირე ბავშვებში სქესობრივი ძალადობის შემდეგ დაბალია, 2) პრეპუბერტატული ასაკის გოგონებს, როგორც ჩანს, აღმავალი ინფექციის უფრო დაბალი რისკი გააჩნიათ, ვიდრე მოზარდებსა და მოზრდილებს და 3) ბავშვთა რეგულარული მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა, როგორც წესი, შესაძლებელია. თუმცა, ზოგიერთ ბავშვს, მათ მშობლებს, ან მეურვეებს შესაძლოა ჰქონდეთ გარკვეული ეჭვები სგგდ-ით ინფიცირების შესახებ, იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი სამედიცინო მუშაკის მიერ რისკი აღიქმება, როგორც დაბალი. ამგვარი ეჭვები შესაძლოა შესაბამისი ჩვენება იყოს გარკვეულ გარემოებებში სავარაუდო მკურნალობისათვის და მისი გათვალისწინება შესაძლებელია მას შემდეგ, რაც აღებული იქნება ყველა ნიმუში დიაგნოსტიკური ტესტებისა და გამოკვლევებისათვის.

25.5 ანგარიში – მოხსენება

საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედებს კანონი, რომლის მიხედვითაც სავალდებულოა ბავშვზე ძალადობის შემთხვევების მოხსენება. იმ შემთხვევაში, თუკი სამედიცინო წარმომადგენელს გააჩნია საფუძვლიანი ეჭვი ბავშვზე სქესობრივი ძალადობის შესახებ, ანგარიში უნდა გადაეცეს შესაბამის ინსტანციას. სამედიცინო მუშაკებს უნდა ჰქონდეთ კავშირი ბავშვთა დაცვის სახელმწიფო ან ადგილობრივ ორგანიზაციებთან ბავშვებზე სქესობრივი ძალადობის საკითხებთან დაკავშირებით.

26. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე;
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

26.1. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების პრევენციული პრაქტიკისათვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური აუდიტით უნდა შეფასდეს სგგდ–ის დიაგნოსტიკის, არამედიკამენტური და მედიკამენტური მკურნალობისა და მიმდინარე მეთვალყურეობის ეტაპები. რეკომენდებულია შეფასება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

დიაგნოზი

- პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ რისკის პროფილის შეფასება ანამნეზის და ფიზიკალური გასინჯვის საფუძველზე;
- პაციენტების რაოდენობა, რომელიც გაიგზავნა სპეციფიურ გამოკვლევაზე;
- საანგარიშო პერიოდში ანამნეზისა და ფიზიკალური გასინჯვის საფუძველზე დიაგნოსტიკებული სგგდ–ის შემთხვევების რაოდენობა;
- საანგარიშო პერიოდში სპეციფიური გამოკვლევის შედეგად დიაგნოსტიკებული სგგდ–ის შემთხვევების რაოდენობა.

ინტერვენცია

- პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც სგგდ–ის მაღალი რისკის გამო ჩაუტარდათ კონსულტირება უსაფრთხო სექსის თაობაზე;
- სპეციალისტთან (გინეკოლოგთან, ვენეროლოგთან და ა. შ) მიმართვების რაოდენობა;

- მაღალი რისკის სქესობრივი ქცევის მქონე იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც იცავენ უსაფრთხო სექსის პრინციპებს;
- პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც გამოკვლევების შედეგების საფუძველზე მედიკამენტური მკურნალობა დაენიშნათ;
- პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ ვაქცინაცია იმ სგგდ-ის წინააღმდეგ, რომელთა პრევენციაც შესაძლებელია ვაქცინაციის საშუალებით.

მიმდინარე მეთვალყურეობა

- 1 წლის თავზე განმეორებით კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა;
- 2 წლის თავზე განმეორებით კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა;
- პაციენტების რა ნაწილს აღენიშნა მკურნალობის ფონზე გაჯანმრთელება.

27. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში. პირველ ეტაპზე, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების მართვის თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. საკვანძო სიტყვების გარშემო ("STD Prevention", "STD managemet", "STD risk assessment") მოძიებული 400-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა ორასამდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთსა და ამერიკაში შემუშავებული გაიდლაინები²³², რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

I. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
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 I 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 კონსენსუსს

Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

28. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

29. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

30. გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Statistics - 2006, WHO, 2006.
2. CDC. [Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral](#) and [revised recommendations for HIV screening of pregnant women](#). MMWR 2001;50(No. RR-19):13–26.
3. Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM Jr, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. JAMA 1998;280:1161–67.
4. Gottlieb SL, Douglas JM Jr, Foster M, et al. Incidence of herpes simplex virus type 2 infection in 5 sexually transmitted disease (STD) clinics and the effect of HIV/STD risk-reduction counseling. J Infect Dis 2004;190:1059–67.
- 5 CDC, Health Resources and Services Administration, National Institutes of Health, HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America, HIV Prevention in Clinical Care Working Group. Recommendations for incorporating human immunodeficiency virus (HIV) prevention into the medical care of persons living with HIV. Clin Infect Dis 2004;38:104–21.
6. Hatcher RA, Trussel TJ, Stewart FH, et al. 18th ed. Contraceptive Technology. New York, NY: Ardent Media; 2004.
7. Hepatitis B Vaccination Recommendations for Adults MMWR 2006;55(RR-16)
8. Prevention of Hepatitis A Through Active or Passive Immunization , Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2006.
- 9 . Saslow D, Castle PE, Cox JT, et al. American Cancer Society guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:7-28.
10. Holmes KK, Levine R, Marcia Weaver. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Organ. 2004;82:454-461.
11. Ness RB, Randall H, Richter HE, et al. Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. Am J Public Health 2004;94:1327-9.
12. Wald A, Langerberg AGM, Krantz E, et al. The relationship between condom use and herpes simplex virus acquisition. Ann Intern Med 2005;143:707–13.
- 13 Manhart LE, Koutsky LA. Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia?: A meta-analysis. Sexually Transmitted Diseases 2002;29:725–35.

-
14. Hogenwoning CJA, Bleeker MCG, van den Brule AJC, et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. *Int J Cancer* 2003;107:811–6.
 15. Bleeker MCG, Hogewoning CJA, Voorhorst FJ, et al. Condom use promotes regression of human papillomavirus-associated penile lesions in male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer* 2003;107:804–10.
 16. Winer R, Hughes JP, Feng Q, et al. Consistent condom use from time of first vaginal intercourse and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 2006;354:2645–54.
 17. Effectiveness of the male latex condom: combined results for three popular condom brands used as controls in randomized clinical trials
Contraception, Volume 70, Issue 5, Pages 407–413
T. Walsh, R. Freziers, K. Peacock, A. Nelson, V. Clark, L. Bernstein, B. Wraaxall, 2004.
 18. Drew WL, Blair M, Miner RC. Evaluation of the virus permeability of a new condom for women. *Sex Transm Dis* 1990;17:110–12.
 19. French PP, Latka M, Gollub EL, Rogers C, Hoover DR, Stein ZA. Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sex Transm Dis* 2003;30:433–9.
 20. Gross M, Buchbinder SP, Holte S, Celum CL, Koblin BA, Douglas JM Jr Use of reality “female condoms” for anal sex by US men who have sex with men. HIVNET Vaccine Preparedness Study Protocol Team. *Am J Public Health* 1999;89:1739–41.
 21. Wilkinson D, Tholandi M, Ramjee G, Rutherford GW. Nonoxynol-9 spermicide for prevention of vaginally acquired HIV and other sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials including more than 5000 women. *Lancet* 2002;2:613–7.
 22. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *N Engl J Med* 2005;352:676–85.
 23. Kissinger P, Mohammed H, Richardson-Alston G, et al. Patient-delivered partner treatment for male urethritis: a randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis* 2005;41:623–9.
 24. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated *Chlamydia trachomatis* infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex Transm Dis* 2003;30:49–56.
 25. Kissinger P, Schmidt N, Mohammed H, et al. Patient-delivered partner treatment for trichomonas vaginalis: a randomized controlled trial. *Sex Transm Dis* 2006;33:1–6
 26. CDC. [A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#). Part 1: Immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR* 2005;54(No. RR-16).
 27. Mayer KH, Klausner JD, Handsfield HH. Intersecting epidemics and educable moments: sexually transmitted disease risk assessment and screening in men who have sex with men. *Sex Transm Dis* 2001;28:464–7.
 28. Kent C, Chaw JK, Wong W, et al. Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin Infect Dis* 2005;41:67–74.
 29. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect* 2000;76:345–9.
 30. Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *J Infect Dis* 2002;185:1307–13.
 31. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health* 2001;91:947–52.

-
32. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med* 1999;159:2730–6.
33. Pilcher CD, Eron JJ Jr, Vemazza PL, et al. Sexual transmission during the incubation period of primary HIV infection. *JAMA* 2001;286:1713–4.
34. Wawer MJ, Gray RH, Sewankambo NK, et al. Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *J Infect Dis* 2005;191:1403–9.
35. Bogaerts J, Vuylsteke B, Martinez Tello W, Mukantabana V, Akingeneye J, Laga M, et al. Simple algorithms for the management of genital ulcers: evaluation in a primary health care centre in Kigali, Rwanda. *Bull World Health Organ.* 1995;73(6):761–7.
36. Ernst AA, Marvez-Valls E, Martin DH. Incision and drainage versus aspiration of fluctuant buboes in the emergency department during an epidemic of chancroid. *Sex Transm Dis.* Jul-Aug 1995;22(4):217–20.
37. Roberts CM, Pfister JR, Spear SJ. Increasing proportion of herpes simplex virus type 1 as a cause of genital herpes infection in college students. *Sex Transm Dis* 2003;30:801–2.
38. Benedetti JK, Corey L, Ashley R. Recurrence rates in genital herpes after symptomatic first-episode infection. *Ann Intern Med* 1994;121:847–54.
39. Engelberg R, Carrell D, Krantz E, Corey L, Wald A. Natural history of genital herpes simplex virus type 1 infection. *Sex Transm Dis* 2003;30:174–7.
40. Scoular A. Using the evidence base on genital herpes: optimising the use of diagnostic tests and information provision. *Sex Transm Infect* 2002;78:160–5.
41. Scoular A, Gillespie G, Carman WF. Polymerase chain reaction for diagnosis of genital herpes in a genitourinary medicine clinic. *Sex Transm Infect* 2002;78:21–5.
42. Wald A, Huang M-L, Carrell D, Selke S, Corey L. Polymerase chain reaction for detection of herpes simplex virus (HSV) DNA on mucosal services: comparison with HSV isolation in cell culture. *J Infect Dis* 2003;188:1345–51.
43. Song B, Dwyer DE, Mindel A. HSV type specific serology in sexual health clinics: use, benefits, and who gets tested. *Sex Transm Infect* 2004;80:113–7.
44. Whittington WL, Celum CL, Cent A, Ashley RL. Use of a glycoprotein G-based type-specific assay to detect antibodies to herpes simplex virus type 2 among persons attending sexually transmitted disease clinics. *Sex Transm Dis* 2001;28:99–104
45. Zimet GD, Rosenthal SL, Fortenberry JD, et al. Factors predicting the acceptance of herpes simplex virus type 2 antibody testing among adolescents and young adults. *Sex Transm Dis* 2004;31:665–9.
46. Leone PA, Trottier S, Miller JM. Valacyclovir for episodic treatment of genital herpes: a shorter 3-day treatment course compared with 5-day treatment. *Clin Infect Dis* 2002;34:958–62.
47. Wald A, Carrell D, Remington M, Kexel E, Zeh J, Corey L. Two-day regimen of acyclovir for treatment of recurrent genital herpes simplex virus type 2 infection. *Clin Infect Dis* 2002;34:944–8.
48. Chosidow O, Drouault Y, Leconte-Veyriac F, et al. Famciclovir vs. aciclovir in immunocompetent patients with recurrent genital herpes infections: a parallel-groups, randomized, double-blind clinical trial. *British J Dermatol* 2001;144:818–24.
49. Aoki FY, Tying S, Diaz-Mitoma F, Gross G, Gao J, Hamed K. Single-day patient initiated famciclovir therapy for recurrent genital herpes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin Infect Dis* 2006;42:8–13.
50. Bodsworth NJ, Crooks RJ, Borelli S, et al. Valaciclovir versus aciclovir in patient initiated treatment of recurrent genital herpes: a randomised, double blind clinical trial. *Genitourinary Med* 1997;73:110–6.
51. Patel R, Bodsworth NJ, Woolley P, et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital HSV infection: a placebo controlled study of once daily therapy. *Genitourinary Med* 1997;73:105–9.

-
- 52 Fife KH, Barbarash RA, Rudolph T, Degregoria B, Roth R. Valaciclovir versus acyclovir in the treatment of first-episode genital herpes infection. Results of an international, multicenter, double-blind, randomized clinical trial: the Valaciclovir International Herpes Simplex Virus Study Group. *Sex Transm Dis* 1997;24:481–6.
- 53 Diaz-Mitoma F, Sibbald RG, Shafran SD, Saltzman RL. Oral famciclovir for the suppression of recurrent genital herpes: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:887–92.
- 54 Mertz GJ, Loveless MO, Levin MJ, et al. Oral famciclovir for suppression of recurrent genital herpes simplex virus infection in women. A multicenter, double-blind, placebo-controlled trial: Collaborative Famciclovir Genital Herpes Research Group. *Arch Intern Med* 1997;157:343–9.
- 55 Romanowski B, Valtrex HS230017 Study Group, Marina RB, Roberts JN. Patients' preference of valacyclovir once-daily suppressive therapy versus twice-daily episodic therapy for recurrent genital herpes: a randomized study. *Sex Transm Dis* 2003;30:226–31.
- 56 Corey L, Wald A, Patel R, et al. Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004;350:11–20.
- 57 Reitano M, Tyring S, Lang W, et al. Valaciclovir for the suppression of recurrent genital herpes simplex virus infection: a large-scale dose range-finding study. *J Infect Dis* 1998;178:603–10.
- 58 Miyai T, Turner KR, Kent CK, et al. The psychosocial impact of testing individuals with no history of genital herpes for herpes simplex virus type 2. *Sex Transm Dis* 2004;31:517–21.
- 59 Henry RE, Wegmann JA, Hartle JE, Christopher JW. Successful oral acyclovir desensitization. *Ann Allergy* 1993;70:386–8.
- 60 Posavad CM, Wald A, Kuntz S, et al. Frequent reactivation of herpes simplex virus among HIV-1-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 2004;190:693–6.
- 61 Conant MA, Schacker TW, Murphy RL, et al. Valaciclovir versus aciclovir for herpes simplex virus infection in HIV-infected individuals: two randomized trials. *Int J STD AIDS* 2002;13:12–21.
- 62 Romanowski B, Aoki FY, Martel AY, et al. Efficacy and safety of famciclovir for treating mucocutaneous herpes simplex infection in HIV-infected individuals. *AIDS* 2000;14:1211–7.
- 63 DeJesus E, Wald A, Warren T, et al. Valacyclovir for the suppression of recurrent genital herpes in human immunodeficiency virus-infected subjects. *J Infect Dis* 2003;188:1009–16.
- 64 Baker D, Brown Z, Hollier LM, et al. Cost-effectiveness of herpes simplex virus type 2 serologic testing and antiviral therapy in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. Dec 2004;191(6):2074–84.
- 65 Brocklehurst P, Kinghorn G, Carney O, et al. A randomised placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection. *Br J Obstet Gynaecol*. Mar 1998;105(3):275–80.
- 66 Binkin NJ, Koplan JP, Cates W Jr. Preventing neonatal herpes. The value of weekly viral cultures in pregnant women with recurrent genital herpes. *JAMA*. Jun 1 1984;251(21):2816–21.
- 67 Bogess KA, Watts DH, Hobson AC, et al. Herpes simplex virus type 2 detection by culture and polymerase chain reaction and relationship to genital symptoms and cervical antibody status during the third trimester of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. Feb 1997;176(2):443–51.
- 68 Stone KM, Reiff-Eldridge R, White AD, et al. Pregnancy outcomes following systemic prenatal acyclovir exposure: conclusions from the International Acyclovir Pregnancy Registry, 1984–1999. *Birth Defects Research (Part A)* 2004;70:201–7.
- 69 Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Stuart GS, Wendel GD Jr. Acyclovir prophylaxis to prevent herpes simplex virus recurrence at delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2003;102:1396–403.
- 70 Watts DH, Brown ZA, Money D, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:836–43.

-
- 71 Scott LL, Hollier LM, McIntire D, Sanchez PJ, Jackson GL, Wendel GD Jr Acyclovir suppression to prevent recurrent genital herpes at delivery. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2002;10:71–7.
- 72 O'Farrell N. Donovanosis. *Sex Transm Infect* 2002;78:452–7.
- 73 Buntin DM, Rosen T, Leshner JL Jr, Plotnick H, Brademas ME, Berger TG. Sexually transmitted diseases: bacterial infections. Committee on Sexually Transmitted Diseases of the American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. Aug 1991;25(2 Pt 1):287–99.
- 74 Källén BA, Otterblad Olausson P, Danielsson BR. Is erythromycin therapy teratogenic in humans?. *Reprod Toxicol*. Jul-Aug 2005;20(2):209–14.
- 75 Manders SM, Baxter JD. Granuloma inguinale and HIV: a unique presentation and novel treatment regimen. *J Am Acad Dermatol*. Sep 1997;37(3 Pt 1):494–6.
- 76 Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2002;78:90–2.
- 77 Schachter J. Confirming positive results of nucleic acid amplification tests (NAATs) for Chlamydia trachomatis: all NAATs are not created equal. *J Clin Microbiol*. 2005;43:1372–1373.
- 78 Burckhardt F. What is the impact of change in diagnostic test method on surveillance data trends in Chlamydia trachomatis infection?. *Sex Transm Infect*. 2006;82:24–30.
- 79 Rosen T, Brown TJ. Genital ulcers. Evaluation and treatment. *Dermatol Clin*. Oct 1998;16(4):673–85, x.
- 80 CDC. Trends - STD Surveillance 2006. Department of Health and Human Services. Available at <http://www.cdc.gov/std/stats/trends2006.htm#syphilitrends>.
- 81 Romanowski B, Sutherland R, Fick GH, Mooney D, Love EJ. Serologic response to treatment of infectious syphilis. *Ann Intern Med* 1991;114:1005–9.
- 82 Pope V. Use of treponemal tests to screen for syphilis. *Infect Med* 2004;21:399–402.
- 83 CDC. Primary and secondary syphilis--United States, 2003–2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Mar 17 2006;55(10):269–73.
- 84 Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, et al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *J Infect Dis*. Feb 1 2004;189(3):369–76.
- 85 Augenbraun MH, Rolfs R. Treatment of syphilis, 1998: nonpregnant adults. *Clin Infect Dis*. Jan 1999;28 Suppl 1:S21–8. [[Medline](#)].
- 86 CDC. Summary of notifiable diseases, United States, 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. Nov 20 1998;46(54):ii–vii, 3–87.
- 87 Clinical Effectiveness Group. National guideline for the management of early syphilis. *Sex Transm Infect*. 1999;75 Suppl 1:S334–37. Clinical Effectiveness Group. National guideline for the management of late syphilis. *Sex Transm Infect*. 1999;75 Suppl 1:S334–37.
- 88 Rolfs RT, Joesoef MR, Hendershot EF, et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection: the Syphilis and HIV Study Group. *N Engl J Med* 1997;337:307–14.
- 89 State of Victoria: Therapeutic Guidelines Antibiotic. Version eTG Complete April 2006 available from the [Therapeutic Guidelines Limited](#) web site. [Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006; Morbidity and Mortality Weekly Report, August 4 2006, Vol. 55](#) available from the [Centers for Disease Control and Prevention](#) web site www.cdc.org.
- 90 Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, et al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *J Infect Dis* 2004;189:369–76.
- 91 Marra CM, Boutin P, McArthur JC, et al. A pilot study evaluating ceftriaxone and penicillin G as treatment agents for neurosyphilis in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis* 2000;30:540–4.
- 92 Libois A, De Wit S, Poll B, et al. HIV and Syphilis: When to Perform a Lumbar Puncture. *Sex Transm Dis*. 2006;Jul 19:

-
- 93 Lukehart SA, Hook EW, Baker-Zander SA, et al. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med.* Dec 1 1988;109(11):855-62.
- 94 Goldmeier D, Hay P. A review and update on adult syphilis, with particular reference to its treatment. *Int J STD AIDS.* Mar-Apr 1993;4(2):70-82. Gordon SM, Eaton ME, George R, et al. The response of symptomatic neurosyphilis to high-dose intravenous penicillin G in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* Dec 1 1994;331(22):1469-73.
- 95 Marra CM, Boutin P, McArthur JC, et al. A pilot study evaluating ceftriaxone and penicillin G as treatment agents for neurosyphilis in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis* 2000;30:540-4.
- 96 Marra CM, Maxwell CL, Tantalo L, et al. Normalization of cerebrospinal fluid abnormalities after neurosyphilis therapy: does HIV status matter? *Clin Infect Dis* 2004;38:1001-6.
- 97 Marra CM, Boutin P, McArthur JC, et al. A pilot study evaluating ceftriaxone and penicillin G as treatment agents for neurosyphilis in human immunodeficiency virus-infected individuals. *Clin Infect Dis* 2000;30:540-4.
- 98 Walker GJ. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;3:CD001143
- 99 Hollier LM, Harstad TW, Sanchez PJ, Twickler DM, Wendel GD Jr Fetal syphilis: Clinical and laboratory characteristics. *Obstet Gynecol* 2001;97:947-53
- 100 American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians. *Guidelines for Perinatal Care.* 5th ed. American Academy of Pediatrics; 2002.
- 101 American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases.* 26th ed. 2003:595-607.
- 102 Chakraborty R, Luck S. Managing congenital syphilis again? The more things change ... *Curr Opin Infect Dis.* Jun 2007;20(3):247-52.
- 103 Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. Syphilis. *Neonatology.* 1999;430-2.
- 104 Dupin N, Bijaoui G, Schwarzsinger M, et al. Detection and quantification of *Mycoplasma genitalium* in male patients with urethritis. *Clin Infect Dis* 2003;37:602-5.
- 105 Horner P, Thomas B, Gilroy CB, et al. Role of *Mycoplasma genitalium* and *Ureaplasma urealyticum* in acute and chronic nongonococcal urethritis. *Clin Infect Dis* 2001;32:995-1003.
- 106 Taylor-Robinson D, Gilroy CB, Thomas BJ, et al. *Mycoplasma genitalium* in chronic non-gonococcal urethritis. *Int J STD AIDS* 2004;15:21-5.
- 107 Schwebke JR, Hook EW III. High rates of *Trichomonas vaginalis* among men attending a sexually transmitted diseases clinic: Implications for screening and urethritis management. *J Infect Dis* 2003;188:465-8.
- 108 Madeb R, Nativ O, Benilevi D, Feldman PA, Halachmi S, Srujo I. Need for diagnostic screening of herpes simplex virus in patients with nongonococcal urethritis. *Clin Infect Dis* 2000;30:982-3.
- 109 Bradshaw CS, Tabrizi SN, Read TRH, et al. Etiologies of nongonococcal urethritis: bacteria, viruses, and the association with orogenital exposure. *J Infect Dis* 2006;193:336-45.
- 110 Centers for Disease Control and Prevention. CDC Division of AIDS, STD, and TB. Gonococcal Isolation Surveillance Project (GISP) Annual Report - 1998. *Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention; 1998.*
- 111 Chorba T, Tao G, Irwin K. Sexually Transmitted Diseases. In: Litwin MS, Saigal CS, eds. *Urologic Diseases in America.* 2004;233-79.
- 112 Cook RL, Hutchison SL, Østergaard L, et al. Systematic review: noninvasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. *Ann Intern Med.* Jun 7 2005;142(11):914-25.
- 113 Falk L, Fredlund H, Jensen JS. Tetracycline treatment does not eradicate *Mycoplasma genitalium*. *Sex Transm Infect* 2003;79:318-9.
- 114 Marrazzo JM, Handsfield HH, Whittington WLH. Predicting chlamydial and gonococcal cervical infection: implications for management of cervicitis. *Obstet Gynecol* 2002;100:579-84.

-
- 115 Manhart LE, Critchlow CW, Holmes KK, et al. Mucopurulent cervicitis and *Mycoplasma genitalium*. J Infect Dis 2004;187:650–7. Erratum in J Infect Dis 2004;190:866.
- 116 Schwebke JR, Weiss HL. Interrelationships of bacterial vaginosis and cervical inflammation. Sex Transmit Dis 2002;29:59–64
- 117 Marrazzo JM, Wiesenfeld HC, Murray PJ, et al. Risk factors for cervicitis among women with bacterial vaginosis. J Infect Dis 2006;193:617–64
- 118 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.
- 119 Geisler WM, Yu S, Venglarik M, Schwebke JR. Vaginal leucocyte counts in women with bacterial vaginosis: relation to vaginal and cervical infections. Sex Transmit Infect 2004;80:401–5.
- 120 McClelland RS, Wang CC, Mandaliya K, et al. Treatment of cervicitis is associated with decreased cervical shedding of HIV-1. AIDS 2001;15:105–10.
- 121 . CDC. [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.
- 122 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: recommendations and rationale. Am J Prev Med 2001;20 (Suppl 3):90–4.
- 123 Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. N Engl J Med 1996;334:1362–6.
- 124 Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielson D. Decreasing incidences of gonorrhoea- and chlamydia-associated acute pelvic inflammatory disease: a 25-year study from an urban area of central Sweden. Sex Transmit Dis 1996;23:384–91.
- 125 CDC. [Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections, 2002](#). MMWR 2002;51(No. RR-15).
- 126 Lau C-Y, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transmit Dis 2002;29:497–502.
- 127 Kjaer HO, Dimcevski G, Hoff G, Olesen F, Ostergaard L. Recurrence of urogenital *Chlamydia trachomatis* infection evaluated by mailed samples obtained at home: 24 weeks' prospective follow up study. Sex Transmit Infect. 2000;76:169–72.
- 128 Whittington WLH, Kent C, Kissinger P, et al. Determinants of persistent and recurrent *Chlamydia trachomatis* infection in young women: results of a multicenter cohort study. Sex Transmit Dis 2001;28: 117–23
- 129 Jacobson GF, Autry AM, Kirby RS, Liverman EM, Motley RU. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of *Chlamydia trachomatis* in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1352–56.
- 130 Kacmar J, Cheh E, Montagno A, Peipert JF. A randomized trial of azithromycin versus amoxicillin for the treatment of *Chlamydia trachomatis* in pregnancy. Infect Dis Obstet Gynecol 2001;9:197–202.
- 131 Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, et al. An observational cohort study of *Chlamydia trachomatis* treatment in pregnancy. Sex Transmit Dis 2006;33:106–10.
- 132 US Preventive Services Task Force. Screening for gonorrhoea: recommendation Statement. Ann Fam Med 2005;3:263–7.
- 133 Lyss SB, Kamb ML, Peterman TA, et al. *Chlamydia trachomatis* among patients infected with and treated for *Neisseria gonorrhoeae* in sexually transmitted disease clinics in the United States. Ann Intern Med 2003;139:178–85.
- 134 Tapsall JW. What management is there for gonorrhoea in the postquinolone era? Sex Transm Dis 2006;33:8–10.
- 135 CDC. [Increases in fluoroquinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae*—Hawaii and California, 2001](#). MMWR 2002;51:1041–4.

-
- 136 CDC. [Sexually transmitted disease surveillance 2004 supplement: Gonococcal Isolate Surveillance Project \(GISP\) annual report, 2004](#). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention; 2005.
- 137 CDC. [Increases in fluoroquinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* among men who have sex with men—United States, 2003, and revised recommendations for gonorrhea treatment, 2004](#). MMWR 2004;53:335–8.
- 138 Moran JS, Levine WC. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. Clin Infect Dis 1995;20(Suppl 1):S47–S65.
- 139 <http://www.cdc.gov/std>
- 140 Oh MK, Cloud GA, Fleenor M, et al. Risk for gonococcal and chlamydia cervicitis in adolescent females: incidence and recurrence in a prospective cohort study. J Adolesc Health 1996;18:270–5.
- 141 Thomas JC, Weiner DH, Schoenbach VJ, Earp J. Frequent re-infection in a community with hyperendemic gonorrhoea and chlamydia: appropriate clinical actions. Int J STD AIDS 2000;11:461
- 142 Burstein GR, Berman SM, Blumer JL, Moran JS. Ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea infection in adolescents: does the benefit outweigh the risk? Clin Infect Dis 2002(Suppl 2);35:S191–S199.
- 143 Haimovici R, Roussel TJ. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. Am J Ophthalmol 1989;107:511–4.
- 144 Hauth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, DuBard MB, Copper RL. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. N Engl J Med 1995;333:1732–6.
- 145 Morales WJ, Schorr S, Albritton J. Effect of metronidazole in patients with preterm birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis: a placebo-controlled, double-blind study. Am J Obstet Gynecol 1994;171:345–7.
- 146 Hay P, Ugwumadu AHN, Manyonda IT. Oral clindamycin prevents spontaneous preterm birth and mid trimester miscarriage in pregnant women with bacterial vaginosis. Int J STD AIDS 2001;12(Suppl 2):70–1
- 147 Jackson P, Ridley WJ, Pattison NS. Single dose metronidazole prophylaxis in gynaecological surgery. NZ Med J 1979;89:243–5.
- 148 Luton and Dunstable Hospital Study Group. Metronidazole in the prevention and treatment of bacteroides infections in gynaecological patients. Lancet 1974;304:1543.
- 149 Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Forsum U, Pahlson C. Clue cells in predicting infections after abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1991;77:450–2.
- 150 Newton ER, Prihoda TJ, Gibbs RS. A clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis. Obstet Gynecol 1990;75:402–6.
- 151 Soper DE, Bump RC, Hurt WG. Bacterial vaginosis and trichomoniasis vaginitis are risk factors for cuff cellulitis after abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1990;163:1016–21
- 152 Watts DH, Krohn MA, Hillier SL, Eschenbach DA. Bacterial vaginosis as a risk factor for post-cesarean endometritis. Obstet Gynecol 1990;75:52–8.
- 153 Silver HM, Sperling RS, St. Clair PJ, Gibbs RS. Evidence relating bacterial vaginosis to intraamniotic infection. Am J Obstet Gynecol 1989;161:808–12.
- 154 Hamark B, Forssam L. Postabortal endometritis in chlamydia-negative women— association with preoperative clinical signs of infection. Gynecol Obstet Invest 1991;31:102–5.
- 155 Hillier SL, Martius J, Krohn M, Kiviat N, Holmes KK, Eschenbach DA. A case-control study of chorioamnionic infection and histologic chorioamnionitis in prematurity. N Engl J Med 1988;319:972–8
- 156 Sobel J, Peipert JF, McGregor JA, et al. Efficacy of clindamycin vaginal ovule (3-day treatment) vs. clindamycin vaginal cream (7-day treatment) in bacterial vaginosis. Infect Dis Obstet Gynecol 2001;9:9–15.
- 157 Sobel JD, Ferris D, Schwebke J, et al. Suppressing antibacterial therapy with 0.75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 2006;194:1283–9.

-
- 158 McDonald HM, O'Loughlin JA, Vigneswaran R, Jolley PT, Harvey JA, Bof A. Impact of metronidazole therapy on preterm birth in women with bacterial vaginosis flora (*Gardnerella vaginalis*): a randomised, placebo controlled trial. *Br J of Obstet Gynaecol* 1997;104:1391–7.
- 159 Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 2000;342:534–40
- 160 Yudin MH, Landers DV, Meyn L, Hillier SL. Clinical and cervical cytokine response to treatment with oral or vaginal metronidazole for bacterial vaginosis during pregnancy: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2003;102:527–34.
- 161 Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1995;172:525–9.
- 162 Piper JM, Mitchel EF, Ray WA. Prenatal use of metronidazole and birth defects: no association. *Obstet Gynecol* 1993;82:348–52.
- 163 Lamont RF, Duncan SLB, Mandal D, Bassett P. Intravaginal clindamycin to reduce preterm birth in women with abnormal genital tract flora. *Obstet Gynecol* 2003;101:516–22.
- 164 McGregor JA, French JI, Jones W, et al. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: results of a controlled trial of topical clindamycin cream. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1048–59.
- 165 McGregor JA, French JI, Jones W, et al. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: results of a controlled trial of topical clindamycin cream. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1048–59.
- 166 Joesoef MR, Hillier SL, Wiknjosastro G, et al. Intravaginal clindamycin treatment for bacterial vaginosis: effects on preterm delivery and low birth weight. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173:1527–31.
- 167 Vermeulen GM, Bruinse HW. Prophylactic administration of clindamycin 2% vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Br J of Obstet Gynaecol*. 1999;106:652–7.
- 168 Sobel JD. What's new in bacterial vaginosis and trichomoniasis?. *Infect Dis Clin North Am*. Jun 2005;19(2):387–406
- 169 Patel SR, Wiese W, Patel SC, Ohl C, Byrd JC, Estrada CA. Systematic review of diagnostic tests for vaginal trichomoniasis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2000;8(5-6):248–57.
- 170 Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;2:CD000218
- 171 Pearlman MD, Yashar C, Ernst S, Solomon W. An incremental dosing protocol for women with severe vaginal trichomoniasis and adverse reactions to metronidazole. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:934–6.
- 172 Kurohara ML, Kwong FK, Leberz TB, Klaustermeyer WB. Metronidazole hypersensitivity and oral desensitization. *J Allergy Clin Immunol* 1991;88:279–80.
- 173 Klebanoff MA, Carey JC, Hauth JC, et al. Failure of metronidazole to prevent preterm delivery among pregnant women with asymptomatic *Trichomonas vaginalis* infection. *N Engl J Med* 2001;345:487–93
- 174 Kigozi GG, Brahmhatt H, Wabwire-Mangen F, et al. Treatment of *Trichomonas* in pregnancy and adverse outcomes of pregnancy: a subanalysis of a randomized trial in Rakai, Uganda. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1398–400
- 175 Caro-Paton T, Carvajal A, Martin de Diego I, Martin-Arias LH, Reguero A, Rodríguez PE. Is metronidazole teratogenic? A meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:179–82.
- 176 Force R. Management of Vulvovaginal Candidiasis: safe, effective and appropriate therapy -- A Pharmacology Perspective. *Vulvovaginal Candidiasis: A contemporary approach to recognition and management*. 1997:10-4.

-
- 177 Summers PR. Diagnosis of Vulvovaginal Candidiasis: considering conditions that mimic or mask. *Vulvovaginal Candidiasis: A contemporary approach to recognition and management.* 1997:6-9.
- 178 Sobel JD, Chaim W, Nagappan V, Leaman D. Treatment of vaginitis caused by *Candida glabrata*: use of topical boric acid and flucytosine. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1297-300.
- 179 Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:856-64.
- 180 Gaitán H, Angel E, Diaz R, Parada A, Sanchez L, Vargas C. Accuracy of five different diagnostic techniques in mild-to-moderate pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2002;10:171-80.
- 181 Tukeva TA, Aronen HJ, Karjalainen PT, et al. MR imaging in pelvic inflammatory disease: comparison with laparoscopy and US. *Radiology.* Jan 1999;210(1):209-16.
- 182 Haggerty CL, Ness RB, Amortegui A, et al. Endometritis does not predict reproductive morbidity after pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:141-8.
- 183 Ness RB, Soper DE, Holley RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:929-37.
- 184 Ness RB, Hillier SL, Kip KE, et al. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2004;104:761-9.
- 185 Jamieson DJ, Duerr A, Macasaet MA, et al. Risk factors for a complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2000;8(2):88-93.
- 186 orbye IK, Jerve F, Staff AC. Reduction in hospitalized women with pelvic inflammatory disease in Oslo over the past decade. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Mar 2005;84(3):290-6.
- 187 Walker CK, Workowski KA, Washington AE, Soper D, Sweet RL. Anaerobes in pelvic inflammatory disease: implications for the Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Clin Infect Dis* 1999;28(Supp 1):S29-S36.
- 188 Walker CK, Kahn JG, Washington AE, Peterson HB, Sweet RL. Pelvic inflammatory disease: metaanalysis of antimicrobial regimen efficacy. *J Infect Dis* 1993;168:969-78.
- 189 Bevan CD, Ridgway GL, Rothermel CD. Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J Int Med Res* 2003;31:45-54.
- 190 Bukusi EA, Cohen CR, Stevens CE, et al. Effects of human immunodeficiency virus 1 infection on microbial origins of pelvic inflammatory disease and on efficacy of ambulatory oral therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1374-81.
- 191 Irwin KL, Moorman AC, O'Sullivan M, et al. Influence of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2000;95:525-34.
- 192 Cohen CR, Sinei S, Reilly M, et al. Effect of human immunodeficiency virus type 1 infection upon acute salpingitis: a laparoscopic study. *J Infect Dis* 1998;178:1352-8.
- 193 Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. *Lancet* 2000;356:1013-9.
- 194 Nickel JC, Siemens DR, Nickel KR, Downey J. The patient with chronic epididymitis: characterization of an enigmatic syndrome. *J Urol* 2002;167:1701-4.
- 195 Perez CA, Young RC, Hoskins WJ. Pathogenesis and diagnosis of preinvasive lesions of the lower genital tract. In: Wright TC, Richart RM, eds. *Principles & Practice of Gynecologic Oncology. 3rd ed.* Lippincott Williams & Wilkins;1997:675-715.
- 196 Wright TC, Cox JT, Massad LS, et al. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA.* Apr 24 2002;287(16):2120-9.
- 197 (<http://www.ashastd.org> s5 <http://www.cdc.gov/std/hpv>).

-
- 198 Silverberg MJ, Thorsen P, Lindeberg H, Grant LA, Shah KV. Condyloma in pregnancy is strongly predictive of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis. *Obstet Gynecol* 2003;101:645–52.
- 199 De Panfilis G, Melzani G, Mori G, Ghidini A, Graifenberghi S. Relapses after treatment of external genital warts are more frequent in HIV-positive patients than in HIV-negative controls. *Sex Transm Dis* 2002;29:121–5.
- 200 Silverberg MJ, Ahdieh L, Munoz A, et al. The impact of HIV infection and immunodeficiency on human papillomavirus type 6 or 11 infection and on genital warts. *Sex Transm Dis* 2002;29:427–35.
- 201 Kamb ML. Cervical cancer screening of women attending sexually transmitted disease clinics. *Clin Infect Dis* 1995;20(Suppl 1):S98–S103
- 202 Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002;52:342–62.
- 203 Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. *JAMA* 2002;287:2120–9
- 204 Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002;287:2114–9.
- 205 <http://www.asccp.org>
- 206 Conley LJ, Ellenbrock TV, Bush TJ, Chiasson MA, Sawo D, Wright TC. HIV-1 infection and risk of vulvovaginal and perianal condylomata acuminata and intraepithelial neoplasia: a prospective cohort study. *Lancet* 2002;359:108–13.
- 207 Delmas M-C, Larsen C, van Benthem B, et al. Cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women: prevalence, incidence and regression. *AIDS* 2000;14:1775–84
- 208 Diamond C, Thiede H, Perdue T, et al. Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviors and vaccination. *Sex Transm Dis* 2003;30:425–32
- 209 CDC. [Prevention of hepatitis A through active or passive immunizations. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#). *MMWR* 2006;55(No. RR-7).
- 210 US Department of Health and Human Services. Treatment of opportunistic infections. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, CDC; 2006. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov>
- 211 CDC. [National, state, and urban area vaccination coverage among children aged 19–35 months—United States, 2004](#). *MMWR* 2005;54:717–21.
- 212 CDC. Hepatitis Surveillance Report no. 60. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC; 2005
- 213 CDC. [Hepatitis B vaccination among high-risk adolescents and adults—San Diego, California, 1998–2001](#). *MMWR* 2002;51:618–21.
- 214 MacKellar DA, Valleroy LA, Secura GM, et al. Two decades after vaccine license: hepatitis B immunization and infection among young men who have sex with men. *Am J Public Health* 2001;91:965–71.
- 215 CDC. [Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis](#). *MMWR* 2001;50 (No. RR-11).
- 216 CDC. Hepatitis Surveillance Report no. 60. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC; 2005
- 217 CDC. [Recommendations for prevention and control of hepatitis C Virus \(HCV\) infection and HCV-related chronic diseases](#). *MMWR* 1998;47(No. RR-19).
- 218 Ghosn J, Pierre-François S, Thibault V, et al. Acute hepatitis C in HIV-infected men who have sex with men. *HIV Medicine* 2004;5:303–6.
- 219 Browne R, Asboe D, Gilleece Y, et al. Increased numbers of acute hepatitis C infections in HIV positive homosexual men; is sexual transmission feeding the increase? *Sex Transm Infect* 2004;80:326–7

- 220 Hammer GP, Kellogg TA, McFarland WC, et al. Low incidence and prevalence of hepatitis C virus infection among sexually active nonintravenous drug-using adults, San Francisco, 1997–2000. *Sex Transm Dis* 2003;30:919–24.
- 221 Alary M, Joly JR, Vincelette J, Lavoie R, Turmel B, Remis RS. Lack of evidence of sexual transmission of Hepatitis C virus in a prospective cohort study of men who have sex with men. *Am J Public Health* 2005;95:502–505.
- 222 Roy KM, Goldberg DJ, Hutchinson S, Cameron SO, Wilson K, MacDonald L. Hepatitis C virus among self declared non-injecting sexual partners of injecting drug users. *J Med Virol* 2004;74:62–6.
- 223 CDC. [Guidelines for laboratory testing and result reporting of antibody to hepatitis C virus](#). *MMWR* 2003;52(No. RR-3).
- 224 Klausner JD, Kohn R, Kent C. Etiology of clinical proctitis among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;38:300–2.
- 225 Rompalo AM. Diagnosis and treatment of sexually acquired proctocolitis and proctocolitis: an update. *Clin Infect Dis* 1999;28 (Suppl 1):S84–S90.
- 226 Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000;355:819–26
- 227 Barkwell R, Shields S. Deaths associated with ivermectin treatment of scabies. *Lancet* 1997;349:1144–5.
- 228 Varghese B, Maher JE, Peterman TA, Branson BM, Steketee RW. Reducing the risk of sexual HIV transmission: quantifying the per-act risk for HIV on the basis of choice of partner, sex act, and condom use. *Sex Transm Dis* 2002;29:38–43.
- 229 Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *N Engl J Med* 1997;337:1485–90.
- 230 CDC. [Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. Recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services](#). *MMWR* 2005;54(No. RR-2).
- 231 Kellogg N, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics* 2005;116:506–12
232. CDC. [Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006](#). *MMWR* 2006;51(No. RR-6).

31. ავტორთა ჯგუფი

- ⇒ საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი: ნ. შენგელია, თ. გაბუნია, ი. ქაროსანიძე

ექსპერტები

- ⇒ გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი. თსსუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;
- ⇒ შპს ქ. თბილისის კანისა და ვენერიულ დაავადებათა კლინიკური დისტანსერი: გიორგი ქერქაძე, ირაკლი ჯიბლაძე, მაია დათუაშვილი, ნინო ქელბაქიძე;
- ⇒ ლელა წოწორია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

დანართი 1

კონდომების გამოყენების ინსტრუქცია

რეკომენდაციები პაციენტებისთვის

- ✚ ყოველი სქესობრივი აქტის დროს იხმარეთ ახალი კონდომი (როგორც ვაგინალური, ისე ორალური და ანალური სექსის დროს);
- ✚ ფრთხილად ამოიღეთ კონდომი, რათა არ დააზიანოთ იგი ფრჩხილების, კბილების ან სხვა მახვილი საგნების მეშვეობით;
- ✚ გაიკეთეთ კონდომი მხოლოდ ერექციის შემდეგ და ნებისმიერი გენიტალური, ორალური ან ანალური კონტაქტის წინ პარტნიორთან;
- ✚ ლატექსის კონდომების შემთხვევაში გამოიყენეთ მხოლოდ წყლის საფუძველზე დამზადებული ლუბრიკანტები (მაგ.:K-Y Jelly™, Astroglide™, AquaLube™, და გლიცერინი). ზეთოვანმა ლუბრიკანტებმა (მაგ.: მინერალური ზეთი, მასაჟის ზეთი, ტანის ლოსიონები და საჭმლის ზეთი) შესაძლებელია შეასუსტონ ლატექსის სიმტკიცე;
- ✚ ვაგინალური და ანალური სექსის შემთხვევაში უზრუნველყავით ადეკვატური ლუბრიკაცია, რამაც შესაძლებელია, მოითხოვოს დამატებითი წყლის საფუძველზე დამზადებული ლუბრიკანტი.
- ✚ კონდომის მოძრობისაგან თავდასაცავად აქტის დამთავრებისას აუცილებელია მისი ხელით დაფიქსირება და აქტის დამთავრება მაშინ, როცა პენისი ჯერ კიდევ ერეგირებულია.

დანართი 2

პენიცილინზე კანის ალერგიული სინჯისა და დესენსიბილიზაციის პროცედურის ინსტრუქცია *პროცედურა*

ანტიგენი განაზავეთ 1) 100-ჯერ წინასწარი ტესტირებისათვის, თუკი პაციენტს ანამნეზში აღენიშნებოდა პენიცილინზე სიცოცხლისათვის საშიში რეაქცია, ან 2) 10-ჯერ, თუკი პაციენტს აღენიშნებოდა პენიცილინის მიმართ დაუყოვნებელი გენერალიზებული რეაქციის სხვა ტიპი გასული წლის განმავლობაში.

BOX 1 კანის ტესტი იმ პირთა იდენტიფიცირებისათვის რომელთაც აღენიშნებოდა პენიცილინის მიმართ არასასურველი რეაქციის მაღალი რისკი*

პოზიტიური კონტროლი

- გაყიდვაში არსებული ჰისტამინი კანზედა სინჯისათვის (1მგ/მლ).

ნეგატიური კონტროლი

- სხვა რეაგენტების გასახსნელად გამოყენებული გამხსნელი, ჩვეულებრივ ფენოლის მარილხსნარი.

* ადაპტირებულია: Saxon A, Beall GN, Rohr AS, Adelman DC. დაუყოვნებელი ჰიპერმგრძობლობის რეაქციები ბეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკების მიმართ. *Ann Intern Med* 1987;107:204-15. Reprinted with permission from G.N. Beall and *Annals of Internal Medicine*.

† ხანდაზმული პენიცილინი არ წარმოადგენს ადექვატურ წყაროს მცირე დეტერმინანტებისათვის. პენიცილინი G ახლად უნდა დამზადდეს ან გამოყენებულ იქნას ახლად გაყინული წყარო.

კანზედა (ნაკაწრის) ტესტები

კანის ტესტის რეაგენტების ორი წვეთი ეწვეთება წინამხრის ვოლარულ ზედაპირზე. ეპიდერმისი იკაწრება 26-კალიბრიანი ნემსით, ისე რომ სისხლი არ გამოვიდეს.

კანზედა ტესტის შედეგი დადებითია, თუკი 15 წუთის შემდეგ რგოლის დიამეტრი 4 მმ-ით მეტია ნეგატიურ კონტროლთან შედარებით; სხვა შემთხვევაში ტესტი ნეგატიურია. ჰისტამინის კონტროლო ამ დროს პოზიტიური უნდა იყოს, იმაში დასარწმუნებლად, რომ შედეგი ცრუ ნეგატიური არ არის ანტიჰისტამინური მედიკამენტების გამო.

კანშიდა ტესტი

თუკი კანზედა ტესტები ნეგატიურია, ნეგატიური კონტროლისა და ანტიგენის ხსნარის გაორმაგებული 0,02 მლ კანშიდა ინექცია კეთდება წინამხრის ვოლარულ ზედაპირზე 26- ან 27-კალიბრიანი ნემსის ან შპრიცის გამოყენებით. ინექციის შედეგად წამოქმნილი რგოლების დიამეტრი ჩანიშნულ უნდა იქნას.

კანშიდა ტესტის შედეგი ითვლება დადებითად, თუკი ინექციიდან 15 წუთში რგოლის დიამეტრი 2 მმ-ით მეტია, ვიდრე საწყისი რგოლის ზომა და აგრეთვე >2მმ-ით აღემატება ნეგატიური კონტროლის ზომას. სხვა შემთხვევაში სინჯი უარყოფითად ითვლება.

დესენსიბილიზაცია

პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ დადებითი ტესტი პენიცილინის ერთი დეტერმინანტის მიმართ მაინც, შესაძლებელია ჩაუტარდეთ დესენსიბილიზაცია ([ცხრილი №1](#)). ეს არის გამჭვირვალე, შედარებით უსაფრთხო პროცედურა, რომლის განხორციელებაც შესაძლებელია პერორალურად ან ინტრავენურად. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ორი მიდგომის ურთიერთშედარდება არ განხორციელებულა, პერორალური დესენსიბილიზაცია ითვლება შედარებით უსაფრთხო და განსახორციელებლად ადვილად. პაციენტთა დესენსიბილიზაცია უნდა ჩატარდეს ჰოსპიტალურ პირობებში, რადგანაც შესაძლებელია IgE-თი განპირობებული სერიოზული ალერგიული რეაქციის განვითარება. დესენსიბილიზაციის დამთავრება ჩვეულებრივ, შესაძლებელია 4 საათში, რომლის შემდეგაც ინიშნება პენიცილინის პირველი დოზა. დესენსიბილიზაციის შემდეგ პაციენტებს უნდა გაუგრძელდეთ პენიცილინით უწყვეტი მკურნალობა თერაპიის მთელი კურსის განმავლობაში.

პერორალური დესენსიბილიზაციის პროტოკოლი პაციენტებისათვის დადებითი კანის
სინჯით*

პენიცილინ V სუსპენზიის დოზა [†]	რაოდენობა [‡] (ერთეული/მლ)	მლ	ერთეული	კუმულაციური დოზა (ერთეული)
1	1,000	0.1	100	100
2	1,000	0.2	200	300
3	1,000	0.4	400	700
4	1,000	0.8	800	1,500
5	1,000	1.6	1,600	3,100
6	1,000	3.2	3,200	6,300
7	1,000	6.4	6,400	12,700
8	10,000	1.2	12,000	24,700
9	10,000	2.4	24,000	48,700
10	10,000	4.8	48,000	96,700
11	80,000	1.0	80,000	176,700
12	80,000	2.0	160,000	336,700
13	80,000	4.0	320,000	656,700
14	80,000	8.0	640,000	1,296,700

დაკვირვების პერიოდი: პენიცილინის პარენტერალურ დანიშნამდე 30 წუთი.

* ლიტერატურული წყარო: New England Journal of Medicine. SOURCE: Wendel GO Jr, Stark BJ, Jamison RB, Melina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. N Engl J Med 1985;312:1229–32.

† დოზებს შორის ინტერვალი: 15 წუთი; გასული დრო 3 საათი და 45 წუთი; და კუმულაციური დოზა: 1,3 მილიონი ერთეული

‡ წამლის სპეციფიური რაოდენობა უნდა გაიხსნას დაახლოებით 30მლ წყალში და შემდეგ დაინიშნოს პერორალურად.